

Op zoek naar het ontwerpen van specifieke nascholing voor huisartsen

DOOR J. C. OEBERIUS KAPTEIJN, ARTS*

In dit artikel wordt een verslag gegeven van een eerste verkenning van een systematische opzet bij het ontwerpen van specifieke nascholing (in hoger onderwijskringen Post-Academisch Onderwijs genoemd) voor huisartsen volgens het „design”-principe van Earl. Eerst zal worden getracht, voordat tot een beschrijving van deze opzet wordt overgegaan, een aantal factoren te identificeren, waarmee rekening moet worden gehouden bij het maken van huisartsenonderwijs. Deze factoren zullen worden behandeld aan de hand van enige vragen.

1 *Wie organiseert de huisartsen-nascholing?* Het leeuwedeel der nascholings-activiteiten wordt georganiseerd door de perifere nascholingswerkgroepen. Deze werden opgericht op voorstel van het gezamenlijke LHV/NHG-werkplan Organisatiestructuur voor Huisartsen (1971). De beroepsgroepen gaven daarmee te kennen dat de organisatie moest worden gedecentraliseerd. Men meende dat de huisarts in staat moet worden gesteld zijn nascholing in zijn directe omgeving te kunnen volgen. De argumenten hiervoor werden gevonden in de specifieke werksituatie van de huisarts, waarbij de bereikbaarheid zo'n belangrijke rol speelt en in het verschil in de beroepsuitoefening van streek tot streek en van stad tot stad. Nascholing ter plaatse heeft het voordeel beter plaatselijk toepasbaar te zijn en de bijwerking van betere contacten met andere hulpverleners en medische specialisten.

Decentralisatie betekent evenwel tevens dat de organisatie-taak wordt gedelegeerd aan plaatselijke huisartsen, die zich hiertoe vrijwillig bereid

verklaren. Dat houdt in dat dezen met een aantal voorspelbare problemen c.q. weerstanden te kampen krijgen, waarvan met name te noemen is het probleem der vrijblijvendheid ten aanzien van het volgen van nascholing. Het is uiterst frustrerend om — een enkele uitzondering daargelaten (*Warmenhoven-Haasbroek*) — alle inspanningen steeds slechts gependend te weten aan een betrekkelijk klein aantal voor nascholing gemotiveerde huisartsen. Voorts wordt dan het doel van de organisatie, te weten een continue nascholing voor alle huisartsen ter verbetering van de kwaliteit van de zorg, nauwelijks bereikbaar. Wanneer de landelijke besturen van L.H.V. en N.H.G. — mogelijk door middel van hun gezamenlijke Stichting Nascholing Huisartsen — dit probleem zouden herkennen, zou hiervoor centraal heel goed een oplossing zijn te vinden. Men zou bijvoorbeeld aan de registratie als „huisarts” de voorwaarde kunnen verbinden, dat de ingeschrevene jaarlijks kan aantonen een minimum aantal uren aan nascholing te hebben besteed. Men zou ook een soort premiestelsel kunnen invoeren, waarbij vergoedingen of extra's worden gegeven. Het N.H.G. zou als voorwaarde aan zijn lidmaatschap een minimum aan nascholing kunnen verbinden. In andere landen zijn hiervan legio voorbeelden te vinden.

Een tweede probleem, *speciaal voor de plattelandsarts*, tot de oplossing waarvan de landelijke besturen een bijdrage zouden kunnen leveren, betreft de financiële implicaties van soms voor nascholing noodzakelijke afwezigheid uit de praktijk en het vinden en honoreren van een waarnemer.

2 *Wie geeft de huisartsen-nascholing?* Het overgrote deel der nascho-

Samenvatting. Getracht wordt een aantal factoren te identificeren, waarmee rekening dient te worden gehouden wanneer men huisartsenonderwijs wil maken. Vervolgens wordt een cursusontwikkelings-cyclus stap voor stap beschreven, waarbij vooral wordt stilgestaan bij de „ontwerp”-stap. Na een aantal kwaliteitscriteria voor een goed ontwerp te hebben genoemd volgt de conclusie, dat huisartsen zelf hun beroepsnascholing zouden moeten maken, geholpen door didactici. Gepleit wordt voor de vorming van een nascholingskader. Hierna wordt beschreven dat het N.H.I. probeert modellen van onderwijs te vinden en te maken, die voor verschillende inhouden bruikbaar zijn, waarbij een eenvoudig voorbeeld daarvan wordt beschreven.

ling wordt tot op heden verzorgd door medische specialisten. Hoewel hun medewerking en specialistische kennis hoog wordt gewaardeerd kan hun rol als leraar voor de huisarts zekere nadelen hebben. Maar weinig specialisten zijn bij machte een medisch probleem vanuit de invalshoek der werksituatie van de huisarts te presenteren om de eenvoudige reden, dat zij niet op de hoogte zijn hoe het in de huisartspraktijk toe gaat. Ook is er een neiging bij de specialist zijn leer methode te enten op het model van de „teacher-addressing-pupil”-stijl, die aan de universiteit nog steeds veel voorkomt. Dit is vanzelfsprekend een rem voor een vruchtbare dialoog tussen de betrokken huisartsen en de specialist. Wij zouden dan ook kiezen voor huisartsen als leerkrachten voor de huisartsen-nascholing en de specialist als onderwerp-deskundige willen beschouwen. Dit betekent echter wèl, dat de huisartsen moeten worden geoefend en begeleid door onderwijskundigen, die zich speciaal in huisartsen-onderwijs hebben verdiept. Hierop komen wij later nog met een voorstel terug.

* Lid van de directie van het Nederlands Huisartsen Instituut.

3 Hoe is het nascholings-curriculum voor de huisarts samengesteld?

Bij de beantwoording van deze vraag is het slechts mogelijk enkele grondvlakken aan te duiden. Het huisartsenberoep is een (hulp)dienstverlenend beroep. Gedurende zijn opleiding slaat de huisarts een schat van kennis, vaardigheden en attitudes op, waaruit hij put wanneer het hem aangeboden probleem van zijn cliënt dit vereist. Het is een veelzijdig en veelsoortig repertoire waarop — gezien het sterk wisselende voorkomen der diverse ziektebeelden — per onderdeel een even sterk in frequentie variërend beroep wordt gedaan. Toch moet deze drieëenheid — kennis, vaardigheid en attitude — voortdurend paraat worden gehouden om in de voorkomende gevallen adequate hulp van goede kwaliteit te kunnen geven (brandweer-principe).

In de context van post-academisch-onderwijs betekent dit, dat nascholing voor huisartsen oude kennis, vaardigheden en attitudes met een voor elk onderwerp wisselende regelmaat moet opfrissen. Daarnaast zal informatie en eventueel training moeten plaatsvinden over nieuwe ontwikkelingen in de diverse aspecten van het huisartsenvak.

Welke terreinen bestrijkt de huisartsgeneeskunde? In 1958 onderscheidde Groen de nascholing in twee groepen: A en B. Groep A betreft de overdracht van kennis betreffende vorderingen der speciale onderdelen der geneeskunde, die de huisarts nodig heeft voor een adequate begeleiding van de patiënt, die hiermee te maken krijgt (bijvoorbeeld hartcatherisatie, nierdialyse). Groep B betreft de overdracht van kennis en vaardigheden van de medische wetenschap, welke van onmiddellijk nut zijn voor de eigen praktijk. Waar Groen in een tweede artikel, evenals Hogerzeil, ook toen al het belang aangaf van een verdere ontwikkeling van de persoonlijkheid van de huisarts teneinde tot een deskundiger hulpverlening te geraken, lijkt het ons logisch hier een derde groep C aan toe te voegen. Groep C (gamma) bevat de overdracht van kennis en vaardigheden

van de gedragswetenschappen, voorzover deze kunnen leiden tot een betere hulpverlening door de huisarts. Het gaat hier om attitudevorming door middel van gespreks-trainingen, trainingen in sociale vaardigheid, trainingen in die vormen van psychotherapeutische methodieken, die voor de huisarts in aanmerking komen.

Uit de besproken grondvlakken moet een doelstelling voor het post-academisch-onderwijs voor huisartsen te formuleren en te specificeren zijn. Hier ligt naar onze mening een belangrijke taak voor een curriculum-commissie, waarvan onder meer de N.H.G.-adviescommissie Nascholing en vertegenwoordigers van de huisartsenopleiding en het N.H.I. zouden kunnen deel uitmaken.

4 Welk soort onderwijs is het meest geschikt voor huisartsen? Aangezien de werkwijze van de huisarts van het probleemoplossende type is, ligt het voor de hand dat het aangeboden onderwijs zoveel mogelijk op het probleem-oplossend beginsel moet zijn gebaseerd. Hierop legt ook Barrows nog eens de nadruk, als hij schrijft: „Again and again physicians, who are involved in continuing education exercises, stress that seminars or lectures on various areas in medical science seem to have little value for their work. Instead the constant plea that the teaching endeavours in which they are involved stress patient problems” (vergelijk het „Papieren spreekuur” van de Warffum-cursus).

In dit probleem-gerichte leerproces moet de huisarts tevens actief kunnen deelnemen door zelf te observeren, te denken, te definiëren, te analyseren, te synthetiseren en te responderen, kortom participierend bezig te zijn.

Nu wij de bestaande situatie hebben verkend en een aantal factoren hebben onderkend, waarmee rekening moet worden gehouden wanneer programma's van huisartsennascholing worden gemaakt, volgt de belangrijke vraag: Hoe maken wij cursussen, die zowel doelmatig zijn als aantrekkelijk?

Een bijdrage, door een landelijk instituut aan de nascholing te leveren, is onder meer het zoeken naar onderwijsmethoden, die zoveel mogelijk met genoemde factoren rekening houden en perifeer toepasbaar zijn. In nauwe samenwerking met de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van Wetenschappelijk Onderwijs van de Rijksuniversiteit te Utrecht werkt de afdeling Nascholing en Training van het N.H.I. thans aan het systematisch opzetten van delen huisartsen-onderwijs.

Het opzetten van een cursus kan men zien als een cyclus waarin verschillende stappen elkaar opvolgen (figuur 1, waarin de Engelse tekst is gehandhaafd om te laten zien welke terminologie men in de Engelstalige onderwijs-literatuur aantreft). Het ontwerpen van leersituaties is één daarvan. Deze specifieke stap komt na het opstellen van doelstellingen, het kiezen van de globale inhoud van de cursus, het vaststellen van beoordelingscriteria en het bekijken van beschikbare tijdsruimte, mankracht en middelen. Hij gaat vooraf aan de feitelijke leerervaringen en wordt betiteld als de „ontwerpstep” (learning experience design step).

Wat houdt deze stap nu precies in? Volgens Earl het volgende:

- 1 het plaatsen van de onderdelen van de cursus in de gewenste volgorde;
- 2 het bedenken hoe men de gewenste leerresultaten teweeg zou kunnen brengen, dat wil zeggen in welke leersituaties men de studenten (huisartsen) wenst te brengen en wat er in die situaties moet gebeuren;
- 3 het scheppen van omstandigheden, die bevorderen dat de leerlingen ook werkelijk leren wat zij moeten leren.

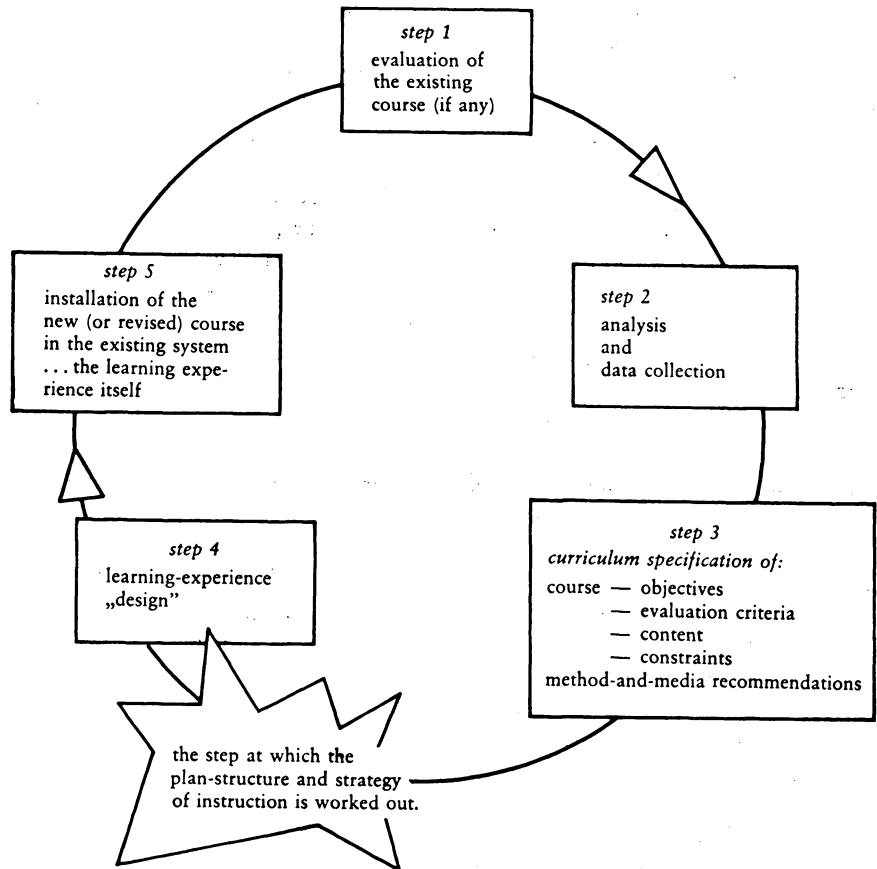
Deze ontwerpstep in de cursusontwikkelingscyclus is de moeilijkste en vereist van de docent veel fantasie en vernuft. Earl introduceert hiermee een nieuwe taak voor een docent, die van onderwijs-ontwerper.

Na de cursusontwikkelingscyclus te hebben geschetst, zullen wij de kwaliteitscriteria voor een goed ontwerp bespreken, zoals Earl die in 1974 heeft geformuleerd. Een goed ontwerp:

- bevordert het actief leren;
- wekt op tot zinvolle, expliciete reacties (onder reactie wordt hier verstaan het actief reageren van de cursist op hetgeen hem wordt geboden: hij moet een „respons” geven, bijvoorbeeld door middel van vragen en antwoordformulieren);
- moedigt spontane zinvolle reacties aan en geeft daartoe gelegenheid, bijvoorbeeld in stukjes discussie;
- houdt rekening met de onder stap 3 genoemde belemmeringen bijvoorbeeld in tijd, geld, materiaal, grootte van de groep, enzovoort;
- zorgt voor bekrachtiging van zinvolle reacties door deze te bevestigen en waar nodig te oefenen en te herhalen („reinforcement”);
- maakt alleen gebruik van audiovisuele en andere leerhulpmiddelen wanneer dit kan bijdragen tot zinvolle reacties van de cursist en/of, wanneer dergelijke middelen nodig zijn, om belemmeringen te omzeilen;
- voorziet in specifieke criteria, waaraan de cursist zijn vorderingen kan toetsen op daartoe geschikte momenten gedurende en ook na afloop van de cursus;
- kan zonder moeite worden uitgebreid met aanvullend onderwijs wanneer dit nodig mocht blijken om aanvulling op het betreffende onderwerp te geven of er dieper op in te gaan;
- doet het leerproces plaatsvinden in een uitdagende en — waar gepast — enigszins speelse sfeer en draagt zo bij aan de motivatie van de cursist;
- is gebaseerd op een systematische analyse van de onderwijsbehoefte.

Na deze theoretische beschouwingen dringt zich de vraag op hoe huisartsen, die zich bezig houden met het ontwerpen van cursussen of andere nascholingsactiviteiten, kunnen worden geholpen goede ontwerpen te maken. Anders gezegd: hoe kan men zich in die kunst bekwamen? Wij zouden willen voorstellen alle belangstellende huisartsen een driedaagse workshop mee te maken, zoals die in samenwerking met het N.H.I. wordt gegeven door de Afdeling Onderzoek en Ontwikkeling

Figuur 1. Voor verklaring zie tekst.



Stap 1: De bestaande cursus (als die er is) wordt geëvalueerd. Als er nog geen cursus over het onderwerp bestaat wordt het voorstel voor een nieuwe cursus geëvalueerd. Vervolgens wordt er beslist over „doorgaan of niet”.

Stap 2: Materiaal wordt bekeken, meningen worden gevraagd. Er worden gegevens verzameld voor een werkgroep, die de cursus gaat maken. Deze bestaat uit de „ontwerper” en enige huisartsen.

Stap 3: Deze werkgroep formuleert de doelstellingen van de cursus, beslist over beoordelingscriteria, kiest het veld dat de cursus zal bestrijken, neemt een voorlopige beslissing over de te gebruiken methoden en onderwijsmedia, en onderzoekt de „randvoorwaarden” zoals de al aanwezige kennis bij de huisarts, die aan de cursus gaat meedoen, de belemmeringen bijvoorbeeld in tijd en geld.

Stap 4: Ontwerp - zie de tekst.

Stap 5: Invoering van de nieuwe of herziene cursus. Het doceer/leerproces ofwel de eigenlijke leerervaring begint.

Na verloop van tijd zal het nodig zijn de cursus weer eens kritisch te bekijken en up-to-date te maken; men gaat weer evalueren, de cyclus begint opnieuw.

van Onderwijs van de Rijksuniversiteit te Utrecht, waarin de grondbeginselen van het ontwerpen van onderwijs worden behandeld en geoefend. De reeds gehouden proefworkshops hebben bewezen dat de deelnemers-huisartsen niet alleen veel profijt hadden van de nieuw-verworven kennis, maar ook met meer enthousiasme hun nascholingswerk gingen doen. In vervolgcursussen en

jaarlijkse ontmoetingsdagen zou een uitwisseling van ervaringen en toetsing van eigen activiteiten aan de kritiek der didactici kunnen plaatsvinden. Op deze wijze kan een kader worden opgebouwd van huisartsontwerpers van nascholing.

Een tweede activiteit, thans door de afdeling Nascholing en Training van het N.H.I. tezamen met de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van

Onderwijs ondernomen, is het zoeken naar of het maken van een aantal modellen van onderwijs voor huisartsen, dat voldoet aan de criteria voor een goed ontwerp. Deze modellen kunnen dan dienen als kapstok voor degenen, die zelf cursussen en dergelijke maken, zoals klinische demonstraties, Warffum-cursussen, band-dia-producties, televisie-cursussen, kleine groepsdiscussies, gespreks- of andere gedragstrainingen, enzovoort. Als voorbeeld zal de na-jaarsserie Teleac/N.H.I.-nascholings-uitzendingen over het onderwerp „de depressieve patiënt” op deze manier zijn ontworpen. Het tweede model dat binnen afzienbare tijd ter beschikking komt, is een band/dia-productie van de Fonodidactische Dienst over „audiometrie in de huisartspraktijk”.

Dit zijn voorbeelden van zelf ontwikkelde modellen. Een derde voorbeeld vonden wij beschreven door Manning, door hem een „programmed-case-presentation” genoemd. Dit voorbeeld willen wij tot slot wat vollediger uiteenzetten, omdat het mogelijk voor de geïnteresseerde nascholer — van andere gegevens voorzien en in overleg met een onderwerpsdeskundig specialist — direct toepasbaar is. Een schema van de gevolgde techniek vindt men in *figuur 2*.

Manning's voorbeeld van een „programmed-case-presentation”:
 „Deze 20-jaar oude vrouw is in verwachting van haar eerste baby. De zwangerschap verliep volkomen klachtenvrij tot de vijfde maand. Toen begon zij wat te hoesten en kreeg last van een natte neus. Er was geen koorts. Drie dagen nadat de verkoudheid begon, werden haar ogen en huid geel. Haar huid jeukte, haar urine werd donker en haar ontlasting werd licht van kleur. De symptomen bleven bestaan tot de partus. De patiënte voelde zich geheel niet ziek. Zij was niet in contact geweest met iemand met geelzucht. Zij had geen transfusie of injecties gehad. Zij gebruikte slechts nu en dan een aspirientje, verder geen medicijnen.

Na de bevalling verdween de geelzucht spontaan.

Vragen:

1 Van welke leverfunctieproeven wilt u de uitslag weten? (omcirkel zoveel als u nodig acht).

- a Alkalisch fosfatase
- b Broomsulfaleïne-klaring
- c Bilirubine (bloed)
- d Serum-glutamaat-oxaalacetaat-transaminase (SGOT)
- e Serum-glutamaat-pyruvaat-transaminase (SGPT)

- f Bilirubine (urine)
- g Albumine globuline

Nadat iedereen het antwoord op papier heeft ingevuld, geeft de docent de waarden van elke test en bespreekt met zijn gehoor de noodzaak van de informatie zowel als de betekenis van die informatie. Men komt tot de conclusie dat de laboratoriumuitslagen wijzen op een obstructie-icterus zonder aanwijzing van een hepatocellulaire ziekte.

Figuur 2. Voor verklaring zie tekst.

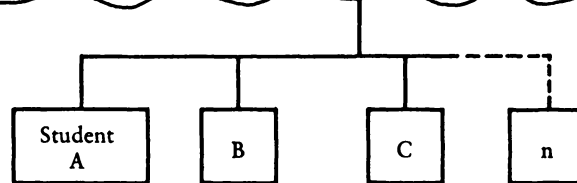
Het geval: een 32-jarige vrouw enzovoort

Vraag 1:

0

0

0



Kiest zijn antwoord Kiest zijn antwoord enzovoort

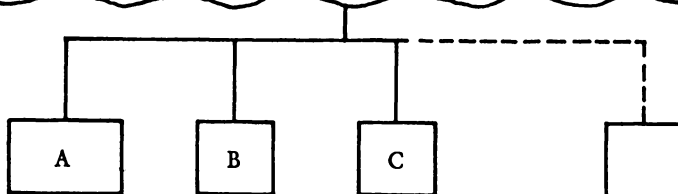
Groepsdiscussie over de antwoorden op vraag 1.

Vraag 2:

0

0

0



Groepsdiscussie over vraag 2, enzovoort.

2 Er werd een leverbiopsie gedaan. Welke bevinding voorspelt u? (omcirkel deze).

- a Hepatocellulaire necrosis
- b Cholestasis
- c Granuloom
- d Carcinoom
- e Normaal leverweefsel

Op basis van de leverfunctietests wordt de toehoorders gevraagd het microscopische beeld van de lever te voorspellen. Vervolgens vertelt de docent dat er cholestasis werd gevonden en geeft een overzicht van de werking van de lever.

3 Wat is de diagnose? (omcirkel deze).

- a Infectieuze hepatitis
- b Pijnloze galsteen
- c Benigne cholestatistische icterus in de zwangerschap
- d Vettige degeneratie van de lever
- e Carotinemie

Vervolgens wordt in een discussie de juiste diagnose vermeld en gedefinieerd op basis van de leverfunctieproeven en het microscopisch beeld.

4 Zal er bij de patiënte blijvende schade aan de lever ontstaan? (omcirkelen).

- a ja
- b neen

Er wordt gesteld dat geen blijvende gevolgen te verwachten zijn.

5 Kan worden verwacht dat deze afwijking bij volgende zwangerschappen weer zal optreden? (omcirkelen).

- a ja
- b neen

Verteld wordt dat deze situatie bij volgende zwangerschappen weer kan optreden.

6 Welke laboratoriumtest is de enige die praktisch belangrijk is bij de bewaking van de patiënte gedurende de zwangerschap? (omcirkel deze).

- a Serum-glutamaat-pyruvaat-transaminase (SGPT)
- b Protrombinetijd
- c Albumine globuline
- d Bilirubine (urine)
- e Alkalisch fosfatase

Er wordt op gewezen dat de

cholestase een vermindering van de vitamine K-resorptie uit de tractus intestinalis ten gevolge kan hebben met een daaruit voortvloeiende verlenging van de prothrombine-tijd en een mogelijke neiging tot bloedingen, wanneer geen correctie plaatsvindt.

Manning heeft in dit geval zes doelstellingen geformuleerd:

1 de studenten bekend te maken met het beeld van de goedaardige cholestatistische icterus in de zwangerschap;

2 het demonstreren van de afwijkingen van de leverfuncties die bij de ziekte optreden;

3 het beschrijven van het microscopische beeld van de ziekte;

4 aangeven dat de ziekte goedaardig is;

5 aangeven dat de ziekte vaak terugkeert bij volgende zwangerschappen;

6 benadrukken dat bij deze ziekte de protrombinetijd dient te worden gecontroleerd gedurende de zwangerschap.

Daarna formuleert hij vragen die in betrekking staan tot die doelstellingen. Voor elke vraag worden verscheidene alternatieve antwoorden

gegeven. De vragen en antwoorden dienen kort en ter zake te zijn. De vragen en mogelijke antwoorden worden tevoren op stencil aan de groep uitgereikt. Tijdens de bijeenkomst leest de docent de op zeker moment in zijn betoog relevante vraag steeds voor en vraagt zijn gehoor het correcte antwoord te omcirkelen. Nadat ieder lid van de groep zijn antwoord heeft omlind, wordt het goede antwoord door de docent gegeven en een discussie gevoerd over de diverse aspecten van elke vraag. Afhankelijk van de omvang van de groep kunnen bijdragen tot de discussie worden aangevraagd of afgeremd. In elk geval speelt de cursist een actieve rol tijdens de bijeenkomst door zichzelf op papier voor één van de antwoorden uit te spreken.

Toetsen wij dit voorbeeld in grote trekken aan de voornoemde criteria voor een goed ontwerp, dan zien wij dat de docent uitdrukkelijk bezig is met de reacties van de cursisten, hen door middel van de uitgedeelde vragen tot expliciete reacties uitnodigend, tijdens de discussies gelegenheid geeft tot spontaan zinvol reageren, enzovoort.

Summary. In search of a design for specific refresher courses for general practitioners an attempt is made to identify a number of factors to be taken into account in organizing instruction of general practitioners. A course development cycle is then described phase after phase, with special reference to the „design” phase. After listing a number of quality criteria for an adequate design, the conclusion is offered that general practitioners themselves ought to organize their professional refresher courses, assisted by educationalists. A plea is made for the establishment of a refresher course cadre. It is then described how the Netherlands Institute of General Practitioners attempts to find and design teaching models which can be used for several substantial purposes; a simple example of such a model is described.

Earl, F. A. Mededelingen no. 19, afdeling Onderzoek en Ontwikkeling

van Wetenschappelijk Onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht, 1973.

Barrows, H. S. Problem based learning in medicine, M. D. Programme Faculty of Medicine, Mc Master University, Education Monograph, 1973.

Groen, J. (1958) huisarts en wetenschap 1, 81.

Groen, J. (1958) huisarts en wetenschap 1, 125.

Hogerzeil, H. H. W. (1958) huisarts en wetenschap 1, 123.

Manning, Phil. R. The programmed Lecture. Programmed techniques for oral presentation to large groups. M.D. in self instruction in medical education. Proceedings of the Second Rochester Conference (Ed. J. Lysaught and H. Jason) Rochester Clearing House, Rochester N.Y. U.S.A., 1967.