

A day in family practice

Een bezoek aan een Canadees universitair huisartseninstituut

S. VAN DER KOOIJ, HUISARTS TE VOORSCHOTEN

De aan het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde verbonden auteur bracht in oktober 1976 een bezoek aan het huisartseninstituut van de universiteit van Western Ontario, Canada. De huisartsgeneeskunde in Canada en Nederland vertonen meer overeenkomst dan gewoonlijk wordt verondersteld. Zowel de bijdrage van dit huisartseninstituut aan het basiscurriculum als aan de beroepsopleiding staan op een hoog peil. Opvallend is vooral dat bij de opleiding veel aandacht aan supervisie en evaluatie wordt besteed. In vele opzichten kan dit huisartseninstituut als een voorbeeld worden beschouwd.

London in Canada is een stad van ongeveer 250.000 inwoners, alwaar de University of Western Ontario is gevestigd, één van de zestien Canadese universiteiten. De medische faculteit heeft, zoals in Canada gebruikelijk, een vierjarige opleiding; één jaarklasse bestaat uit honderd studenten. In 1968 werd in London de eerste Noord-Amerikaanse leerstoel in de huisartsgeneeskunde gevestigd, toen de Engelse huisarts I. R. McWhinney tot hoogleeraar werd benoemd; twee jaar tevoren was de eerste proefopleiding voor „family physician” begonnen. In oktober 1976 organiseerde het huisartseninstituut een demonstratiedag ter gelegenheid van het W.O.N.C.A.-congres in Toronto (World Organisation of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners / Family Physicians). Deze kennismaking was voor de deelnemers, onder wie vier Nederlanders, een verrassende gebeurtenis. Het Department of Family Medicine of the University of Western Ontario is in de afgelopen tien jaar uitgegroeid tot een volwassen afdeling, op één na de grootste van de medische faculteit. Wat hier in deze periode tot stand is gekomen, vond ik zonder meer indrukwekkend.

Men hoort in Nederland wel dat het verschil tussen de Family Medicine in Noord-Amerika en de Nederlandse huisartsgeneeskunde zo groot is dat de ontwikkelingen aldaar maar weinig betekenis voor ons hebben. Zeker na dit bezoek ben ik het daarmee in het geheel niet eens. De huisartsgeneeskunde in Canada verkeert in een bloeiende fase en waarschijnlijk zijn wij in de afgelopen jaren naar elkaar toe gegroeid: de werkwijzen en de uitgangspunten komen immers in vele opzichten met onze opvattingen overeen. De beroepsopleiding tot huisarts is een nor-

male zaak aan het worden, hoewel de opleiding niet verplicht is.

Aan alle geneeskundige faculteiten in Canada zijn nu afdelingen voor huisartsgeneeskunde verbonden, die deelnemen aan de artsopleiding en een eigen beroepsopleiding hebben. Jaarlijks beginnen ongeveer driehonderd afgestudeerde artsen aan de twee jaar durende huisartsopleiding; omstreeks driehonderd artsen hebben deze opleiding tot nu toe voltooid. In totaal zijn honderdvijftig huisartsen full-time bij de Canadese universiteiten aangesteld voor het onderwijs.

Het huisartseninstituut van de Universiteit van Western Ontario is één van de koplopers en men mag het dan ook niet als representatief voor de gehele universitaire huisartsgeneeskunde in Canada beschouwen. Toch vind ik het de moeite waard het bezoek aan London uitvoerig te beschrijven, omdat het mij voor de Nederlandse huisartsen en de opleiders leerzaam lijkt kennis te nemen van de Canadese ontwikkelingen.

Na een autobusreis vanuit Toronto van twee en een half uur arriveerde het internationale gezelschap van ongeveer vijftig huisartsen omstreeks half tien op de campus van de universiteit, waar wij door McWhinney en zijn staf werden verwelkomd. Daarna werden in een collegezaal twaalf korte, heldere voordrachten gehouden over diverse aspecten van onderwijs, gezondheidszorg en wetenschappelijk onderzoek, steeds afgewisseld met korte discussies. 's Middags was er een lunch met een tentoonstelling, waarna de bezoekers over de drie universitaire gezondheidscentra werden verdeeld. Na een rondleiding door het centrum werden demonstraties van onderwijs- en observatiemethoden gegeven. Vervolgens gingen wij mee voor een kort bezoek aan het huis

van de gastheer met een gezamenlijke borrel en diner tot besluit.

Er was deze dag zoveel te zien, te horen en te beleven, dat het niet mogelijk is alles te beschrijven. Ik beperk mij tot de volgende onderwerpen: de huisarts in Canada, het onderwijs aan het huisartseninstituut en de universitaire gezondheidscentra, en de wijze van onderwijs-evaluatie.

De huisarts in Canada

Hoewel het in principe mogelijk is een specialist te consulteren zonder verwijzing (bij een onderzoek in London bleek dat de meeste specialisten niet bereid waren – tenzij in noodgevallen – patiënten te accepteren zonder verwijzing) heeft het merendeel der Canadezen een eigen, vaste huisarts. De gemiddelde grootte van de huisartspraktijk is iets kleiner dan in Nederland: 2500 patiënten per huisarts. De meeste huisartsen werken als solist; wel werkt men samen in weekenddiensten enzovoort. Van de huisartsen doet 75% zelf bevallingen. Er zijn enkele opvallende verschillen ten opzichte van Nederland. In de eerste plaats doet men in Canada veel minder visites: in London niet meer dan gemiddeld vijf per week. Dit is mogelijk omdat elk huisgezin minstens één grote, goed verwarmde auto heeft. Een tweede verschil is dat aan vele praktijken praktijkverpleegkundigen zijn verbonden, die trouwens ook nogal wat huisbezoeken doen. Een derde verschil is dat de meeste Canadese huisartsen zelf patiënten in het ziekenhuis behandelen.

Een huisarts heeft gemiddeld twee tot drie patiënten in het ziekenhuis, die hij zelf – al of niet samen met specialisten – behandelt. Daarnaast zijn nog twee of drie ziekenhuispatiënten uit zijn praktijk onder behandeling van een specialist. Wanneer de huisarts lid is van de staf van het ziekenhuis – zoals vaak het geval is – heeft dat het voordeel, dat hij regelmatig contact met de specialisten heeft. Dit maakt de kloof tussen ziekenhuis en thuiszorg veel kleiner dan in Nederland. Het aantal ziekenhuisbedden ligt rond de vijf pro mille. Alle patiënten zijn voor de huisarts verzekerd, maar meestal niet voor geneesmiddelen. De huisarts doet minder consulten dan bij ons: bij een onderzoek in Londen in 1974 per week 128.

De indruk is dat de Canadese huisarts wat meer somatisch is georiënteerd dan bij ons. Dit stemt overeen met de conclusies van Marsh en medewerkers die een onderzoek deden naar de verschillen in praktijkuitoefening tussen Engelse en Amerikaanse huisartsen. „American doctors are more oriented towards a ritualistic clinical approach; English doctors seem to operate at a less definitive level of diagnosis”. Een reden voor de Canadese huisartsen om klinisch goed bij te blijven is mogelijk hun wens hun plaats in de ziekenhuizen te behouden. Wij zagen een nascholingsstoets in Toronto, die de Nederlandse huisartsen uitgesproken moeilijk vonden,

met name de klinische vragen. Anderzijds bleek in Western Ontario, dat bij de opleiding veel aandacht wordt besteed aan de relatie tussen arts en patiënt, men veel oog heeft voor de persoon van de patiënt en zijn levensomstandigheden en voorts voor andere dan strikt medische problemen en voor preventie.

Het uitgangspunt is hierbij dat de huisarts deel uitmaakt van het algemene welzijnzorg-systeem, waarbij hij zijn praktijk behoort te beschouwen als een „population at risk”, ook als er geen klachten zijn.

Het huisartseninstituut en de universitaire gezondheidscentra

De drie tot het huisartseninstituut behorende gezondheidscentra liggen alle drie in de stad London en niet bij een ziekenhuis. Ten principale vindt men dat „family medicine” niet vanuit een ziekenhuis behoort te worden gegeven. Elk gezondheidscentrum bestaat uit drie of vier „teams”; voorts heeft elk centrum een administrateur, een maatschappelijk werker en/of psycholoog en enige wijkverpleegkundigen. Elk „team” bestaat uit een huisartsopleider, een praktijkverpleegkundige (een ander dan de wijkverpleegkundige) een eerste- en een tweedejaars artsassistent, een receptioniste-secretaresse en gedurende een deel van het jaar een co-assistent. Een dergelijk team verzorgt 1700 patiënten.

De teams uit het gezondheidscentrum nemen tijdens avonden, weekends en vakanties voor elkaar waar. Een team is een eenheid op zichzelf met eigen teambesprekingen, maar daarnaast houdt men in het gezondheidscentrum ook refereeravonden, „case-rounds” en andere besprekingen voor alle werkers.

Alle spreekkamers in het gezondheidscentrum zijn voorzien van een „one-way-vision-screen” en een televisiecamera, omdat men zeer veel waarde hecht aan onderwijs door middel van observatie van het gedrag van de student. Vele consulten van de co-assistent of de arts-assistenten worden door de arts-opleider of soms door een andere (visiterende) arts of door de psycholoog of de maatschappelijk werker geobserveerd. Regelmatig worden videotape-opnamen van de consulten gemaakt en vervolgens besproken. Verschillende van deze observaties worden formeel geëvalueerd.

De indruk bestaat, dat door deze veelvuldige observaties en evaluaties de opleiding tot huisarts zeer intensief plaatsvindt. Ik meen dat wij daaraan in Nederland méér aandacht moeten gaan besteden. Wij volgden via de video-monitor en het „one-way-vision-screen” vier consulten, waarbij één van de praktijkverpleegkundige bij een nieuwe patiënt. Daarbij werd niet alleen een uitvoerige anamnese over vroegere ziekten afgenomen, maar ook veel aandacht gegeven aan voorlichting over de werkwijze in het gezondheidscentrum, dat er onderwijs wordt gegeven en

dat er vaak observaties plaatsvinden. Het schijnt dat de patiënten daarmee geheel akkoord gaan, gezien het bestaan van een wachtlijst om in de praktijk te worden opgenomen. De andere gesprekken die wij bekeken, werden gevoerd door de arts-assistent. Een van de gesprekken was met een patiënte met colitis ulcerosa, waarbij psychosociale problematiek en de relatie met de huisarts uitvoerig aan bod kwamen. Het was een belevenis mee te maken hoe dit gesprek werd gevoerd en welke mogelijkheden deze onderwijsmethode biedt. Het lid zijn van de artsassistenten van het team brengt mee dat ook de andere leden van het team, zoals de praktijkverpleegkundige, bijdragen aan het onderwijs.

Naast de veertien full-time huisartsen bij de drie universitaire gezondheidscentra zijn honderd huisartsen part-time aan het huisartseninstituut verbonden. De full-time medewerkers behandelen zelf maar weinig patiënten; dat doen de artsassistenten onder hun supervisie. De part-time medewerkers werken in hun eigen praktijk. Zowel full- als part-time huisartsenmedewerkers hebben een taak bij het onderwijs aan studenten en co-assistenten. Een van de groepspraktijken met part-time-huisarts-docenten is sinds kort bij wijze van proef ingeschakeld bij de opleiding van arts-assistenten. Het praktijkgebouw is in verband daarmee van extra spreekkamers en van one-way-vision-screens voorzien. Aan de huisartsendocenten worden vrij hoge eisen gesteld, hetgeen onder meer betekent, dat zij geregistreerd zijn als huisarts, dat wil zeggen dat zij het examen van het Canadian College of Family Physicians met goed gevolg hebben afgelegd.

Ook vóór hun artsexamen hebben de studenten in London vrij intensief met de huisartsgeneeskunde kennis gemaakt. De staf van het huisartseninstituut gaat uit van het principe, dat iedere arts na het afsluiten van zijn universitaire studie zal moeten doorstuderen. Daarom moeten de onderwijsmethoden van de studenten tijdens de studie dezelfde zijn als die tijdens zijn verdere leven. Dit betekent dat er veel nadruk wordt gelegd op de eigen activiteit van de student en dat er veel onderwijs in groepen plaatsvindt, omdat huisartsen in de praktijk ook nascholing en onderlinge toetsing in groepen zullen moeten beoefenen. Een derde principe is dat de nadruk meer valt op de methoden van de huisartsgeneeskunde dan op het verwerven van kennis. Een veel toegepaste onderwijsmethode is onderlinge observatie en bespreking van het werken met simulatie-patiënten en in een later stadium met echte patiënten.

De eigenlijke medische studie duurt in Canada vier jaar. Daaraan voorafgaand hebben de studenten – meestal elders – een enige jaren durende vóóropleiding gehad, die min of meer te vergelijken is met onze propaedeuse. In het eerste jaar wordt –

naast enkele colleges en symposia – groepsonderwijs gegeven over de anamnese en het lichamelijk onderzoek. In het tweede jaar volgt een cursus probleem oplossen, waarbij de student voor het eerst zelf in de huisartspraktijk komt, waarna een zestal twee uur durende besprekingen volgt in groepen van vijf studenten. In het derde jaar volgen alle studenten een zes weken durend co-assistentenschap in de huisartspraktijk; dit co-assistentenschap wordt begeleid door wekelijkse groepsbesprekingen in het huisartseninstituut. In het vierde jaar is er een vier weken durend co-assistentenschap bij de huisarts.

Het eerste co-assistentenschap bestaat uit drie weken in één der universitaire centra en drie weken bij een perifere arts; het tweede co-assistentenschap vindt geheel in de periferie plaats. Tenslotte neemt een deel van de studenten nog deel aan keuze-onderwijs, waarbij gedurende een periode van vier maanden drie halve dagen worden besteed aan diepgaand onderzoek van een speciaal onderwerp uit de huisartsgeneeskunde. De bijdrage aan het „undergraduate curriculum” is in London zeer intensief; dit is lang niet aan alle Canadese universiteiten het geval.

De huisartsopleiding van „Western Ontario” neemt jaarlijks 24 arts-assistenten aan, die uit tweehonderd aanmeldingen worden geselecteerd. De arts-assistenten werken afwisselend tweemaal een half jaar in diverse afdelingen van het ziekenhuis en tweemaal een half jaar in hetzelfde gezondheidscentrum. In de ziekenhuisperiode houdt men contact met de huisartspraktijk, zodat men sommige patiënten twee jaar kan vervolgen. Naast de diverse team- en andere besprekingen in de gezondheidscentra zijn er diverse „seminars” in het huisartseninstituut: het eerste jaar met een gestructureerd programma (receptuur, gesprekstechniek en praktijkvoering), het tweede jaar in de vorm van een Balint groep, „holistic medicine”, literatuurstudie enzovoort.

Evaluatie van het onderwijs

Aan evaluatie van het onderwijs wordt zeer veel waarde gehecht. Men onderscheidt twee vormen: „objectieve” en „subjectieve” evaluatie. De objectieve evaluatie bestaat uit multiple-choice-vragen, „patient-management”-problemen, en anamnese en onderzoek van simulatie-patiënten. Deze evaluatie betreft vooral de kennis en ten dele ook de vaardigheid van de student. Objectieve evaluatie wordt ook toegepast tijdens (niet na) de beroepsopleiding, mede als voorbereiding op het examen van het Canadian College of Family Physicians, een niet verplicht, maar wel in hoog aanzien staand examen, waarvoor tot nu toe 80 van de 82 afgestudeerde arts-assistenten van Western Ontario zijn geslaagd. Veel belangrijker is echter de „subjectieve” evaluatie. Dit is vooral procesevalua-

tie, die dan ook tijdens de gehele duur van het onderwijs regelmatig wordt toegepast. Niet alleen de kennis van de student wordt daarbij beoordeeld, maar vooral zijn vaardigheden en zijn attitude. Er bestaan twee vormen: de „In-Training-Performance-Assessment” (I.T.P.A.) en de „Office-Visit-Assessment” (O.V.A.). I.T.P.A. betreft een bepaalde studieperiode, bijvoorbeeld het co-assistent-schap of één maand arts-assistent-schap. Bij de O.V.A. wordt één arts-patiënt consult beoordeeld door de eigen huisarts-opleider, maar ook wel door een andere huisarts of door de psycholoog. Bij deze subjectieve evaluatie maakt men gebruik van de onderwijsdoelstellingen van het Canadian College of Family Physicians. Elke doelstelling wordt omschreven in twee vormen: gedrag, dat aantoont, dat de betreffende doelstelling duidelijk bereikt is en gedrag, dat duidelijk niet met die doelstelling overeenkomt. Ter illustratie een aan Molineux en anderen ontleend voorbeeld. (tabel 1) Er wordt bewust afgezien van evaluatie met behulp van cijfers of adjectieven als „voldoende”, „goed”, „uitstekend”, omdat daardoor het subjectieve element nog groter zou worden. De beoordeling wordt met de student besproken en daarna eventueel gewijzigd. In elke fase van de studie moeten bepaalde doelstellingen worden bereikt; voor de eerstejaars student is dat maar een klein aantal, het neemt in de loop van de jaren toe. De evaluatie van de arts-assistenten wordt in de computer verwerkt, zij ontvangen regelmatig „out-prints”, waarop hun evaluatie over alles en op bepaalde onderdelen (arts-patiënt-relatie, anamnese, onderzoek, probleem oplossen, behande-

lingsplan, laboratoriumgebruik, kaartsysteem, verantwoordelijkheidsgevoel, relatie tot collega's, oriëntatie ten opzichte van de huisartsgeneeskunde) wordt aangegeven in vergelijking met de andere arts-assistenten. Zo kunnen de vorderingen van de student door hemzelf en door de docenten worden gevolgd.

Niet alleen de studenten, maar ook de docenten worden regelmatig geëvalueerd: iedere docent ontvangt op gezette tijden een overzicht op welke gebieden hij naar het oordeel van de studenten goed is of zich moet zien te verbeteren.

Bij de opleiding van de studenten en de arts-assistenten wordt ook gebruik gemaakt van de registratie van de consulten, die in tabellen wordt verwerkt. Zo kan men nagaan welke ziektebeelden of problemen door een bepaalde arts-assistent werden gezien, welke onderzoeken hij deed, welke diagnoses hij stelde en welke receptuur werd voorgeschreven. Dergelijke gegevens kunnen aanleiding vormen voor een bespreking of een speciale studieopdracht. Daarnaast zijn ook de – probleem-georiënteerde – statussen een bron voor onderwijs.

Nabeschuiving

Dit verslag maakt misschien de indruk dat de schrijver zich door zijn enthousiasme heeft laten meeslepen. Uiteraard worden op een demonstratiedag, zoals hier beschreven, meer successen dan mislukkingen getoond. Tijdens de besprekingen op deze dag werd echter herhaaldelijk en met nadruk gesteld, dat de ontwikkelingen in Western Ontario tot stand zijn gekomen met vallen en opstaan, met het maken van

fouten, onder tegenwerking en in het besef dat er nog veel moet worden gedaan. Toch zal menigeen de vraag bekruipt hoe het komt dat men aan deze universiteit in Canada in zo betrekkelijk korte tijd verder is dan wij in Nederland.

Ik denk dat deze vraag moeilijk is te beantwoorden en dat het antwoord ons ook niet veel verder brengt. Belangrijker is dat dit huisartseninstituut in vele opzichten als een model kan dienen. Het gaat er om wat wij van een dergelijk model kunnen leren voor de Nederlandse opleiding, waarbij het Canadese voorbeeld als een uitdaging kan worden beschouwd. De volgende punten spraken mij het meeste aan:

- Het doelbewuste zelfvertrouwen waarmee de plannen voor gezondheidscentra, beroepsopleiding, de bijdrage aan de artsopleiding en het wetenschappelijk onderzoek worden ontwikkeld en uitgevoerd.
- De keuze van zelfwerkzaamheid en groepsonderwijs aan studenten en in de beroepsopleiding, waarbij men werkt met kleine groepen, strakke onderwijsstructuur en – vooral – intensieve evaluatie van onderwijs, student en docent.

- Het intensieve en betrokken onderwijs in de huisartsgeneeskunde door toepassing van supervisie, waarbij steeds opnieuw het gedrag van de studenten en de artsen in de arts-patiënt-situatie wordt geobserveerd en besproken.

- De grote bijdrage van de huisartsgeneeskunde aan het „basiscurriculum” op de universiteit.

Ik dank mijn metgezellen op deze excursie, H.A. van der Kooij-Pontier, Dr. M. P. Hennink en Dr. R. de Melker, voor hun aanvullingen en correcties op dit verslag.

Brennan, M (1973) Canadian Family Physician 19, 84

Bryant, W. H. (1974) Canadian Family Physician 20, 57

Department of Family Medicine. The University of Western Ontario, London, 1976.

Marsh, G. N., R. B. Wallace en J. Whewell (1976) Anglo-American Contrasts in General Practice. Brit.med.J. I, 1321

Molineux, J., B. K. E. Hermes en I. R. McWhinney (1976) Journal of Family Practice 3, 4.

Primary Health Care in London, Ontario. Report of the London Health Council, 1975.

Summary. The author, who is on the staff of the Leiden Institute of General Medicine, visited the Institute of General Medicine of the University of Western Ontario, Canada and The Netherlands than is generally believed. The contributions of this institute to the basic curriculum as well as to professional training are on a high level. It is particularly striking that supervision and evaluation receive much attention in the training programmes. In many respects, this institute of general medicine can be regarded as exemplary.

Figuur 1. Relationship with colleagues (Molineux en anderen). This factor is concerned with the student's skill in establishing appropriate professional relationship with fellow students, paramedical personnel and attending staff.

The ineffective student	The effective student
1. is uncommunicative, cold, or may attempt to minimize professional contact with staff and peers;	seeks professional contact with staff en peers;
2. may be defensive, tactless, or inconsiderate toward staff and peers;	is straightforward in his approach and contact with staff and peers;
3. is reluctant to assist others;	is available to assist others as required;
4. has difficulty in giving or taking advice gracefully;	offers and receives advice in a tactful and discreet manner;
5. deals with paramedical and public health personnel as subordinates rather than as professional colleagues;	treats paramedical and public health personnel as professional members of a medical team;
6. is unable to distribute appropriate aspects of care to others;	is able to obtain and organize the assistance of others;
7. has difficulty expressing himself;	relates well to others;
8. has difficulty expressing himself;	communicates easily;
9. does not acknowledge the contribution of others;	gives credit to others for their contribution;
10. does not evoke the confidence and cooperation of those with whom he works;	is respected by staff and peers;
11. does not work well in a team situation.	has a cooperative attitude and participates well in a team situation.