

NIJMEEGS UNIVERSITAIR HUISARTSEN INSTITUUT

### Een nieuwe taak voor de huisartsopleider; resultaten van een enquête\*\*

Sinds begin 1979 functioneert in Nijmegen een werkgroep die een aantal voorstellen moet doen met betrekking tot een meer gestructureerde en minder vrijblijvende huisartsopleiding. R. Grol, psycholoog en staflid van het N.U.H.I., rapporteert over een enquête die in dit kader werd gehouden onder de huisartsopleiders.

#### Inleiding

Hoewel de laatste jaren veel is gedaan om het kenmerkende van de huisarts te onderzoeken en te beschrijven, is de huisartsgeneeskunde nog steeds een betrekkelijk jonge wetenschap. Daar komt bij dat de opleiding tot huisarts nog maar in de kinderschoenen staat: we kunnen pas beschikken over een jaar of zes ervaring.

In die korte tijd is veel geëxperimenteerd met programma's, met de inhoud en vorm van terugkomdagen, met de wijze van praktijk doen door arts-assistenten in de opleidingspraktijk en met de taakverdeling tussen de stafleden van de instituten en de huisartsopleiders. De indruk bestaat echter dat er een behoefte groeiende is om de opleiding tot huisarts een duidelijker gezicht te geven en daarmee af te stappen van het tamelijk vrijblijvende karakter van de afgelopen zes jaar; vrijblijvendheid ten aanzien van wat er precies aan vorming en onderwijs geboden moet worden, vrijblijvendheid en onduidelijkheid ook ten aanzien van de wijze waarop docenten hun onderwijstaak invullen en huisartsopleiders hun taak vorm en inhoud geven.

Op het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut werden die vrijblijvendheid en onduidelijkheid als een groot bezwaar ervaren. Begin 1979 werd daarom een werkgroep benoemd die een aantal voorstellen uit moest werken voor een meer gestructureerde en min-

der vrijblijvende opleiding aan toekomstige huisartsen. In mei 1980 werd door deze werkgroep gerapporteerd. Voorstellen werden gedaan met betrekking tot de inhoud van een meer geïntegreerd onderwijsprogramma, de te hanteren methoden, de structurering van het opleidingsjaar, de rol en taken van alle betrokkenen, de consequenties voor andere sectoren van het instituut en de consequenties voor het beleid. Met opzet werden de voorstellen niet tot in details uitgewerkt. Eerder werd er een denkrichting gedemonstreerd, waarvoor de goedkeuring werd gevraagd van alle betrokkenen.

Op dit moment is een periode van overleg hierover met alle geledingen van het instituut min of meer afgerond en is een begin gemaakt met de uitwerking van een en ander. In dit artikel wordt apart aandacht besteed aan de speciale rol die de huisartsopleiders binnen de opleiding innemen. In de voorstellen krijgen zij een andere, meer op het onderwijs gerichte taak toebedeeld. Om ze vanaf het begin te betrekken bij het denken over een opleiding nieuwe stijl, werd hun de mogelijkheid geboden uitvoerig over de voorstellen te discussiëren op de terugkomdagen voor opleiders en op een gezamenlijke dag voor alle huisartsopleiders. Tevens werd hun een vragenlijst over de plannen voorgelegd.

De vragenlijst werd aan vijftientig huisartsopleiders toegestuurd. Er kwamen vierenzestig exemplaren ingevuld terug. Verschillende opleiders die in een associatie samenwerken, stuurden één lijst terug. Behalve naar de mening over een aantal voorstellen uit het rapport (op een vijfpuntsschaal en met behulp van open vragen) werd gevraagd

naar het aantal jaren dat men als huisarts werkzaam was, hoeveel arts-assistenten men als huisartsopleider had opgeleid en hoeveel jaar men als huisartsopleider bij het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut betrokken was geweest.

#### Huisartsen leiden huisartsen op

*Huisartsen leiden huisartsen op*, aldus luidde een van de uitgangspunten van de plannen voor een beroepsopleiding nieuwe stijl. Bedoeld wordt, dat huisartsen in principe zelf datgene wat de kern van hun vak uitmaakt zou moeten overdragen aan toekomstige huisartsen. Andere disciplines (vooral gedragswetenschappers) hebben daarbij een belangrijke, ondersteunende functie. Voor de huisartsopleiders betekent dit, dat zij een meer centrale rol zouden moeten gaan spelen bij de overdracht van kennis, vaardigheden en grondhouding aan arts-assistenten, en tevens dat ze een identificatiefiguur voor de arts-assistent zouden moeten zijn: ze moeten een model kunnen geven van het toepassen van de huisartsgeneeskundige wijze van werken en van de praktijkvoering.

Een algemene vraag met betrekking tot dit thema werd aan de huisartsopleiders voorgelegd:

*In hoeverre bent U het eens met de uitspraak dat huisartsen (vooral) door huisartsen moeten worden opgeleid? (tabel 1).*

Tabel 1. Huisartsen moeten (vooral) door huisartsen worden opgeleid. Percentages. N = 64.

Helemaal mee eens	62
Mee eens	33
Deels wel, deels niet mee eens	5
Niet mee eens	—
Volstrekt niet mee eens	—

Meer dan 90 procent van de respondenten kan deze uitspraak onderschrijven. In feite betreft het natuurlijk een uitspraak die voor velerlei interpretatie vatbaar is en op allerlei wijzen concreet ingevuld kan worden. Daar wordt door verschillende huisartsopleiders in het open gedeelte ook op gewezen. Zo vraagt men zich af wat de praktische haalbaarheid van zo'n stelling is: in hoeverre betekent het een taakverzwaring voor de opleider en kan hij dit aan? Benadrukt wordt dat de steun van gedragswetenschappers binnen een beroepsopleiding tot huisarts onmisbaar

\* Tenzij uitdrukkelijk anders is vermeld, komen bijdragen in deze rubriek uitsluitend voor rekening van de auteur(s).

\*\* Met dank aan H. Mookink voor de statistische verwerking.

zal blijven. Ook andere disciplines zou men eventueel willen inschakelen. Voor veel opleiders is nog onvoldoende duidelijk wat er volgens het instituut aan kennis en vaardigheden overgedragen moet worden en wie waarvoor verantwoordelijk is. Men ziet als taak voor de opleiders het doceren van een aantal somatische onderwerpen, als acute gevallen, pilcontrole en hypertensie.

### Van „gelegheidsgever” naar docent

In de eerste jaren van het bestaan van de beroepsopleidingen beperkte de rol van huisartsopleider zich tot die van de „gelegheidsgever”. De opleider stelde de arts-assistent in staat om gedurende een bepaalde tijd in een huisartspraktijk ervaring op te doen.

Langzamerhand is het denken over de eigen bijdrage van de opleider aan het onderwijs en over de eisen die in dit verband gesteld kunnen worden, op gang gekomen. In onze voorstellen groeit de huisartsopleider van een pure gelegheidsgever naar iemand die een actieve en duidelijk omschreven bijdrage levert aan het onderwijs aan toekomstige huisartsen. Dit kan onder meer inhouden de begeleiding van het individuele leerproces gedurende het opleidingsjaar en van de toepassing in de praktijk van wat op het instituut is geleerd.

Aan de opleiders werd dit uitgangspunt via de volgende vraag voorgelegd:

*In hoeverre bent U het eens met de uitspraak, dat de rol van de huisartsopleider zal moeten veranderen van gelegheidsgever naar docent? (tabel 2).*

Tabel 2. De rol van de huisartsopleider zal moeten veranderen van gelegheidsgever naar docent. Percentages. N = 64.

Helemaal mee eens	39
Mee eens	34
Deels wel, deels niet mee eens	20
Niet mee eens	3
Volstrekt niet mee eens	2

Bijna driekwart van de opleiders is het met de stelling eens, meer dan een kwart heeft er dus op zijn minst gedeeltelijk vraagtekens bij. De opmerkingen die dit verduidelijken, vallen uiteen in drie categorieën:

Een aantal opleiders wil de docentenrol van de huisartsopleider nader nuanceren; voorbeelden: hij moet ook gelegheidsgever blijven door een klimaat te scheppen, waarin de arts-assistent zich

kan ontwikkelen; hij moet noch gelegheidsgever, noch docent zijn, maar vooral begeleider/supervisor, want de arts-assistent wordt in de eerste plaats door eigen ervaringen gevormd; docent zijn is voor de huisartsopleider te belastend; hij moet primair gelegheidsgever blijven en slechts docent zijn, voor zover de arts-assistent daaraan behoefte heeft.

Een aantal huisartsopleiders ziet meer ondersteuning vanuit het instituut als voorwaarde voor een docentenrol van de huisartsopleider. De relatie tussen opleider en instituut moet hechter worden. Het instituut moet echt opleiden tot docent en dient de opleidingspraktijk op geschiktheid te beoordelen. Duidelijk moet ook voor de opleider zijn, wat er precies gedoceerd moet worden. En de financiële regelingen moeten verbeterd worden.

Een aantal opmerkingen had betrekking op de eigen inbreng van de arts-assistent en zijn mogelijkheden een eigen stijl van werken te ontwikkelen, ook al wijkt deze af van die van de opleider. Men wil geen meester-leerling verhouding en zeker geen baas-knecht verhouding.

Nadere bestudering van de antwoorden laat zien, dat huisartsopleiders die langer huisarts zijn en meer arts-assistenten hebben opgeleid, het minder eens zijn met de voorgestelde taakverschuiving dan opleiders die nog niet zo lang huisarts zijn en minder arts-assistenten hebben opgeleid (tabel 3).

Een verklaring voor dit verschil zou kunnen zijn, dat opleiders die al vroeg bij de huisartsopleiding betrokken zijn, gedurende jaren vooral de rol van gelegheidsgever hebben gehad, terwijl de „nieuwe” opleiders vanaf het begin meer zijn ingespeeld op een mogelijke docentenrol. Een taakverschuiving zou dus vooral voor de opleiders van het eerste uur een verandering betekenen.

Tabel 3. Het oordeel over een eventuele taakverschuiving, gerelateerd aan de duur van de eigen beroepsuitoefening en het aantal opgeleide arts-assistenten. Percentages. N = 64.

	Gevestigd als huisarts		Aantal opgeleide arts-assistenten	
	voor 1968	na 1968	5 of meer	minder dan 5
Helemaal mee eens/mee eens	69	83	67	83
Deels wel, deels niet mee eens/niet mee eens/volstrekt niet mee eens	31	17	33	17

### Leergericht versus werkgericht

De meeste arts-assistenten komen de opleiding binnen met een bagage aan kennis, vaardigheden en attitudes, die sterk klinisch georiënteerd is. Het epidemiologisch beeld dat ze tijdens hun medische opleiding hebben opgedaan, is niet of nauwelijks afgestemd op de huisartsgeneeskundige situatie. Ze hebben in de kliniek aandoeningen gezien, die in de huisartspraktijk zelden voorkomen, terwijl ze met dié kennis naar patiënten gaan kijken. Daarentegen is hun bekendheid met allerlei eenvoudige, vaak self-limiting ziekten in het algemeen gering. In de kliniek heeft de arts-assistent een methodiek geleerd die daar goed voldoet, maar die onvoldoende aansluit bij de dagelijkse praktijk van de huisarts; een methodiek waarbij een grote mate van zekerheid wordt nagestreefd, die sterk somatisch georiënteerd is, en meer gericht op aandoeningen dan op patiënten, die vaste patronen van anamnese en onderzoek kent en vooral gekenmerkt wordt door een grote waardering voor technisch gericht onderzoek en een onderwaardering voor anamnese en eenvoudig lichamelijk onderzoek.

Naar onze mening is het van groot belang dat de arts-assistenten vanaf het begin van de opleiding op een ander, meer huisartsgeneeskundig spoor worden gezet. Huisartsgeneeskunde is iets anders dan wat in de kliniek wordt geleerd. In de eerste fase van het jaar moeten daarom op een intensieve wijze de fundamente van de huisartsgeneeskunde aan bod komen. Dit is de „leergerichte” fase waarin de nadruk ligt op leren waarnemen, luisteren en observeren, op het leren van huisartsgeneeskundige kennis en vaardigheden en op het persoonlijk functioneren in de opleidingspraktijk. In de tweede helft van het jaar, de „werkgerichte” fase ligt de nadruk meer op zelfstandig werken,

produktiegericht bezig zijn, het ontwikkelen van een eigen stijl van werken en daaraan gekoppeld een proces van intervisie of onderlinge toetsing.

Voor de huisartsopleiders betekent dit, dat arts-assistenten niet al snel meewerken in de praktijk, maar meer onderwijsgerichte begeleiding dienen te krijgen. Via de volgende vraag werd dit idee aan hen voorgelegd:

*In hoeverre bent U het eens met de voorgestelde accentuering in het opleidingsjaar: meer leergericht in het eerste en meer werkgericht in het tweede halfjaar? (tabel 4).*

*Tabel 4. Het oordeel over een nieuwe indeling van de opleiding (meer leergericht eerste halfjaar, meer werkgericht tweede halfjaar). Percentages. N = 64.*

Helemaal mee eens	20
Mee eens	30
Deels wel, deels niet mee eens	34
Niet mee eens	16
Volstrekt niet mee eens	—

De helft van de opleiders kan het idee onderschrijven, de andere helft heeft er minstens gedeeltelijk moeite mee. De volgende redenen worden daarvoor aangevoerd:

- Het enigszins kunstmatige onderscheid tussen leren en werken. Een aantal opmerkingen: het hele jaar moet leergericht zijn vanuit het dagelijkse werk; theoretiseren los van de praktijk moet voorkomen worden; het is een illusie dat je pratend huisarts kunt worden, ervaring is het belangrijkste; het zelfvertrouwen van de arts-assistent eist, dat hij door praktisch bezig te zijn de huisartsgeneeskunde onder de knie krijgt. Door sommige huisartsopleiders wordt de vrees geuit dat de werkgerichte periode te kort zal zijn of te weinig intensief. In plaats van een lange periode van veel terugkomdagen in het begin van het jaar ziet men liever een aantal intensieve, meer dagen omvattende blokken, waarbij voldoende ruimte blijft om in de opleidingspraktijk te werken.

- De praktische consequenties van een dergelijke opbouw. Een aantal opleiders verwacht problemen in de praktijkorganisatie als de herstructurering een toename van het aantal terugkomdagen in het begin van het jaar zou inhouden. Men is bang voor onrust onder de patiënten, vreest dat het wellicht ten koste zal gaan van nacht- en weekenddienst. En het zou onduidelijkheid kunnen scheppen over de rol van de

arts-assistent: is deze het eerste halfjaar nu wel of niet echt een behandelend geneesheer?

Het uitsplitsen van de vraag over een leergerichte en een werkgerichte fase in het opleidingsjaar naar ervaring als huisarts en als opleider levert tabel 5 op. We zien dat degenen die minder lang als huisarts gevestigd zijn, korter als opleider werkzaam zijn en minder arts-assistenten hebben opgeleid, zich in het algemeen kritischer opstellen ten opzichte van de voorgestelde jaaropbouw. Het is niet helemaal duidelijk wat de reden daarvan is.

### De aansluiting tussen instituut en opleidingspraktijk

Huisarts zijn is een vrij beroep en op het handelen van de huisarts in de spreekkamer is de controle gering. Hoewel de meeste huisartsen tevreden zijn over hun eigen aanpak, vindt men niettemin grote verschillen in de aanpak van de klachten en problemen die in de huisartspraktijk worden gepresenteerd. Dit betekent dat verschillende arts-assistenten verschillende modellen gedemonstreerd krijgen van wat huisarts zijn betekent. Bovendien sluit het handelen van de huisartsopleider soms wél aan bij wat op het instituut gepresenteerd wordt als adequaat handelen, terwijl er vaak ook een grote discrepantie is. Mede onder invloed van de recente discussies over toetsing begint het gevoel door te dringen dat meer eenvormigheid in het handelen van huisartsen van groot belang is, ook al zijn de normen voor goed handelen nog nauwelijks aanwezig. Voor de opleiding tot huisarts lijkt het ons essentieel, dat er in ieder geval voldoende aansluiting bestaat tussen wat een arts-assistent op het instituut leert en hetgeen waarmee hij in de opleidingspraktijk wordt geconfronteerd.

*Tabel 5. Het oordeel over een nieuwe indeling van de opleiding, gerelateerd aan de duur van de eigen beroepsuitoefening, het aantal jaren dat men als huisartsopleider heeft gefunctioneerd en het aantal opgeleide arts-assistenten. Percentages. N = 64.*

	Gevestigd als huisarts		Aantal jaren huisartsopleider		Aantal opgeleide arts-assistenten	
	voor 1968	na 1968	5 of meer	minder dan 5	5 of meer	minder dan 5
Helemaal mee eens/mee eens	63	34	56	32	55	47
Deels wel, deels niet mee eens/niet mee eens/volstrekt niet mee eens	37	66	44	68	45	53

Dit thema is via de volgende vraag aan de opleiders voorgelegd:

*In hoeverre bent u het eens met de opvatting dat, wil de huisartsopleider een goed model kunnen zijn voor de arts-assistent, zijn wijze van werken in de praktijk moet aansluiten bij wat de arts-assistent leert op de terugkomdag? (tabel 6).*

*Tabel 6. De wijze van werken van de huisartsopleider in de praktijk moet aansluiten bij wat de arts-assistent leert op de terugkomdag. Percentages. N = 64.*

Helemaal mee eens	33
Mee eens	44
Deels wel, deels niet mee eens	12
Niet mee eens	11
Volstrekt niet mee eens	—

Ruim driekwart van de opleiders is het met deze opvatting eens, bijna een kwart heeft er op zijn minst bepaalde kritische kanttekeningen bij. Die betreffen in het algemeen de angst voor een „eenheidsworst”. Men wil als opleider meedenken over een betere aansluiting en niet van bovenaf door het instituut opgelegd krijgen hoe er precies gehandeld moet worden. Een aantal huisartsopleiders ziet er ook een voordeel in als de opleider anders werkt dan op het instituut wordt gepropageerd: de arts-assistent leert kritisch kijken, zichzelf zijn en zich zonodig afzetten tegen het model dat de opleider hem biedt. En een paar opleiders verzuchtten, dat het niet mogelijk is om alle ontwikkelingen op het instituut bij te benen.

### Eisen aan de huisartsopleiders: vier basale vaardigheden

Over de vraag welke eisen men aan huisartsopleiders mag of moet stellen, bestaat in den lande nog weinig overeenstemming. Naar onze mening zal de

huisartsopleider, wil hij als model voor de arts-assistent kunnen functioneren, het handelen van de huisarts moeten beheersen op een niveau zoals dit op het NUHI wordt onderwezen.

Inmiddels is op het instituut een begin gemaakt met het ontwikkelen van een observatieschema voor het werken van de huisarts met patiënten en het opstellen van de bijbehorende normen voor adequaat handelen. Dit was mogelijk in het kader van een groot onderzoek naar het handelen van de huisarts, gefinancierd door het Praeventiefonds. Hierbij gaan we uit van vier basale vaardigheden, die elkaar deels overlappen; deels ook bieden zij elk een specifieke invalshoek om het handelen van de huisarts te evalueren:

- gericht en systematisch werken, dat wil zeggen de wijze waarop de huisarts het contact op een weloverwogen, logische en expliciete wijze opbouwt;
- somatisch handelen, dat wil zeggen de beoordeling van adequaat medisch-technisch handelen, waarbij de nadruk ligt op de vraag of er te veel of te weinig wordt gedaan;

- psychosociaal handelen, dat wil zeggen de wijze waarop de huisarts ingaat op niet-somatische aspecten van aangeboden klachten;

- hanteren van de huisarts-patiënt relatie, dat wil zeggen de wijze waarop de huisarts zorgt voor een open, veilige en zoveel mogelijk gelijkwaardige relatie, waarin de patiënt mee kan denken en beslissen over wat er aan de hand is en moet gebeuren met de ingebrachte klachten of problemen.

Onze indruk is dat de huisartsopleiders deze vaardigheden tot op een bepaald niveau zouden moeten beheersen en via de volgende vraag is hieromtrent informatie ingewonnen:

*In hoeverre bent u het eens met de opvatting dat, wil men een goede opleider kunnen zijn, men de vier genoemde basale vaardigheden goed moet beheersen? (tabel 7).*

De overgrote meerderheid van de opleiders onderschrijft het belang van het beheersen van deze vier vaardigheden. Niet helemaal duidelijk is daarbij wat „goed beheersen” en „adequaat” nu precies inhouden. Daarvoor zal de visie op het huisartsenvak en de taak van de huisarts duidelijker moeten worden, volgens een aantal opleiders. Diverse malen wordt onderlinge toetsing met deze vaardigheden in verband gebracht en met name wordt voorgesteld, elkaar te gaan observeren aan de hand van de opgestelde normen. Tenslotte wordt

*Tabel 7. Een goede opleider moet de vier basisvaardigheden – somatisch handelen, psychosociaal handelen, gericht en systematisch werken en hanteren van de huisarts-patiënt relatie – beheersen. Percentages. N = 64.*

	Somatisch handelen	Psycho-sociaal handelen	Gericht en systematisch werken	Hanteren van de huisarts-patiënt relatie
Helemaal mee eens	75	56	59	67
Mee eens	22	39	33	30
Deels wel, deels niet mee eens	2	3	3	3
Niet mee eens	–	–	–	–
Volstrekt niet mee eens	–	–	–	–

opgemerkt dat de normen flexibel gehanteerd moeten worden en er ook aandacht moet zijn voor thema's als samenwerking, praktijkorganisatie en preventie.

### De opleider als model

In de voorstellen voor een opleiding nieuwe stijl valt de taak van de huisartsopleider uiteen in een taak als model en een taak als docent. De taak als model houdt in dat de opleider in staat is de specifiek huisartsgeneeskundige wijze van werken aan de arts-assistent te laten zien. In de praktijk betekent dit, dat hij de vier in de vorige paragraaf beschreven basale vaardigheden moet beheersen en daarnaast, dat zijn praktijkvoering als model moet kunnen fungeren. We denken daarbij aan het kaartsysteem, de organisatie van de overlegsituaties, het instrumentarium en de overlegsituaties. Voor ons gevoel zal niet elke opleider even gemakkelijk aan deze eisen kunnen voldoen, vandaar onze vraag:

*In hoeverre voelt u zich in staat om een goed voorbeeld, een model voor de arts-assistent te kunnen zijn? (tabel 8).*

Uit de cijfers blijkt dat ongeveer 35 procent van de opleiders zichzelf op zijn minst gedeeltelijk onvoldoende in staat acht om een goed model te zijn voor de arts-assistent. Op onze vraag wat men

*Tabel 8. Het oordeel over de mate waarin men als model voor de arts-assistent kan fungeren. Percentages. N = 64.*

Ruim voldoende	11
Voldoende	53
Deels voldoende, deels onvoldoende	33
Onvoldoende	2
Zeer onvoldoende	2

verder nog zou willen leren, werd als volgt gereageerd: somatische nascholing (6x), gesprekstechniek (6x), onderdelen van de vier basale vaardigheden (12x), persoonlijkheidsstraining, beïnvloeding van medische consumptie.

Nadere analyse van de antwoorden laat zien, dat het aantal jaren dat men als huisarts werkzaam is geweest, niet in relatie staat tot de mate waarin men zich in staat voelt een goed model te zijn. Wel verschil maakt het aantal arts-assistenten dat men heeft opgeleid: hoe meer men er in de praktijk heeft gehad, des te beter voelt men zich in staat om model te staan (tabel 9).

### De opleider als docent

Al eerder is de verschuiving in de taak van de opleider van gelegenheidsgever naar docent aan de orde geweest. In onze voorstellen krijgt hij een grotere

*Tabel 9. Het oordeel over de mate waarin men als model voor de arts-assistent kan fungeren, gerelateerd aan het aantal opgeleide arts-assistenten. Percentages. N = 64.*

	Aantal opgeleide arts-assistenten	
	5 of meer	minder dan 5
Ruim voldoende/voldoende	76	50
Deels voldoende, deels onvoldoende/onvoldoende/zeer onvoldoende	24	50

rol toebedeeld bij het begeleiden van het leerproces van de arts-assistent gedurende het opleidingsjaar, met name via observaties en leergesprekken. Hij zal er op moeten toezien, dat de arts-assistent het op het instituut geleerde ook daadwerkelijk in de praktijk tracht toe te passen. Hierbij zien we ook een eigen onderwijstaak voor de opleiders weggelegd. Men zou dus van hen mogen verwachten, dat ze minstens over enige onderwijskundige kwaliteiten beschikken. Daarom vroegen we ze:

*In hoeverre voelt u zich in staat om docent te zijn voor de arts-assistent, dat wil zeggen in hoeverre beschikt u voor uw eigen gevoel over didactische bekwaamheden? (tabel 10).*

*Tabel 10. Het oordeel over de eigen didactische capaciteiten.*

Ruim voldoende	8
Voldoende	47
Deels voldoende, deels onvoldoende	36
Onvoldoende	8
Zeervoldoende	—

Bijna 45 procent van de huisarts-opleiders voelt zich althans gedeeltelijk onvoldoende in staat om docent te zijn voor de arts-assistent. Nascholing zal derhalve voor een belangrijk deel hierop gericht dienen te zijn. De opleiders geven tevens aan wat ze op dit gebied verder zouden willen leren: houden van een goed leergesprek, overdragen van de vier basale vaardigheden, leren ontdekken van lacunes bij arts-assistenten en leren omgaan met eigen onzekerheden in docentrol.

Bij nadere analyse van de gegevens blijkt dat opleiders die langer in de praktijk werkzaam zijn en meer arts-assistenten hebben opgeleid, zich zekerder voelen in hun docentenrol (tabel 11). Dit is een uitkomst die wellicht voor de hand ligt. Huisartsopleiders die veel

*Tabel 11. Het oordeel over de eigen didactische capaciteiten, gerelateerd aan de duur van de eigen beroepsuitoefening en het aantal opgeleide arts-assistenten. Percentages. N = 64.*

	Gevestigd als huisarts		Aantal opgeleide arts-assistenten	
	voor 1968	na 1968	5 of meer	minder dan 5
Ruim voldoende/voldoende	66	41	64	43
Deels voldoende, deels onvoldoende/onvoldoende/zeer onvoldoende	34	59	36	57

arts-assistenten hebben opgeleid, hebben hiermee veel ervaring opgedaan en hebben misschien ook geprofiteerd van het onderwijsaanbod op dit terrein vanuit het instituut.

### Onderlinge toetsing bij huisartsopleiders

Meer eevormigheid in het handelen van de huisartsopleiders en een betere aansluiting bij datgene wat op het instituut gezien wordt als adequaat handelen is als doel van de nieuwe voorstellen al genoemd. De vraag is echter op welke wijze dit te realiseren valt en hoe groot de bereidheid van de opleiders is om hieraan mee te doen.

Voorschriften van het instituut ten aanzien van het handelen van de opleiders lijken niet haalbaar. Een aantal opleiders geeft ook aan dat ze mee willen denken en niets opgelegd willen krijgen. Een mogelijkheid vormt dan een vorm van onderlinge toetsing, zoals door het Nederlands Huisartsen Genootschap wordt gepropageerd: samen met andere huisartsen wordt gepraat over huisartsgeneeskundige thema's, waarbij ook de normen voor adequaat handelen worden vastgesteld. De bereidheid van de opleiders om aan iets dergelijks mee te doen is als volgt gepeild:

*Bent u bereid deel te nemen aan discussiegroepen over het huisartsgeneeskundig handelen met als doel zoveel mogelijk vanuit een en dezelfde visie op te leiden? (tabel 12).*

Ongeveer 70 procent van de opleiders geeft aan hieraan mee te willen doen. Reacties als: „probeer het in te bouwen in de terugkomdagen” en „zoek aansluiting met andere instituten en met landelijke organisaties” wijzen op een positieve houding. Bijna 30 procent van de opleiders zegt echter niet zonder meer te willen deelnemen aan dit soort discussiegroepen. Weerstand tegen zul-

*Tabel 12. Bereidheid tot toetsing. Percentages. N = 64.*

Zeker toe bereid	27
Toe bereid	44
Deels wel, deels niet bereid	23
Niet toe bereid	5
Absoluut niet toe bereid	2

ke groepen blijkt uit opmerkingen als: angst voor eenheidsworst, tijdsproblemen, angst om in het keurslijf van het instituut te moeten lopen, financieel onaantrekkelijk, etcetera.

Een andere, meer echte vorm van onderlinge toetsing is het vergelijken van het handelen van een huisarts met van tevoren vastgestelde normen. Het handelen van de opleider in de praktijk kan geobserveerd worden door een instituutsmidewerker of door collega-opleiders met een observatieinstrument. Op basis daarvan kan feed-back gegeven worden aan de hand van bepaalde normen. Een dergelijk instrument wordt op dit moment op het Nijmeegs Huisartsen Instituut ontwikkeld (publicatie in *Ned T. Psychol.* in voorbereiding).

Onderlinge toetsing en wederzijdse praktijkobservaties bieden naar onze mening een voortreffelijke mogelijkheid de kwaliteit van het handelen van de opleiders op een hoger niveau te brengen. De concrete bereidheid van de huisartsopleiders hiertoe werd gepeild via de volgende vraag:

*Zoudt u er bezwaar tegen hebben om door een collega-opleider te worden geobserveerd wat betreft uw wijze van werken? (tabel 13).*

*Tabel 13. Bezwaren tegen observatie door collega. Percentages. N = 64.*

Absoluut geen bezwaren	41
Geen bezwaren	52
Deels wel, deels geen bezwaren	5
Wel bezwaren	3
Zeervolte bezwaren	—

Meer dan 90 procent van de opleiders verklaart geen bezwaar te hebben tegen onderlinge praktijkobservaties. Blijkbaar begint het idee van onderlinge toetsing van elkaars handelen voor deze groep een geaccepteerde zaak te worden, ondanks de bedreiging die ervan uitgaat en die af te leiden valt uit reacties als „het mag de huisarts-patiënt relatie niet schaden” en „in verband met patiënten moet het beperkt blijven”.

## Slot

De indruk bestaat dat de huisartsopleiders de uitgangspunten voor veranderingen in de opleiding in grote lijnen onderschrijven. Pessimistische geluiden als zou er van hen weinig te verwachten zijn bij een verbetering van de kwaliteit van de opleiding, worden door de uitkomsten van de enquête gelogenstraft. De reacties van de opleiders op een speciaal voor hen georganiseerde – en in groten getale bezochte – discussiedag sluiten hierbij aan. De opleiders geven aan veel behoefte aan bijscholing te hebben om hun taak beter te kunnen vervullen en ze staan allerminst afkerig tegenover toetsing. Op dit moment wordt een experiment met betrekking tot onderlinge toetsing van huisartsopleiders en gastheren van co-assistenten in ons instituut gestart.

Niettemin zijn er ook een aantal kritische kanttekeningen gemaakt, waar terdege rekening mee gehouden moet worden. Zo zijn veel onderdelen van de plannen die betrekking hebben op de opleidingspraktijk, nog onvoldoende uitgewerkt. De taak van de opleider is nog niet concreet omschreven, evenmin als de steun die de opleider kan verwachten van het instituut. Tevens moeten de praktische consequenties van een huisartsopleiding nieuwe stijl voor de opleidingspraktijk verder uitgediept worden. Tenslotte zou een rechtspositie met financiële consequenties aan de vrijblijvendheid een einde moeten maken. De principiële bereidheid van de huisartsopleiders om mee te denken en mee te doen is echter een grote steun om hieraan verder te werken.

*Samenvatting.* Onder de huisartsopleiders van het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut is een enquête gehouden over een aantal voorgenomen veranderingen in hun opleidingstaak. De opleiders kunnen de plannen en ideeën van het instituut in grote lijnen onderschrijven. Zij zijn bereid meer als docent voor de arts-assistent te fungeren, zij het onder voorwaarde van een duidelijke taakomschrijving. Zij vinden voorts, dat het eigen handelen aan bepaalde eisen moet voldoen om een goed model voor de arts-assistent te kunnen vormen, maar zij hebben daarbij ook behoefte aan ondersteuning door het instituut. De opleiders hebben geen bezwaar tegen onderlinge toetsing.

*Naast positieve geluiden zijn er ook kritische reacties, die nadere bezinning op een deel van de plannen nodig maakt.*

*Summary.* A new task for the general practitioner-instructor; results of an inquiry. An inquiry was held among the general practitioner-instructors of the Nijmegen University Institute of General Practitioners concerning a number of planned changes in their task as instructors. The instructors largely accept the plans and ideas set forth by the institute. They are willing to act more as a tutor to the assistant physician, provided an unequivocal task description is made available. They agree that their own actions should meet certain requirements if they are to provide a good model for the assistant physician, but in this respect they feel a need for support by the institute. The instructors have no objection to mutual testing.

*Apart from positive responses there are some critical remarks which necessitate further consideration of some of the plans.*

### Summary pp. 379-383

*Summary.* The general practitioner and continuity in care. An essay on longitudinal care in general practice, the value of dialogue in it, and the need for a code of behaviour. Since the Woudschoten conference in 1959, the various aspects of care provided by the general practitioner have been discussed in numerous articles in huisarts en wetenschap. This contribution discusses „continuous” or „longitudinal” care against the background of developments in medical thinking in the past twenty-five years. In view of the profound interest taken in cooperation with colleagues in general practice and with others, it seemed desirable to consider this aspect as well. This meant that consultation, exchange of information and the „dialogue” in the various consultative situations also had to be considered.

*Emphasis is placed on the value of consultation in cases in which the family doctor himself is unable to solve the problem posed. The refresher effect of such consultations, not only for the general practitioner but also for the specialists consulted, is evident. In view of the many advantages which consultation – rather than referral – can yield, consultation of secondary health workers is warmly recommended. Moreover, the ideal of continuous care can be given real substance in this way.*

## Literatuurinformatie

Verwijzingen, ontleend aan Index Medicus

### MASS SCREENING

Basic issues in population screening for cancer. Cole P, et al. JNCI 1980 May;64(5):1263-72

Cervical screening—1980 [editorial] Clarke EA. Can Med Assoc J 1980 Feb 23;122(4):387-9

Impact of the Walton report on cervical cancer screening programs in Canada. Kassirer E. Can Med Assoc J 1980 Feb 23;122(4):417-23

The prevention of coronary heart disease in general practice. Woods JO, et al. J R Coll Gen Pract 1980 Jan;30(210):52-7

Mass screening: is it cost-effective? [editorial] Clayman CB. JAMA 1980 May 23-30;243(20):2067-8

A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. Barber JH, et al. J R Coll Gen Pract 1980 Jan;30(210):49-51

Usefulness of statistical models to assess the benefit of breast cancer screening: a reply [letter] Eddy DM. JNCI 1980 Jun 64(6):1277

New guidelines for cancer detection create stir. Am Fam Physician 1980 May;21(5):203-4

### MORBIDITY

The relationship of symptoms and blood pressure in a population sample. Kottke TE, et al. Int J Epidemiol 1979 Dec;8(4):355-9

Reliability of morbidity data in family practice. Anderson JE. J Fam Pract 1980 Apr;10(4):677-83

### PREVENTIVE MEDICINE

Medical charities and prevention [letter] Loraine JA. Br Med J 1980 Mar 22;280(6217):859-60

### PRIMARY HEALTH CARE

Psychiatry, the medical model, and primary care [editorial] Sandifer MG. Psychosomatics 1980 Mar;21(3):187-8

The organizational, interactional and care-oriented conditions for patient participation in continuity of care: a framework for staff intervention. Davis MZ. Soc Sci Med 1980 Jan;14A(1):39-47

The achievement of continuity of care in a primary care training program. Rogers J, et al. Am J Public Health 1980 May;70(5):528-30

Continuous and comprehensive patient care [letter] Stokes J 3d. Am J Public Health 1980 Jun;70(6):636

Special features of general practice (primary care) and ethical implications. Fry J. J Med Ethics 1980 Mar;6(1):23-5

The nature and management of telephone utilization in a family practice setting. Fischer PM, et al. J Fam Pract 8(2):321-7, Feb 79

Evaluation of family care [letter] Blake RL Jr. J Fam Pract 9(1):19, 22, 24 passim, Jul 79

An analysis of returning patients in family practice. Boyle RM, et al. J Fam Pract 8(5):1029-36, May 79

The no-show patient in the model family practice unit. Dervin JV, et al. J Fam Pract 7(6):1177-80, Dec 78

Periodic health screening in a rural private practice. Frame PS. J Fam Pract 9(1):57-64, Jul 79

Epidemiology and family medicine. Freer CB. J Fam Pract 8(4):865-6, Apr 79

The residency graduate and education in family practice. Frey JJ. J Fam Pract 8(1):193-4, Jan 79