

Exeter revisited

Verslag van een cursus voor huisartsopleiders in Exeter, januari 1983

DR. C. VAN WEEL*

In januari van dit jaar bezocht Chris van Weel voor de derde maal een cursus voor huisartsopleiders, georganiseerd door het huisartseninstituut van Exeter (UK). Waren de eerste bijeenkomsten nog vooral bedoeld als introductiecurssussen, deze keer ging het erom ervaren huisartsopleiders ook in didactisch opzicht nader te bekwamen.

Het verslag van een inspirerend lang weekend.

Inleiding

De cursus voor huisartsopleiders die ik in januari 1983 in het huisartseninstituut in Exeter heb bijgewoond, was mijn derde kennismaking met de onderwijsopvattingen van dit instituut. In 1978 nam ik deel aan de eerste opleidingscursus voor huisartsopleiders die het instituut organiseerde, en enkele maanden later aan een herhalingscursus. Van die ervaringen heb ik destijds verslag uitgebracht.¹

Het ging in 1978 om een introductiecurcus, bedoeld voor alle huisartsen uit de regio Devon/Cornwall die opleider waren of dat wilden worden. Inmiddels hebben nagenoeg alle opleiders deelgenomen aan deze jaarlijkse introductie, en langzamerhand ontstond de behoefte, ervaren opleiders ook in didactisch opzicht nader te bekwamen. De cursus waarover ik hier bericht, was de eerste in zijn soort in Exeter.

De cursus besloeg een lang weekend, verdeeld in zes halve dagen. De zestien deelnemers waren in het zelfde hotel ondergebracht, zodat er als vanzelf een informeel vervolg ontstond op de officiële bijeenkomsten. Op één na waren alle deelnemers ervaren opleiders; twee opleiders vervulden tevens de rol van *course organiser* – lokale coördinatoren van de sterk gedecentraliseerde beroepsopleiding, verantwoordelijk voor de halve terugkomdagen ter plaatse. Als cursusleiders fungeerden de vijf stafleden/huisartsen van het instituut, samen met een onderwijskundige.

* Huisarts te Rotterdam, afdeling gezondheidscentrum Ommoord van de Rotterdamse GG & GD.

De tijdens de bijeenkomsten toegepaste methoden (korte inleiding, groepsdiscussies, werken in kleine groepen, oefenen in drietallen) waren er vooral op gericht de deelnemers vaardigheden voor het opleiderschap actief te laten oefenen. Door het nagenoeg continue gebruik van video was het mogelijk, gebeurtenissen uit de diverse kleine groepen bij de plenaire slotbesprekingen als „ware gebeurtenissen” terug te halen.

Een ander interessant aspect was, dat de deelnemers verondersteld werden de cursus thuis voorbereid te hebben: zo dienden zij audio- of videobandjes met leergesprekken met hun arts-assistent mee te brengen, benevens de patiëntencarten van een volledig spreekuur uit de week voorafgaand aan de cursus. Ook werd verondersteld dat de deelnemers kennis hadden genomen van basale literatuur over de huisartsgeneeskunde en huisartsopleiding; dit laatste was overigens al een *must* bij de introductiecurcus.

De cursus

De cursus bestond uit acht onderdelen, die ik hier met enige toelichting de revue laat passeren:

Inleiding over didactische methoden. In deze inleiding werden de plaats en de functie aangegeven van voordrachten, groepsdiscussies, schriftelijke informatie, audiovisuele hulpmiddelen en dergelijke. Hiermee werd vooral beoogd, de groep op een gelijk informatie-niveau te brengen en in te leiden in het onderwijskundige jargon.

Programmeren van onderwerpgerichte leergesprekken (*topical discussions*).

Vervolgens kregen de deelnemers de opdracht, in kleine groepen een programma te maken van onderwerpen die tijdens het opleidingsjaar aan de orde dienen te komen, en de methoden die daarbij gehanteerd behoren te worden. In de door mij bijgewoonde groep kwamen de volgende punten naar voren:

- Ten eerste bleek er behoefte te bestaan deze vorm van leergesprek te onderscheiden van andere leergesprekken (*Problem case, random case analysis*) en aan het napraten over hetgeen zich tijdens het spreekuur heeft voorgedaan.

- Vervolgens de selectie van de onderwerpen: geconcludeerd werd dat er uiteraard een relatie bestaat tussen de patiëntenproblemen en de onderwerpen uit de *topical discussions*, maar dat het gewenst is het bespreken van de door de arts-assistent behandelde patiënten in principe los te koppelen van de onderwerpgerichte besprekingen. De patiëntenbesprekingen kunnen dienen om een onderwerp te selecteren (gebleken lacunes in kennis, kunde en vaardigheden; expliciete vragen van de arts-assistent). Vragen van de arts-assistent vormen op zich een te beperkte basis, omdat daarmee alleen die onderwerpen naar voren komen, waarbij de arts-assistent zich bewust is van een probleem. Op basis van onder meer morbiditeitsgegevens dient de opleider een lijst van klinische onderwerpen, alsmede de benodigde kennis over deze materie min of meer paraat te hebben; op geleide van de praktische ervaringen van de arts-assistent kunnen deze onderwerpen in de loop van de opleiding aan de orde komen. Daarnaast mogen onderwerpen als registratie, financiën en praktijkmanagement niet ontbreken.

- Bij het bespreken van de diverse onderwerpen is het zinvol, dat opleider en arts-assistent vaststellen wat de arts-assistent wel en niet weet, terwijl het raadplegen van de literatuur, discussies en uitleg door de opleider de ontbrekende informatie kunnen leveren. Hierbij werd duidelijk aangehaakt bij de door Pereira Gray beschreven didactische methode van toetsing van kennis, het ontwerpen van een doel voor het onderricht, en het kiezen van een geschikte methodiek.²

- Een zeer gedetailleerd, via literatuuronderzoek voorbereid leergesprek, zoals een aantal opleiders dat deed, werd als lang niet altijd zinvol en als te academisch en onpraktisch beoordeeld.

Random case analysis. De derde fase

bestond uit het oefenen van het leergesprek op basis van door de arts-assistent behandelde patiënten. De deelnemers werkten daarbij in drietallen, afwisselend in de rol van arts-assistent, huisartsopleider en observator. Uitgangspunt vormden de patiënten van het spreekuur waarvan iedereen de kaarten had meegebracht. De huisarts in de rol van arts-assistent werd „onderwezen” over patiënten die hij werkelijk behandeld had. De opleider koos een casus uit en vroeg de arts-assistent het consult te beschrijven. Doel van deze vorm van nabespreken is het selecteren van de leerpunten die de arts-assistent niet als probleem ervaart.

Met dit deel van de cursus werd beoogd, de opleider te leren onderwerpen te selecteren. De observatie was gericht op het functioneren van de opleider. Door het maken van video-opnamen was het mogelijk een plenaire discussie te houden aan de hand van concrete ervaringen uit de verschillende groepjes. Daarbij bleek duidelijk dat de opleiders voortdurend psychosociale problemen en problemen in de relatie tussen arts (-assistent) en patiënt als leerpunt over het hoofd zagen. Daarnaast liet de opleider zich vaak te veel meeslepen door het relaas van de arts-assistent, die steeds „zijn hele verhaal” mocht afmaken. Dit is lang niet altijd nodig, en vaak contra-productief. Een goed leergesprek is evenzeer mogelijk op basis van enkele inleidende woorden:

Arts-assistent: „Ik zag mevrouw A, een vrouw van 55 jaar, gehuwd, vier kinderen die inmiddels het huis hebben verlaten, met een bovenste luchtweginfectie op het spreekuur.”

Huisartsopleider: „Prima, laten we het eens hebben over het gezin waar de kinderen inmiddels uit huis zijn. Vertel eens wat je weet...”

In mijn ogen waren deze oefenbijeenkomsten – aan de hand van echte patiënten, die ook werkelijk het spreekuur hadden bezocht, werkelijk behandeld waren en mogelijk ook onvolledig, onjuist of met enige tekortkomingen waren benaderd – bijzonder geslaagd en de moeite waard om ook elders toegepast te worden; beter in ieder geval dan het teren op rollenspellen waarmee een zekere gekunsteldheid in de oefeningen sluipt. Het grote gemak waarmee werkelijke gespreksituaties in deze cursus werden nagebootst, was zeer opvallend.

Meemaken van nagesprekken. Tijdens de cursus hebben de deelnemers praktijken in de regio bezocht om daar de leergesprekken bij te wonen en te bespreken. Ik heb met een aantal anderen

de praktijk van Peter Stanley, de vroegere coördinator van de beroepsopleiding in Exeter, bezocht en hem als opleider geobserveerd. Hij structureerde zijn nagesprek op basis van de Keeganmethode, naar alle waarschijnlijkheid een erfenis van de in 1981 gehouden uitwisseling tussen het Exeter en het Utrechtse Huisartseninstituut.

Opmerkelijk leerpunt uit deze observatie was de conclusie dat de methode aan de hand waarvan het nagesprek wordt gestructureerd, een sterke invloed heeft op de waardering van het consult. Na afloop van de nabespreking oordeelden alle observatoren in eerste instantie positief over het verloop van het consult en over de mate waarin in het nagesprek leerpunten aan de orde waren gesteld. Helemaal aan het slot maakte iemand echter een kritische opmerking, waarna de groep het op de video opgenomen consult nog een keer met de arts-assistent besprak, maar nu via het genereren van eigen hypothesen, en sterk aansluitend bij de eigen observaties. Het slot van deze bespreking was een aanmerkelijk minder positief oordeel over het verloop van een consult; er volgde een diepgaande discussie over mogelijk reeds langer bestaande relatieproblemen tussen arts-assistent en patiënt, waardoor het verloop van het consult was bepaald.

Project kinderzorg. Als intermezzo werd een groepsdiscussie gewijd aan het recente Britse rapport *Healthier children – thinking prevention*: aanbevelingen om de preventieve zorg voor kinderen te integreren in de huisartspraktijk.³ Dit is een op dit moment zeer actueel thema binnen de Britse huisartsgeneeskunde. Een directe relatie met de opleiding bestond echter niet, waardoor dit onderwerp als een corpus alienum werd ervaren.

Gestructureerde observatie van gesprekken. Op voorstel van de onderwijskundige werd, om eens te ervaren in hoeverre een objectiverend/kwantificerend scoren van gesprekken kan helpen bij het waarden van die gesprekken, een videogesprek gescoord door middel van de *Flander's Interaction Matrix*. Dit werd meer gezien als een aardige kennisgeving dan als een direct toepasbare methode in de huisartsopleiding.

Videobanden leergesprekken. In kleine groepen zijn enkele meegebrachte video-opnamen van de leergesprekken uit de eigen opleiding besproken. Hier wreekte zich de diversiteit van de in omloop zijnde apparatuur: niet alle bandjes bleken afspeelbaar, ondanks het geavanceerde arsenaal video-appa-

atuur waarover het instituut kan beschikken.

Op grond van de besproken nagesprekken werden de reeds genoemde problemen in het leergesprek nogmaals vastgesteld:

- De opleider laat zich sterk meeslepen door het verhaal van de arts-assistent, waardoor potentiële leerpunten, zaken die de arts-assistent zich niet als een probleem bewust is, gemist worden.

- De besproken casus zijn nogal eens probleemcasus, en bevonden vaak moeilijke, langdurig bestaande en weinig voor verandering vatbare situaties. Op die manier wordt vooral nadruk gelegd op het eigen onvermogen van de arts-assistent, de relativiteit van het huisartsgeneeskundig handelen (de opleider kan er eigenlijk ook weinig mee) en de betrekkelijkheid van het opleiden; in het nagesprek is het ook bijzonder moeilijk de arts-assistent een alles veranderende suggestie aan de hand te doen. Daarmee bestaat het gevaar, dat de opleiding overmatig negatief gekleurd wordt. Het lijkt dan ook veel zinvoller, „probleemgevallen” als onderwerp apart, dat wil zeggen als *topical discussion* op te voeren: wat voor mogelijkheden heeft de huisarts in situaties waarbij muurvast zittende problemen, of patiënten die niet tot verandering bereid of in staat zijn, aan de orde zijn?

Random case analysis: een gast-arts-assistent. Tot besluit van de cursus werd een leergesprek gehouden met een arts-assistent uit een van de Exeter praktijken. Twee arts-assistenten hadden zich de moeite getroost, gedurende een halve dag ter beschikking te zijn voor de deelnemers. Zij hadden ieder een door hun opleider geselecteerde *random case* meegebracht.

De deelnemers hebben in twee groepen deze *random case analysis* gevoerd en nabesproken, waarbij een van de deelnemers als opleider fungeerde en de anderen observeerden. Aan de hand van de video-opname stonden vervolgens vier gesprekken ter beschikking voor de plenaire bespreking. Een van de twee casus bleek in beide groepen op dezelfde wijze te zijn besproken; de andere had echter – na twee identieke introducties door de arts-assistent – twee totaal verschillende nagesprekken opgeleverd: een vrouw met een diabetes mellitus gaf in de ene groep aanleiding tot een bespreking van de behandeling van diabetes, terwijl in de andere groep het gesprek zich richtte op een terloopse opmerking van de arts-assistent, waaruit bleek dat de vrouw een alcoholprobleem had, en tevens duidelijk werd dat

dit alcoholisme een belangrijke rol speelde in de relatie tussen arts-assistent en patiënt. De reeds gememoreerde leerpunten over de functie van het nagesprek werden ook hier in de discussie naar voren gebracht.

In de afsluiting bleek bij deelnemers en organisatoren grote voldoening te bestaan over de cursus. Vooral de *random case analysis* werd als een uiterst zinvolle vorm van nagesprek aangemerkt. De arts-assistent staat daarbij onder druk en moet bij voortdurend een appel doen op zijn medische kennis. Ook het appel op de huisarts als opleider is daarbij groot.

De huisartsopleiding in Groot-Brittannië vergeleken met de Nederlandse situatie

Voor een goed begrip van de betekenis van deze cursus voor het functioneren van de opleiding in Groot-Brittannië, is het wellicht zinvol enkele opmerkingen te maken over de situatie aldaar.

De grote overeenkomsten tussen Groot-Brittannië en Nederland wat de huisartsgeneeskunde betreft, gelden ook voor de opleiding tot huisarts. Belangrijke verschillen daarbij zijn:

- Duur: drie jaar, waarvan twee maal een halfjaar in de huisartspraktijk.
- Verplichting: eerst in 1981 is het gevolgd hebben van de huisartsopleiding verplicht voor wie zich als huisarts wil vestigen.

- De organisatie van de terugkomdagen: dit gebeurt gedecentraliseerd; er bestaat een veel minder eenduidige, geïnstitutionaliseerde structuur. *Course organisers* zijn doorgaans huisartsen die zich voor een bepaalde tijd – gebruikelijk is circa vijf jaar – verbinden om de terugkomdagen en het verloop van de opleiding te organiseren;

- Selectie van de opleiders: ook deze selectie geschiedt vrij sterk perifeer, waarbij de plaatselijke *course organisers* een belangrijke rol spelen.

Dat een huisartseninstituut zich met de beroepsopleiding bezighoudt, zoals in Exeter, is daarbij uitzonderlijk. De huisartsopleiding steunt in zeer sterke mate op de professie. Daarbij is in de beginjaren '70 een infrastructuur geschapen om deze belasting aan te kunnen: vanuit de professie heeft een voorhoede zich gebogen over vorm en inhoud van de beroepsopleiding: in een drietal cursussen (de Nuffield-cursussen⁴) heeft deze voorhoede zich onderwijskundige kennis en vaardigheden eigen gemaakt, curricula ontworpen, en het uitdragen van de verworven kennis

gestructureerd. De deelnemers aan deze eerste cursus hebben vervolgens hun verworvenheden in de periferie verspreid – de eerder door mij bijgewoonde cursus in Exeter was er een voorbeeld van – en de hier beschreven cursus toont aan, dat de dynamiek van de Nuffield-cursussen nog steeds aantoonbaar is.

Vanuit het gezichtspunt van de huisartsopleider zijn er ook enkele interessante verschillenpunten te ontdekken tussen de Britse en de Nederlandse situatie:

- In Groot-Brittannië ontbreken de menswetenschappers in de opleiding en dientengevolge in de opleiding van de opleiders. Dat manifesteert zich vooral in de moeite die het kost, in de nagesprekken psychosociale problemen als leerpunten naar voren te brengen. Het lijkt mij dat dit een gemis is. Overigens weerspiegelt dit verschil een diepergaande divergentie in huisartsgeneeskundig opzicht tussen beide landen.

- De aan de opleiders aangeboden didactische vaardigheden zijn simpeler, universeler toepasbaar, dan hetgeen ons in Nederland wordt meegegeven. In tegenstelling tot technieken als de Keegan-methode en grote projecten als methodisch werken of preventieve somatische fixatie, gaat het om zaken als de keuze voor de juiste didactische methoden voor het bereiken van een onderwijsdoel (wanneer *topical discussion*, wanneer *lecture*, *random case of groepsdiscussie*), of het goed vaststellen van de leerbehoefte bij de arts-assistent – zaken die dagelijks in de opleiding toepasbaar zijn en toegepast worden.

- Het feit dat vrijwel uitsluitend huisartsen zich in Groot-Brittannië met de opleiding van opleiders bezighouden, leidt mogelijk tot een groter zelfbewustzijn en een groter zelfvertrouwen: men vindt dat huisartsen in principe goede opleiders kunnen zijn, en dat ze dit dan ook maar waar moeten maken. De in de Nederlandse literatuur geconstateerde principiële twijfel aan de capaciteiten van de professie om de opleiding te kunnen verzorgen,⁵ contrasteert daarmee duidelijk. In de drie Britse cursussen kende ik dan ook niet het gevoel dat mij op terugkomdagen weleens bekruipt, namelijk dat opleiden van huisartsopleiders verhuuld wordt gebruikt om huisartsopleiders na te scholen.

- De betrokkenheid van de huisartsgeneeskunde bij de beroepsopleiding heeft geleid tot een uitvoerige literatuur over opleiding, opleiden en opgeleid worden.^{2 6-9} Natuurlijk speelt hier, naast een verschil in benadering van de

beroepsopleiding, ook een cultureel verschil: schrijven, publiceren (en lezen?) spelen in de Britse medische kringen een belangrijker rol dan bij ons. Maar er is nog wel meer over te zeggen: de Britse beroepsopleiding tot huisarts kent duidelijk een resultaat, een toename in kennis en vaardigheid die het niveau van de zittende huisartsen (afgemeten aan de opleider als huisarts) benadert c.q. overtreft.^{6 10} De betekenis van de huisartsopleider blijkt daarbij, volgens een recent onderzoek, groot.⁶ Naast kennis en kunde en een goede relatie tussen opleider en arts-assistent, spelen bij de opleider factoren als het veel lezen van medische boeken en tijdschriften, belangstelling voor didactische aspecten, een goede praktijkorganisatie en het lidmaatschap van de wetenschappelijke huisartsenvereniging, een positieve rol ten aanzien van het leereffect bij de arts-assistent. Op grond hiervan meen ik dat er voldoende aanleiding is om eens kritisch te bezien of, en in hoeverre, een aantal Britse kenmerken niet nadrukkelijker ook in onze beroepsopleiding kunnen worden doorgevoerd.

¹ Weel C van. Opleiden tot huisarts, Exeterstijl. Huisarts en Wetenschap 1979; 22: 346-9.

² Pereira Gray D J. A system of training for general practice. Occasional paper 4. 2nd ed. London: Royal College of General Practitioners, 1979.

³ Working party appointed by the Council of the Royal College of General Practitioners. Healthier children – thinking prevention. Report from general practice 22. London: Royal College of General Practitioners, 1982.

⁴ Freeling P, Barry S. In-service training. Windsor: N.F.E.R. – Nelson, 1982.

⁵ Weel C van. Schrijven over de beroepsopleiding [Vijfentwintig jaar Huisarts en Wetenschap (VI)]. Huisarts en Wetenschap 1982; 25: 139-43.

⁶ Freeman J, Robberts J, Metcalfe D, Hiller C. The influence of trainers on their trainees in general practice. Occasional paper 21. London: Royal College of General Practitioners, 1982.

⁷ Pereira Gray D J. Training for general practice. Plymouth: Mcdonnald and Evans, 1982.

⁸ Cormack J, Marinker M, Morrell D, eds. Teaching general practice. London: Kluwer Medical, 1981.

⁹ Drury M, Hull R. Introduction to general practice. London: Ballière Tindall, 1979.

¹⁰ Freeman J, Byrne P S. The assessment of vocational training for general practice. Report from general practice 17. London: Royal College of General Practitioners, 1976.