

## Het scenario van de beroepsopleiding tot huisarts in beweging

Nadat in 1971 de specifieke beroepsopleiding tot huisarts in Utrecht was gestart en al spoedig ook vanuit de andere huisartseninstituten enige gestalte ging vertonen – zij het inhoudelijk nog sterk individualistisch getint – kondigde zich in 1980 een nieuw fenomeen aan. Een groep basisartsen opteerde voor een part-time opleiding tot huisarts en verzocht aan de staf van het Utrechtse huisartseninstituut dit plan in overweging te willen nemen c.q. te realiseren. Het initiatief van deze basisartsen kon worden gezien als een toenemende bewustwording de beroepsopleiding tot huisarts een eigen vorm te geven op basis van de filosofie naast de opleiding ruimte te scheppen voor een bredere maatschappelijke oriëntering. Tevens stak hier achter de mogelijkheid de opleiding te kunnen combineren met persoonlijke omstandigheden.

Toen de stafmedewerkers hadden besloten deze uitdaging aan te nemen en het College Huisartsgeneeskunde het Instituut het voordeel van de twijfel had gegund (Besluit nr 1-1981), diende de ministeriële goedkeuring te worden afgewacht. Deze werd verkregen onder de gelijklopende voorwaarden van het College Huisartsgeneeskunde, dat deze opleiding als een eenmalig experiment moest worden gezien en geëvalueerd diende te worden. In deze evaluatie dienden zowel de arts-assistenten en huisartsopleiders als de groepsbegeleiders te worden betrokken. Een en ander had tot gevolg dat november 1981 met de tweejarige part-time opleiding kon worden begonnen. Van deze gang van zaken werd reeds eerder in dit tijdschrift een verslag gegeven.<sup>1</sup> Hiermee was een eerste stap gezet naar een pluriforme opleiding, naast het verschil dat er reeds tussen de opleidingen van de huisartseninstituten bestond.

In het Verenigd Koninkrijk had men vanaf 1977 ervaring opgedaan met de part-time opleiding tot huisarts.<sup>2</sup> Door het ontbreken van een overeenkomstige inhoud van het full-time programma bleek een objectieve meting van de part-time opleiding echter niet mogelijk te zijn. Op uitsluitend subjectieve gronden waren Taylor en de huisartsopleiders na 17 maanden van samenwerken tevreden. Tot de specifieke problemen rekende Taylor onder andere een vermindering van de continue zorg, te weinig ervaring met de grote variabiliteit van ziekteproblemen en de waarschijnlijk te geringe mogelijkheid een eigen patiëntenkring op te bouwen.

Later bleek dat Taylor's ervaring uit 1977 en in 1978 gepubliceerd niet de enige was. In 1981 maakten

*Swerdlow and Rue* hun ervaringen uit de regio Oxford bekend, waar sinds 1966 een part-time medische opleiding bestond.<sup>3</sup> Ten tijde van de publikatie hadden 249 artsen deze opleiding gevolgd en waren er nog 120 in opleiding. Van de 115 artsen die hun „specialisatie” in deeltijd hadden gevolgd en op dat moment praktisch werkzaam waren, was 27 procent huisarts. Helaas is deze ervaring niet met de Utrechtse vergelijkbaar: „a very few doctors have trained part-time in general practice in the region, this training being organised ad hoc by the family practitioner committees”. In deze publikatie missen we een inhoudelijke evaluatie.

*Van Es* stelt in zijn afscheidscollege dat zowel voor de beoordeling van het „eindprodukt” van de opleiding als voor de terugkoppeling van het onderwijs toetsing en evaluatie onmisbaar zijn.<sup>4</sup> Ten tijde van de start van de part-time opleiding hield men zich in Utrecht reeds bezig met de ontwikkeling van toetsing en evaluatie en had men met behulp van simulatietechnieken inmiddels een goed toepasbare methode ontwikkeld. Voor de vereiste kennis- en vaardigheids-toetsen van de part-time opleiding kwam dit meetinstrument goed van pas. Voor de evaluatie van deze opleiding werd tevens gebruik gemaakt van een gewijzigde versie van de *Checklists Ziektebeelden en Syndromen* en *Medisch-technische Vaardigheden Huisartspraktijk* van *Kolthoff-Tan*.<sup>5</sup> Van de ziektebeelden van deze checklist vindt 80 procent van een groep ervaren huisartsen dat de arts-assistenten aan het eind van hun opleiding deze moeten hebben gezien.

Het is evident dat de part-time opleiding op alle betrokkenen – de arts-assistenten, de huisartsopleiders en de groepsbegeleiders – een extra appel zou doen. Zonder enige ervaring, maar geënt op de reeds bestaande opleiding, moesten immers nieuwe mogelijkheden worden geëxploreerd. Het „eindprodukt” moest voor de registratie tot huisarts voldoen aan de eisen van de Huisartsen Registratie Commissie. De inventiviteit van allen was vereist om de zaak zo soepel mogelijk te laten verlopen met behoud van de kwaliteit. De continue zorg en het huisartsgeneeskundig handelen inzake de specifieke aspecten van hulpvraag, morbiditeitspatroon, diagnosebegrip, werkmethode, onderzoek en therapie moesten worden gewaarborgd respectievelijk overdraagbaar zijn. Kortom, men moest zich conformeren aan bepaalde voorwaarden. Uit de artikelen in dit nummer van *Pieters e.a.* en *Van Dillen e.a.* blijkt dat zowel in de structuur van de registratie van patiëntengegevens

door middel van het SOEP-systeem als in de aanwezigheid van de arts-assistenten een vrijblijvend element aanwezig was. Niet overal voldeed de opleiding op alle punten aan de behoefte van de basisartsen en de verwachtingen van de huisartsopleiders.<sup>6 7</sup> Desalniettemin is het eindresultaat van de toetsing en evaluatie van de part-time opleiding gunstig te noemen.

Het Instituut heeft het experiment vooral bekeken vanuit organisatorisch en onderwijskundig oogpunt. Organisatorisch bleken de problemen oplosbaar. Onderwijskundig werd onderscheid gemaakt tussen het aanbod, de behoefte, de kennis en de consultvoering. Hiervan is vermeldenswaard dat het onderwijs in de praktijk voor verschillende vakgebieden van specialistische aard onder de norm bleef, echter niet alleen voor de part-timers maar eveneens voor de full-timers. De behoefte aan scholing ten aanzien van de diverse vakgebieden lag zowel in de experimentele als in de controlegroep verschillend. In beide groepen nam de kennis toe van ongeveer 45 tot 65 procent van de maximale score, waarbij kan worden aangetekend dat „de verschillen in kennis binnen de groepen aanzienlijk waren”. Deze laatstgenoemde bevinding roept de vraag op in de richting van het basisonderwijs, in hoeverre het artsexamen enige garantie biedt voor een basaal pakket aan kennis. In de richting van de beroepsopleiding luidt de vraag in welke mate de instituten naast het specifieke huisartsgeneeskundige onderwijs als „gaatjesvuller” aandacht dienen te schenken aan de lacunes in kennis die het basisonderwijs aangaan. Dat de part-timers betere vaardigheden bij het hanteren van de arts-patiënt relatie toonden, kan gelegen zijn in de selectie c.q. in een andere motivatie van deze groep.

De huisartsopleiders komen er in de evaluatie bekaaid af, in die zin dat er spaarzaam gegevens in de verslagleggingen worden verstrekt. Het lijkt te zijn gelukt de ongewenste gevolgen van de discontinue aanwezigheid van de arts-assistenten te elimineren; hierdoor zou de continue zorg gewaarborgd zijn gebleven. Welke activiteiten inzake deze kwestie werden ondernomen, blijft onvermeld, terwijl toch 22 van de 23 huisartsopleiders de vragenlijst hebben ingevuld en er zes niet tevreden waren met de getroffen aanwezigheidsregeling! Voorts blijkt er een *resistance to change* bij de part-time opleiders te zijn waargenomen: slechts 11 van de 23 voerden voor de registratie van patiëntengegevens het SOEP-systeem in. Het lag in de lijn der verwachtingen dat deze huisartsopleiders meer de nadruk zouden leggen op uniforme beleidsafspraken dan de opleiders van de full-timers. Bij

herhaling van het experiment verdient het aanbeveling de huisartsopleiders, de sleutelfiguren van deze proefneming, te verzoeken zich te conformeren aan de normen van het spel.

De arts-assistenten, *die Dritte im Bunde*, zijn in ruime mate geëvalueerd. Van de drie specifieke problemen van *Taylor*, de continue zorg, te weinig ervaring met het variabele morbiditeitspatroon en de opbouw van een eigen patiëntenkring, zijn er twee getoetst. Door een goede spreiding van de werktijden en een overdracht op elke werkdag zou de continuïteit in de patiëntenzorg zijn gewaarborgd. Omdat een continue zorg inherent is aan een eigen patiëntenkring is hiermee impliciet het derde probleem van *Taylor* beantwoord. Met uitzondering van de psychische problemen, terminale patiënten en bevellingen verschilde het morbiditeitspatroon dat zij kregen aangeboden nauwelijks met dat van de full-timers.

Tot slot nog enkele knelpunten die de arts-assistenten aangingen: de terugkomdagen en de financiële regeling. Over het algemeen werden halve terugkomdagen laag gewaardeerd en ging unaniem de voorkeur uit naar hele terugkomdagen. Het opstarten van een groep vereist steeds weer enige tijd en brengt het programma van 3,5 uur in een keurslijf, waardoor verschillende elementen niet tot hun recht kunnen komen. Op basis van de nog steeds als onbevredigend ervaren financiële regeling voor de full-time arts-assistenten lag het in de lijn der verwachtingen dat de deelnemers aan de part-time opleiding zouden klagen over hun vergoeding van 70 procent. Het is triest te moeten lezen dat de jarenlange acties van het Landelijk Overleg Van Assistenten Huisartsgeneeskunde nog niet tot resultaat hebben geleid.

Deze eerste stap naar een pluriforme opleiding tot huisarts is hiermee gezet. De drie participanten van het experiment hebben belangrijke stof aangedragen voor de opzet van de meerjarige full-time opleiding, die binnen afzienbare tijd zal beginnen. Uit het feit dat een groot aantal basisartsen zich voor deze opleiding heeft opgegeven, valt op te maken dat een deeltijdopleiding in een behoefte voorziet. Zij behoeven niet te worden teleurgesteld, omdat het experiment behalve in Utrecht ook in Groningen en Maastricht zal worden voortgezet.

Zoals bekend heeft succes altijd vele vaders en is de mislukking een weeskind. Het zal velen tot voldoening stemmen dat de part-time opleiding geen weeskind is geworden.

Prof. dr. K. Gill

*Literatuur op pag. 263.*