

De experimentele part-time opleiding in Utrecht

H. M. PIETERS, H. M. JACOBS, L. KOLTHOFF-TAN
EN F. ALMEKINDERS*

In november 1983 eindigde de experimentele part-time opleiding tot huisarts aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde te Utrecht. Knelpunten, zoals het in deeltijd aanwezig zijn in de praktijk, bleken organisatorisch oplosbaar. Arts-assistenten uit de experimentele part-time groepen verschilden na driekwart van de opleiding op het gebied van huisartsgeneeskundige kennis niet van full-time opgeleide arts-assistenten en hadden een betere vaardigheid in consultvoering. Het onderwijsaanbod in de beroepsopleiding werd door full-time en part-time arts-assistenten niet als verschillend ervaren. Wel ervaart de individuele arts-assistent een zeer heterogeen onderwijsaanbod, waardoor een gedifferentieerde behoefte aan scholing ontstaat.

Inleiding

Van november 1981 tot november 1983 heeft in Utrecht een experimentele part-time opleiding tot huisarts gefunctioneerd.

Over de start van deze opleiding is destijds door Gill in dit tijdschrift bericht, terwijl over het verdere verloop inmiddels uitgebreid is gerapporteerd.¹⁻⁵ In de volgende bijdrage wordt het experiment geëvalueerd, waarbij vooral aandacht wordt besteed aan een viertal aspecten:

- onderwijsaanbod;
- behoefte aan scholing;
- kennistoename;
- vaardigheden in consultvoering.

In het kader op pagina 00 wordt nader ingegaan op de opzet van de part-time opleiding en de ervaringen op de terugkomdagen.

Methoden

De part-time opleiding is gevolgd door 23 arts-assistenten. Om enig vergelijkingsmateriaal te hebben, is een contro-

* H. M. Pieters - huisarts, wetenschappelijk medewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht; H. M. Jacobs - socioloog, wetenschappelijk medewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht; L. Kolthoff-Tan - socioloog, wetenschappelijk medewerker vakgroep Huisartsgeneeskunde, Universiteit van Amsterdam; F. Almekinders - huisarts, coördinator beroepsopleiding vakgroep Huisartsgeneeskunde, Rijksuniversiteit Utrecht.

legroep samengesteld, bestaande uit drie groepen arts-assistenten die in 1982/1983 de full-time opleiding volgden.

- Om het onderwijsaanbod en de behoefte aan scholing te meten, hebben wij gebruik gemaakt van de „checklistmethode”: zowel aan het begin als na driekwart van de opleiding is door de arts-assistenten een tweetal checklists ingevuld, de *Checklist ziektebeelden en syndromen* en de *Checklist medisch technische vaardigheden*.^{8,9}

De onderwerpen in de eerste checklist zijn ingedeeld naar veertien vakgebieden; voor in totaal 201 ziektebeelden/syndromen wordt gevraagd de volgende vragen te beantwoorden:

- Ben je dit onderwerp tegengekomen in theoretisch c.q. praktisch onderwijs?
- Bestaat er behoefte aan scholing ten aanzien van diagnose en/of beleid?

De *Checklist medisch-technische vaardigheden* bevat een opsomming van diagnostische en therapeutische handelingen ingedeeld naar lichaamszone. Gevraagd wordt:

- Heb je deze handeling in de opleiding zien uitvoeren c.q. zelf uitgevoerd?
- Bestaat er op dit gebied behoefte aan scholing?

De resultaten zijn vervolgens vergeleken met een norm,¹⁰ gebaseerd op de mening van veertien experts (zes huisarts-stafleden van de Universiteit van Amsterdam en acht huisarts-stafleden

van de Rijksuniversiteit in Utrecht) over het noodzakelijke onderwijsaanbod op somatisch gebied. Het onderwijsaanbod over een vakgebied of lichaamszone werd als voldoende beoordeeld, als ten minste 90 procent van de arts-assistenten antwoordde, de noodzakelijk geachte onderwerpen te zijn tegengekomen.

- De kennistoename is gemeten met behulp van een kennistoets. Deze is bij de start en na een kwart van de opleiding afgenomen.

De toets bestond uit vragen die betrekking hebben op verschillende aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals het farmacotherapeutisch beleid bij CARA, het genereren van de juiste hypothesen bij menometrorragie, het interpreteren van laboratoriumbepalingen bij urineweginfecties, of het opstellen van een huisartsgeneeskundig beleid bij koorts en vlekjesziekten.

Bij het beoordelen van de antwoorden werd het bij de cursus horende theorieboek¹¹ als criterium genomen.

- De vaardigheden in consultvoering zijn vastgesteld met behulp van de *Utrechtse consult evaluatiemethode*: de meting van de vaardigheden bestaat uit een beoordeling van het hulpverleningsgedrag in een consult met een simulatiepatiënt (acteur).^{12,13}

Simulaties maken het mogelijk artsen met identieke patiënten en situaties te confronteren. Het consult wordt op video opgenomen en vervolgens beoordeeld door drie stafleden (onafhankelijk van elkaar) met behulp van een consult-evaluatieformulier. Het hulpverleningsgedrag wordt hierbij onderverdeeld in twee hoofdcategorieën, de *vorm* van het contact (het systematisch werken en het hanteren van de arts-patiënt relatie) en de *inhoud* van het contact (welke aandacht wordt gegeven aan somatische en niet-somatische aspecten?). Deze twee hoofdcategorieën zijn onderverdeeld in 24 observatiecategorieën.

Bij de selectie van de patiëntenproblematiek voor de simulatiepatiënten is gekozen voor patiënten met niet-acute complexe klachten. Zo is aan het begin van het contact niet duidelijk wat er met de patiënt aan de hand is, waarom de patiënt de arts eigenlijk consulteert of wat de patiënt van de arts verwacht.

Resultaten

Onderwijsaanbod

Het theoretisch onderwijsaanbod blijkt voor beide groepen zeer gunstig. Bij de start van de beroepsopleiding is er voor

de meeste vakgebieden reeds voldoende onderwijsaanbod geweest. Wat daar volgens de arts-assistenten na driekwart van de beroepsopleiding aan is toegevoegd, geeft aanleiding te veronderstellen dat de gestelde eindnorm aan het eind van de opleiding zal zijn bereikt. Het praktijkonderwijs laat daarentegen zowel voor part-timers als voor full-timers problemen zien. Het is zeer de vraag of de eindnorm gehaald kan worden voor vakgebieden als Urologie, Oogheelkunde en Gynaecologie. Voor de part-timers eindigen verder nog Cardiologie, Chirurgie, Neurologie en Dermatologie onder de norm. Bovendien blijken de mogelijkheden om een minimum aan huisartsgeneeskundige praktijkervaring op te doen, zeer te variëren voor de verschillende vakgebieden. Er kan dan ook niet gesproken worden van een kwalitatief gelijkwaardige onderwijsgelegenheid voor elke toekomstige huisarts.

Ook in de antwoorden met betrekking tot de medisch-technische vaardigheden komt deze heterogeniteit naar voren.

Behoeftte aan scholing

Bij de start van het beroepsopleiding geven de part-timers een iets grotere behoefte aan scholing aan dan de full-timers. Dit verschil wordt mede verklaard door het feit dat de vrouwen bij meer onderwerpen opgeven dat zij behoefte aan scholing hebben dan de mannelijke respondenten. Na driekwart van de beroepsopleiding is de behoefte aan scholing in beide groepen gedaald.

Met betrekking tot de diagnostiek vermelden de part-timers een grotere behoefte aan scholing dan de full-timers voor de vakgebieden Cardiologie, Pediatie, Chirurgie en Inwendige geneeskunde. Wat het beleid betreft, wordt bij het begin van de beroepsopleiding door beide groepen de grootste behoefte aan scholing aangegeven voor de vakgebieden Psychiatrie/Medische Psychologie, Neurologie en Cardiologie. Na driekwart van de opleiding noemen beide groepen voor zowel diagnostiek als beleid de vakgebieden Psychiatrie/Medische Psychologie en Cardiologie. Mogelijk zijn dit inhoudelijk gezien voor huisartsen relatief moeilijke vakken. Daarnaast kan in deze bevinding een aanwijzing worden gezien dat hieraan tijdens de beroepsopleiding op een weinig bevredigende wijze aandacht wordt gegeven.

Ook voor de medisch-technische vaardigheden worden door beide groepen duidelijke tekortkomingen aangegeven. De behoefte aan scholing ligt in-

houdelijk zeer verschillend. De part-timers geven een hoge behoefte aan scholing aan voor Neurologisch onderzoek, Urogenitaal apparaat voor man en vrouw, Extremiteten en de lichaamszones Ogen en Rug. De full-timers noemen naast de lichaamszones

Ogen en Rug nog Laboratorium en KNO.

Kennis

Aan het begin van de opleiding was er geen verschil in kennisniveau tussen beide onderzoeksgroepen. Zowel de

Tabel. Het kennisniveau van arts-assistenten uit de full-time en de part-time opleiding voor en na het cursusprogramma Huisartsgeneeskundige onderwerpen.

	t ₁			t ₂			Verschil in kenniscore t ₁ - t ₂			Signtest P
	min	Y	max	min	Y	max	lagere	gelijk	hogere	
part-time	33	43	58	51	65	79	2	4	17	0.00
full-time	25	46	61	48	63	76	1	6	28	0.00
m-w	.13			.63						

min = minimale score.

max. = maximale score.

Y = het gemiddelde percentage van de maximale score per arts-assistent.

P = de te verwachten waarschijnlijkheid dat de geconstateerde veranderingen in de scores optreden, zonder dat er sprake is van daadwerkelijke veranderingen.

m-w = de grootte van de kans uit dat het geconstateerde verschil tussen de onderwijsgroepen op toeval berust.

De opzet van de opleiding

Het onderwijsplan van de eenjarige full-time opleiding is als uitgangspunt genomen voor de experimentele part-time (= half-time) opleiding.

Voor de opleiding op het Instituut is gekozen voor een halve terugkomdag per week, zodat vooral in de beginperiode een regelmatig contact met de arts-assistenten gewaarborgd was. De opleiding in de praktijk is gehalveerd tot vier dagdelen per week (bijvoorbeeld twee hele of vier halve dagen). Aan de diensten werd voor de helft deelgenomen.

Met betrekking tot het zelfstandig werken met een andere huisarts dan de eigen opleider als achterwacht, is bepaald dat dit minimaal twee volle weken achtereenvolgend moeten gebeuren, aangezien voor registratie als huisarts de eis wordt gesteld dat men in staat is het werk full-time te verrichten. De partiële aanwezigheid van de arts-assistent in de opleidingspraktijk vergde van de opleider een extra organisatorische aanpassing; dit onderwerp is vooral onder de huisartsopleiders een uitgebreid punt van bespreking geweest. Met een aantal maatregelen konden de ongewenste gevolgen van deze discontinuïteit echter worden opgevangen (goede overdracht naar en van de huisartsopleider, goede registratie, goede administratieve verwerking, spreiding van de aanwezigheid van de arts-assistent over de week, met zorg terugbestellen op de dag dat de arts-assistent aanwezig zou zijn).⁶

Ervaringen op de terugkomdagen

De verwachting dat het onderwijsprogramma⁷ op halve snelheid zou kunnen worden afgewikkeld, is niet bevestigd. Een omwisseling van het programma was nodig, waarbij later voorziene onderwerpen naar vo-

ren werden gehaald, omdat de ontwikkeling van de part-time arts-assistenten niet op halve maar op bijna hele kracht verliep. Een tweede probleem vormde het omgaan met tijdsdruk. In een programma van 3,5 uur is er minder ruimte voor uitloop dan in het programma van 6 uur op een full-time terugkomdag. Algemeen werd de beschikbare tijd als krap ervaren, gezien hetgeen er in die tijd allemaal besproken diende te worden.

Beide part-time groepen waren, hoewel verschillend van karakter, duidelijk ideologisch gemotiveerd. Zij vonden dat de basisopleiding niet aansloot op de vragen waarmee een huisarts wordt geconfronteerd, terwijl de full-time beroepsopleiding te weinig ruimte liet om zich breder maatschappelijk te oriënteren. Ook het verlangen om samen met andere disciplines werkzaam te zijn in het eerste echelon om de zieke mens in zijn milieu te kunnen beschouwen en te helpen, vormde een motief. Hun opvatting was dat part-time werken en part-time opgeleid worden de noodzakelijke ruimte schept voor deze nadere oriëntatie.

Dit heeft positieve en negatieve invloeden gehad. Als positief zijn te noemen: veel eigen inbreng, actieve deelname, goede voorbereiding op de terugkomdag. Vooral was er veel belangstelling voor niet-somatische onderwerpen en voor onderwerpen die de maatschappelijke implicaties van het handelen van de huisarts betroffen. Als negatieve invloed zouden wij willen noemen de sociale druk om kritisch te staan tegenover gevestigde structuren. Door de nadruk op een ideologisch getinte en op de maatschappij gerichte visie op eigen en andermans handelen kwam een meer op de eigen persoon gerichte benadering in het gedrang.

part-timers als de full-timers behaalden toen een gemiddelde score van circa 45 procent van de maximale score. De verschillen in kennis binnen de twee groepen waren echter aanzienlijk. In beide groepen varieerden de individuele scores tussen de 25 en 60 procent van de maximale score (tabel).

Het leereffect in de part-time groep verschilde niet van het leereffect in de full-time groep. Het kennisniveau bleek bij de tweede meting in beide groepen gestegen tot een gemiddelde van om en nabij 65 procent van de maximale score.

Consultvoering

Na een kwart van de opleiding zijn bij alle part-timers en full-timers de eerste vaardigheidsmetingen gedaan. Er was geen verschil tussen beide groepen bij het systematisch werken, het aandacht geven aan de somatische en de niet-somatische aspecten van de klachten van de patiënt. De part-timers hadden echter wel betere vaardigheden bij het hanteren van de arts-patiënt relatie.

De part-time groep bestond overwegend uit vrouwelijke arts-assistenten, de full-time groep voor driekwart uit mannen. Toch hingen de gevonden resultaten hiermee niet samen: het vaardigheidsniveau bij het hanteren van de arts-patiënt relatie bleek zowel bij de mannen als bij de vrouwen in de part-time groep hoger te zijn dan in de full-time groep.

Na driekwart van de opleiding vond een tweede vaardigheidsmeting plaats. Met uitzondering van de gesprekstechniek was het vaardigheidsniveau van de part-timers in alle opzichten aanmerkelijk toegenomen. Ook bij de full-timers traden leereffecten op. Er waren echter drie opmerkelijke verschillen met de part-time groep:

- de full-timers hadden wat het systematisch werken betreft, geen hoger vaardigheidsniveau dan bij de beginmeting;
- de part-timers hadden bij de beginmeting een hoger vaardigheidsniveau met betrekking tot het hanteren van de arts-patiënt relatie; dat bleek bij de tweede meting nog steeds het geval te zijn;
- na driekwart van de opleiding was het niveau van consultvoering van de part-

timers dusdanig, dat de meesten ruimschoots voldeden aan de gestelde vaardigheidsnormen; bij de full-timers bleek dit bij minder arts-assistenten het geval te zijn.

Beschouwing

Met behulp van dit evaluatie-onderzoek kunnen we een uitspraak doen over de kwaliteit van de experimentele huisartsopleiding in deeltijd.

De resultaten van de kennismeting laten een duidelijke toename in kennis zien. Hierin is er geen verschil tussen part-time en full-time groepen. Ook wat het vaardigheidsniveau betreft, kunnen duidelijke leereffecten worden geconstateerd. Deze liggen voor de part-timers voor een aantal aspecten hoger dan voor de full-timers. Wat betreft het ervaren onderwijsaanbod blijkt er geen wezenlijk verschil tussen part-time en full-time groepen te zijn. Wel is het zo dat er sprake is van een zeer heterogeen onderwijsaanbod in de loop van de hele medische opleiding. Alle arts-assistenten geven dan ook een behoefte aan scholing aan. Met name in het praktijk-onderwijs blijken de mogelijkheden om een minimum aan praktijkervaring op te doen, zeer uiteen te lopen: er is geen sprake van een kwalitatief gelijkwaardige onderwijsgelegenheid voor alle toekomstige huisartsen. Het voldoen aan de eindtermen is in de huidige situatie in hoge mate mede afhankelijk van de motivatie en de eigen inbreng van de arts-assistent. In een dergelijke situatie zal de onderwijsinstantie deze leemtes moeten signaleren en gericht moeten zoeken naar mogelijkheden om deze situatie op te heffen.

Het onderzoek toont aan dat de in Utrecht part-time opgeleide huisartsen de vergelijking met hun full-time opgeleide collega's kunnen doorstaan. Niet duidelijk is, of dit resultaat mede is toe te schrijven aan factoren die samenhangen met het part-time opleiden (langer stage lopen, nevenactiviteiten binnen de gezondheidszorg, de langere supervisie vanuit de opleiding, etc.). De grote motivatie bij de part-time groep om iets van de opleiding te maken en de grote mate van betrokkenheid bij het onderwijsprogramma, alsmede de grotere alert-

heid op het leer- en onderwijsproces bij de groepsbegeleiders kunnen van invloed zijn geweest op het leerproces.

- ¹ Gill K. Een part-time opleiding tot full-time huisarts. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 25: 19-22.
- ² Anoniem. Evaluatie van de experimentele part-time opleiding aan het Instituut voor Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit van Utrecht [Eindrapportage]. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1984.
- ³ Kolthoff-Tan L. Beroepsopleiding tot huisarts. Onderwijsaanbod en behoefte aan scholing op somatisch gebied. Evaluatie part-time beroepsopleiding tot huisarts 1981/1983. Utrecht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1984.
- ⁴ Pieters HM, Almekinders F. Part-time opleiding tot huisarts. *Onderwijservaringen* [Interne publikatie]. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1985.
- ⁵ Jacobs HM, Pieters HM. Part-time opleiding tot huisarts. Verschillen de leereffecten met de full-time opleiding? [Interne publikatie] Utrecht: vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1985.
- ⁶ Van Dillen M, Kersten A, Kuyvenhoven MM. Een part-time opleiding tot huisarts. *Ervaringen van arts-assistenten en huisartsopleiders*. *Huisarts en Wetenschap* 1985; 28: 00.
- ⁷ Luttik A, Pieters HM, Almekinders F. De eenjarige beroepsopleiding tot huisarts te Utrecht. *Huisarts en Wetenschap* 1984; 27: 453-5.
- ⁸ Kolthoff-Tan L. Doelmatigheid medisch onderwijs en uitoefening huisartsberoep. *Med. Contact* 1980; 35: 119-22.
- ⁹ Kolthoff-Tan L. Doelmatigheid medisch onderwijs en uitoefening huisartsberoep medisch-technische vaardigheden. *Medisch Contact* 1980; 35: 1455-9.
- ¹⁰ Hodgkin K. Evaluation in primary care. *Update* 1980; 20: 963-72.
- ¹¹ Anoniem. Introductieboek beroepsopleiding Huisarts. Utrecht: Vakgroep Huisartsgeneeskunde, 1981.
- ¹² Kuyvenhoven MM, Jacobs HM, Touw-Otten FWMM, Van Es JC. Written simulation of patient-doctor encounters. Research instrument for registration of the performance of general practitioners. *Family Practice* 1984; 1:14-9.
- ¹³ Pieters HM, Gill K, Van Es JC. Onderwijs geven is onderwijs meten. *Huisarts en Wetenschap* 1982; 23:345-51.
- ¹⁴ Pieters HM, Jacobs HM. De hulpverlening van huisartsen in opleiding getoetst. Een gedetailleerde consult observatie. *Medisch Contact* 1983; 49: 1539-42.