

A. HELSPER-LUCAS, R. GROL EN H. MOKKINK

Effecten van de opleiding tot huisarts: veranderingen in consultvoering

De ontwikkeling van vaardigheden in consultvoering werd onderzocht bij arts-assistenten die de eenjarige beroepsopleiding volgden in Nijmegen, waar gestructureerd onderwijs wordt gegeven, en in Groningen, waar dat in mindere mate gebeurt. Aan de algemene consultvaardigheden bleken vijf dimensies ten grondslag te liggen: openstaan voor de patiënt, expliciteren, overleggen, plan opstellen en psychosociaal handelen. Hierin ontwikkelden alle arts-assistenten zich in ongeveer gelijke mate. De Nijmeegse arts-assistenten startten echter met een voor-sprong, die zij tijdens de opleiding handhaafden, mogelijk dankzij het intensieve, gestructureerde introductieprogramma in het begin van de opleiding. Als adequaat medisch-technisch handelen werd beschouwd: zoveel mogelijk obligaats, zo weinig mogelijk overbodig handelen. Bij alle arts-assistenten nam het aantal overbodige handelingen af. Obligate handelingen echter namen vooral toe bij de Nijmeegse arts-assistenten die derhalve meer genuanceerd in de wenselijk geachte richting veranderden. De ontwikkelingen in algemene vaardigheden en medisch-technisch handelen bleken onderling samen te hangen. Eveneens was er een samenhang tussen ontwikkeling van consultvaardigheden en toename van kennis tijdens het opleidingsjaar. Met name klinische kennis leek voorwaarde voor adequaat medisch-technisch handelen.

Inleiding

Tijdens de beroepsopleiding tot huisarts moeten arts-assistenten vaardigheden leren die specifiek zijn voor het huisartsgeneeskundig handelen in de spreekkamer. In dit artikel wordt de ontwikkeling van deze vaardigheden beschreven bij arts-assistenten die de eenjarige beroepsopleiding tot huisarts volgden in Nijmegen en in Groningen.¹⁻⁶

De Nijmeegse beroepsopleiding ontleent het gebruikte model voor adequate consultvaardigheden aan de theorie van preventie van somatische fixatie.⁶ Tijdens de wekelijkse terugkomdagen komen de vier algemene consultvaar-

digheden uit dit model op gestructureerde wijze aan bod. Met behulp van audio-opnamen worden deze vaardigheden in de praktijk getoetst.⁷ De medisch-technische vaardigheden zijn gebaseerd op het principe dat de huisarts noch te weinig noch te veel handelingen moet verrichten; zij komen als zodanig eveneens ter sprake tijdens de terugkomdagen.

In Groningen is het onderwijs 'problem-based': de inhoud wordt vooral bepaald door actuele problemen die arts-assistenten ervaren in de praktijk. In dat kader worden medisch-technisch handelen en algemene consultvaardigheden besproken. Daarnaast biedt de Groningse beroepsopleiding training in gesprekstechniek en in methodisch probleem-oplossen.

Ten aanzien van het medisch-technisch onderwijs verschillen Nijmegen en Groningen vooral in het aantal behandelde somatische thema's (Nijmegen 61, Groningen 31) en in onderwijsstructuur.² Werken volgens medisch-technische protocollen werd ten tijde van het onderzoek aan geen van beide instituten onderwezen.

In dit deel van het onderzoek stonden de volgende vragen centraal:

- In hoeverre veranderden de algemene consultvaardigheden en het medisch-technisch handelen van de arts-assistenten tijdens de eenjarige beroepsopleiding tot huisarts in de gewenste richting?
- Is er verschil in verandering tussen de arts-assistenten in beide plaatsen?
- Is er een samenhang tussen veranderingen in consultvaardigheden en andere leereffecten van de opleiding?

Methode

Opzet van het onderzoek

Het onderzoek werd uitgevoerd in drie Nijmeegse (n=32) en drie Groningse groepen arts-assistenten (n=31), die van oktober 1984 tot oktober 1985 de eenjarige beroepsopleiding tot huisarts volgden.

Om de consultvaardigheden van deze

arts-assistenten zo reëel mogelijk te meten, werden audio-opnamen gemaakt in de spreekkamer. Na grondige voorbereiding en oefening nam iedere arts-assistent, met toestemming van de patiënt, 20 consulten op, zowel aan het begin van de opleiding (3e-5e week) als aan het eind (11e maand). Tevens registreerden zij op daarvoor bestemde formulieren de relevante gegevens van de patiëntenkaart, het uitgevoerde lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek, de werkhypothese (diagnose) en de ingestelde therapie. Uit de voor- en nameting werden per arts-assistent circa 10 consulten geselecteerd met minstens één veel voorkomende klacht of aandoening waarvoor een medisch-technisch 'protocol' beschikbaar is.^{9 10}

Om opnametechnische redenen viel een aantal arts-assistenten af. Beschikbaar bleef het materiaal van 30 Nijmeegse en 28 Groningse arts-assistenten, een totaal van 697 protocolklachten (631 consulten) in de voormeting en 627 protocolklachten (624 consulten) in de nameting. De variatie aan protocolklachten in dit onderzoek stemde goed overeen met de variatie in eerder onderzoek bij ervaren huisartsen.¹¹ Ook seizoeninvloeden (voormeting herfst, nameting zomer) waren herkenbaar in het klachtenpatroon, zodat het onderzoeksmateriaal in hoge mate representatief is voor de veel voorkomende klachten in de dagelijkse praktijk.

Beoordeling van de consulten vond plaats door vier externe, speciaal getrainde huisartsen. Van elke arts-assistent werden de consulten gelijkmatig verspreid over de beoordelaars. Deze beluisterden de opnamen, maakten een verbatim verslag en vulden hun beoordeling in op scoreformulieren, de 'onderzoeksinstrumenten'.

Algemene consultvaardigheden

Het instrument voor het meten van algemene consultvaardigheden bestond uit een formulier waarop per fase van het consult vier algemene consultvaardigheden kunnen worden gescoord. Deze vaardigheden zijn:

- gericht en systematisch werken: structuur en opbouw in het consult;

Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, Verlengde Groenestraat 75, 6525 EJ Nijmegen.

A.E.M. Helsper-Lucas, huisarts te Eindhoven; Dr. R.P.T.M. Grol, psycholoog; Dr. H.G.A. Morkink, socioloog.

Correspondentie: A.E.M. Helsper-Lucas.

- hanteren van de huisarts-patiënt relatie: scheppen van een open en veilige sfeer en de patiënt stimuleren actief mee te denken over het probleem en het te volgen beleid;
- adequaat somatisch handelen: het vermijden van zowel te veel als te weinig medisch-technisch handelen;
- adequaat psychosociaal handelen: opstaan voor niet-medische aspecten van de klacht en deze, waar nodig, betrekken in het beleid.

De onderscheiden consultfasen zijn:

- de intakefase;
- de gerichte probleemverheldering;
- de probleemdefinitie;
- het opstellen van het plan;
- de consultevaluatie.

Door per fase de bijbehorende consultvaardigheden (soms verscheidene per fase) te omschrijven, ontstond een instrument met 26 variabelen.

Voor beoordeling van de vaardigheden werd strikt vastgehouden aan de gedetailleerde normen die zijn beschreven in 'Huisarts en onderlinge toetsing'.⁹ Daarnaast werden afspraken geformuleerd over het toekennen van scores op een vijfpuntsschaal. In eerder onderzoek is het meten volgens deze criteria getest en valide bevonden.^{9 11 12}

Dimensies in het instrument

Door middel van factoranalyse op voldoende betrouwbaar te scoren variabelen (22 van de 26) werd nagegaan wat de samenhang was tussen de verschillende variabelen in het instrument, met andere woorden: welke dimensies ten grondslag lagen aan het hanteren van de algemene consultvaardigheden door arts-assistenten. Steeds werd daarbij dezelfde factorstructuur gevonden. Er bleken vijf dimensies te onderscheiden die grotendeels dwars door de consultvaardigheden heen liepen:

- *Openstaan voor de patiënt*: de mate waarin de arts-assistenten het consult open beginnen, open blijven staan voor de inbreng van de patiënt.
- *Expliciteren*: de mate waarin arts-assistenten het eigen handelen verduidelijken en lijn en structuur in het consult brengen.
- *Overleggen*: de mate waarin arts-assistenten met de patiënt overleggen over beleid en mogelijke alternatieven.
- *Plan opstellen*; de mate waarin arts-assistenten het beleid duidelijk en volledig presenteren
- *Psychosociaal handelen*: de mate

waarin arts-assistenten aandacht geven aan psychosociale aspecten, vooral in probleemdefinitie en in het beleid.

De interne consistentie per dimensie werd gemeten door het bepalen van Cronbach's alfa. De uitkomsten waren zeer bevredigend: 0,82 (openstaan), 0,80 (expliciteren), 0,89 (overleggen), 0,79 (plan) en 0,91 (psychosociaal handelen).

Medisch-technisch handelen

Voor het beoordelen van het medisch-technisch handelen zijn 24 'protocollen' beschikbaar: richtlijnen voor het handelen bij de meest voorkomende klachten in de huisartspraktijk. Tegenwoordig zijn deze klachten circa 55 procent van de aan de huisarts gepresenteerde morbiditeit. Elk protocol onderscheidt per consult een verhelderingsfase en een veranderingsgerichte fase.

De verhelderingsgerichte fase omvat anamnese, lichamelijk onderzoek, laboratoriumonderzoek in eigen praktijk en laboratoriumonderzoek elders. De veranderingsgerichte fase bestaat uit voorlichten en adviseren, therapie, verwijzen en terugbestellen.^{9 10}

Per onderdeel wordt gedetailleerd beschreven, welke handelingen moeten (obligaat) of kunnen (facultatief) worden verricht, en welke overbodig zijn. Dit is afhankelijk van al dan niet tijdens het betreffende consult voorkomende omstandigheden (condities). Door zowel de in het consult geldende condities als de uitgevoerde handelingen te scoren, krijgt men inzicht in de mate van obligaat, facultatief en overbodig handelen tijdens het consult.

Ter toetsing van de validiteit van de protocollen kon in dit onderzoek, evenals in eerder onderzoek, worden aangetoond dat alle protocollen inderdaad eenzelfde beeld geven van het handelingspatroon van de huisarts.¹¹ Wel is bij sommige protocollen een 'goede' score moeilijker te behalen dan bij andere, maar er is sprake van één dimensie: wie op het ene protocol relatief 'goed' scoort, doet dat ook op het andere. Dit betekent dat, mits van iedere arts-assistent een voldoende aantal en variatie aan protocolklachten wordt beoordeeld, gemiddelde scores onderling mogen worden vergeleken.

Voor- en nameting bleken wat betreft moeilijkheidsgraad voldoende vergelijkbaar.

Ten behoeve van de vergelijkbaarheid van de consulten werden alleen de eerste twee gepresenteerde klachten gebruikt voor de beoordeling.

Attitude en kennis

De Nijmeegse en Groningse arts-assistenten vulden aan het begin en aan het einde van de opleiding een attitudevragenlijst in. Gemeten werden taakopvatting, competentiegevoel, opvattingen en belevingen ten aanzien van het werk e.d. Veranderingen in Nijmegen en Groningen bleken vergelijkbaar.³

Kennismeting vond alleen plaats in Nijmegen. Hierbij werd gebruik gemaakt van de Maastrichtse Voortgangstoets.⁵

Betrouwbaarheid van de metingen

Voor het bepalen van de interbeoordelaars-betrouwbaarheid van de meetinstrumenten werden 11 consulten uit de voormeting voorgelegd aan alle beoordelaars, en werden de scores op onderlinge betrouwbaarheid geanalyseerd. Hetzelfde gebeurde met 14 consulten uit de nameting. Bovendien werden de 11 consulten uit de voormeting tijdens de nameting opnieuw door de beoordelaars gescoord. Via een test-retestprocedure werd inzicht verkregen in de intrabeoordelaar-betrouwbaarheid.

In het algemeen bleek de betrouwbaarheid van het meetinstrument voor algemene consultvaardigheden bescheiden (Kendall's tau 0.40-0.52 voor de intra-, en 0.30-0.40 voor de interbeoordelaars-betrouwbaarheid). Ook tijdens eerder onderzoek liet de betrouwbaarheid van het beoordelen van een complex gebeuren als het huisartsgeneeskundig handelen te wensen over.¹¹ Door voldoende beoordelingsmateriaal zoveel mogelijk te spreiden over de beoordelaars, door controle op de beoordeling uit te voeren en door correctie voor onbetrouwbare data kon een mogelijk vertekende invloed van deze matige betrouwbaarheid beperkt blijven. Dit werd bevestigd door analyses van steekproeven uit de resultaten.

De betrouwbaarheid van het medisch-technisch meetinstrument werd wat betreft het scoren van de handelingen uitgedrukt in Pearson-correlaties (0.75-0.77) en voor het scoren van de condities in Kappa (0.69-0.79). Dit is vergelijkbaar of beter dan bij vorig onderzoek en zeer bevredigend.

Resultaten

Veranderingen in algemene consultvaardigheden

De scores op de algemene vaardigheden van zowel de Nijmeegse als de Groningse arts-assistenten veranderden duidelijk in de gewenste richting (tabel 1). Voor de Nijmeegse arts-assistenten betrof dit alle vijf de dimensies, voor de Groningse gold dit niet voor het opstellen van het plan en het psychosociaal handelen. Opmerkelijk is dat, behalve wat betreft het psychosociaal handelen, de Nijmeegse arts-assistenten al op het moment van de beginmeting duidelijk hoger scoorden dan de Groningse, en deze voorsprong handhaafden. Wat betreft het psychosociaal handelen scoor-

den de Groningse arts-assistenten aan het begin hoger. Dit verschil hadden de Nijmeegse arts-assistenten aan het einde van de opleiding ingehaald.

Invloed van het beginniveau

Het beginniveau bleek van belang voor de mate waarin de arts-assistent kon veranderen (tabel 2). Arts-assistenten met een relatief hoge score aan het begin van de opleiding veranderden weinig meer in de gewenste richting; arts-assistenten met een beginscore beneden het gemiddelde van hun groep verbeterden gemiddeld aanzienlijk. Hierbij speelt 'regression to the mean' ongetwijfeld een rol. Daarnaast is er een leereffect, waarbij ook 'hoogscorders' veranderden in de gewenste richting, met

name bij het openstaan en het expliciteren.

Eindniveau

Om een genuanceerder beeld te krijgen van de veranderingen werd bestudeerd, hoeveel arts-assistenten aan het einde een gewenst niveau behaalden. Als niveau van voldoende handelen werd het midden van de schaal gekozen. Zowel voor als na de opleiding bleek een aanzienlijk deel van de arts-assistenten dit 'voldoende niveau' niet te halen, met name niet ten aanzien van het openstaan voor de patiënt en het overleggen over het beleid (tabel 3). De gehanteerde norm lijkt derhalve nogal streng.

Om hierop meer zicht te krijgen werden de scores van de arts-assistenten ten aanzien van de vraagverheldering (onderdeel van het openstaan voor de patiënt) vergeleken met scores op dit onderdeel van ervaren huisartsen bij onderlinge toetsing.¹¹ Als 'voldoende niveau' werd destijds voor deze ervaren artsen de score 2,6-3,5 gehanteerd, hetgeen door 62 procent werd bereikt. Een vergelijkbaar niveau behaalden 87 procent van de Nijmeegse en 25 procent van de Groningse arts-assistenten.

Veranderingen in het medisch-technisch handelen

De veranderingen in het medisch-technisch handelen van de arts-assistenten komen tot uitdrukking in de veranderingen van de aantallen uitgevoerde obligate en overbodige handelingen (tabel 4).

Tijdens de voormeting was in Nijmegen en Groningen het totale aantal handelingen vrijwel gelijk. Vervolgens bleek dit in Nijmegen te stijgen, in Groningen te dalen. Dit verschil kwam tot stand doordat in Groningen het gemiddelde aantal overbodige handelingen sterk afnam, vooral in de verhelderingsfase van het consult, terwijl het gemiddelde aantal obligate handelingen nauwelijks toenam. Daarentegen steeg in Nijmegen het gemiddelde aantal obligate handelingen aanzienlijk, terwijl ook hier het aantal overbodige handelingen duidelijk afnam.

Bij de aanvang van de beroepsopleiding bleken circa 11,2 obligate handelingen per consult te worden uitgevoerd; dit is circa 58 procent van het totale aantal protocollair aangegeven obligate handelingen. De procentueel lichte stijging in Groningen betrof het

Tabel 1 Algemene consultvaardigheden voor en na de opleiding. Gemiddelde scores op een vijfpuntsschaal.

Vaardigheden	Nijmegen		Groningen	
	begin	einde	begin	einde
Openstaan	2,4	2,7**	2,0	2,4**
Expliciteren	2,7	3,1**	2,6	2,9**
Overleggen	2,6	2,8*	2,3	2,6*
Plan	3,1	3,3*	2,8	3,0
Psychosociaal handelen	3,4	3,7*	3,8	3,8

Score 1: voldoet niet aan de normen; score 5: voldoet geheel aan de normen.
** T-toets, $p < 0,01$; * T-toets, $p < 0,05$.

Tabel 2 Invloed van het beginniveau. Gemiddelde verandering in score bij degenen die aan het begin hoger c.q. lager scoorden dan het groepsgemiddelde.

Vaardigheden	Nijmegen		Groningen	
	hoger	lager	hoger	lager
Openstaan	+0,1	+0,4	+0,1	+0,5
Expliciteren	+0,2	+0,5	+0,2	+0,4
Overleggen	+0,0	+0,4	-0,2	+0,6
Plan	-0,1	+0,4	-0,1	+0,4
Psychosociaal handelen	-0,1	+0,7	-0,6	+0,8

Tabel 3 Niveau van consultvaardigheden voor en na de opleiding. Percentages arts-assistenten die gemiddeld 3 of hoger scoorden op de vijfpuntsschaal.

Vaardigheden	Nijmegen		Groningen	
	hoger	lager	hoger	lager
Openstaan	3	6	-	6
Expliciteren	22	53	6	39
Overleggen	25	44	16	13
Plan	63	75	29	32
Psychosociaal handelen	84	88	87	90

geven van voorlichting. In Nijmegen trad een procentuele toename van obligaat handelen op in elk deel van het consult (tabel 4).

Het aantal facultatieve handelingen liet een lichte stijging zien in Nijmegen en een daling in Groningen. Daar deze categorie geen duidelijke kwalitatieve inhoud heeft, wordt deze verder buiten beschouwing gelaten.

Veranderingen in de gewenste richting traden niet bij alle arts-assistenten in gelijke mate op. De grootste veranderingen traden op bij arts-assistenten die aan het begin van de opleiding relatief 'slecht' scoorden. Degenen die relatief 'hoog' scoorden, hielden in Nijmegen hun niveau op zijn minst vast, zowel bij het obligaat als bij het overbodig handelen. In Groningen gold dit alleen ten aanzien van het overbodig handelen (tabel 5).

De aard van de gevonden veranderingen was bij de meeste arts-assistenten herkenbaar in elk onderdeel van het consult, uitgezonderd het voorlichten: zowel de meeste Nijmeegse als de meeste Groningse arts-assistenten gingen op dit onderdeel meer handelen, zowel obligaat als overbodig.

Samenhang in veranderingen

Veranderingen in de verschillende dimensies van de algemene vaardigheden bleken samen te hangen: veranderingen bij het openstaen hingen samen met veranderingen in het expliciteren en het overleggen ('verhelderende' activiteiten). Daarnaast hingen veranderingen in het (opstellen van het) plan en het psychosociaal handelen met elkaar samen ('veranderingsgerichte' activiteiten). Verder kom worden aangetoond dat arts-assistenten die meer open gingen staan voor de patiënt, die hun handelingen beter gingen expliciteren, die meer overleg pleegden en een helder plan opstelden, met name in de veranderingsfase ook medisch-technisch beter gingen werken. Dit gold vooral voor het obligaat handelen (Pearson-correlaties 0,38-0,50).

Veranderingen wat betreft attitude bleken nauwelijks samen te hangen met veranderingen in consultvoering. Wel bleek kennis van belang voor het huisartsgeneeskundig handelen: arts-assistenten die aan het begin van de opleiding relatief hoog scoorden op de kennistoets,⁵ gingen tijdens de eenjarige

opleiding meer vooruit in het medisch-technisch handelen dan arts-assistenten die aan het begin relatief laag scoorden. Ook dit gold vooral het obligaat handelen in de veranderingsgerichte fase (tabel 6).

Tevens bleek dat verbetering van met name klinisch kennis samenging met verbetering in het obligate handelen in de veranderingsgerichte fase. Er was geen - ook geen negatieve - samenhang tussen kennis of kennisgroei en overbodig handelen. Ten aanzien van de alge-

mene consultvaardigheden bleek groei van klinische kennis samen te gaan met beter overleggen, plan opstellen en psychosociaal handelen.

Beschouwing

Zowel op medisch-technisch gebied als wat betreft de algemene aspecten van consultvoering kwam tijdens de eenjarige beroepsopleiding een toename in vaardigheden tot stand. Daarbij waren de resultaten in Nijmegen, waar het

Tabel 4 Medisch-technisch handelen voor en na de opleiding. Gemiddelde aantallen handelingen (totaal, overbodig, obligaat) en percentages obligate handelingen.

	Nijmegen			Groningen		
	begin	eind	verschil	begin	eind	verschil
Totaal aantal handelingen	11,2	12,1	+0,9	11,3	10,7	-0,6
- fase 1	8,0	8,6	+0,6	8,2	7,5	-0,7
- fase 2	3,1	3,5	+0,4	3,1	3,2	+0,1
Overbodige handelingen	1,3	0,9	-0,4**	1,7	0,8	-0,8**
- fase 1	1,0	0,7	-0,3	1,3	0,6	-0,7**
- fase 2	0,4	0,2	-0,2**	0,4	0,2	-0,2**
Obligat handelingen	8,6	9,8	+1,2	8,3	8,7	+0,4
- fase 1	6,3	7,1	+0,8**	6,1	6,3	+0,2
- fase 2	2,3	2,7	+0,4**	2,2	2,4	+0,2
Percentage obligaat	59	65	+ 6**	58	59	+ 1
- fase 1	61	66	+ 5**	61	61	0
- fase 2	53	63	+ 10**	50	55	+ 5

** T-toets, p<0,01.

Tabel 5 Veranderingen in het aantallpercentage obligate c.q. overbodige handelingen bij degenen die aan het begin meer c.q. minder volgens de richtlijnen werkten (criterium: mediaan).

Handelingen	Beginscore Nijmegen		Beginscore Groningen	
	meer	minder	meer	minder
Obligaat	0,3 (1,3%)	2,0 (10,7%)	-0,5 (-1,7%)	1,3 (4,1%)
Overbodig	0,1	- 0,8	-0,2	-1,6

Tabel 6 Veranderingen in het percentage obligaat handelen bij Nijmeegse arts-assistenten die aan het begin van de opleiding hoger (+) c.q. lager (-) dan de mediaan scoorden op de kennistoets.

	Basiskennis		Klinische kennis		Gedragwetensch. kennis		Totaal	
	-	+	-	+	-	+	-	+
Fase 1	4,3	5,2	5,1	4,7	5,9	3,7	5,2	4,5
Fase 2	8,2	11,5	5,5	14,3	9,0	11,8	7,3	12,8
Totale consult	5,3	7,0	5,0	7,4	6,6	5,9	5,7	6,8

onderwijsprogramma gestructureerd en themagewijs is opgebouwd, beter dan in Groningen, waar de opleiding 'problem based' is. Deze uitkomst plaatst enige vraagtekens bij een onderwijsprogramma waarbij wordt uitgegaan van de behoeften en problemen van de arts-assistenten.

Wat betreft de algemene consultvaardigheden bestond het geconstateerde verschil reeds bij de beginmeting. We kunnen ons goed voorstellen dat dit een gevolg is van het intensieve programma tijdens de eerste opleidingsmaand, dat in Nijmegen grotendeels in het teken staat van gestructureerde consultvoering.

Het bereikte eindniveau is bij veel arts-assistenten volgens de gehanteerde criteria nog 'onvoldoende'. Dit sluit aan bij de ervaringen van de groepsbegeleiders dat er te weinig tijd is in de tweede helft van het opleidingsjaar voor systematische, gestructureerde (effectieve) training en het leren vasthouden van consultvaardigheden.

Wat betreft de medisch-technische vaardigheden bleek vooral bij de Nijmeegse arts-assistenten het verrichten van meer obligate handelingen samen te gaan met minder overbodig handelen, en is er sprake van kwalitatieve veranderingen. Kenmerkend voor de Groningse arts-assistenten was, dat zij in het algemeen minder handelingen gingen uitvoeren, vooral minder overbodige. Deze veranderingen achten we voornamelijk kwantitatief van aard.

Goede medisch-technische vaardigheden alleen zijn geen garantie voor adequate huisartsgeneeskundige zorg. Daarom is van groot belang dat een samenhang kon worden aangetoond tussen ontwikkeling van algemene en medisch-technische consultvaardigheden. Arts-assistenten groeiden toe naar een geïntegreerde werkstijl, die de kwaliteit van de huisartsgeneeskundige zorg positief kan beïnvloeden.¹²

Dat er sprake was van een brede ontwikkeling bij arts-assistenten, werd ook bevestigd door de samenhang van kennis en kennisgroei met de ontwikkeling van de consultvaardigheden. Aandacht voor 'kennis' lijkt een voorwaarde om vorderingen te kunnen maken in alle aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen, hetgeen inspirerend is voor de ontwikkeling van de toekomstige beroepsopleiding.¹³

De grootste verbetering vond, zoals

te verwachten, plaats bij diegenen die aan het begin van de opleiding minder adequaat handelden. Ook degenen die aan het begin relatief beter werkten, boekten echter nog vooruitgang, hoewel door hen voorlopig een soort plafond bereikt leek te worden. Door verdieping en intensivering van het onderwijsaanbod in de toekomst kan mogelijk het effect van de opleiding ook voor deze 'betere' arts-assistenten nog toenemen.

Het spreekt voor zich, dat aan de gevonden resultaten geen absolute waarde mag worden toegekend. De verschillen tussen voor- en nameting geven vooral de richting aan van de ontwikkelingen. De scores van het handelen in de praktijk zijn gebaseerd op theoretische normen die waarschijnlijk (te) streng zijn. Ook ervaren huisartsen bleken hieraan immers niet geheel te kunnen voldoen.¹¹ We achten het van meer belang, dat veranderingen in zowel algemene als medisch-technische consultvaardigheden door middel van scores zichtbaar gemaakt kunnen worden en dat onderlinge vergelijking, bij vastgestelde meetomstandigheden, mogelijk wordt.

De meetinstrumenten hebben hiertoe hun bruikbaarheid aangetoond, hoewel er enige discussie bestond rondom het meetinstrument voor de algemene consultvaardigheden. Bewust is gekozen voor het meten van complexe huisartsgeneeskundige vaardigheden in de praktijk, die de werkelijkheid niet vertekenen. Daardoor is de validiteit van de meting in principe hoog. De betrouwbaarheid van het instrument wordt echter matig vanwege diezelfde complexiteit en vanwege de grilligheid van de dagelijkse praktijksituatie. Met de door ons genomen maatregelen (beoordeling van 10 consulten, spreiding over vier beoordelaars) is het instrument toch voldoende betrouwbaar gebleken om het handelen van de huisarts bruikbaar in kaart te brengen.

Verder is duidelijk geworden dat dit instrument ook perspectieven biedt om verdere elementen van het huisartsgeneeskundig handelen, zoals continuïteitsaspecten, bij de scores op te nemen. Inmiddels wordt daarmee ervaring opgedaan.

¹ Bulte J, Helsper A, Van der Ende J, Visser S. Evaluatieonderzoek naar de huisartsop-

leiding in Nijmegen en Groningen. Huisarts Wet 1987; 30: 317.

² Helsper A, Bulte J, Van der Ende J, Visser S. De inhoud van het terugkomdagonderwijs in de Nijmeegse en Groningse opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1987; 30: 318-21.

³ Helsper A, Grol R. Attitudeverandering tijdens de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1987; 30: 357-9.

⁴ Bulte J, Tielens V, Visser S, Van der Ende J, Groenier K. De opleiding tot huisarts in de praktijk. Huisarts Wet 1988; 31: 60-3.

⁵ Bulte J, Verwijnen M, Tielens V, Van Leeuwen Y. Groei van kennis tijdens de Nijmeegse beroepsopleiding tot huisarts (voor publicatie aangeboden).

⁶ Grol R, red. Huisarts en somatische fixatie. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1983.

⁷ Grol R, Tielens V. Onderwijsontwikkeling in de beroepsopleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1983; 26: 58-62.

⁸ Neufeld V, Barrows H. The 'McMaster philosophy', an approach to clinical education. J Med Educ 1974; 49: 1040-50.

⁹ Grol R, Mesker red. Huisarts en onderlinge toetsing. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1986.

¹⁰ Smits A, Morkink H, Mesker P. Prevara, een meetinstrument voor het handelen van huisartsen tijdens het spreekuur. Preventie van somatische fixatie, deel 4. Nijmegen: Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut, 1984.

¹¹ Grol RPTM. Kwaliteitsbewaking in de huisartsgeneeskunde. Effecten van onderlinge toetsing [Dissertatie]. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen, 1987.

¹² Morkink H, Tielens V, Smits A, Grol R. Werkstijlen van huisartsen. Een exploratief onderzoek naar verschillende werkstijlen van huisartsgeneeskundig handelen. Huisarts Wet 1986; 29: 72-6.

¹³ Anonymous. The construction of a new curriculum of vocational training for general practice in the Netherlands. Utrecht: Royal Dutch Medical Association, 1987.

Nota bene

De problemen rond de kwaliteitsbewaking bij een bevolkingsonderzoek op mammacarcinoom zullen toenemen naarmate het effect van zo'n onderzoek groeit.

Stelling bij: Maessen JG. Evaluation of ischemic injury in donor kidneys [Dissertatie]. Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, 1988.