

Wat doet de huisarts in opleiding in de kliniek?

H.L. VAN AMERONGEN
E.H. RUNIA

Vanaf de start van de huisartsopleiding wordt gediscussieerd over het nut van klinische stages. In dit artikel worden de 16-jarige Rotterdamse ervaringen met klinische stages beschreven: argumenten, doelstellingen, werkwijze en evaluatiegegevens komen ter sprake. Een klinische stage vormt een nuttig onderdeel van de huisartsopleiding, mits aan een aantal voorwaarden wordt voldaan: goed omschreven doelstellingen, duidelijke omschrijving van het onderwijsprogramma, instructie van en overleg met de opleiders en continue evaluatie.

Van Amerongen HL, Runia EH. Wat doet de huisarts in opleiding in de kliniek? *Huisarts Wet* 1990; 33(9): 360-3

Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut, Mathenesserlaan 264a, 3021 HR Rotterdam; telefoon 010-4087.614.

H.L. van Amerongen, huisarts, coördinator van de huisartsopleiding; E.H. Runia, psycholoog en historicus, werkzaam als groepsbegeleider in de huisartsopleiding.

Inleiding

Hoewel de Commissie Curriculum Constructie meerjarige Beroepsopleiding tot Huisarts op basis van ervaringen in Engeland en Maastricht in één van haar rapporten vaststelt dat een aantal in het Basistakenpakket van de huisarts genoemde taken onvoldoende in de huisartspraktijk kunnen worden gezien en geleerd,¹⁻³ blijft de controverse over klinische stages in de opleiding tot huisarts bestaan. Tegenstanders van klinische stages zeggen dat je het huisartsvak alleen van huisartsen kunt leren, voorstanders menen dat bepaalde kennis en sommige vaardigheden beter geleerd kunnen worden van deskundigen op deelgebieden. De controverse is te meer actueel nu er stemmen opgaan om de huidige tweejarige beroepsopleiding te verlengen met een in de kliniek door te brengen derde jaar. De huisartsopleiding te Rotterdam heeft, als enige in Nederland, van meet af aan een klinische stage bevat. De Rotterdamse ervaringen met deze stage kunnen wellicht een bijdrage leveren aan de meningsvorming op dit terrein.

Waarom een klinische stage?

De discussie over de vraag of de beroepsopleiding tot huisarts een klinische stage zou moeten bevatten, is misschien al ouder dan de beroepsopleiding zelf. In 'The future general practitioner' (1972) werd als vanzelfsprekend aangenomen, dat kennis en vaardigheden betreffende een groot aantal ziekten het best geleerd kunnen worden in de kliniek.⁴ In aansluiting hierop werd in het SOH-Interimrapport uit 1973 voorgesteld de opleiding te splitsen in een half jaar huisartspraktijk en een half jaar ziekenhuis.

Reeds in 1974 kwam men hierop terug. Het in dat jaar verschenen SOH-rapport stelt dat de eerste fase van de opleiding zou moeten worden doorgebracht in een huisartspraktijk, terwijl de tweede fase zou moeten bestaan uit hetzij een tweede stage in een huisartspraktijk, hetzij een stage 'elders' (ziekenhuis, verpleeghuis, EHBO-afdeling, bedrijfsgeneeskundige dienst, instelling voor geestelijke gezondheidszorg).⁵

De redenen om de ziekenhuisstage als vast punt te laten vallen, waren:

- een half jaar huisartspraktijk bleek erg kort;
- het was moeilijk om voldoende ziekenhuisplaatsen te vinden;
- er ontstond een divergentie tussen de verwachtingen van de universitaire huisartseninstituten en het functioneren van de arts-assistenten in de ziekenhuizen; de arts-assistenten zouden te veel als co-assistenten worden beschouwd.

Voor een klinische stage bleef pleiten dat in een dergelijke stage:

- kennis en vaardigheidselementen uit de basisopleiding aangevuld zouden kunnen worden;
- kennis gemaakt zou kunnen worden met de specialistische helft van de verwijzingsituatie;
- patiënten begeleid zouden kunnen worden tijdens een opname en inzicht verkregen zou kunnen worden in het ziekenhuisbestaan van patienten;
- inzicht verkregen zou kunnen worden in wat een ziekenhuis wel en niet te bieden heeft;
- inzicht verkregen zou kunnen worden in de communicatieproblemen tussen thuisfront en ziekenhuiswereld.

Klinische stage in Rotterdam

Omdat de argumenten tegen de ziekenhuisstage niet van inhoudelijke, maar van praktische aard waren, en omdat er inmiddels contacten gelegd waren met een groot aantal specialisten en ziekenhuisdirecties in de regio, besloot het Rotterdams Universitair Huisartsen Instituut destijds de ziekenhuisstage toch in het curriculum op te nemen en verder te ontwikkelen.

Aanvankelijk waren er problemen met de motivatie. De eerste jaren toonde elke groep opnieuw weerstand tegen de stages in het tweede halfjaar: net op het moment dat het leuk begint te worden, moet je weg bij de huisartsopleider; andere instituten vonden het ook niet nodig om nog eens naar de kliniek te gaan, als je huisarts wilde worden. Ook de stafleden waren niet allen overtuigd van het nut van klinische stages. Sommigen waren bang dat een klinische stage een neiging tot defensief handelen tot

gevolg zou hebben. Door vanaf het begin van de opleiding de arts-assistenten beter over hun opleiding voor te lichten, verdwenen de motivatieproblemen gaandeweg.

De doelstelling van de klinische stage was in vrij globale termen omschreven:

- 1 Deskundigheid uitbreiden: opvullen van tijdens de stage bij de huisarts gebleken lacunes.
- 2 Inzicht verkrijgen in het functioneren van de specialist en van het ziekenhuis en de communicatie huisarts-specialist kunnen hanteren.

Naar aanleiding van het CCBOH-rapport zijn deze doelstellingen in meer positieve bewoordingen geherformuleerd. Ze luiden nu:

- 1 Beheersen van beslis- en handvaardigheden betreffende somatische aandoeningen: a) beheersen van diagnostiek en behandeling van een aantal voor de huisarts belangrijke ziekten; b) eerste hulp kunnen verlenen bij acute ziekten en ongevallen.
- 2 Kunnen samenwerken met specialisten: a) kennen van de werkwijze van de specialist en de gang van zaken in het ziekenhuis; b) kennen van de (on)mogelijkheden van de specialistische geneeskunde;

c) kennen van de betekenis van een opname voor de patiënt en zijn gezinsleden.

- 3 Brede basis bieden aan de arts-assistent voor professionele en persoonlijke ontwikkeling.

In de eenjarige opleiding was er, na een periode van zes (later acht) maanden bij de huisarts, een keuze mogelijk tussen vier maanden kliniek en vier maanden verpleeghuis. In de tweejarige opleiding volgt elke huisarts-in-opleiding (haio) een verpleeghuisstage. Daarnaast kan gekozen worden tussen een klinische stage en een Riagg-stage. De klinische stage en de verpleeghuisstage zijn geplaatst tussen de twee huisartsstages in. Dit betekent dat de haio als 'huisarts' de kliniek binnenkomt en deze periode optimaal kan benutten, terwijl in de tweede huisartsstage het geleerde geïntegreerd kan worden in het functioneren als huisarts.

Nieuwe stageplaatsen worden door de coördinator van de huisartsopleiding bezocht. Met de toekomstige specialist-opleider wordt besproken welke plaats en welke functie de klinische stage binnen het curriculum van de beroepsopleiding inneemt.

Nadrukkelijk wordt gesteld dat de arts-assistenten in opleiding zijn tot huisarts en dat de inhoud van de stage hierop gericht moet zijn. Dit betekent nadruk op de eerste hulp en de polikliniek, waarbij de arts-assistent zelfstandig moet werken, uiteraard na een inwerkperiode en onder supervisie.

De opleider stelt een profiel van de stageplaats op: organisatorische gegevens, doelstellingen en onderwijsaanbod (*kader*). Na de officiële visitatie wordt de specialist ingeschakeld als opleider; na de eerste stage volgt een evaluatiegesprek. Na elke stage vult de arts-assistent een evaluatieformulier in, dat besproken wordt met de opleider. Indien nodig volgt een gesprek met de groepsbegeleider of de coördinator.

De gevarieerdheid van het pakket stages dat aan de groep wordt aangeboden, komt niet altijd tegemoet aan de wensen van de arts-assistenten. Veel stages aanbieden geeft een grote keuzemogelijkheid, maar de motivatie van de stagegever daalt wanneer hij slechts sporadisch een arts-assistent kan ontvangen. Een beperkt pakket heeft het omgekeerde resultaat. Bovendien is de vraag naar stages onvoorspelbaar: in de ene groep wil iedereen chirurgie, in de andere blijkt iedereen lacunes op het gebied van de gynaecologie te hebben.

Profiel van de opleidingsplaats kindergeneeskunde in het Ziekenhuis

Adres, telefoon:
Geneesheer-directeur:
Opleider:
Associé(e):
Waarneemregeling:

Doelstellingen van de opleidingsperiode

- 1 Het onderzoek van de pasgeborene volgens protocol kunnen uitvoeren en de gevolgen van een pathologische partus en congenitale afwijkingen bij het kind kunnen herkennen.
- 2 Een aantal acute ziekten kunnen diagnosticeren en een therapeutisch beleid kunnen uitstippelen en uitvoeren (benauwdheid, uitdroging, sepsis-meningitis, koortsconvulsie).
- 3 Een aantal chronische ziekten kunnen diagnosticeren en een beleid kunnen uitstippelen en uitvoeren (cara, diabetes).

- 4 Een beleid kunnen uitvoeren bij een aantal 'gewone' problemen (koorts die niet over gaat, hoest die niet over gaat, gastro-enteritis, voedingsproblemen).
- 5 Ontwikkelingsstoornissen vroegtijdig kunnen herkennen en een beleid kunnen uitstippelen ('MBD', spasticiteit, spraakstoornissen, leerstoornissen).
- 6 Een aantal 'psychosomatische' problemen kunnen herkennen en een beleid kunnen uitstippelen en alleen of in samenwerking met andere disciplines kunnen uitvoeren (obstipatie, buikpijn, hoofdpijn, hyperventilatie, onzindelijkheid).
- 7 Betreffende 1 t/m 6 op adequate wijze met de ouders kunnen communiceren.
- 8 Betreffende 1 t/m 6 op adequate wijze met de huisarts kunnen communiceren.
- 9 Kunnen functioneren in teamverband.

Het oordeel van de haio's

Over 69 stageperioden van vier maanden is een ingevuld evaluatieformulier beschikbaar; deze hebben betrekking op ongeveer een derde van alle stageperioden tussen 1974 en 1988.

Uit de enquêteformulieren komt naar voren dat de arts-assistent in 80 procent van de gevallen met de opleider afspraken heeft gemaakt over het programma, de begeleiding en de diensten; 85 procent gaf aan dat er voldoende gelegenheid was tot zelfstandig werken, 20 procent werkte alleen op de polikliniek, 10 procent alleen in de kliniek en 65 procent was zowel klinisch als poliklinisch werkzaam. Uitstapjes naar andere afdelingen, bijvoorbeeld 'kleine vakken', kwamen in 50 procent van de gevallen voor.

De samenwerking met verpleegkundigen en andere functionarissen, en met de

andere specialisten werd als goed gewaardeerd. De samenwerking met de huisartsen met wie men vanuit de kliniek contacten onderhield, werd door slechts 40 procent als goed beoordeeld; 30 procent kwalificeerde deze samenwerking als matig tot slecht en 30 procent had dit onderdeel niet ingevuld. Dit opmerkelijke resultaat doet vermoeden dat de samenwerking tussen huisartsen en specialisten nogal eens te wensen overlaat. Mogelijk heeft een klinische stage een gunstig effect op deze samenwerking. We hebben ervaren dat deze bijwerking er soms inderdaad is.

Als doelstellingen werden globaal genoemd:

- kennis ophalen en vergroten;
- specifieke vaardigheden leren (kleine ingrepen, hechten, EHBO, verloskunde, IUD plaatsen e.d.);
- veel pathologie zien;
- kijken naar de huisarts vanuit het ziekenhuis (verwijzen).

Op de vraag of deze doelen waren bereikt, antwoordde 70 procent 'geheel' en 20 procent 'ten dele'. Eén assistent zei 'nauwelijks' en zeven hadden dit deel niet ingevuld.

Om een beeld te krijgen van wat er binnen de kliniek aan onderwijs voor haio's werd gegeven, hebben we gevraagd naar de nabespreking. In slechts 26 procent van de gevallen vonden op vaste tijden nabesprekingen plaats, terwijl 50 procent rapporteerde dat er niet op vaste tijden werd nabesproken. De helft van de arts-assistenten antwoordde dat er dagelijks een nabespreking plaatsvond, in 20 procent van de gevallen gebeurde dit op verzoek en een kleine 15 procent zei dat niet meer dan eenmaal per week werd nabesproken. De bereikbaarheid van de opleider was overigens goed (80 procent) en er was voldoende steun in onzekere situaties (85 procent).

Teaching the teachers

Uit de evaluaties komt naar voren dat het grootste knelpunt de opleidingsvaardigheid en -bereidheid van de opleiders is. Een minderheid van de specialist-opleiders is, analoog wellicht aan de eigen opleidingservaring, geneigd meer 'gelegenheid te ge-

ven' dan 'op te leiden'. Deze specialisten zijn meestal volgaarne bereid arts-assistenten antwoord te geven op vragen en te helpen bij problemen, maar veelal op afroep en zonder de onderwijssituatie actief te organiseren. Dit betekent dat het ontdekken van de blinde vlekken van de haio soms onvoldoende plaatsvindt: de opleider weet niet wat de haio wel en niet beheerst. Dit kan tot gevolg hebben dat de haio veel te grote verantwoordelijkheden krijgt (vooral 's nachts). In één geval heeft deze onvoldoende bewaking van de assistenten (en dus van de patiënten) geleid tot het verbreken van de relatie met een ziekenhuis.

Reeve and Bowman rapporteerden vergelijkbare bevindingen.⁶ Zij gingen door middel van een enquête na hoeveel formeel en informeel onderwijs de arts-assistenten van hun opleider ontvingen. Het bleek dat 85 procent minder dan twee uur formeel onderwijs per week ontving, 37 procent helemaal niet en dat er zelfs geen informeel - niet-georganiseerd - onderwijs werd ontvangen in een derde van de gevallen.

Om te bewerkstelligen dat de haio's tijdens hun klinische stage voldoende huisartsgeneeskundig relevant onderwijs zouden kunnen volgen, hebben we in 1979-1980 aan één groep huisartsopleiders voorgesteld de arts-assistenten een heel jaar onder hun hoede te nemen. De huisartsopleider

zou in het tweede half jaar stages bij specialisten in zijn omgeving verzorgen, zodat de assistent, steeds terugkomend in de huisartspraktijk, de in de kliniek opgedane kennis en ervaring zou kunnen toetsen en gebruiken. De helft van de opleiders van deze groep wilde meedoen aan dit experiment.

De beoogde terugkoppeling bleek een groot voordeel, maar er waren ook nadelen:

- het instituut had geen officiële relatie, noch enig contact met de specialist-opleider;
- de specialist begreep soms niet wat de bedoeling was, en dacht dat hij een co-assistent kreeg;
- het door elkaar lopen van persoonlijke en zakelijke relaties tussen huisarts en specialist werkte negatief op de opleidingsituatie (de specialist wilde de huisarts wel een plezier doen);
- van gesprekken van de huisartsopleider met de haio kwam wegens tijdgebrek niet veel meer terecht.

Onze conclusie was: met heel gemotiveerde opleiders kan het wel, maar over het algemeen wegen de nadelen zwaarder dan de voordelen.

Om de specialist-opleiders nauwer bij de huisartsopleiding te betrekken hebben wij in 1986 speciaal voor hen een introductie cursus van drie sessies opgezet. Deze zag er als volgt uit:

Werkwijze

- Introductie: 2 weken meelopen met de kinderartsen.
- Dagelijkse zaalvisite en visite op de afdeling verloskunde bijwonen.
- Met toenemende zelfstandigheid onderzoeken, beleid uitstippelen en behandelen van acuut opgenomen kinderen en poliklinisch verwezen kinderen.
- Vóór ontslag onderzoeken van in de kliniek geboren kinderen.
- Deelnemen aan de besprekingen van het psychosociaal kinderteam en zoveel mogelijk vervolgen van 'kleine' psychotherapieën (met name samenwerking met klinisch psycholoog).
- Deelnemen aan de besprekingen van het kinderteam ontwikkelingsstoornissen (met name samenwerking met fysiotherapeut-coördinator).
- Contacten onderhouden met huisartsen en medewerkers van sociaal-medische instellingen (wijkverpleging, maatschappelijk werk, consultatiebureaus, schoolartsdienst).

Eerste sessie

- lezen van hoofdstuk 2 uit McWhinney, *The principles of family medicine*,⁸ dat in het kort een duidelijk inzicht geeft in de karakteristieke kenmerken van het huisartsenvak;
- informatie over de huisartsopleiding;
- spreekuur van een huisarts op video; discussie;
- wat moet de huisarts van het specialisme weten? Inventarisatie en discussie.

Tweede sessie

- 'gelegenheid geven' versus 'opleiden'; discussie;
- observeren: videoband van het consult van een haio met een patiënt en het leergesprek van huisartsopleider en haio zonder dat de eerste tevoren het consult gezien heeft; discussie;
- tips voor begeleiding (voorbeeld: doe elke dag iets samen met de assistent).

Derde sessie

- doelstellingen formuleren voor een stageperiode, uitlopend in een profiel van de stageplaats (*kader op pag.362*);

Door gebrek aan personeel zijn wij op dit moment niet in staat om aan deze inleiding een regelmatig vervolg te geven.

Met hetzelfde doel voor ogen (specialist-opleiders nauwer bij de beroepsopleiding betrekken) is tweemaal een opleiderssymposium van één dag voor alle categorieën opleiders georganiseerd, met als inhoud een onderwijskundig deel, bijvoorbeeld 'De nabespreking', en een medische topic, bijvoorbeeld radiodiagnostiek.

Op dit moment proberen we te bereiken dat de verschillende opleiders in één ziekenhuis samen onderwijsbijeenkomsten voor arts-assistenten organiseren, waarbij wij enige continuïteit in de bezetting van de plaatsen garanderen. Belangrijk is dat de opleider een 'profiel' maakt van de afdeling en het onderwijsaanbod. Dit profiel geeft de arts-assistent de mogelijkheid om gericht voor een bepaalde stage te kiezen en daarnaast is het een leidraad voor opleider en assistent: men houdt elkaar aan de afspraken.

Conclusie

Uit het voorgaande blijkt, dat wij de klinische stage een belangrijk facet van de opleiding tot huisarts vinden. Onze ervaring is, dat een klinische stage de meeste vruchten afwerpt, indien deze voorafgegaan en gevolgd wordt door een periode in de huisartspraktijk. De assistent komt dan het ziekenhuis binnen als huisarts, met het doel daar een aantal specifieke zaken te leren. Na de stage is er gelegenheid om het geleerde toe te passen en te integreren in de huisartspraktijk, onder supervisie van een ervaren huisarts.

Wij zijn van mening dat een klinische stageplaats aan de volgende voorwaarden moet voldoen:

- Alle specialisten - binnen een maatschap én binnen het ziekenhuis - moeten het eens zijn met het opleiden van arts-assistenten in opleiding tot huisarts.
- Goede samenwerking binnen het ziekenhuis.
- Goede 'bewaking' van de haio door de opleider.
- Actief opleiden (in tegenstelling tot gelegenheid geven).
- Bereidheid de haio te steunen, wanneer deze problemen ondervindt.
- De haio moet verantwoordelijkheid dragen.
- De opleider moet bereid zijn zich onderwijskundig te laten scholen.
- Regelmatig contact tussen opleider en huisartseninstituut.

Van een optimaal resultaat kan pas sprake zijn als zowel de arts-assistenten als de specialist-opleiders intensief begeleid worden. Dat dit de nodige, nu nog niet aanwezige, mankracht vergt, moge duidelijk zijn.

Literatuur

- ¹ Pereira Gray DJ. *A system of training for general practice*. London: Royal College of General Practitioners, 1979.
- ² Van Leeuwen Y, Van Giessen JW. *Experiment Brunsum*. Een experimentele klinische leer-werkperiode voor huisartsen in opleiding.

Maastricht: Instituut voor Huisartsgeneeskunde, 1986.

- ³ Pollemans M, Verheij Th. *Leerwerkperiodes buiten de huisartspraktijk* [Eindrapportage CCBOH deelproject A-II]. Utrecht: CCBOH, 1986.
- ⁴ A Working Party of The Royal College of General Practitioners. *The future general practitioner. Learning and teaching*. London: Royal College of General Practitioners, 1972.
- ⁵ Werkgroep SOH. *Rapport van de Interfacultaire Werkgroep Specifieke Opleiding Huisartsen*. Utrecht: 1972.
- ⁶ Reeve H, Bowman A. *Hospital training for general practice: views of trainees in the North Western region*. *Br Med J* 1989; 298: 1432-4.
- ⁷ Anoniem. *Basistakenpakket van de huisarts*. Utrecht: LHV, 1987.
- ⁸ McWhinney IR. *A textbook of family medicine*. New York, Oxford: Oxford University Press, 1989.
- ⁹ Hall MS, ed. *A general practitioner training handbook*. Oxford: Blackwell, 1989. ■

De sociale en professionele kenmerken van de doktersassistente

Vervolg van pag. 354

- ¹⁷ Van den Broek W, Ten Cate RS., Van der Linde F. *Opleiding doktersassistenten onderzocht*. *Med Contact* 1981; 35: 1061-6.
- ¹⁸ De Haan J. *De rol van de assistente bij preventie in de huisartsenpraktijk*. *Medifo; Informatiegids voor de gezondheidszorg* 5; 3: 11-3. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema, 1989.
- ¹⁹ Sips AJBI, Smeele I, Van der Voort JPM. *De Verwijsbrief naar de Tweede Lijn* [Standaard]. *Huisarts Wet* 1989; 32: 541-4. ■