Een jaartje ELWP-en: de stage

EELCO RUNIA
ELLY DE HEER

Runia E, De Heer E. Een jaartje ELWP-en: de stage. Huisarts Wet 1997; 40(13): 652-5.

Samenvatting In dit artikel vragen wij ons af welke bijdrage de deelnemende ziekenhuizen leverden aan de mate waarin de 13 haio's uit onze groep de doelstellingen bereikten van de acht maanden durende klinische stage die sinds 1994 deel uitmaakt van de beroepsopleiding tot huisarts. Hoofddoelstelling 1 ('het opvullen van lacunes in kennis, vaardigheden en attitude') werd door de 9 haio's die een passende stageplaats hadden, in redelijke mate bereikt. Opmerkelijk was dat de haio's negatief waren over het aandeel dat het werk op de poort en tijdens diensten had in het bereiken van deze doelstelling. De bijdrage die de deelnemende ziekenhuizen leverden aan het bereiken van hoofddoelstelling 2 ('het verwerven van inzicht en vaardigheden in de overgangen van eerste naar tweede lijn en vice versa') was gering. De haio's waren overigens van oordeel dat de 'bijwerkingen' van de stage (boosheid jegens kliniek en weerstand tegen stereotyp artsengedrag) de 'werking' overschaduwden.

Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.
Dr. E. Runia, historicus en psycholoog; drs. E. de Heer, huisarts.
Correspondentie: dr. E. Runia.

Inleiding

'Je moet een intellectueel zijn om dat te geloven', zei George Orwell als iemand beweerde dat Stalin alleen maar despotisch optrad om des te sneller een vrije en rechtvaardige samenleving tot stand te kunnen brengen. Toen in 1994 de beroepsopleiding tot huisarts verdriejarigd werd, vonden wij – als groepsbegeleiders – dat je in het Utrechtse vergadercircuit moest hebben meegedraaid om te geloven dat haio's betere huisartsen worden als je hen een jaar langer in de kliniek laat werken. Was één van de hoofdtaken van de huisartsopleiding niet het afleren van een al te klinische habitus?

Onze scepsis gold niet slechts de klinische invulling die het extra jaar zou moeten krijgen, maar ook de manier waarop een en ander gefinancierd zou moeten gaan worden, en het feit dat zo'n majeure verandering van de beroepsopleiding doorgevoerd werd zonder dat daar een onderwijskundige visie aan ten grondslag lag.[1] Het kwam ons destijds voor dat we getuige waren van een – ook internationaal gezien – unieke prestatie: het vervangen van een tamelijk goede tweejarige opleiding door een minder goede driejarige.

Niettemin: we gingen van start. Ook in Rotterdam. En uiteraard vroegen we ons af of we onze nulhypothese zouden moeten handhaven. Zou de klinische stage (de 'Externe Leer Werk Periode') inderdaad contraproductief zijn? Of zou een jaar kliniek toch een zinvol onderdeel van de beroepsopleiding tot huisarts blijken te zijn?

Het leek ons het meest voor de hand te liggen na te gaan of de officiële doelstellingen inderdaad werden gehaald. Ook in Rotterdam zijn de ELWP-doelstellingen afgeleid van de twee hoofddoelen die *Tielens* destijds heeft genoemd:

1 'het vergroten van de medische competentie via het opvullen van lacunes in kennis, vaardigheden en attitude';
2 'het verwerven van inzicht en vaardigheden met betrekking tot de overgangen van de eerste naar tweede lijn en vice versa'.[2,3]

Elders hebben wij de bijdrage die het terugkomdagonderwijs leverde aan het bereiken van deze doelstellingen beschreven.[4] In het huidige artikel bespreken wij het aandeel van de (klinische) stage.

Methode

De onderzoeksgroep bestond uit 13 haio's (8 mannen, 5 vrouwen), die in maart 1995 begonnen met de opleiding. Aan het eind van het eerste jaar inventariseerden we aan welke stageplaatsen deze haio's wel en niet behoefte hadden. Acht groepsleden bleken ervaring met chirurgie te hebben (één haio 2 maanden, zes haio's 6 tot 12 maanden, één haio bijna 4 jaar). Twaalf haio's hadden ervaring op internistisch/cardiologisch gebied (van 3 tot 22 maanden), en sommigen hadden (ook) ervaring op gebieden als gynaecologie/verloskunde, kindergeneeskunde en huisartsgeneeskunde. Daarnaast waren sommigen werkzaam geweest in een brandwondencentrum of in de tropen.

Gedurende het gehele tweede jaar hielden we bij wat er in het kader van de ELWP zoal gebeurde. In de notulen van de terugkomdagen werden de uitgewisselde ervaringen samengevat, werd de inhoud van het consultvoerings- en thematisch onderwijs kort vermeld en werden organisatorische, inhoudelijke en onderwijskundige aspecten van de stages vastgelegd. In verslagen van evaluaties werden de lacunes, leerdoelen (al of niet bereikt) en kenmerken van de stageplaatsen opgetekend. Tenslotte maakten wij aantekeningen over de planning van terugkomdagen en stages, leerdoelen problemen met terugkomdagbezoek, evaluaties en gemaakte afspraken met ELWP-opleiders.

Resultaten

Start

Omdat de groep niet blanco aan de ELWP begon, een enkel woord over onze startpositie. Geconfronteerd met een frustrerend en onbenvloedbaar perspectief, hebben groepen de neiging zichzelf beperkende 'oplossingen' op te leggen: ze kunnen fragmentariseren, 'ondergronds gaan' (de

groepsleiders buitensluiten en verbroederen) of een *modus vivendi* (een stilzwijgende afspraak het elkaar niet lastig te maken) met de groepsleiders overeenkomen. Van dergelijke beperkende oplossingen was in deze groep geen sprake. Men zag als een berg op tegen het ELWP-jaar, maar de investeringen in de groep bleven gehandhaafd, de kwaliteitsnormen bleven op peil en de 'officiële' sessies (en niet de wandelgangen) bleven het focuspunt, zozeer zelfs dat de groep de neiging had het terugkomdagonderwijs – en niet de stages – als het zwaartepunt van de opleiding te beschouwen.

De plaatsen

De belangstelling ging, behalve naar verpleeghuis- en Riagg-plaatsen, vooral uit naar kindergeneeskunde en gynaecologie. De afspraak was dat elke haio in de loop van het jaar een door de stage-instelling betaalde ('valuteerbare') achtmaandsstage en een 'niet-valuteerbare' viermaandsstage (in bijvoorbeeld verpleeghuis of Riagg) zou doen. In dit artikel beperken we ons tot de klinische, valuteerbare achtmaandsstage.

Tot op het laatst was onzeker hoe ons pakket er precies zou gaan uitzien. Dat viel niet mee: vooral plaatsen interne geneeskunde en chirurgie, waardoor sommige haio's stage moesten lopen in een vakgebied waarmee ze al ervaring hadden. Voor wat betreft valuteerbare klinische achtmaandsstages hadden we in de loop van het jaar te maken met drie ziekenhuizen. Negen van de dertien groepsleden deden hun achtmaandsstage in één en hetzelfde ziekenhuis (ziekenhuis 1). Daar namen onze haio's de plaatsen in van de eerdere internistische en chirurgische agnio's. Drie andere groepsleden zouden acht maanden chirurgie in een tweede ziekenhuis doen, maar omdat hier werktijden werden geëist die voor ons niet aanvaardbaar waren, stonden onze haio's al na twee maanden op straat. Het niet respecteren van de contractuele opzegtermijn had voor twee van hen het gevolg dat zij op kosten van dit ziekenhuis elders stages konden lopen die meer overeenkwamen met hun leerwensen: psychiatrie en kindergeneeskunde. In het derde ziekenhuis tenslotte liep één haio een stage kindergeneeskunde.

Eens per drie maanden bezocht één van ons samen met het hoofd van de afdeling (in diens kwaliteit van waarnemend coördinator tweede jaar) de stageverlenende ziekenhuizen. Aan de orde kwamen onder meer: de werktijden, de aard van het aan de haio's opgedragen werk, en het door de kliniek geboden onderwijs.

Vooraf waren we somber over onze mogelijkheden invloed uit te oefenen op taak, arbeidsomstandigheden en leermogelijkheden van de haio's. Het feit dat de opleiders niet, zoals vroeger, geld (in de vorm van een onkostenvergoeding) *toe* kregen, maar moesten gaan betalen voor de door ons geleverde haio's, deed ons vrezen weinig gehoor te zullen vinden voor onze wensen. Het viel mee. De ziekenhuizen bleken het zich om drie redenen nauwelijks te kunnen permitteren hun schouders op te halen voor wat wij vanuit onze opleidingsverantwoordelijkheid te vragen hadden: het tekort aan agnio's dat (door onder meer het arbeidstijdenbesluit ziekenhuizen) voelbaar werd, het feit dat haio's gemiddeld genomen significant beter werk leveren dan agnio's, en de door veel ziekenhuizen gevoelde noodzaak zich huisartsvriendelijker op te stellen. In de loop van het jaar begon in de regio Rotterdam de vraag naar haio's het aanbod te overtreffen, waardoor onze onderhandelingspositie niet onaanzienlijk werd versterkt.

De stage als werkplek

In alle drie de ziekenhuizen bleek het doen van diensten onevenredig veel tijd en energie te vergen. Door de diensten – en de tijdscompensatie daarvoor – waren haio's relatief weinig aanwezig op hun eigenlijke stageplek, terwijl de stress die ze opleverden relatief veel energie kostte. Doordat de ziekenhuizen 1 en 3 de verantwoordelijkheid voor de diensten met veel succes aan de haio's delegeerden, brachten de diensten in die ziekenhuizen ook allerlei organisatorische, roostertechnische en coördinerende werkzaamheden met zich mee. 'Mijn vakinhoudelijke leerdoelen waren binnen de kortste keren door de diensten ondergesneeuwd', merkte een haio op, 'en het kostte me de grootst mogelijke moeite ze daar nog weer onder vandaan te halen.'

Opvallend waren verder de verschillen tussen de afdelingen interne geneeskunde en chirurgie.

Voor de internistische stages gold dat het zaalwerk absolute prioriteit genoot. Daarna kwam, aldus een haio, 'de EHBO, dan het dicteren en pas dan de polikliniek.' Die prioriteitsstelling was dermate sterk met de afdelingscultuur verweven dat afspraken om haio's veel polikliniekwerk te laten doen, onderhevig waren aan een permanente erosie.

Bij chirurgie was het afdelingswerk van ondergeschikt belang. Na samen met de chirurgen 's ochtends een half uurtje visite te hebben gelopen, functioneerden de haio's de rest van de dag als een soort vliegende kiep. 'Je liep rond om opgepiept te kunnen worden', vatte een haio samen. Het werk dat de haio's zo in de loop van de dag voorgeschoteld kregen, bestond voor een deel uit co-assistenttaken: 12 à 14 preoperatieve screeningen per dag was geen uitzondering. Veel werk ging, met name in ziekenhuis 1, zitten in het verzamelen van informatie en in wat eufemistisch 'de puntjes op de i zetten', en minder eufemistisch 'puin ruimen' genoemd zou kunnen worden. De haio's vulden de gaten die er door tekortschietende coördinatie en geringe procedurele eenduidigheid voortdurend vielen. Een haio: 'Na de gezamenlijke visite ging ik vaak in mijn eentje terug naar de afdeling om ervoor te zorgen dat wat afgesproken was ook inderdaad geregeld werd.'

Op de vraag wat nu 'huisartsgeneeskundig relevant' ziekenhuiswerk was, gaven de haio's verrassende antwoorden. Over het polikliniekwerk dat wij bij hun opleiders voor hen probeerden te regelen, waren zij niet erg te spreken. De verband-, gips- en breukcontroles waaruit een groot deel van het poliwerk op chirurgie bestaat, werden *en bloc* als niet-leerzaam ervaren. Ook het werken als poortarts, volgens *Tielens* bij uitstek geschikt voor stagelopende huisartsen, werd niet erg leerzaam gevon-

den. Die mening bleek voor een deel te herleiden tot het feit dat haio's vooral tijdens de diensten als poortarts functioneerden, en juist daarover waren zij uiterst negatief: 'In diensten zie ik geen enkel positief punt. Het enige waar ik tevreden over ben, is dat ik mezelf overeind heb weten te houden.' De werkdruk deed goede voornemens verdampen: 'In het begin was ik heel kritisch bij het aanvragen van Röntgenfoto's, al snel vroeg ik ze standaard aan.' Maar ook los van de diensten werd poortartswerk niet erg nuttig gevonden: er was meestal geen sprake van continuteit en de voor het bereiken van een leereffect zo noodzakelijke terugkoppeling ontbrak nogal eens. Een haio: 'ik vond het lopendebandwerk: je ziet geen vervolg, je krijgt geen feedback.'

Een ander bezwaar tegen poortartswerk is dat nergens zo'n sfeer van heroïek heerst als juist op de poort. Op weinig plaatsen in de kliniek staan – soms zwaarbevochten – huisartsgeneeskundige kernkwaliteiten als 'contact maken', vraagverheldering en integraal werken, zo onder druk als op de EHBO. De poort mag dan, net als de huisartspraktijk, 'drempelloos' zijn, en de begrippen 'poortarts' en 'poortwachter' mogen dan op dezelfde metafoor zijn gebaseerd, maar dat betekent nog niet dat de EHBO een goede stageplaats is voor tweedejaars haio's. Het feit dat tweedejaars haio's door hun generalisme, hun beslisvaardigheid en hun communicatieve vermogens zo goed inzetbaar zijn – en zo goed voldoen – als poortarts, is reden te meer om te betwijfelen of zij er nog wel iets *leren*. De haio's in onze groep – die voor wat betreft 'contact maken', vraagverheldering en integraal werken tijdens het eerste jaar de smaak goed te pakken hadden gekregen – vonden de poort juist om deze reden een minder leerzame, zelfs frustrerende plek.

Voor het op gang houden en verdiepen van in het eerste jaar gestarte ontwikkelingen zou het in beleidsnotities versmade zaalwerk weleens relevanter kunnen zijn dan het routineus geprezen poli- en poortwerk. Werk op de afdeling heeft in ieder geval het verzorgende, het coördinerende, het continue en het integrale met huisartsenwerk gemeen (kán dat althans hebben). Zaalwerk kan daarnaast aanknopingspunten bieden een aantal psychologisch relevante thema's door te werken: macht/onmacht, progressie/regressie, leven/dood.

De stage als onderwijsplek

Het onderwijsaanbod van de stageverlenende ziekenhuizen bestond, behalve uit wat haio's tussen de bedrijven door opstaken van specialisten en assistenten, uit drie onderdelen.

In de eerste plaats was dat de *werkbegeleiding*: in geval van problemen konden haio's hun opleiders raadplegen – en soms zelfs met hen van gedachten wisselen. Buiten kantooruren was werkbegeleiding een schaarser goed; de achterwachtfunctie bijvoorbeeld was in geen van de drie ziekenhuizen sluitend geregeld.

In de tweede plaats waren er de *'praatjes'*. Op alle stageplaatsen werd periodiek (meestal wekelijks) gerefereerd over een casus of een artikel, behalve bij de chirurgiestage in ziekenhuis 1, waar afspraken dienaangaande niet werden nagekomen.

Ten derde kunnen ook de *overdrachten*, hoewel niet als zodanig bedoeld, beschouwd worden als een vorm van onderwijs. Een haio uit ziekenhuis 1 gaf te kennen de diensten prettig te vinden, omdat aan diensten overdrachten vastzaten, en overdrachten tot de zeldzame gelegenheden behoorden waarin zij 'ergens met collega's over kon discussiëren'. Een haio die een achtmaandsstage chirurgie in ziekenhuis 1 had gedaan, had naar eigen zeggen het meest geleerd op internistisch terrein, doordat de internisten over het algemeen goed vertegenwoordigd waren bij de overdrachten (dit in tegenstelling tot de chirurgen).

Behalve bij kindergeneeskunde in ziekenhuis 3 was het onderwijsaanbod op alle stageplaatsen duidelijk 'reactief' van aard. Veel opleiders gingen ervan uit dat de haio's al beschikten over de nodige vaardigheden om op hun vakgebied zelfstandig te kunnen werken. Onderwijs volgde als een haio meldde iets niet te kunnen of ergens niet uit te komen. Een tweede kenmerk was de 'directiviteit' van het onderwijs: 'Als je een vraag had, riep de specialist hoe het moest, in plaats van te vragen waar je zelf aan gedacht had.' Verder droeg het onderwijs op alle stageplaatsen een sterk 'informeel' karakter – wat het voordeel had dat goed ingespeeld kon worden op situationele en persoonlijke bijzonderheden, maar het nadeel dat veel aan het toeval werd overgelaten en hete hangijzers gemakkelijk werden omzeild. Leer- en voortgangsgesprekken – in huisarts- en verpleeghuisstages nauwelijks meer weg te denken – vonden, behalve bij kindergeneeskunde in ziekenhuis 3, niet plaats.

Beschouwing

Of onze ervaringen representatief zijn, is moeilijk te zeggen. De twee (parallel)groepen die ons in Rotterdam waren voorgegaan, kampten met zoveel plannings- en bemanningsproblemen, dat zij zich niet dan bij toeval zullen kunnen herkennen in onze weergave. En vergelijkingen met groepen elders in het land worden bemoeilijkt door het feit dat Rotterdamse haio's al tijdens de een- en tweejarige opleiding korte, lacune-opvullende klinische stages konden lopen,[5] wat Rotterdam een zekere voorsprong voor wat betreft de organisatie van de ELWP opgeleverd zou kunnen hebben.

In hoeverre was de Externe Leer Werk Periode in onze groep nu inderdaad een *leer*periode? Werden de doelstellingen gehaald? Heeft acht maanden in een klinische setting werken behalve 'werkingen' ook bijwerkingen? En weegt wat haio's leerden op tegen die bijwerkingen?

Voorwaarde voor het tijdens de ELWP kunnen opvullen van lacunes – *Tielens'* eerste doelstelling – is een passende stageplaats. Vier van onze haio's hadden die niet. Dat zij acht maanden moesten besteden aan het opvullen van lacunes die ze niet hadden en het niet-opvullen van lacunes die ze wél hadden, was voor hen uitermate frustrerend. De zes haio's die wel het geluk hadden een passende achtmaandsstage te kunnen lopen, gaven aan hun lacunes in kennis en vaardigheden goed te hebben kunnen wegwerken. Dat de haio's uitstekend gebruik wisten te maken van de mogelijkheden die de ziekenhuizen hen

boden, blijkt ook uit het feit dat de opleiders uitermate positief waren over de kwaliteit van het door hen geleverde werk.

De haio's zelf waren unaniem van oordeel dat acht maanden te lang was: zij hadden de leerdoelen naar hun gevoel in een kortere periode kunnen bereiken, zeker als zij werk hadden kunnen doen dat huisartsgeneeskundig relevanter was. Aangezien het hier vrijwel uitsluitend stageplaatsen interne en chirurgie betrof, kan men zich afvragen of het wel zo wenselijk is achtmaandsstages in 'kleinere' vakken – kindergeneeskunde, dermatologie, KNO, oogheelkunde – aan te bieden, hoewel haio's juist op deze gebieden lacunes plegen te hebben.

Van *Tielens'* tweede hoofddoelstelling – inzicht en vaardigheden in 'de overgangen van de eerste naar tweede lijn' – werd naar het oordeel van de haio's in geen van de drie ziekenhuizen echt werk gemaakt. Er was te weinig tijd en te weinig affiniteit met onderwijs, om deze doelstelling anders op te vatten dan als een vrijbrief om haio's flink wat ontslagbrieven te laten dicteren. Wat de haio's over de 'overgangen van eerste naar tweede lijn' geleerd hadden, was volgens hen dan ook primair het resultaat van het zelf stilstaan bij wat zij op dat vlak zagen gebeuren.

Een en ander betekende overigens niet dat er voor wat betreft doelstelling 2 weinig geleerd was. Als onder 'vaardigheden in de overgangen van eerste naar tweede lijn' ook verstaan wordt: 'specialisten kunnen aanspreken op beleid, communicatie en bejegening' dan hebben veel van onze haio's juist aanzienlijke vorderingen geboekt – maar dat was alleen mogelijk door de aandacht die we daar in het terugkomdagonderwijs aan besteedden.

Het beeld dat uit de eindevaluatie oprees, was dat de haio's tijdens de klinische stage weliswaar veel hadden kunnen leren, maar dat dit geheel overschaduwd werd door 'bijwerkingen'. De haio die de klinische stage een 'traumatische periode' noemde, stond daarin bepaald niet alleen. Zoals een andere haio opmerkte: 'ik heb heel veel geleerd, maar het was heel frustrerend om het in déze setting te moeten leren'. De ziekenhuissetting was voor deze haio's niet slechts een toevallige en overkomelijke handicap, maar iets wat naar hun overtuiging in het eerste jaar in gang gezette ontwikkelingen gefnuikt had. Misschien is dat de reden dat de klinische stage bij de eindevaluatie zo'n golf van boosheid opleverde: een boosheid zo hevig dat het taboe was om je af te vragen wat je nu eigenlijk geleerd had. Een maand na afloop van de ELWP liet een haio zich ontvallen: 'Ik betrapte mezelf erop iets te doen wat ik tijdens mijn ziekenhuisstage geleerd bleek te hebben, maar ik nam me voor daar *nooit* iets over te zeggen'.

Na een jaar ELWP'en was onze conclusie dat haio's die in de gelegenheid zijn een passende stage te lopen, hun lacunes in kennis en vaardigheden goed hadden kunnen wegwerken. Dat ook Tielens' tweede doelstelling in aanzienlijke mate gehaald werd, was niet de verdienste van de stage maar van de aandacht die we daar in het terugkomdagonderwijs aan besteedden. Om het aandeel dat de klinieken aan het realiseren van doelstelling 2 leveren te verhogen, zullen er niet alleen haio's boven de sterkte moeten worden aangesteld, maar zal door de huisartsinstituten ook fors moeten worden geïnvesteerd in de onderwijs- en huisarts-*mindedness* van de specialist-opleiders.

Een andere conclusie was dat van tevredenheid over het halen van de doelstellingen in onze groep geen sprake was: de 'werking' van de stage werd geheel overschaduwd door de 'bijwerkingen', door met name een grote boosheid jegens 'de' kliniek. Om enig zicht krijgen op aard en kracht van deze bijwerkingen, om de tweede hoofddoelstelling te realiseren en om in het eerste jaar verworven huisartsgeneeskundige attitudes niet te laten wegkwijnen, was gedurende het gehele tweede jaar terugkomdagonderwijs essentieel.

Literatuur

1 Runia E. Terug naar af... De verschoolsing van de beroepsopleiding. Huisarts Wet 1996; 39: 129-33.
2 Tielens V. Van poortarts tot poortwachter. De mogelijkheden van een leer-werkperiode in het ziekenhuis voor huisartsen in opleiding. Med Contact 1995; 50: 45-6.
3 Werkgroep ELWP. Onderwijsdoelstellingen [interne publicatie]. Rotterdam: Vakgroep Huisartsgeneeskunde EUR, 1996.
4 Runia E, De Heer E. Een jaartje ELWP'en: het terugkomdagonderwijs. Med Contact 1997; 52: 1104-7.
5 Van Amerongen HL, Runia E. Wat doet de huisarts-in-opleiding in de kliniek. Huisarts Wet 1990; 33: 360-3. ■

Abstract

Runia E, De Heer E. The contribution of the clinical internship in the training of GPs. Huisarts Wet 1997; 40(13): 652-5.

Since 1994 an 8 month internship in a clinical setting constitutes the major part of the second year of the (three-year) Dutch GP training. In this article we explore the contribution the participating hospitals had in the extent the juniors in our group achieved the two official goals: (1) 'to make up for lacunae in knowledge, skill and attitude' and (2) 'to acquire insight and skill with regard to the transitions between primary health care and second line medical care'. Our conclusion was that the juniors who had a suitable place (9 out of 13) achieved the first goal rather well. Contrary to our expectations, juniors were very sceptical about the contribution First Aid work, and work during duties, had in reaching this goal. In as far as the second goal was reached, this appeared to be the effect not of any educational effort of the participating hospitals but of the attention it got during day release education at the GP training centre. Remarkably, the effects of the internship tended to be eclipsed by side-effects as mistrust in clinical custom and anger against stereotypical doctor behavior.

Key words Clinical practice; Education; Family practice.

Correspondence E. Runia PhD, Department of General Practice, Eramus University Rotterdam, PO Box 1738, 3000 DR Rotterdam, The Netherlands.