



Waarover gaat het Uitwisselen van Ervaringen in de huisartsopleiding?

Inleiding

Het Uitwisselen van Ervaringen (UvE) op de terugkomdag – welke huisarts is er niet groot mee geworden? Al ruim vier decennia is het een deel van de huisartsopleiding en het neemt op alle instituten nog steeds een belangrijke plaats in. Sommigen zullen het zich herinneren als ‘spuien’, ‘onderlinge consultatie’ of de ‘ervaringsronde’. In de eerste jaren van de huisartsopleiding in Nederland besloeg het UvE soms de hele terugkomdag. Een aantal verschillen daargelaten is de opzet op elk instituut dezelfde: onder begeleiding van een huisartsdocent en/of gedragswetenschapper bespreken aios wat ze die week hebben meegemaakt. De formule lijkt logisch: voordat je met het onderwijs begint, geef je aios eerst de ruimte om ervaringen uit de opleidingspraktijk met elkaar te delen en van elkaar te leren. Toch is deze vorm van onderwijs binnen de geneeskunde vrijwel uniek.

In de huisartsopleiding, waar standaardisatie en richtlijnontwikkeling de boventoon voeren, lijkt het UvE een vreemde eend in de bijt. Aangezien het UvE al ruim veertig jaar bestaat, is het opmerkelijk dat het aantal publicaties hierover klein en vooral evaluerend van aard is, en dat er nog geen onderzoek is gedaan naar hoe het er in de praktijk aan toegaat.¹

In Rotterdam hebben we daarom onderzocht waar aios het over hebben tijdens het UvE [webtabel 1].

Van onverzekerde tot het begeleiden van euthanasie

De meest voorkomende thema’s zijn de verantwoordelijkheid van de huisarts,

de ontwikkeling of voortgang van de aios, communicatie, de taak van de huisarts en professionaliteit. Deze vijf thema’s dekken ongeveer driekwart van de casusinbreng [webtabel 2]. De ingebrachte onderwerpen zijn zeer divers, maar er is ook een aantal patronen zichtbaar. Zo zijn aios in 30% van de gevallen bezig met wat de verantwoordelijkheid of taak van de huisarts in die casus inhoudt. Er is dus wel thematiek die consistent wordt besproken. Bij het thema ‘verantwoordelijkheid van de huisarts’ brengt een aios bijvoorbeeld een casus in over een zwangere, onverzekerde asielzoekster die bij hem op het spreekuur kwam. Hoe ver kun je in zo’n situatie gaan in je hulpverlening? Bij ‘ontwikkeling/voortgang van de aios’ valt te denken aan een casus waarin de aios vertelt dat ze vindt dat ze niet goed is in het ontvangen van feedback en de groep vraagt hoe ze daaraan kan werken. Verder kunnen casussen gaan over kleine en leuke zaken, zoals een aios die vertelt dat hij merkt dat patiënten hem (te) veel persoonlijke dingen vertellen omdat ze hem, als huisarts, vertrouwen.

In de casusinbreng is er een onderscheid te maken tussen (1) opleidingsgebonden thema’s, zoals een bespreking van de zelfstandige week, en (2) algemeen huisartsgeneeskundige thema’s, zoals hoe om te gaan met een complexe medische casus. Aandacht voor opleidingsgerelateerde zaken vormt een kwart van de inbreng; deze neemt af met de opleidingsjaren. Bij huisartsgeneeskundige thema’s blijft de verdeling gelijk.

We vonden eveneens variatie in de mate van complexiteit van de casussen: sommige waren vrij eenvoudig, terwijl andere meerdere wendingen en verschillende lagen bevatten. Gemiddeld waren per inbreng acht thema’s nodig om deze te beschrijven. Een aantal complexe casussen vergden zelfs meer dan 20 thema’s. Verder is er veel variatie in de tijdsbesteding per casus. Gemiddeld wordt aan een casus ongeveer 18 minuten besteed, maar dit varieert van enkele minuten tot ruim drie kwartier per casus. Kortom, het open karakter

van de UvE-bijeenkomsten lijkt een dynamische gespreksomgeving te faciliteren, waarin complexe onderwerpen (zoals gewetensbezwaren bij het begeleiden van euthanasie) met diepgang worden besproken en worden afgewisseld met minder complexe thema’s (zoals vertellen over een lastige ingreep die is gelukt).

Over professionaliteit en medisch handelen

De huisartsopleiding is gestructureerd op basis van competenties en wij inventariseerden welke competenties aan bod komen tijdens het UvE, uitgaande van de zeven CanMeds taakgebieden [webtabel 3]. Zes van deze zeven taakgebieden komen gemiddeld eens per twee bijeenkomsten aan de orde. Aan de taakgebieden *medisch handelen* en *professionaliteit* wordt de meeste aandacht besteed. Samen zijn ze in 80% van de casuïstiek relevant. Een casus die onder het taakgebied *professionaliteit* valt, is bijvoorbeeld de vraag hoe je met je persoonlijke gevoelens voor een patiënt omgaat. Ook *samenwerken* komt bovengemiddeld vaak aan bod: hoe reageer je op een collega die vervelende opmerkingen maakt? Het taakgebied dat er bekaaid vanaf komt is *kennis en wetenschap*: slechts in 3% van de casussen. Dit kan erop duiden dat aios het UvE niet als de plaats zien om wetenschap te bespreken. Een uitzondering is echter een discussie over het nut van de griepvaccinatie.

Conversatieanalyse

Tijdens de analyse werd duidelijk dat het vaak onmogelijk is om een casus in één onderwerp te vatten. Het onderwerp van de casusinbreng wijkt bijvoorbeeld regelmatig af van dat van de casusdiscussie. Naast een analyse van de inhoud van het UvE deden we daarom onderzoek naar het verloop van de discussies. Het uitwisselen van ervaringen is een sociaal proces: een groep aios zit bij elkaar, reageert op elkaar, onderbreekt elkaar soms. Dat gezamenlijke proces hebben we beschreven met behulp van de methode conversatieanalyse.²

Het proces van de casusbesprekin-

Erasmus MC, afdeling Huisartsgeneeskunde, Postbus 2040, 3000 CA Rotterdam; dr. M. Veen, onderwijskundig onderzoeker; dr. K.Y. Sliedrecht, onderwijskundig onderzoeker; prof.dr. S. Bierma-Zeinstra, bijzonder hoogleraar artrose en gerelateerde aandoeningen; F. Bareman, plaatsvervangend hoofd Huisartsopleiding • Correspondentie: m.veen.1@erasmusmc.nl • Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.



Foto: Peter Hlitz/HH

gen bij het UvE is opgebouwd uit vier activiteiten:

- 1) Significante gebeurtenis aan de groep vertellen.
- 2) Oriënteren op de reden waarom de aios de casus inbrengt.
- 3) Onderwerp bespreken dat wordt behandeld als relevant om over te leren.
- 4) Construeren van de waarde van het hebben van de casusbespreking.

Per casus verschilt de volgorde en het accent van elk van de elementen. Binnen elk van deze activiteiten oriënteren aios en docenten zich op normen over wat wel en wat niet als een geldige bijdrage telt. Het interessante is dat deze componenten niet geformaliseerd zijn, niet expliciet benoemd worden, maar toch elke keer terugkomen.

De overgangen van casusinbreng naar casusdiscussie bleken relatief ongestructureerde, maar ook rijke momenten op te leveren. Groepsleden lijken soms zoekende naar wat nu precies de reden is dat een aios een casus inbrengt. Zo'n zoektocht vertoont volgens ons forse gelijkenis met de vraagverheldering in de spreekkamer, want een huisarts moet soms ook behoorlijk doorvragen om erachter te komen wat de hulpvraag van de patiënt is. Door elkaar te bevragen tijdens het UvE hebben aios dus de gelegenheid om vraagverheldering te oefenen.

Wat kunnen we nu zeggen over het UvE?

Naast variatie in thema's en brede dekking van de huisartsgeneeskundige competenties laat onze analyse zien dat het UvE, in tegenstelling tot een aantal andere onderwijsvormen binnen de huisartsopleiding, een holistische benadering van het vak is. Het UvE is zelden gericht op één geïsoleerd element: een casus omvat meestal meerdere aspecten van huisartsgeneeskunde, of meerdere competenties.

Onze analyse wijst erop dat aios en docenten per casus gezamenlijk besluiten wat er van deze casus geleerd moet worden. Vooral in overgangen van het ene naar het andere element toont de manier waarop de docent zich opstelt wat hij van de aios verwacht. Dat betekent dat het gedrag van de docenten invloedrijk is, en de rol van het zogenaamde 'verborgen curriculum' relevant.³ Dit omvat zaken die aios leren maar die niet geformaliseerd kunnen worden, zoals normen en waarden van opleiders en het socialisatieproces van aios tot huisarts. Onderzoek naar medisch onderwijs maakt aannemelijk dat het verborgen curriculum een belangrijk onderdeel is voor het ontwikkelen van een professionele identiteit. Het UvE biedt mogelijkheden om het verborgen curriculum dat aios meekrijgen van hun opleider en collega's in de stage aan te vullen.⁴

Kanttekeningen

Bovenstaande gegevens zijn gebaseerd op onze kwalitatieve analyse van de inhoud van het UvE tijdens 176 casusbesprekingen van verschillende groepen bij de huisartsopleiding van het Erasmus MC (76 uur opname, 118 aios, 20 docenten) in de Rotterdamse huisartsopleiding. De hier beschreven resultaten kunnen we niet zonder meer generaliseren naar andere opleidingen, omdat elke opleiding haar eigen invulling geeft aan het UvE. Sommige opleidingsinstituten vragen aios casuïstiek in te brengen binnen het kader van vooraf bepaalde thema's, terwijl Rotterdamse aios vrijer zijn om in te brengen wat ze op dat moment relevant vinden. Een analyse van een steekproef van opnames van het UvE op andere opleidingen zal uitwijzen in hoeverre generalisatie mogelijk is.

In vervolgonderzoek zullen we de verschillende manieren waarop aios tijdens het UvE leren concretiseren en de wijzen waarop het wordt begeleid onder de loep nemen. We hopen deze resultaten om te zetten in een docenttraining waarbij we gebruikmaken van (geanonimiseerde) videofragmenten uit onze collectie. We willen zo bijvoorbeeld laten zien dat niet alleen de uitkomst van de casusbespreking ertoe doet, de bespreking zelf is minstens zo leerzaam. Om het UvE te beschrijven en te begrijpen hoe aios leren, lijkt een kwalitatieve benadering zoals conversatieanalyse veelbelovend. ■

LITERATUUR

- 1 Veer M, Snijders Blok B, Bareman F, Bueving H. Uitwisselen van ervaringen in de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2015;58:6-10.
- 2 Maynard DW, Heritage J. Conversation analysis, doctor-patient interaction and medical communication. *Medical Education* 2005;39:428-35.
- 3 Karnieli-Miller O, Vu TR, Holtman MC, Clyman SG, Inui TS. Medical students' professionalism narratives: a window on the informal and hidden curriculum. *Acad Med* 2010 85:124-33.
- 4 Veer M, De la Croix A. Collaborative reflection under the microscope: using conversation analysis to study the transition from case presentation to discussion in GP residents' experience sharing sessions. *Teaching and Learning in Medicine* 2015;28:3-14.