



Een leven lang leren als 'Huisarts Universalis'. Dat klinkt mooi maar wees eerlijk, lukt ons dat in de praktijk? Wat weten we eigenlijk over het leren van huisartsen? Om daar achter te komen brachten we vier mensen een middag bijeen. Twee huisartsen die bij scholing betrokken zijn en twee wetenschappers die het leren van artsen bestuderen. Over het inspirerende effect van goede scholing en het belang van de eigen motivatie. Maar ook over het demotiverende effect van slechte scholing, en hoe het moet met huisartsen die niet gemotiveerd zijn. "Al die scholingen in grote zalen moeten jullie afschaffen. Er is zoveel rijk materiaal uit de praktijk, gebruik dat toch veel meer!"

We kennen elkaar nauwelijks als we beginnen op een warme dag in het Wilhelminapark in Utrecht, maar wanneer we ter introductie Jaap van der Horst vragen om als eerste te vertellen hoe hij de scholing in zijn regio organiseert gaat de discussie meteen van start.

"Ruim tien jaar geleden, toen de zorggroepen ontstonden, zijn wij met een - geografisch gezien niet zo logische - groep van start gegaan met de nadruk op de kwaliteit van de zorg. We gebruikten de laatste NHG-Standaarden of liepen er soms op vooruit. We ontwikkelden eigen protocollen, hebben nascholing opgezet en praktijkvisities ingesteld. In de tijd voltrok zich daarbij langs twee lijnen een ontwikkeling. De ene is dat in 2013 de huisartsencoöperatie is ondergebracht in een zorg-bv die het uitvoerende zakelijke werk doet. De tweede is dat de huisartsen binnen dat grote geheel steeds meer in kleine groepen lokaal maatwerk willen leveren, en dus ook hun eigen scholing regelen.

Om te beoordelen of praktijken voldoen hebben we een checklist opgesteld en iedere praktijk wordt eenmaal per jaar bezocht. Als het nodig is kunnen

praktijken gerichte ondersteuning ontvangen, om te waarborgen dat ze de inhoudelijke en organisatorische basis hebben om de chronische zorg te bieden. Tijdens onze praktijkvisities bleek er behoefte te zijn aan nascholing op specifieke onderwerpen. Deels klinische kennis en vaardigheden, maar ook een onderwerp als gespreksvoering. Helemaal in lijn met de behoefte om lokaal maatwerk te leveren dus. Hoe lever je persoonlijke zorg? Hoe voer je het gesprek met patiënten? Om dat soort vragen ging het, van praktijkondersteuners en ervaren huisartsen."

Cees van de Vleuten is enthousiast. "Vanuit de wetenschap zou ik precies hetzelfde verhaal vertellen", zegt hij. "Zo moet het: dichtbij de praktijk staan, maar ook: écht eisen stellen. Onderzoek laat zien dat die manier van werken de meeste resultaten oplevert." Hij benadrukt hoe belangrijk het gebruik van 'authentiek' materiaal is. Niet alleen cijfermatige spiegelinformatie, maar de problemen die huisartsen zelf ervaren en zaken die zij zelf willen veranderen, dát moet de basis voor het leren zijn. "Een organisatie met peers die een veilige structuur biedt om daar vervolgens ook echt iets zinnigs mee te doen, dat is

gewoon de sterkste leeromgeving die je je voor een professional kunt indenken."

Adrie Evertse ziet de praktijk toch echt anders. "Het spijt me, maar ik heb de indruk dat veel

huisartsen scholen omdat het moet, en de scholing kiezen die hen, om wat voor reden dan ook, het gemakkelijkste uitkomt. Wij hebben bij KOEL (Kwaliteit en Opleiding Eerste Lijnszorg) wel 500 scholingen op de plank liggen. Een

groot deel daarvan wordt niet gebruikt. Je maakt me niet wijs dat alle huisartsen van die onderwerpen alles afweten."

Greetje Sagasser valt het verschil op tussen de huisartsopleiding en de scholing van praktiserende huisartsen. In de huisartsopleiding is leren gebaseerd

op zaken waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren: er is een opleider die de aios gedurende langere tijd coacht, de aios leert vooral van praktijksituaties, en er wordt veel feedback gegeven. Maar eenmaal

aan de slag als huisarts vallen die feedback en andere waardevolle elementen weg. Misschien zijn dat soort elementen daarna ook nodig. En kan misschien juist de structuur in de regio bij Van der Horst, met feedback en de directe link van het onderwijs met de praktijk een verklaring zijn voor het verschil in het enthousiasme dat Van der Horst en Evertse signaleren?

Evertse: "Dat zou kunnen, maar ik denk dat het ook voor een belangrijk deel om motivatie gaat."

Van der Vleuten: "Dat wordt vaak gedacht, maar volgens mij zit het anders. Je moet intrinsieke motivatie niet als een voorwaarde, maar als een uitkomst voor onderwijs zien. We weten dat extrinsiek motiveren, met beloningen of straffen, met bonussen of kortingen of met *shame and blame*-achtige methoden niet werkt bij professionals. Die zijn uit zichzelf gemotiveerd om hun werk goed te doen. Het enige, echt het enige wat je hoeft te doen is dat zo goed mogelijk ondersteunen."

Maar hoe regel je die feedback en hoe zorg je dat huisartsen een goede keuze maken uit het aanbod aan scholingen? En hoe zorg je dat huisartsen gemotiveerd blijven om zich te blijven scholen? Van der Vleuten: "Er zijn vreselijke voorbeelden hoe het niet moet, zoals in de Verenigde Staten, waar artsen

*"Intrinsieke
motivatie is een
uitkomst van
onderwijs, geen
voorwaarde"*

*"Ik heb de indruk dat
veel huisartsen
scholen omdat het
moet"*

nascholing en deskundigheidsbevordering zeggen te doen om het publiek gerust te stellen. Natuurlijk moet een patiënt weten dat de arts zijn kennis actueel houdt, maar wat voorop moet staan is dat artsen het gevoel blijven houden te willen leren. De kern is engagement te bevorderen en geen maatregelen nemen die dat teniet doen. Wat dus niet moet is te moeilijk of te theoretisch toetsen bijvoorbeeld, of werken met standaard toetsen en eisen, en die verplicht stellen. Maatwerk is essentieel”, volgens Van der Vleuten.

Van der Horst: “In het begin zaten wij met onze nascholing ook heel erg op de cijfertjes. Die getalsmatige kwali-

“De kern is engagement te bevorderen en geen maatregelen nemen die dat teniet doen”

teitsindicatoren geven houvast dachten we. Bij de overstap naar maatwerkzorg leveren hebben we dit losgelaten onder het motto ‘niet vinken maar vonken’. Dan ontstaat een heel andere dynamiek.”

Het hoeft niet om cijfers te gaan, daar is iedereen het over eens. Het gaat er om dat er aanleiding is om na te denken waarom je iets doet, en inzicht te



Jaap van der Horst vertelt hoe hij de scholing in zijn regio organiseert.



Greet Sagasser: “Waarom worden methoden waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren niet meer gebruikt in de praktijk?”

krijgen waarom collega's anders denken of doen. Er moet een basis zijn voor discussie tussen huisartsen over waarom ze bij overeenkomstige patiëntenproblemen verschillend handelen.

Het is belangrijk, zo vinden alle vier, die dialoog veilig te houden voor de deelnemers. Bijvoorbeeld: bij verschillen in het voorschrijven van antibiotica kunnen geanonimiseerde data worden gebruikt. Het gaat er niet om de huisarts ter verantwoording te roepen die verhoudingsgewijs veel voorschrijft, maar een inhoudelijke discussie te voeren over het voorschrijven van antibiotica.

Maar er zijn veel meer manieren om informatie te krijgen. De belangrijkste bron - wat de patiënt er van vindt - gebruiken we nog veel te weinig, vindt Van der Vleuten. “Hij of zij moet de spreekkamer verlaten met het gevoel geholpen te zijn. Dat is vaak niet zo. Er zijn projecten waarbij ochtenden worden georganiseerd waarin groepen patiënten met een kop koffie en een flipover gaan nadenken met welke punten zij zitten. Of een kringgesprek voeren met in een kring daarbuiten de artsen, die alleen mogen luisteren. Het is een totaal andere benadering, die artsen eerst helemaal niet zien zitten en die erg confronterend kan zijn, maar waar ze naderhand toch heel enthousiast over zijn.”

Sagasser vraagt zich hardop af waarom methoden waarvan we weten dat ze bijdragen aan leren niet meer worden gebruikt in de praktijk. “Je bent verplicht na te scholen. Als je die uren toch gebruikt, dan wil je ze toch zo in-

teressant en nuttig mogelijk maken?”

Van der Horst en Evertse zien vooral een praktisch probleem. “Het lastige is dat die uren niet worden terugvertaald als nascholingsuren. Het werken in kleine groepen is leuk en interessant maar kost óók relatief veel tijd in de voorbereiding en verslaglegging. Dat zijn ontzettend nuttige en leerzame uren, maar zie je niet terug in je urenoverzicht voor herregistratie. In de drukte wordt dan toch sneller de gemakkelijke weg gekozen.”

Evertse ziet ook een veel grotere rol voor samen leren in de praktijk. “Allerlei zaken, vooral praktische vaardigheden kun je toch van elkaar leren? Ik zit in de praktijk met totaal verschillende

“Nascholing gaat met je hoofd, maar een klacht raakt je in het hart”

mensen, maar we vertrouwen elkaar volledig. Dat is een goede basis om van elkaar te leren.”

Vertrouwen is een voorwaarde voor leren, daar is iedereen het over eens. Sagasser: “In de opleiding komen de aios aan echte ontwikkeling toe als zij van hun opleider vertrouwen krijgen. Dan krijgen zij de vrijheid om op hun manier te leren werken. Daar mogen dan dingen

“Als beroepsgroep moet je zelf je normen bepalen en bewaken. Dat moet je niet aan buitenstaanders overlaten. Dat betekent óók dat je eisen moet stellen”

worden uitgeprobeerd, en krijg je ruimte om van fouten te leren.” Ook voor het leren in kleine groepen is een veilige omgeving noodzakelijk.

Is er in zorggroepen wel een veilige leeromgeving, vragen we ons af. We noemen het voorbeeld van een collega die vanwege onvoldoende aangevinkte handelingen uit de zorggroep dreigt te worden gezet. Dat moet niet kunnen, vindt Van der Horst. Ook Evertse heeft slechte ervaringen met werken in kleine groepen als de veiligheid ontbreekt. “Iemand die één keer is afgebrand in een groep ben je voor altijd kwijt, daar heb ik ervaring mee, helaas.”

“De scholing van huisartsen in Nederland is niemands verantwoordelijkheid”

In een omgeving waar vertrouwen is kun je elkaar ook aanspreken op zaken die je niet goed vindt gaan. “Als je langer met elkaar samenwerkt, weet je van elkaar waar ieders zwakke plekken zitten”, aldus Sagasser. Maar vaak is het zo dat de cultuur om elkaar te durven aanspreken ontbreekt. “Belangrijk is dat je afsprekt hoe je met elkaar gaat werken. Wees helder wat je verwacht van de ander, benoem dat.” Op basis daarvan is peer-beoordeling heel goed mogelijk. “In de opleiding wordt hier steeds meer aandacht aan besteed”, zegt Sagasser. “Het uitgangspunt hierbij is positief. Het is niet de bedoeling om elkaar, zoals Evertse net al zei, af te branden. ‘Je doet het fout’ heeft een heel andere lading dan ‘Ik doe het zo’, of ‘Je kunt het ook zo doen’. Vaak is het moeilijk te bepalen wat de beste benadering van een probleem is. Dat gegeven op zich is een prachtig uitgangspunt voor discussie. In de opleiding wordt dit ook gebruikt.” Volgens Van der Vleuten is vaak vooraf sprake van weerstand tegen deze manier van werken. “Maar achteraf is er doorgaans het besef van meerwaarde”, zegt hij. “En dan heb je je doel bereikt, want dan bevorder je en-

gagement en de intrinsieke motivatie bij mensen om te leren.”

Vervelende incidenten, bijvoorbeeld een patiënt die met een klacht tegen de huisarts komt, kan ook een prikkel zijn om te leren. Dat gaat met veel emoties gepaard. Van der Horst: “Nascholing gaat met je hoofd, maar een klacht raakt je in het hart.” Net als bij patiënten moet je ook bij de huisarts aandacht aan dat gevoel besteden. Een gesprek daarover kan heel anders verlopen als het begint met ‘Wat is jouw kant van deze zaak?’ dan wanneer het begint met ‘Er is een klacht tegen je’. Maar daarna kan het een startpunt zijn om te leren.

Beter is natuurlijk om klachten en problemen te voorkomen. Een onderlinge aanspreekcultuur creëren is belangrijk, maar moeilijk. “Dat kost tijd en moeite, en ook emotionele energie”, zegt Evertse. “Je hebt niet altijd zin om een collega op zijn nek te zitten.” “Zo hoeft je het ook niet te zien”, stelt Van der Horst. “Ik werk in een praktijk met heel verschillende karakters. Maar het werkt omdat we elkaar aanspreken met het doel om de zorg beter te maken.” Maar dat is dichtbij en direct in je eigen belang. Het is anders als een huisarts op de huisartsenpost vraagtekens heeft bij het functioneren van een huisarts die drie dorpen verderop praktijk voert. Evertse: “Je ziet soms dingen die niet goed gaan en je weet ook dat je daar eigenlijk wat van moet zeggen, maar toch doe je dat niet altijd.” Sagasser: “In de huisartsenpost gaat het om patiënten die verder van je afstaan. Misschien speelt dat een rol? In je eigen praktijk zijn het je eigen patiënten.”

Voor dit probleem bestaat geen passende oplossing. Onze vraag is hoe het anders kan. Evertse noemt de luchtvaart, daar wordt door piloten met wisselende teams gewerkt, zodat een betere aanspreekcultuur kan ontstaan. Van der Vleuten vertelt over eigen onderzoek waarin de rol van feedback is vergeleken in drie werelden, die van de topsport, van beroepsmusici en van medici. Het blijkt dat in onze medische wereld een zeer arme cultuur is als het gaat om elkaar feedback te geven en

coachen, terwijl dat in de sport en de muziek juist voortdurend gebeurt en ook heel belangrijk wordt gevonden.

Maar wat, vragen we ons af, moet er gebeuren als de motivatie ontbreekt, als feedback genegeerd wordt, er van vertrouwen misbruik wordt gemaakt en als een huisarts zorg levert die onder de maat is. Daar sta je met zo’n aanpak dan toch machteloos tegen. “Jullie zijn professionals”, vindt Van der Vleuten “en dat houdt ook zelfregulatie in. Als beroepsgroep moet je zelf je normen bepalen en bewaken. Dat moet je niet aan buitenstaanders overlaten. Dat betekent óók dat je eisen moet stellen, (tegen Van der Horst) precies zoals jullie



Cees van der Vleuten: “Het blijkt dat in onze medische wereld een zeer arme cultuur is als het gaat om elkaar feedback te geven en coachen, terwijl dat in de sport en de muziek juist voortdurend gebeurt en ook heel belangrijk wordt gevonden.”

ook bij Unicum Huisartsenzorg doen. Als mensen niet in zo’n systeem meekunnen dan moet je een ander systeem toepassen, dan is het ook opeens echt niet leuk meer. Dan moet je opdrachten geven, controleren, nog scherper toezien. Je moet dus twee systemen naast elkaar hebben, maar waar wij het nu telkens over hebben, dat is de manier waarop het overgrote deel van de huisartsen het beste leert.”

Als we, vragen we ons tot besluit af, iets zouden willen veranderen aan het leren van huisartsen zoals het nu is, wat zou dat dan zijn? Van der Vleuten is posi-

tief: “Bedenk wel dat jullie het als beroepsgroep al heel goed doen. Als huisartsen ten opzichte van de specialisten. Maar ook ten opzichte van het buitenland.” Evertse is kritischer. “De scholing van huisartsen in Nederland is niemands verantwoordelijkheid. Iedereen doet wat en bemoeit zich ermee. Het NHG, LHV, CHBB, RSG, de inspectie, het tuchtcollege, de zorggroepen, de WDH's, de ROS-en. Maar niemand heeft overzicht en bewaakt de belangrijke zaken die we hierboven noemden. Niemand is, om het met een mooi woord te zeggen, de probleemeigenaar.” Van der Horst is het volledig met hem eens. Ook het zelfreinigend vermogen van de beroepsgroep is onvoldoende geregeld. Voor de veiligheid van patiënten is het belangrijk om bij tekenen van disfunctioneren aan de bel te trekken. “Dat zelfregulerend vermogen van de professie”, stelt Van der Horst, “dat werkt aan de ene kant door continu te verbeteren en aan de andere kant door soms afscheid van iemand te nemen. Dat hebben we in Nederland nu onvoldoende geregeld. Je ziet soms mensen van wie je twijfelt of ze wel het vak in moeten.” Sagasser beaamt dit, maar ziet ook verandering: “In Nederland wordt nu vanaf de (basis)opleiding aandacht besteed aan professioneel gedrag. Er is vroeger dan voorheen patiëntencontact, je krijgt zo sneller zicht op de vraag of iemand geschikt is om arts te worden.”

“Ik vind dat je het effect bij de consistenten van nu terugziet”, vindt Evertse.

Over de groep minder goed functionerende huisartsen heeft van der Vleuten nog een laatste advies. In Engeland heb je de National Clinical Assessment Service (NCAS). Hier kan iedereen terecht bij mogelijk disfunctioneren en kunnen minder functionerende collega's gemeld worden. De NCAS legt geen straffen op, maar analyseert, adviseert en intervineert zo nodig. Daarmee probeert ze de disfunctionerende professional weer terug in de praktijk te krijgen, of als dat echt onverantwoord is afscheid te nemen van het vak en op zoek te gaan naar alternatieven. Er valt even een stilte, want zo beseffen we, we missen een dergelijke organisatie in

Nederland. Maar tegelijk gaat het weer over controle. De boeiende discussie komt ten einde. We hebben het nauwelijks gehad over de mogelijkheden van e-learning, of de rol van de farmaceutische industrie en de zorgverzekeraar die met heel andere belangen naar onze nascholing kijken. Laten we vooral zorgen dat we zelf het heft in handen houden, is de conclusie. Als we iets moet

veranderen, dan is dat vooral meer ondersteuning voor het leren in de eigen praktijk op basis van eigen behoeften. Minder vinken en meer vrijheid. Dat vereist een andere en duidelijker organisatie van de scholing, maar ook een verandering van de cultuur van onszelf ten opzichte van het leren. Die twee kunnen niet zonder elkaar. ■

Sjoerd Hobma

Cees van der Vleuten. Hoogleraar onderwijsontwikkeling & research in Maastricht en directeur van SHE (School of Health professions Education). Aandachtsgebied is toetsing en evaluatie. Begeleidde vele promovendi waaronder een aantal op het gebied van de opleiding en nascholing van huisartsen. Website www.ceesvandervleuten.com.



Adrie Evertse. Huisarts en directeur van Steunpunt Koel, een organisatie voor ondersteuning en verbetering van eerstelijnszorg. Vanuit Leerpunt Koel worden op meerdere locaties in Nederland scholingen aangeboden. Website www.stichtingkoel.nl en www.leerpuntkoel.nl.



Greetje Sagasser. Opgeleid als onderwijskundige, sinds 1990 werkzaam in het medisch onderwijs. Promoveerde op onderzoek naar zelfsturend leren en de rol van vertrouwen bij werkplekleren in de huisartsopleiding. Werkzaam bij Huisartsopleiding Nederland. Website www.huisartsopleiding.nl.



Jaap van der Horst. Huisarts en medisch directeur van Unicum Huisartsenzorg. Deze organisatie richt zich op welzijn en gezondheid van de regionale bevolking. In een meerjarenplanning wordt gewerkt aan structurele verbeteringen die passen bij de behoeften. Website: www.unicumhuisartsenzorg.nl.

