

Het heft in eigen hand: een visie op de opleiding tot huisarts

AJ Gercama

Inleiding

Wat een Belgische politicus soms kortdurend overkomt, doen Nederlandse huisartsen al jaren: lopen op 'knellende schoentjes'. Als gevolg hiervan gooien huisartsen steeds vaker het bijltje erbij neer, raken overspannen of krijgen een burnout.^{1,2} Bij overspanning is het belangrijk om ook naar draagkracht te kijken. Het lijkt er immers op dat de huisarts zich de regie over het eigen functioneren heeft laten ontnemen, zich taken heeft laten toebedelen die eigenlijk niet bij hem passen en onvoldoende toekomt aan datgene waar hij goed in is.³ Overspannen patiënten genezen, wanneer zij prioriteiten weten te stellen en de regie over hun functioneren weer oppakken.⁴ Verlichting van draaglast alleen zal de huisarts dan ook onvoldoende soelaas bieden. Zeker zo belangrijk is het om serieus werk te maken van het expliciteren en verster-

ken van de regiefunctie – de draagkracht – van de huisarts. In dit artikel geef ik een omschrijving van deze regiefunctie en doe ik een aantal aanbevelingen hoe de opleiding tot huisarts aan de ontwikkeling hiervan kan bijdragen.

De regiefunctie van de huisarts

Voor huisartsen zijn er grofweg twee typen uitdaging: de professionele en de persoonlijke. De professionele uitdaging bestaat uit het integreren van normen en waarden rond het begrip 'goed huisarts-geneeskundig handelen'. Dit betekent bijvoorbeeld dat zij medische hulp kunnen verlenen bij patiënten en problemen waar zij mee te maken krijgen, (NHG-)Standaarden en protocollen in het kader van deze hulpverlening kunnen toepassen en patiënten het gevoel kunnen geven dat zij echt geholpen worden. De persoonlijke uitdaging wordt bepaald door de mate waarin zij aan deze professionele normen kunnen voldoen op een manier die bij hen past, waarin zij erkenning en waardering ervaren van de patiënt en waarin zij hun idealen als arts/hulpverlener kunnen realiseren.

Om in de huidige gecompliceerde werkelijkheid deze professionele en persoonlijke uitdagingen te realiseren zijn de volgende vaardigheden van groot belang. Met elkaar vormen zij een nadere omschrijving van de regiefunctie van de huisarts.

VERANTWOORDELIJKHEID DRAGEN VOOR DE KWALITEIT VAN HET HULPVERLENINGSPROCES

De huisarts heeft bijzondere expertise in het combineren van informatie uit het referentiekader van de patiënt met die van de arts. Zo is hij in staat evidence-based medicine toe te buigen naar de concrete context van de patiënt: *patient-based evidence*.⁵ Heel belangrijk als aanvullende en corrigerende kennisbron is de (gesystematiseerde) ervaringskennis die de huisarts in de loop van de tijd opbouwt.⁶ 'Al doende' leert de huisarts onder meer beslissingen te nemen, prioriteiten te stellen, met onzekerheid om te gaan en verantwoordelijkheid te dragen voor de hulpverlening zoals hij die met de patiënt was overeengekomen. Deze specifieke 'huisartsenexpertise' is vooral relevant bij de moeilijkere consulten, bijvoorbeeld bij patiënten 'met een gebruiksaanwijzing', complexe hulpvragen en lastige diagnostische problemen en bij de behandeling en begeleiding van bepaalde patiëntencategorieën, zoals chronische patiënten met veel comorbiditeit en patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten.

HET OPBOUWEN EN ONDERHOUDEN VAN EEN VERTROUWENSRELATIE

Het opbouwen en onderhouden van een vertrouwensrelatie met de patiënt is een belangrijke randvoorwaarde bij het verwerven van huisartsenexpertise. Dit betekent bijvoorbeeld persoonlijke aan-

Samenvatting

Gercama AJ. Het heft in eigen hand: een visie op de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 2002;45(13):736-8.

De aantrekkelijkheid van de huisartsgeneeskunde kan worden vergroot door de regiefunctie van de huisarts te versterken; de huisartsopleiding kan hier aan bijdragen.

De regiefunctie van de huisarts is de wijze waarop hij sturing geeft aan het professionele handelen. Het gaat er hierbij om dat deze regie in het functioneren van de huisarts verankerd is, gericht is op ontwikkeling en instandhouding van zijn specifieke expertise en ten goede komt aan patiënten en patiëntencategorieën die er het meest op zijn aangewezen. Ook het coachen van hulpverleners aan wie taken zijn gedelegeerd en het samen met anderen verantwoordelijkheid nemen voor het totale hulpverleningstraject vallen onder deze regiefunctie.

De huisartsopleiding kan worden opgevat als de leer- en oefen-fase voor de uitoefening van de regiefunctie tijdens de latere beroepsuitoefening. Dit vraagt om een opzet waarbij de haio leersituaties als een persoonlijke uitdaging ervaart en de opleiding zó wordt gestructureerd dat deze leersituaties goed aansluiten bij de ontwikkeling van diens bekwaamheden. Daarnaast is het van belang dat hij tijdens de opleiding ervaring opdoet met het uitoefenen van de regiefunctie en zich zo de nodige vaardigheden eigen maakt.

A.J. Gercama, huisarts en universitair docent artsopleiding VU medisch centrum, Van der Boechorststraat 7, 1021 BT Amsterdam.

Correspondentie: A.J.Gercama.gpnh@med.vu.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

dacht voor de patiënt bij het eerste contact en voldoende aandacht voor feedback in vervolcontacten met de patiënt. Deze aandacht kenmerkt zich door 'intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid'.⁷ Het benadrukken van de rol van poortwachter voor de tweede lijn benadeelt de ontwikkeling van deze relatie. Deze rol dwingt de patiënt immers de huisarts 'te gebruiken' om zich toegang te verschaffen tot de medisch specialist en vormt een vrijbrief voor overheid en ziektekostenverzekeraars om de huisarts te verplichten tot het invullen van allerlei toestemmings- en beoordelingsformulieren. Door afstand te nemen van de poortwachtersrol en de patiënt te accepteren als volwaardige gesprekspartner met eigen rechten en plichten, kan de huisarts zich duidelijker profileren als adviseur en vertrouwenspersoon van de patiënt.⁸

Aan de huisarts gepresenteerde lichamelijke klachten kunnen een belangrijke signaalfunctie hebben voor problemen als (alcohol)verslaving, (seksuele) mishandeling en opvoedingsproblematiek. De expertise van de huisarts om dit soort problemen bespreekbaar te maken én de vertrouwenspositie die hij inneemt, vervullen een sleutelrol bij het motiveren tot verwijzing en behandeling.

KUNNEN INFORMEREN, DELEGEREN EN MOTIVEREN

Wanneer de hulpverleningstaak wordt gedelegeerd, is het van belang dat de betrokkene goed is toegerust voor deze taak, geïnformeerd is over eventuele specifieke aandachtspunten en zich blijvend gesteund en gecoacht weet door de huisarts.

Dit speelt nu al bij de eerste opvang van vragen, klachten en problemen van patiënten door de doktersassistente en wint aan belang bij de invoering van grootschalige, door de inzet van doktersassistenten ondersteunde ANW-diensten.⁹ Het belang neemt verder toe wanneer medisch personeel van een lager niveau wordt ingeschakeld om de taak van de huisarts te verlichten (*verticale substitutie*). Praktijkondersteuners kunnen immers – mits gezorgd wordt voor goede protocollering, coaching en supervisie – een belangrijk deel van de consulten van de huisarts overnemen.¹⁰

Vergelijkbare vaardigheden spelen een rol bij de begeleiding van patiënten met chronische aandoeningen: hoe bevorder je de autonomie van de patiënt en hoe stimuleer je dat de patiënt zoveel mogelijk de eigen regie over zijn leven voert?

PROCESBEWAKING EN EVALUATIE

Het gaat om de vaardigheid 'de vinger aan de pols' te houden zonder dat betrokkenen voor de voeten wordt gelopen. Dit betekent onder andere het bewaken van afspraken wanneer de huisarts ervoor kiest als case manager op te treden in situaties waarin meerdere artsen bij de hulpverlening zijn betrokken, zoals medisch specialisten, arbo-artsen en revalidatieartsen. Een netwerkorganisatie waarin huisartsen functioneren naast ziekenhuisartsen kan het maken van deze afspraken vergemakkelijken.¹¹

Aanbevelingen voor de opleiding tot huisarts

Naarmate de opleiding voortschrijdt, moeten professionele normen meer deel gaan uitmaken van de persoonlijke normen. Het is – volgens mij – essentieel dat de aankomende huisarts zelf de

De kern

- ▶ Versterking van de regiefunctie accentueert het element van persoonlijke uitdaging in het huisartsenvak.
- ▶ Systematische aandacht voor de moeilijkheidsgraad van consulten is een belangrijk hulpmiddel bij het structureren van het leerproces van de haio.
- ▶ De regie van het persoonlijk leerproces tijdens de opleiding dient bij de haio te liggen.
- ▶ Stimulerende feedback gaat uit van de sterke kanten van de haio. Normatieve feedback registreert wat er nog aan diens functioneren ontbreekt.

regie voert over dit internaliseringsproces ter voorbereiding op zijn latere professionele carrière. Dit vraagt om een onderwijsopzet waarbij de aankomende huisarts leersituaties als een uitdaging ervaart en de opleiding zó wordt gestructureerd dat deze leersituaties goed aansluiten bij de ontwikkeling van diens bekwaamheden.¹² De aankomende huisarts moet ook praktische ervaring opdoen met het uitoefenen van de regiefunctie en zich zo de noodzakelijke vaardigheden eigen maken. De volgende punten zijn daarbij van belang.

- ▶ *Rekening houden met en waar mogelijk prioriteit geven aan persoonlijke leerdoelen.* Tijdens de opleiding wordt vooral gewerkt met normatieve of *toetsende* feedback. Via deze vorm van feedback wordt de haio geïnformeerd over zijn vorderingen en krijgt hij inzicht in wat hij nog kan verbeteren. Deze vorm van feedback dient aan te sluiten bij het persoonlijke leerproces van de haio. *Stimulerende* feedback faciliteert deze aansluiting. Kenmerkend voor stimulerende feedback is dat van de sterke punten van de haio wordt uitgegaan en in dialoog met de haio wordt nagegaan hoe hij deze kan gebruiken om zijn expertise te ontwikkelen.¹³
- ▶ *Rekening houden met de moeilijkheidsgraad van consulten.* Er is onder medici een rotsvast geloof in de stelling dat je veel leert, wanneer je meteen in het diepe wordt gegooid. Of je onderweg bijna verzuipt en je zwemslagen niet om aan te zien zijn, is minder belangrijk – als je de overkant maar haalt. Dit leidt bijvoorbeeld tot situaties waarin haio's in het begin van de opleiding zich aan té moeilijke consulten wagen. Ik pleit er dan ook voor om met behulp van de ACCS (*Amsterdam Clinical Challenge Scale*) systematisch rekening te houden met de moeilijkheidsgraad van consulten.¹⁴ Zo kan de opleider de haio vragen in het begin van de opleiding vooral eenvoudige consulten in het leergesprek in te brengen. Zodra de haio deze consulten goed beheerst, kan de moeilijkheidsgraad worden opgevoerd. Zo is er steeds voldoende 'constructieve frictie' om het leerproces voor de haio zowel uitdagend als haalbaar te doen zijn.¹⁵ Omdat de haio vanaf het begin ook moeilijkere consulten tegenkomt, is het belangrijk dat de haio leert deze consulten als moeilijk te onderkennen en de hulp van de haio in te roepen in de vorm van consultatie of verwijzing. Zo ontstaat er een situatie waarin de haio leert consulten van opklimmende moeilijkheidsgraad adequaat uit te voeren en zich tegelijkertijd voortdurend bewust is van de eigen – zich geleidelijk verleggende – grenzen.

- ▶ *Ruimschoots gelegenheid bieden om zelfstandig te werken.* Met het oog op hun latere regiefunctie is het van belang dat haio's het nemen van verantwoordelijkheid als een uitdaging zien en daar ook positief in bekrachtigd worden. De haio zou tijdens het laatste deel van de opleiding een tijd zelfstandig moeten kunnen functioneren met volledige verantwoordelijkheid voor eigen patiënten.
- ▶ *Gericht werken aan de ontwikkeling van huisartsenexpertise.* In de één-op-één-trainingssituatie hao-haio dient veel aandacht uit te gaan naar de vraag hoe protocollen en richtlijnen te gebruiken, ook wanneer het gaat om het beredeneerd afwijken van deze protocollen en het handelen in situaties waarin het protocol niet voorziet. Naarmate de haio moeilijkere consulten en meer complexe hulpverleningssituaties aankan, zal deze meer op zijn regiefunctie worden aangesproken. Onderlinge toetsing binnen haio-groepen tijdens terugkomdagen vormt een belangrijke aanvulling. Na beëindiging van de opleiding kan deze werkwijze voortgezet worden in de vorm van onderlinge toetsingsgroepen.¹⁶
- ▶ *Aandacht voor didactische vaardigheden.* De didactische processen informeren, coachen en motiveren zijn belangrijk wanneer in het kader van het uitoefenen van de regiefunctie taken gedelegeerd worden.¹⁷ Haio's kunnen deze vaardigheden oefenen wanneer zij ingezet worden als 'haio-docent' (haiodo) en supervisie geven aan co-assistenten huisartsgeneeskunde. Ook de reeds besproken onderlinge toetsing stimuleert de ontwikkeling van didactische vaardigheden.
- ▶ *Aandacht voor interdisciplinaire samenwerking en afstemming ten behoeve van de zorg voor chronische patiënten.* Tijdens de huisartsopleiding is de behandeling en begeleiding van patiënten met chronische gezondheidsproblemen een belangrijk aandachtsgebied. De aard en kwaliteit van het 'diagnostische etiket' spoort immers vaak niet met de ernst van de hinder die de patiënt ervaart en het is vooral dit laatste 'waar de patiënt voor bij de dokter komt'. De bemoeienissen van de huisarts kenmerken zich door een medische invalshoek; als *medisch regisseur* houdt hij in de gaten of de gepaste zorg geleverd wordt. Zo kan de haio onder supervisie leren op te treden als case manager bij ambulante patiënten met gecompliceerde somatische problematiek en bij patiënten met psychische problematiek die tevens lichamelijke klachten hebben.¹⁸
- ▶ *Aandacht voor ontwikkeling van een eigen taakopvatting.* In het derde opleidingsjaar moet aandacht geschonken worden aan *het ontwikkelen van de eigen taakopvatting*: in welke richting wil je je als huisarts ontwikkelen en in hoeverre roept dit spanning op met de heersende taakopvatting binnen de discipline? Het kunnen beschikken over een eigen taakopvatting is van grote waarde bij het samenwerken met andere (medische) hulpverleners. Interessant is de discussie over het 'multiprofessionele onderwijs' waarbij studenten van verschillende gezondheidsopleidingen een deel van het opleidingstraject gezamenlijk volgen, vooruitlopend op de latere beroepsuitoefening.¹⁹

Epiloog

Onlangs zijn voor de huisartsopleiding nieuwe eindtermen geformuleerd.²⁰ Het is te hopen dat deze eindtermen zullen functioneren als uitdaging en inspiratiebron voor haio's. Wanneer zij door huisartsopleiders alleen aangegrepen worden om vooral onderwijsprogramma's te maken, dreigt een verdere verschooling van de opleiding.²¹ De uitdaging voor hao's bestaat er naar mijn mening uit de regie van het leerproces te laten bij de haio's; voor onderwijsgevers in hun rol van 'stuurlui aan de wal' een lastige opgave.

Dankbetuiging

Mw. L. van Rhijn, J. Stam, H. van Marwijk, J.F. Bastiaans, H. de Vries, W. Stalman, mw. H.E. van der Horst en mw. N. Blankenstein van het VU medisch centrum dank ik voor het aangedragen materiaal, de aanmoedigende discussies en hun kritische commentaar.

Literatuur

- 1 Achterbergh D. Huisartsenzorg na Woudschoten: intenties te over, organisaties te kort. *Huisarts Wet* 2002;45:15-8.
- 2 Post D, Calkhoven JE, Krol B, Dijkstra M, Groothoff JW. Groeiend ongenoegen. *Med Contact* 2002;57:63-5.
- 3 Van Riet-Lohman JWAM. Noodkreet van een machteloze huisarts. *Med Contact* 2001;56:384-6.
- 4 Terluin B. Overspanning: rusten of juist aan de slag? *Huisarts Wet* 2002;45:112-3.
- 5 Holdrinet RSG. Alleen meer dokters opleiden helpt niet. *Med Contact* 2001;56:1653-6.
- 6 Van Leeuwen YD. De ervaringskennis van huisartsen. *Huisarts Wet* 1998;42:80-4.
- 7 Schmitz M. Intelligent balanceren tussen distantie en betrokkenheid. *Huisarts Wet* 2001;44:555-8.
- 8 Van Leeuwen YD, Baggen JL. Huisarts en ziekte of huisarts en patiënt? *Huisarts Wet* 2001;44:605-8.
- 9 Benneker WHGM, Tanja TA. Een complexe organisatie(2) [Brief]. *Med Contact* 2001;56:1798.
- 10 Van Berkestijn LGM. Leren leren. Over de vernieuwing van de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2002;45:248-52.
- 11 Offredy M, Townsend J. Nurse practitioners in primary care. *Family Practice* 2000;17:564-9.
- 12 Stalman WAB. Brug naar de toekomst. Inaugurale oratie 2001. Vrije Universiteit Amsterdam.
- 13 Gercama AJ, Locher G. Het heft in eigen hand: stimuleren van de regiefunctie van de co-assistent middels feedback. Abstract NVMO-congres 2001.
- 14 Gercama AJ, De Haan M, Van der Vleuten CPM. Reliability of the Amsterdam Clinical Challenge Scale (ACCS): a new instrument to assess the level of difficulty of patient cases in medical education. *Medical Education* 2000;34:519-24.
- 15 Van Berkestijn LGM. Leren leren. Over de vernieuwing van de huisartsopleiding. *Huisarts Wet* 2002;45:248-53.
- 16 Van Berkestijn LGM. Persoonlijke zorg versus kwaliteitszorg: een valse antithese. *Huisarts Wet* 1999;42:566-9.
- 17 Gercama AJ, Tieleman D, Retel Helmrich A, Bastiaans JF. Resultaten van training en begeleiding van studentdocenten in het klinisch lijnonderwijs. *Tijdschrift voor Medisch Onderwijs* 2001;20:114-23.
- 18 Boomsma LJ, Boomsma SH. Een nieuwe koers. *Med Contact* 2001;56:928-30.
- 19 Verbeek AMM, Peters W, Metz JCM. Naar multiprofessioneel onderwijs in de gezondheidszorg, een onderzoek naar de haalbaarheid. Nijmeegs Instituut voor Kennisoverdracht in de Gezondheidszorg, 1998.
- 20 Maassen H. Een pak van sjaalman. *Med Contact* 2000;55:1233-6.
- 21 Runia E. Terug naar af? De verschooling van de beroepsopleiding. *Huisarts Wet* 1996;39:129-33.