

Wie antwoorden wil, moet vragen stellen

Henriëtte van der Horst, Marjolein Berger

Het aanzien van het beroep huisarts neemt af, opleidingsplaatsen blijven leeg, prominente Nederlanders propageren dat de huisartsgeneeskunde afgeschaft kan worden en wij gingen onszelf op het NHG-congres deze week ontwikkelen in onderwijs en onderzoek. Is dat geen regelrechte suïcidepoging in een tijd waarin sommigen stellen dat we de ondergang van ons vak alleen kunnen tegengaan door de patiënt en niemand anders, in ons denken centraal te stellen? Vraaggestuurde zorg is waar we naartoe zouden moeten; de patiënt als consument stelt eisen aan de geboden waar. Wat voor goeds mag de patiënt verwachten van de betrokkenheid van huisartsen bij onderzoek en onderwijs?

Klinisch onderzoek en zeker huisartsgeneeskundig onderzoek zijn vanuit maatschappelijke optiek vooral relevant en goed als zij informatie opleveren over de optimale behandeling en begeleiding van de patiënt. Je kunt er als wetenschappelijk opgeleide huisarts niet omheen. Onderzoek is van groot belang voor de huisartsgeneeskunde, de ontwikkeling van het vak en voor de kwaliteit van de huisarts, stellen Bakkenist en Assendelft in dit nummer.¹ Zij reiken een lijst aan die behulpzaam kan zijn bij het beslissen om al dan niet mee te doen aan wetenschappelijk onderzoek. Relevantie voor de patiënt is daarbij een belangrijk criterium. Onduidelijk blijft in hun lijst hoe we moeten beoordelen of die relevante vraag met het onderzoek wel beantwoord kan worden. Evenmin is duidelijk hoe je nu precies kunt beoordelen of onderzoek relevant is voor de patiënt. Hoe zit het met fundamenteel onderzoek, is dat relevant? Voor welke patiënt? Op welke termijn? Lastige vragen, vooral als je bedenkt dat er zelden op grond van één onderzoek harde conclusies te trekken zijn over *de* beste diagnostische test en *de* beste behandeling en dat de toepasbaarheid van inzichten uit fundamenteel onderzoek soms jaren op zich laat wachten.

Duidelijk is dat niet alleen onderzoek, maar ook onderwijs ten goede moet komen aan de patiënt: de dokter moet communicatief vaardig zijn, goed kunnen luisteren naar de wensen van de patiënt en betrokken zijn bij zijn leed. Zij moet ook op de hoogte zijn van de nieuwste inzichten en in staat zijn nieuwe vaardigheden snel onder de knie te krijgen. De impliciete verwachting is dat

Auteursgegevens

H&W: dr. H.E. van der Horst, dr. M.Y. Berger, redactieleden.

Correspondentie: hevanderhorst@planet.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: beide auteurs werken aan een universiteit en hebben er belang bij dat huisartsen actief betrokken raken bij onderzoek en onderwijs.

dit alles ook resulteert in een betere kwaliteit van leven, minder morbiditeit en misschien zelfs minder ontijdige mortaliteit.

Aantonen dat onderwijs effect heeft, is erg lastig. Er zijn zeker zoveel factoren op de student of dokter en hun leerrendement van invloed als op de patiënt en zijn gezondheid. Veel van die factoren kunnen we maar marginaal of helemaal niet beïnvloeden.

Er wordt hard gewerkt aan de vernieuwing (lees verbetering) van de opleiding. Van alleen maar aanleren van kennis en vaardigheden stappen we af; het gaat nu om vakbekwaamheid en natuurlijk uiteindelijk om de *performance*: hoe doet de dokter het in de praktijk? Boendermaker onderzocht welke kenmerken een goede opleider moet hebben.² Als belangrijkste kenmerken kwamen naar voren: zelfinzicht, flexibiliteit en integriteit. Dat een opleider vaardigheden moet kunnen onderwijzen, werd gelukkig ook genoemd. Het toetsen van opleiders is een ingewikkelde zaak: valide en toepasbare toetsen zijn slecht mondjesmaat aanwezig. En dan is er nog de lastig te beantwoorden vraag wie de norm stelt: hoeveel zelfinzicht en flexibiliteit heeft een goede opleider in huis? Hoe bepaal je of de opleider zijn rollen goed vervult tijdens de verschillende fasen van de opleiding van de haio: van leermeester tot zichzelf wegcijferende coach en ten slotte tot collega-huisarts.

Van Berkestijn laat zien dat er veel energie wordt gestoken in het vernieuwen van de opleiding en de scholing van de opleiders en de stafleden.³ Maar of de haio een betere dokter wordt en of de patiënt uiteindelijk beter wordt van deze goede opleiders en beter opgeleide haio's, moet nog maar afgewacht.

Na de opleiding scholen huisartsen zich een leven lang na. Of dat daadwerkelijk veel effect heeft, was al langer onduidelijk.⁴ Smits et al. doen in dit H&W-nummer verslag van hun systematische review.⁵ Zij gingen na of een veel gepropageerde vorm van nascholing – probleemgeoriënteerd onderwijs – meer rendement heeft dan andere vormen van nascholing. Ook dat valt helaas nogal tegen.

De broedstoof voor nieuwe ontwikkelingen op het gebied van onderwijs, onderzoek en patiëntenzorg zou de academische praktijk kunnen zijn. Van der Werf en Veehof schetsen op bedachtzame wijze de geschiedenis van een universiteitspraktijk in Groningen.⁶ Het management van de praktijk, het opleiden van jonge artsen en huisartsen en uiteindelijk het verzamelen van gegevens over morbiditeit zijn thema's die in de loop van de tijd in het middelpunt van de belangstelling hebben gestaan. Het is frappant dat de auteurs zich in hun evaluatie uiteindelijk afvragen wat het rendement van deze praktijk voor de patiëntenzorg is geweest. Crebolder en Stalman geloven wel degelijk in de meer-

waarde van een academische huisartsenpraktijk: onderwijs, opleiding, patiëntenzorg en zorginnovatie zouden er beter tot hun recht komen.⁷ De bewijzen daarvoor zullen ze in de toekomst nog wel moeten leveren.

Moeten we – als rendement zo moeilijk meetbaar blijkt – ophouden met onze inspanningen en gewoon doen wat we denken dat goed is? Ons niet meer bemoeien met onderzoek en dit overlaten aan onderzoekers die de relevantie van hun onderzoek meten aan de kans op subsidie en die voor hun voortbestaan afhankelijk zijn van publicaties in gerenommeerde internationale tijdschriften die geen enkele praktiserende huisarts leest? Oude onderwijsvormen voortzetten omdat we die nu eenmaal kennen en het lastig is om je wijsje te veranderen?

Alsjeblieft niet, natuurlijk moeten we meedoen aan onderzoek, onderwijs vernieuwen en ons leven lang blijven leren. Meedoen aan onderzoek waarin een onderwerp centraal staat waarin je altijd al geïnteresseerd was, bevredigt je nieuwsgierigheid. Het haalt (valse) zekerheden onderuit. Maar in ruil daarvoor krijg je argumenten om je handelen te onderbouwen. Daarmee kun je ook verklaren waarom je in sommige gevallen afwijkt van de regel en hoe je niet meer te handelen 'omdat iedereen het nu eenmaal altijd zo doet'. Meedoen aan een onderzoek naar de effectiviteit van een preventieve activiteit kan ertoe leiden dat je deze activiteit delegeert naar de praktijkondersteuner omdat het een zinvolle actie is of je kunt het gelukkig laten voor wat het is omdat het onzin blijkt.

Eén co-assistent kan meer verwondering en reflectie teweegbrengen door haar vragen dan tien jaar hard werken en gewoon doorgaan. Dat is de winst van onderwijs. De onderwijsvorm met het meeste rendement is het onderwijs dat je zelf geeft. Of het nu om leergesprekken met de haio gaat, om een eerstejaarsstudent die

stage loopt in de praktijk, of om college geven: actief proberen kennis over te brengen aan een ander verhoogt je eigen kennisniveau. Dat alleen al zou een krachtige stimulans moeten zijn om mee te doen aan onderwijs of opleiding.

Openstaan voor vragen en onbevragen naar vastgeroeste gewoontes op het gebied van diagnostiek, behandeling of begeleiding kijken, maakt verandering mogelijk. Of die verandering ten goede is, is niet altijd eenvoudig vast te stellen, maar dat vormt juist een uitdaging. Soms zal alleen de tijd het leren. Door het eigen handelen kritisch te bekijken en vragen te (laten) stellen over het waarom van je handelen, besef je wel waar nieuwe kennis nodig is. En daarmee word je onontbeerlijk als beoordelaar van de relevantie van huisartsgeneeskundig onderzoek. Meedoen aan onderwijs en onderzoek: goed voor de patiënt! De ontwikkeling komt dan vanzelf.

Literatuur

- 1 Bakkenist ARJ, Assendelft WJJ, Van Geldrop WJ. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsenpraktijk. *Wie doet er mee?* Huisarts Wet 2003;46:707-10.
- 2 Boendermaker PM. De huisarts als opleider: kruisbestuiving tussen twee werelden. Huisarts Wet 2003;46:669-72.
- 3 Van Berkestijn L. Ontwikkelingen in de huisartsopleiding. Huisarts Wet 2003;46:672-5.
- 4 Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD, Wolf F, Davis DA, Herrin J. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- 5 Smits PBA, Verbeek JHAM, De Buissonjé CD. Probleemgestuurd onderwijs. Een systematische review van gecontroleerde evaluatieonderzoeken van onderwijs na het artsexamen. Huisarts Wet 2003;46:664-8.
- 6 Van der Werf GTh, Veehof LJG. Huisartsenpraktijk en academie. De geschiedenis van de Groepspraktijk Antonius Deusinglaan 1959-1998. Huisarts Wet 2003;46:680-4.
- 7 Crebolder HFJM, Stalman WAB. De academische werkplaats huisartsgeneeskunde. Huisarts Wet 2003;46:685-9.