

De Breedenburg, nascholing volgens het Warffummodel

Wat kan de geschiedenis ons leren?

Bert Tent, Peter Boendermaker, Jan Schuling

Inleiding

Wil de huisarts aan de verplichtingen voor herregistratie voldoen, dan dient deze 40 uur nascholing per jaar te volgen. Afgezien van de eis dat deze nascholing geaccrediteerd is, is niet gespecificeerd waaraan deze scholing moet voldoen.¹ Ook vindt er geen beoordeling plaats van het resultaat van de nascholing.²⁻⁸ In feite heeft de huisarts geen andere externe norm voor het samenstellen van zijn verplichte nascholingspakket dan deze accreditatie-eis.

Deze heeft geleid tot een markt voor nascholing, waar elke aanbieder – mits zijn uren het keurmerk van de accreditatie dragen – zich kan profileren. Rekening houdend met de wensen van de consument biedt men programma's aan voor groepen, maar ook voor de individuele huisarts die deze 'thuis' kan volgen. Deze ontwikkeling roept velerlei vragen op: ethische (hoeveel sponsoring is toelaatbaar?); onderwijskundige (welke vorm is het meest effectief?) en inhoudelijke (hoe worden prioriteiten bepaald?). Vragen die in feite neerkomen op: 'Doen we het wel goed zo?'

In 1967 hebben drie huisartsen uit de stad Groningen een voor die tijd volstrekt nieuw model van nascholing ontwikkeld, dat bekend werd als de Breedenburg- of Warffumcursus, genoemd naar de borg 'Breedenburg' te Warffum waar de eerste cursus gehouden

werd. Inmiddels is dit concept aan zijn twintigste editie toe. Wij hebben de ontstaansgeschiedenis van dit model onderzocht om na te gaan of dit richting kan geven aan het nascholingsbeleid voor de komende jaren.

De onderwijsfilosofie volgens de Breedenburgcursus of het Warffummodel

De deelnemers vormen een kleine, veilige groep die een week of meerdere dagen dag en nacht samen zijn. De specialist/docent zit op de stoel van de huisarts. Er is evenveel tijd voor de spreker als voor de discussie. Uitgebreide toetsing gebeurt op meerdere niveaus; er is een vaste plaats voor vaardigheidsonderwijs, er is aandacht voor gedragsverandering. De contacten in de wandeling zijn belangrijk; het groepsgevoel wordt gestimuleerd en is een doel op zich. De cursus wordt ontwikkeld en gegeven voor huisartsen en door huisartsen.

Methode

Op basis van de vraagstelling kozen wij voor een explorierend, historisch onderzoek. De cursus wordt in 2007 voor de twintigste keer gehouden. De kern werd gevormd door interviews met de

Samenvatting

Tent B, Boendermaker PM, Schuling J. De Breedenburg, nascholing volgens het Warffummodel. Wat kan de geschiedenis ons leren? *Huisarts Wet* 2006;49(5):270-3.

Inleiding In 1967 hebben drie huisartsen uit de stad Groningen een voor die tijd volstrekt nieuw model van nascholing ontwikkeld, dat bekend werd als de Breedenburg- of Warffumcursus. Inmiddels wordt deze vorm van nascholing voor de twintigste keer gegeven. Wij onderzochten de ontstaansgeschiedenis om na te gaan of deze richting kan geven aan het nascholingsbeleid voor de komende jaren.

Methode Een explorierend, historisch onderzoek waarbij interviews met de drie organisatoren van het eerste uur de belangrijkste onderdelen waren. Wij legden hun de vraag voor waarom en hoe zij destijds tot het Breedenburgconcept gekomen waren.

Resultaten Tijdens de tweede helft van de jaren zestig van de vorige eeuw deed zich het 'grote conflict' met de ziekenfondsen voor over de honorering van de huisarts. Dit was een belangrijke aanleiding voor de initiatiefnemers om een betere nascholing door en voor de eigen groep te organiseren.

Beschouwing Het tot tevredenheid opgeloste conflict met de ziekenfondsen blijkt belangrijk te zijn geweest voor het ontstaan van de Breedenburgnascholing. De huisartsen zijn zich tijdens het conflict meer als groep gaan opstellen. De verbeterde honorering vormde een impuls om kwaliteitszorg te gaan leveren. Na 37 jaar maken deze cursussen nog steeds deel uit van het regionale nascholingsaanbod. Intercollegiale contacten blijven een wezenlijk onderdeel van nascholing.

Conclusie Het is belangrijk een deel van het aantal punten te reserveren voor nascholing met een sterk regionaal karakter volgens het aloude meerdaagse concept. Dit zal niet alleen de individuele huisarts ten goede komen, maar ook de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als professie.

UMCG, Wenckebach Instituut, Hanzeplein 1, Postbus 11119, 9700 CC Groningen: B. Tent, huisarts en coördinator scholing huisartspraktijk; Faculteit der Medische Wetenschappen, afdeling Huisartsopleiding: dr. P.M. Boendermaker en dr. J. Schuling, huisartsen.

Correspondentie: b.tent@rvb.umcg.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

drie organisatoren van het eerste uur. Wij legden hen de vraag voor, waarom en hoe zij destijds tot het Breedenburgconcept gekomen waren. Daarnaast hielden we een extra interview met een organisator van het eerste uur uit 'de ommelanden' en doorzochten we het overgeleverde schriftelijke materiaal uit persoonlijke archieven. Ten slotte bleken er over deze cursussen in de afgelopen decennia, met name in de eerste jaren, enkele artikelen gepubliceerd te zijn.⁹⁻¹²

Analyse

Eén onderzoeker (BT) nam alle interviews af. De verslagen zijn ter correctie en accordering teruggezonden naar de geïnterviewden. Vervolgens bereikten de drie onderzoekers (BT, JS, PMB) in een iteratief analyseproces consensus over de labeling en categorisering van de in het materiaal aangetroffen thema's. De daaruit verkregen gegevens vergeleken we ten slotte met de overige bronnen.

Resultaten

Uitgangssituatie en aanleiding

Tijdens de tweede helft van de jaren zestig in de vorige eeuw deed zich het 'grote conflict' met de ziekenfondsen voor over de honorering van de huisarts. De eerste landelijke acties werden gevoerd en leidden tot succes voor de huisartsen. De tarieven werden fors verhoogd. Dit bracht bij de initiatiefnemers van de Breedenburgcursus een gevoel van 'noblesse oblige' teweeg.

'... maar zeiden we, noblesse oblige, je kan wel meer centen willen, je moet ook meer kwaliteit leveren.'

Men achtte zich bij een dergelijke honorering gehouden om kwaliteit te leveren. Daarmee was een belangrijke prikkel ontstaan tot het verzorgen van nascholing die daadwerkelijk tot kwaliteitsverbetering van het dagelijks geneeskundig handelen zou leiden.

De beide eerste initiatiefnemers troffen elkaar bij een oefening van de 'Bescherming Bevolking'; zij deelden gevoelens van onvrede. Veel huisartsen werkten destijds solistisch in die zin dat zij nauwelijks feedback kregen op hun dagelijks professionele handelen. Voorts ontbrak een prikkel tot het volgen van nascholing en er bestond onvrede over de bestaande nascholing. In Groningen bestond deze uit voordrachten van klinisch specialisten tijdens de maandelijkse vergadering van de KNMG, of tijdens een bijeenkomst in een van de plaatselijke ziekenhuizen. Het opkomstpercentage bij deze bijeenkomsten was laag: 10 tot 20% van de huisartsen.

'... het hele ex-cathedra verhaal komt van een specialist, dus die praat over wat hij ziet en wat hij doet. Dat zijn vaak zeer ingewikkelde verhalen waar die huisarts niks mee te maken heeft en ook nooit mee te maken krijgt.'

Omdat huisartsen veelal solistisch werkten, was de drempel om elkaar bij problemen te raadplegen hoog. Deze situatie deed de behoefte ontstaan aan verbetering en intensivering van de onder-

linge contacten. Daarom kozen de initiatiefnemers voor een meerdaags verblijf buiten de stad, waarbij de deelnemers ter plaatse overnachtten, zodat er ook buiten de onderwijssessies gelegenheid bestond om elkaar beter te leren kennen en vertrouwen op te bouwen.

'Dat je zag dat je samen in de pyjama loopt en samen ontbijt, dat je dichter tot elkaar komt, dat je ook wat vrijer naar elkaar toe komt.'

Het onderwijskundig concept

Het onderwijskundig concept bestaat uit proces en inhoud. Wat het proces betreft, besloten de voormannen om een cursus van een week te organiseren met maximaal 25 deelnemers. De argumenten daarvoor waren dat de lange duur en de relatief beperkte groepsgrootte bijdraagt tot de ontwikkeling van een hechte, veilige groep, waardoor discussies worden bevorderd, de groep meer op elkaar ingespeeld raakt, wederzijds respect toeneemt en er collegialiteit ontstaat. Inhoudelijk bestaat de cursus uit twee delen.

'Dat model dat bestaat uit twee gedeelten eigenlijk, die heel belangrijk voor elkaar zijn. Het ene gedeelte, dat is het sociale gedeelte, dat is super belangrijk. Het tweede gedeelte dat is het medische gedeelte.'

Het medische deel had de dagelijkse praktijk van de huisarts als uitgangspunt, dus niet vanuit het perspectief van de specialist. Zo werd een 'papieren' huisartsspreekuur gemaakt met veel voorkomende problemen, waarmee elke cursus werd gestart als raamwerk voor de rest van de week. De organisatoren zochten bij diverse thema's een huisartsvriendelijke specialist, aan wie zij opdroegen de problemen vanuit een huisartsgeneeskundige invalshoek te benaderen en rekening te houden met de specifieke huisartsgeneeskundige epidemiologie en weinig beschikbare diagnostische hulpmiddelen. De cursusleiding bezocht alle aspirant-sprekers en bereidde hen uitvoerig voor op de inhoud en de vorm van hun voordracht.

'Zo moet je ons benaderen, anders misluk je als spreker. We geven je op een briefje, als je afwijkt van dit program dan grijpt de cursusleider in.'

Het sociale deel bestond uit de wandelgangen van de cursus, het samen slapen, ontbijten, eten – het slotdiner op de vrijdagavond werd befaamd –, maar ook het samen met de medische inhoud bezig zijn en de bereidheid die zo ontstond om je kwetsbaar op te stellen waardoor de schroom wegviel om eventueel domme vragen te stellen.

Uitvoering

De cursus werd om het jaar georganiseerd. Er werden 2, (later 3) identieke weken gehouden, waarbij naar een maximumaantal van 20-25 deelnemers per cursus werd gestreefd. De cursusdagen duurden van 8.30 tot 18.00 uur met een uur middagpauze. De deelnemers betaalden de cursus zelf op basis van 'volpension'.

Toetsing en effect

Er is sprake van een driedeling: het toetsen in de cursus, het toetsen van het effect ná de cursus en een cursusevaluatie. Door het gebruikte model vond tijdens de cursus voortdurend intercollegiale toetsing plaats.

'Dan ben je met zo'n cursus bezig en dat is wel allemaal leuk en aardig. [...] alleen het doel van nascholing is dat je er ook wat leert en je dingen die je niet goed doet verandert. Dus dan moet op een gegeven moment te zien zijn, hebben die jongens wel wat geleerd?'

Toetsing van het effect van de cursus vond plaats in de vorm van een ingangstoets, een eindtoets en een toets na een half jaar. In een later stadium is de kwaliteit van de toetsvragen onder leiding van een onderwijsdeskundige, de heer Wijnen verbeterd. Tot slot was er sprake van een evaluatie van de cursus op satisfactieniveau. Een fraai voorbeeld van het effect van de cursus op de deelnemers is het volgende. Een veel gebruikte onderwijsvorm was het maandagochtendspreekuur. De cursus-apotheker gaf ook feedback op het voorschrijfbeleid (in het citaat acetosal, wat meer kans op maagbloedingen heeft dan paracetamol) wat soms tot bijzondere situaties leidde.

'De volgende maandag had ik mijn apotheker aan de lijn: wat is er gebeurd bij jullie? Ik krijg allemaal recepten voor paracetamol, dat verkopen we nooit, ik heb dat niet in voorraad.'

De cursus leidde ook tot een cohesie in deze beroepsgroep die bijdroeg aan een groter gevoel van eigenwaarde, van groot belang in een tijd dat de professionalisering van de huisartsgeneeskunde nog maar net was begonnen. De deelnemende huisartsen wisten elkaar na de cursus makkelijker te vinden bij problemen.

'Later als je problemen hebt in de praktijk kun je makkelijk een collega bellen waar je 's avonds lekker een borreltje hebt zitten drinken of 's morgens mee aan het ontbijt zat; al deze dingen bevorderen een stukje collegialiteit.'

Publiciteit

De plaatselijke pers besteedde veel aandacht aan het plan.

'Op de voorpagina van het Nieuwsblad van het Noorden met dikke letters; huisartsen gaan een week op nascholing.'

Tijdens de eerste cursus werd er zelfs landelijk veel aandacht aan gegeven, tot aan het tv-journaal toe.

Beschouwing

Al ligt de eerste Breedenburgcursus ruim 37 jaar achter ons, toch beschouwen wij de uitkomsten van de interviews die gebaseerd zijn op herinneringen een goede weergave van de werkelijkheid. Niet alleen stemde het verhaal van de geïnterviewden overeen, maar ook bleek de informatie die zij verstrekten overeen te stem-

men met andere informatiebronnen zoals de artikelen, notulen van vergaderingen van plaatselijke huisartsverenigingen, verslagen van de cursuscommissie en cursusprogramma's. Het conflict met de ziekenfondsen dat tot tevredenheid werd opgelost, blijkt voor het ontstaan van de eerste Breedenburgnascholing belangrijk te zijn geweest. De huisartsen zijn zich tijdens het conflict meer als groep gaan opstellen. De verbeterde honorering vormde een impuls voor het leveren van kwaliteitszorg.

Bij de constructie van het Warffummodel blijken twee factoren een bepalende rol te hebben gespeeld. Er bestond onder de huisartsen grote onvrede over de kwaliteit van de toenmalige nascholing: het gebodene sloot niet aan op de praktijk van de huisarts en had een sterk 'ex cathedra'-karakter. In het concept van de grondleggers bepaalden de praktijk van alledag en de behoeften van de huisartsen de inhoud van de cursus. Deze 'emancipatie' blijkt ook uit het belang dat de organisatoren hechtten aan ruimte voor discussie over het gebodene. Bovengenoemde elementen maakten het mogelijk, dat onderdelen uit het cursusprogramma leidden tot een daadwerkelijke verandering van het huisartsgeneeskundig handelen. Wat de initiatiefnemers zich bij de constructie van het Warffummodel vooraf waarschijnlijk niet gerealiseerd zullen hebben, is dat deze voorwaarden een veilig klimaat schiepen waarin de eerste voorzichtige schreden op het pad van onderlinge toetsing gezet konden worden.

Daarnaast was het Warffummodel erop gericht de persoonlijke contacten tussen huisartsen te verbeteren. De huisarts voerde zijn praktijk in een betrekkelijk isolement, hetgeen de aanpak van praktijkoverstijgende problemen bemoeilijkte. De keuze voor een cursus van vijf aaneengesloten dagen (en nachten) op een afgelegen locatie zou belangrijk bijdragen aan de verbetering van de onderlinge werkcontacten.

Conclusie

Plaatsen wij nu onze bevindingen naast de huidige nascholings-situatie, dan vallen enkele zaken op. Het huidige aanbod aan nascholing is zo groot, dat de huisartsen hun punten ook buiten het regionale circuit halen, waardoor de regionale groepscohesie minder gesteund wordt. Overigens beschrijft Kooy dat de meeste scholing nog steeds regionaal plaatsvindt.¹ Daarnaast springen de overeenkomsten tussen toen en nu ook direct in het oog. Nog steeds maken cursussen volgens het Warffummodel deel uit van het regionale nascholingsaanbod. Daarbij is het basisconcept ongewijzigd. De (hernieuwde) intercollegiale kennismaking blijft een wezenlijk onderdeel van de nascholing.

Nascholing volgens het Warffummodel heeft echter ook een betekenis die uitgaat boven de deskundigheidsbevordering van de individuele huisarts. Dit concept biedt de deelnemende huisartsen de mogelijkheid om zich met elkaar in een vertrouwde groep te bezinnen op de inhoud en de werkwijze van de eigen professie. Een dergelijke groepsreflectie kan de basis vormen voor de ontwikkeling van nieuw beleid, dat een stevig draagvlak heeft binnen de regionale beroepsgroep.

Wij willen er dan ook voor pleiten om een deel van het aantal

punten dat een huisarts per vijf jaar moet halen te reserveren voor nascholing door huisartsen met behoud van het regionale karakter volgens het aloude meerdaagse concept. Dit zal niet alleen de individuele huisarts ten goede komen, maar ook de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde als professie.

Dankbetuiging

De auteurs spreken hun waardering uit voor het pionierswerk van de collega's C. Middelbeek, dr. M. Saan, J. van der Meer en M. Maaskant; wij danken hen hartelijk voor hun bereidheid tot medewerking aan de interviews en het beschikbaar stellen van hun persoonlijke archieven. Mevrouw A.M. Bootsma-de Langen danken wij voor haar waardevolle adviezen bij de bewerking van het manuscript.

Literatuur

- 1 Kooij L. Huisartsen doen veel aan deskundigheidsbevordering en vooral in de eigen regio. Analyse van herregistratie gegevens. Huisarts Wet 2005;48:280-3.
- 2 Boink JBM. Evaluatie of effectmeting van nascholing: waar doen we het voor? Huisarts Wet 1998;41:30-2.

- 3 De Melker RA. Weten is nog niet toepassen. Over de nascholing van huisartsen. Med Contact 1976;31:69-74.
- 4 Frijling BD. Op zoek naar een goed implementatiesysteem. Huisarts Wet 2004;47:192-3.
- 5 Hobma Sj, Ram PM, Van der Vleuten CPM, Grol R. Gebruiken huisartsen toetsen voor kwaliteitsverbetering? Huisarts Wet 2002;45:726-9.
- 6 Hobma Sj. Het systeem voor accreditering is aan verbetering toe. Huisarts Wet 2003;46-2:298.
- 7 Jamin R. Behoeftenbepaling bij nascholing; een Haags vragenuurtje. Huisarts Wet 2001;44:361-3.
- 8 Metsemakers J. Nascholing bewust kiezen. Huisartsen moeten nagaan waar de lacunes in hun kennis zitten. Med Contact 2003;44:1686-8.
- 9 Wind WEC, Wind-Zeilstra PT, Maaskant M. Dokters in Hunsingo, Five-lingo en Westerkwartier. Bedum: Profiel, 1994.
- 10 Saan M. Nascholing verplicht? Toetsing verplicht? Med Contact 1975;30:1436-7.
- 11 Wijnen WHFH. Onderzoek naar de resultaten van een "Warffum"-curcus. Huisarts Wet 1974;17:181-6.
- 12 Saan M. Ontwerpplan oprichting nascholingscentra. Med Contact 1971;32:845-7.

Discussie

Huisartsgeneeskunde is wel bijzonder

Henk Thiadens

We moeten de auteurs – nog wel drie hoogleraren en een hoofd beroepsopleiding – van het artikel *Huisarts, blij bij je klinische leest!* (H&W 2006;49:75-7) dankbaar zijn. Het is goed dat de denkwijze die kennelijk in de academische achterkamertjes in zwang is, in de openbaarheid wordt gebracht. Het ontbreekt hen ook niet aan moed om in het jaar, waarin huisartsen stilstaan bij het 50-jarig bestaan van het NHG, de pijlers van ons vak 'continue, persoonlijke en integrale zorg' als minder belangrijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde te beschouwen. Kortom, het artikel nodigt uit tot discussie.

Waarom hebben de auteurs bezwaar tegen een huisartsgeneeskunde die zich presenteert als een discipline die in wezen verschilt van de andere klinische specialismen? Naarmate de geneeskunde zich verder ontwikkelt, neemt de noodzaak van verdere (sub)specialisatie toe omdat niemand in staat is het geheel te beheersen. Waarom mogen huisartsen zich niet onderscheiden door het leveren van integrale, continue en persoonlijke zorg?

Auteursgegevens

Dr. H.A. Thiadens, huisarts, Afdeling Huisartsgeneeskunde en Verpleeg-huisartsgeneeskunde LUMC, Postbus 2088, 2301 CB Leiden.

Correspondentie: h.thiadens@wxs.nl

Mogelijke belangenverstrengeling: niets aangegeven.

Mogen kinderartsen geen onderzoek doen naar wiegendood? Of neurologen naar de gevolgen van toenemende invaliditeit? En waarom zouden huisartsen geen onderzoek doen naar zaken waarmee zij in de praktijk te maken hebben als daar niet het etiket klinisch op geplakt kan worden? Bovendien is de huisarts de enige arts die zijn patiënten kent en beschouwt als mensen die in principe gezond zijn. Ook daarin verschilt huisartsgeneeskunde van specialistische geneeskunde.

De auteurs schrijven bij herhaling dat huisartsen maar gewone klinici zijn en dat zij zich daarin niet van specialisten onderscheiden. Onwillekeurig komt dan weer dat oude, achterhaalde strijdgevoel boven dat huisartsen ertoe verleidt zich te rechtvaardigen tegenover specialisten, op een toon van: 'Wij zijn heus ook wetenschappelijke klinici, net als jullie'. De auteurs stellen zich daarmee niet alleen defensief op, maar er spreekt ook geen gevoel van beroepstrots uit, die zich ooit binnen het NHG ontwikkelde, toen inzicht ontstond in wat het eigenlijk inhoudt om huisarts te zijn. Het misverstand dat door auteurs wordt gehanteerd is dat de kenmerken van de huisartsgeneeskunde strijdig zouden zijn met klinisch denken en handelen. Ook binnen die kenmerken is klinisch denken en handelen zeer goed mogelijk.

Het bontst maken de auteurs het in hun paragraaf over wetenschappelijk onderzoek, waarin het recente NHG-rapport *Toekomstvisie* met zijn adviezen over meer onderzoek naar ethiek, context,