

University of Groningen

De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde

Pols, Jan

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version

Publisher's PDF, also known as Version of record

Publication date:

2003

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Pols, J. (2003). *De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenningen op het gebied van chronisch zieken*. s.n.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

3 KENMERKEN VAN CONSULTEN MET CHRONISCH ZIEKEN

3.1 INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAAG

In hoofdstuk 1 is beredeneerd dat het Raamplan een lacune bevat tussen het globale Profiel van de Arts aan het Eind van de Artsopleiding en de gedetailleerde Algemene Eindtermen (blz. 13). Op die plek in het Raamplan ontbreken eindtermen die een overzicht geven van de werkzaamheden en de karakteristieke variatie daarbinnen (een typologie van werkzaamheden) die studenten aan het eind van hun studie moeten beheersen. Werkzaamheden zijn daarbij omschreven als een samenhangend geheel van deeltaken die binnen het werk van artsen als afgeronde eenheid kunnen worden beschouwd (blz. 14). Voor de beroepsvoorbereiding gaat het om werkzaamheden in de dagelijkse patiëntenzorg. In dit hoofdstuk worden de eerste stappen gezet om rond chronisch zieken tot een typologie van werkzaamheden te komen. In deze inleiding wordt het kader geschetst waarbinnen dat gebeurt en wordt de concrete vraagstelling ontwikkeld voor het onderzoek in de komende paragrafen

Eindtermen zijn het resultaat van besluitvormingsprocedures.^{4,92,93} Voor een typologie van werkzaamheden zou die besluitvorming zich richten op het beantwoorden van de vraag: welke werkzaamheden en variatie daarbinnen moeten studenten beheersen aan het eind van hun studie? Een belemmering voor het ontwikkelen van dergelijke eindtermen is het ontbreken van materiaal dat ingebracht kan worden in een besluitvormingsprocedure. Literatuursearches in de bekende elektronische literatuurdatabases op het gebied van de geneeskunde, onderwijskunde en sociologie* leverden geen referenties op naar beschrijvingen van bestaande typologieën van werkzaamheden van artsen. Ook is geen empirisch onderzoek gevonden dat als basis kan dienen voor het ontwikkelen van een typologie: beschrijvend onderzoek naar de werkzaamheden van artsen (rond chronisch zieken) en de variatie daarbinnen. Deze bevindingen leiden tot de tweede hoofdvraag uit dit proefschrift: Welke kenmerken heeft het werk van de arts bij contacten met chronisch zieken?

Aan het beantwoorden van deze vraag stelt het karakter van de eindtermen in het Raamplan een duidelijke voorwaarde. Alle bestaande eindtermen hebben namelijk een disciplineoverstijgend karakter. Ze zijn relevant voor (vrijwel) elke vervolgopleiding. Datzelfde mag verwacht worden van een typologie van werkzaamheden. Een voorbeeld daarvan dat al eerder is aangehaald, is het consult, het directe contact tussen arts en patiënt. Andere voorbeelden zijn het interdisci

* MEDLINE, EMBASE, ERIC, International bibliography of the social sciences, sociological abstracts.

plinair overleg, de patiëntenbesprekingen, het visite lopen/rijden, het houden van een spreekuur en het werken als zaalarts.

Bij het onderzoek in dit hoofdstuk is gekozen voor consulten, omdat die een centrale plek innemen binnen het werk van artsen en beantwoorden aan de voorwaarde. De consultatie van een arts door een patiënt vormt de basis voor diens professioneel handelen. Tijdens een cyclus van consulten wordt met de patiënt het probleem vastgesteld, de noodzaak van onderzoek besproken, de resultaten daarvan aan de orde gesteld, worden therapeutische opties afgewogen, therapie ingesteld en geëvalueerd en vindt begeleiding van patiënt (en partner, naasten) plaats. Als resultaat van hetgeen tijdens consulten plaatsvindt, overlegt een arts met collegae, verpleegkundigen en paramedici.

Het onderzoek in dit proefschrift wordt gedaan met chronisch zieken als voorbeeld. Het onderzoek in het huidige hoofdstuk richt zich daarom op het verzamelen van empirische gegevens die gebruikt kunnen worden voor een typologie van consulten met chronisch zieken: een overzicht van karakteristieke consultsituaties die zich bij contacten met chronisch zieken voordoen. De onderzoeksvraag luidt: Welke kenmerken hebben consulten met chronisch zieken?

3.2 METHODE

3.2.1 Algemene overwegingen

De onderzoeksvraag betreft de aard van de werkzaamheden tijdens consulten met chronisch zieken en de variatie daarin. Voor de beantwoording van een dergelijke vraag is een kwalitatieve onderzoeksopzet geëigend. In de literatuur zijn geen voorbeelden gevonden van het ontwikkelen van een typologie van werkzaamheden als basis voor onderwijs. Of de ene of de andere onderzoeksmethode meer of minder geschikt is voor het beoogde doel, is daardoor niet bekend. Pas door onderzoek te doen zal duidelijk worden of de gekozen methode bruikbare resultaten oplevert.

Een tweede algemene overweging heeft betrekking op de keuze van de onderzoeksgroep. Consulten met chronisch zieken hebben minimaal twee betrokkenen, arts en patiënt. Beiden zullen verschillende kenmerken aan consulten waarnemen. Voor de beroepsvoorbereiding zijn beide perspectieven relevant, maar om verschillende redenen. Het perspectief van de arts geeft inzicht in de kenmerken van consulten zoals die worden gezien vanuit de professionele optiek. Het perspectief van de patiënt geeft inzicht in de mate van tevredenheid van patiënten met de uitvoering van consulten door artsen en levert daarmee belangrijke informatie op die gebruikt kan worden bij de ontwikkeling van onderwijs. In het huidige onderzoek gaat het specifiek om de werkzaamheden zoals die door artsen worden ervaren, daarom zal hun perspectief verder worden geëxploreerd.

3.2.2 Semi-gestructureerde interviews

Gekozen is voor het afnemen van semi-gestructureerde interviews. Dat maakt het mogelijk om artsen zelf aan het woord te laten over hun consulten met chronisch zieken en ook om gesprekken met vertegenwoordigers van meerdere disciplines te voeren. Bovendien kunnen de gesprekspartners hun eigen accenten leggen, terwijl ook vaste onderwerpen van de onderzoeker de revue passeren. De duur van de interviews was 1,5 uur en ze werden alle met toestemming van de betrokkenen op audiotape opgenomen.

3.2.3 Inhoud van de interviews

In de gesprekken zijn verschillende periodes onderscheiden in de contacten tussen arts en patiënt. Bekend is dat chronisch zieken verschillende fases doormaken in het proces van leren om te leven met een chronische aandoening.⁹⁴ Daarbij bestaan verschillen tussen patiënten bij wie nog geen diagnose bekend is, bij wie de diagnose recent gesteld is en bij wie de diagnose al langer bekend is. Grypdonck laat zien dat verpleegkundigen in deze fases ook te maken krijgen met verschillende hulpvragen.⁹⁵ De veronderstelling was dat dit ook voor artsen zou gelden en dat deze fasering voor hun consulten met chronisch zieken drie goed van elkaar te onderscheiden periodes op zou leveren. Al bij de eerste interviews bleek echter dat de eerste twee fases (voor en vlak na het stellen van een diagnose) voor de gesprekspartners vloeiend in elkaar overliepen. Daarom zijn in de overige interviews twee periodes aan de orde gesteld:

- 1 De cyclus van consulten die start met het moment dat een patiënt zich met klachten meldt en doorloopt tot de fase waarin een diagnose bekend is, therapie en begeleiding zijn gestart en het leven van de patiënt zich weer min of meer heeft gestabiliseerd (verder 'vroeg consulten' genoemd).
- 2 De consulten met patiënten bij wie de ziekte al langdurig bestaat (verder 'late consulten' genoemd).

Bij het afnemen van de interviews is gebruik gemaakt van een protocol en een lijst met startvragen en aandachtspunten die zich gaandeweg de interviews verder ontwikkelde en nuanceerde (bijlage III, blz. 145). Zowel voor de vroeg als voor de late consulten was de startvraag: "Wat is in deze periode voor u het meest kenmerkende aspect van de patiëntenzorg rond chronisch zieken?" Vervolgens werd doorgevraagd op basis van de antwoorden. De interviewers zorgden ervoor dat in het gesprek helderheid ontstond over de volgende onderwerpen:

- Wat vindt de gesprekspartner in deze fase echt belangrijk om: van de patiënt te weten, te doen of te bespreken?
- Zijn er dingen waarop de gesprekspartner zijn aandacht speciaal richt tijdens het consult?
- Doet of bespreekt de gesprekspartner nog iets specifiek?
- Zijn er in deze fase andere disciplines waarmee wordt samengewerkt?

In de praktijk bleek het voor de gesprekspartners het makkelijkst om de vragen te beantwoorden met een categorie patiënten voor ogen waarmee zij zich vertrouwd voelden. Meestal waren dat frequent voorkomende aandoeningen zoals reumatoïde artritis, diabetes mellitus, astma/COPD en lage rugpijn. Waar de accenten in de

individuele interviews kwamen te liggen, was grotendeels afhankelijk van de lijn die de gesprekspartner uitzette. Daarnaast zijn onderwerpen die in voorgaande gesprekken onderbelicht bleven door de interviewers ingebracht in volgende interviews.

3.2.4 Interviewers en gesprekspartners

Bij de interviews zijn drie onderzoekers betrokken geweest die de gesprekken in wisselende tweetallen hebben gevoerd. Daarbij was een van beide steeds de interviewer en hielp de ander zo nodig mee om de beoogde onderwerpen aan bod te laten komen en met voldoende diepgang te behandelen. Na afloop zijn de interviews steeds doorgesproken en zijn daaruit de onderwerpen geselecteerd die in volgende interviews nader uitgediept zouden worden.

Bij de selectie van gesprekspartners is rekening gehouden met de gang die een patiënt door de gezondheidszorg kan maken: van huisarts naar ziekenhuis en eventueel revalidatiecentrum. Binnen het ziekenhuis is gesproken met vertegenwoordigers van verschillende disciplines. Gezien het feit dat van de te gebruiken methode nog moest worden vastgesteld of die geschikt is, is het aantal gesprekspartners op voorhand beperkt tot 10. Alle beoogde gesprekspartners zijn telefonisch benaderd om een afspraak te maken en kregen vervolgens een brief met een schriftelijke bevestiging en een korte toelichting op doel en inhoud van de interviews (bijlage IV, blz. 146).

3.2.5 Verwerking interviews

De interviews zijn letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd. Daarbij is gewerkt volgens de principes van de *grounded theory*.^{96,97} Ter ondersteuning is bij de analyse gebruik gemaakt van het softwarepakket ATLAS.ti.⁹⁸ In eerste instantie zijn vijf interviews gebruikt om een set codes te ontwikkelen waarmee de gesprekken inhoudelijk geanalyseerd konden worden. Om de betrouwbaarheid van de ontwikkelde codes te toetsen zijn ze door een tweede onderzoeker gebruikt om een blanco versie van een van deze vijf interviews te coderen. De ontwikkelde codes vormden de basis voor de analyse van de tweede vijf interviews.

3.2.6 Presentatie resultaten

Bij de beschrijving van de resultaten van de interviews worden citaten gebruikt. In de lopende tekst wordt daarnaar verwezen met een citaatnummer in *superscript*.¹⁾

In de rechtermarge wordt van de gesprekspartners aangegeven of zij huisarts, ziekenhuisspecialist of revalidatiearts zijn, respectievelijk: [h, [z en [r.

Bijvoorbeeld:

- 1) *Zo'n interview is ontzettend leerzaam voor degene die geïnterviewd wordt. Je kijkt even anders tegen dingen aan: wat gedetailleerder en bewuster.* [z

3.3 RESULTATEN

3.3.1 Gesprekspartners en kenmerken van de gesprekken

Alle benaderde artsen stemden zonder aarzeling toe in een interview. Drie huisartsen en zeven medisch specialisten (waaronder één revalidatiearts) werden geïnterviewd. De interviews vonden plaats in de loop van vier maanden aan het eind van 1998 en het begin van 1999. Wat de gesprekken zonder uitzondering kenmerkte, was het enthousiasme waarmee de geïnterviewden spraken over hun contacten met chronisch zieken en de grote betrokkenheid die zij bij hun patiënten lieten blijken.

3.3.2 Ontwikkeling van de onderzoeksvraag

Tijdens de interviews werd duidelijk dat de vroege consulten al veel gespreksstof opleverden. Het bleek noodzakelijk om veel punten verder uit te diepen in gesprekken met andere gesprekspartners. Uiteindelijk heeft het accent in alle tien interviews gelegen op de vroege consulten. Samenwerkingsverbanden, late consulten, veranderingen en onderwijs en opleiding zijn in alle gesprekken aan de orde gesteld, maar slechts op een oriënterende manier. In de analyses zijn ze buiten beschouwing gelaten.

3.3.3 Ontwikkeling codes

Na vijf interviews waren 39 codes toegekend. Het gebruik daarvan door een tweede onderzoeker bij een blanco interview liet zien dat met de eerste onderzoeker initieel een overeenstemming werd bereikt van meer dan 90%. Uit de bespreking van coderingsverschillen bleek dat die niet veroorzaakt werden door interpretatieverschillen van de codes. De oorzaak lag in vergissingen of over het hoofd zien van gespreksfragmenten. Uiteindelijk bleek volledige overeenstemming te bestaan.

De 39 codes waren inhoudelijk dekkend bij het coderen van de overige interviews. Bij de verdere analyse van de interviews is het aantal codes uiteindelijk opgelopen tot 128. Er ontwikkelde zich een hiërarchisch systeem waarin de uitbreiding op twee manieren tot stand kwam.

- 1 Binnen de bestaande 39 codecategorieën zijn meer gedetailleerde subcodes ontwikkeld.
- 2 Er zijn overkoepelende begrippen geïntroduceerd, dat wil zeggen meer algemene termen waaronder een aantal codecategorieën en/of codes werden samengevat.

3.3.4 De inhoud van consulten

Inhoudelijk laten consulten met chronisch zieken zich beschrijven als een mengsel van een beperkt aantal elementen: diagnostiek, vaststellen van een (diagnostisch en/of therapeutisch) beleid en ten uitvoer brengen van dat beleid. Bij chronisch zieken ligt de problematiek niet alleen op biomedisch terrein, maar ook op psychosociaal en maatschappelijk gebied. Diagnostiek en beleid richten zich op deze drie gebieden. In eerste instantie staat daarbij voor arts en patiënt diagnostiek op biomedisch terrein centraal.¹⁾ Zodra daarover enige duidelijkheid bestaat, wordt

ook aandacht besteed aan de psychosociale en maatschappelijke gevolgen.²⁾ Afhankelijk van de manier waarop een aandoening zich presenteert zal dat meteen in het eerste consult zijn of pas later. Naarmate er minder ontwikkeling is op het terrein van de biomedische problematiek, ligt het accent bij de inhoud van de consulten meer op de gevolgen van de aandoening.³⁾ Wanneer er veranderingen zijn in de klachten op biomedisch terrein, dan komen die weer centraal te staan in de consulten.⁴⁾

Diagnostiek en behandeling zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Ook bij de behandeling gaat de aandacht eerst uit naar het biomedisch terrein. Als meteen duidelijk lijkt te zijn om wat voor aandoening het gaat, wordt daarmee soms al in het eerste consult gestart.²⁾ Dat de psychosociale en maatschappelijke gevolgen aan bod komen, wordt als logisch vervolg gezien.⁵⁾

- 1) *Wat je probeert is om er eerst zo goed mogelijk achter te komen wat het medische probleem is, omdat je dan pas goed aan patiënten kan uitleggen wat hen mogelijk te wachten staat. Of wat hen in ieder geval niet te wachten staat.* [z]
- 2) *Als er iemand komt, waarvan ik denk: die zal een chronisch gewrichtsreuma hebben, ja, dan probeer ik meteen even te kijken waar de zorgen en de klachten liggen (...)* [z]
- 3) *Waar je je specifiek op richt is de betekenis die zo'n kwaal heeft voor het werk, voor het gezinsleven. Dat proberen we wel expliciet mee te nemen.* [z]
- 4) *Maar als ik een chronische reumapatiënt spreek, dan kijk ik eerst naar het functioneren en wat ze er zelf van vinden en dan vraag ik daarna nog of ze nog echt last ... of meestal vertellen ze dat ook wel zelf. Maar ik bedoel ... dan kijk ik vooral naar het functioneren. ... Maar als iemand binnenkomt en zegt van: goh, ik heb nou zulke dikke gewrichten en ik kan weer helemaal niks. Nou, dan kijk je natuurlijk op die manier (...)* [h]
- 5) *Want ze moeten altijd stoppen met roken, ze moeten afvallen en ze moeten meer bewegen en ze moeten anders eten enzovoort. Want het is natuurlijk maar heel zelden zo dat je met een pilletje een chronische ziekte kunt behandelen.* [h]

3.3.5 Variatie tussen consulten

In de vorige paragraaf is beschreven wat zich inhoudelijk afspeelt in consulten met chronisch zieken: diagnostiek en beleid. Wat in de gesprekken meer opvalt dan de eenvoud van deze tweedeling, is de grote variatie aan situaties waarin diagnostiek en beleid gerealiseerd moeten worden en de invloed die dat heeft op de inhoud van afzonderlijke consulten. Door de gesprekspartners worden daarvoor vier groepen oorzaken expliciet genoemd: de ziekte,⁶⁾ de patiënt,⁷⁾ waar men in de gezondheidszorg werkzaam is,⁸⁾ en de dokter zelf.⁹⁾

- 6) *Niet iedere kwaal is hetzelfde. Je hebt kwalen die heel goed te hanteren zijn, waarbij je toch eigenlijk, als je dat goed doet, tevreden mensen ontmoet. Die je niet te vaak ziet. Maar je hebt ook kwalen, die echt afbraak na afbraak te zien geven en dat is heel frustrerend.* [z]
- 7) *(...) maar dat is toch altijd actie-reactie in het contact met de patiënt, die maakt waar je de accenten legt. De geruststelling, al of niet de geruststelling, veel verteld in één keer, weinig verteld in één keer.* [z]

- 8) *Chronisch aspecifieke pijnklachten, rugpijn of schouderpijn, die categorie zien wij denk ik vrij vroeg in het proces. Maar als je het over een andere categorie hebt – bijvoorbeeld de amputatiepatiënten of de neurologische patiënten, de vaatproblematiek – die zien wij inderdaad in tweede instantie. In de fase dat wij vaak wat met die mensen kunnen doen.* [r
- 9) *Kijk, patiënten zijn veel mondiger. Ik vind het altijd prettiger om zaken te doen met iemand die al veel van zijn ziekte weet. Er zijn dokters die vinden dat vrese-lijk.* [h

In de volgende vier paragrafen worden de details van deze factoren besproken.

3.3.6 Variatie door de ziekte

In de eerste serie consulten wordt de hoogste prioriteit gegeven aan het stellen van een diagnose en het starten van een behandeling. Uit de gesprekken komt naar voren dat de ziekte zowel voor als na het stellen van een diagnose veel variatie veroorzaakt in de inhoud van consulten. Vóór er een diagnose gesteld is, ontstaat die variatie door de manier waarop aandoeningen zich kunnen presenteren. Zodra een diagnose bekend is, zorgt het verwachte beloop van de aandoening voor variatie in de inhoud van consulten.

Bij de bespreking wordt eerst ingaan op de achtergronden van de invloeden (welke variatie is er tussen aandoeningen) en vervolgens op wat de invloed daarvan is op het contact tussen arts en patiënt (welke invloed heeft de variatie op de inhoud van consulten).

Waarom varieert de presentatie van aandoeningen?

Hoe lang het duurt voordat er een diagnose gesteld kan worden en op welk moment een specifieke behandeling kan worden gestart, wordt in grote mate bepaald door de manier waarop een aandoening zich presenteert.

- 10) *Hoe specifiek zo'n beeld zich aandient, en daarbij kijk je ook naar leeftijd en geslacht hoe makkelijker het is om een diagnose te stellen.* [h

De manier waarop aandoeningen zich presenteren, kent een grote diversiteit waarvoor de gesprekspartners drie oorzaken noemen:

- 1 Tussen aandoeningen bestaan karakteristieke verschillen in klachten en verschijnselen en het gemak waarmee ze kunnen worden aangetoond.
- 2 Dezelfde ziekte kan verschillende klachtenpatronen veroorzaken.
- 3 Hetzelfde klachtenpatroon kan veroorzaakt worden door verschillende ziekten.

Karakteristieke verschillen tussen aandoeningen. Als belangrijkste verschil dat tussen aandoeningen bestaat, wordt aangegeven dat sommige aandoening zich acuut presenteren terwijl andere een sluipend en aspecifiek begin hebben.¹¹⁾ Een tweede kenmerkend verschil is dat er aandoeningen zijn waarbij de diagnose met een enkele laboratoriumbepaling vastgesteld kan worden, terwijl de diagnose bij andere aandoeningen berust op een combinatie van klinische verschijnselen en uitslagen van laboratoriumonderzoek of alleen maar kan worden gesteld op basis van het klinisch beloop.^{12),13)}

- 11) *Een CVA is een acuut gebeuren, daar stel je de diagnose en daar heb je dan een werkwijze voor, dat is niet zo moeilijk.* [h]
- 12) *Bij diabetes heb je de nuchtere glucose en is die boven een bepaalde waarde, dan is het diabetes. En bij reuma, ja, dan heb je mensen met gewrichtsklachten en je vindt nog niks in het bloed en het zou het kunnen zijn. Dat is een veel moeilijker.* (...) [h]
- 13) *Typisch van MS is het, dat het een klinische diagnose blijft en dat in klassieke gevallen patiënten tenminste twee aanvallen gehad moeten hebben, twee Schubs of exacerbaties van de ziekte.* [z]

Dezelfde aandoening, verschillende klachtenpatronen. Dat aandoeningen zich op een karakteristieke manier kunnen presenteren, betekent niet dat ze dat ook altijd doen. Aandoeningen die zich vrijwel altijd op een karakteristieke manier presenteren, kunnen ook wel eens met aspecifieke klachten beginnen en andersom kunnen aandoeningen die vaak lastig vast zijn te stellen zich ook wel eens karakteristiek presenteren. Hierboven werd bijvoorbeeld aangegeven dat de diagnose van diabetes eenvoudig te stellen is en dat dat niet zo is bij reumatoïde artritis.¹²⁾ De volgende citaten laten zien dat het ook anders uit kan pakken.^{14),15)}

- 14) *Maar ik heb ook wel eens een jongeman gehad in de praktijk, daar heb ik heel lang tegenaan gehangen. Hij had alleen maar als klacht dat hij zo moe was. Hij dronk niet, hij plaste niet. Hij was alleen erg moe, hij kwam aan niets meer toe. Boven aan de lijst stond depressie en later kwam pas toevallig de diabetes.* [h]
- 15) *(...) als iemand niets meer kan van de pijn en de stijfheid – en dat kan natuurlijk vrij acuut ontstaan – ja dan moet je in het begin al veel meer ondernemen om hun leven hebbelijk te houden. En dus vaak al veel meer uitleggen dan bij iemand bij wie je zegt: het zit er aan te komen, dit zou het wel kunnen wezen.* [z]

Hetzelfde klachtenpatroon, verschillende aandoeningen. In de spreekkamer gaat het om klachten en verschijnselen en achter hetzelfde klachtenpatroon kunnen verschillende ziekten schuil gaan. Daarbij gaat het niet alleen om ziektebeelden waarvan bekend is dat ze vaak een specifiek begin kennen.¹⁶⁾ Ook ziekten die doorgaans beginnen met een specifiek patroon van klachten en verschijnselen, presenteren zich wel eens als een andere aandoening.^{12),14)}

- 16) *Wat moeilijk is, zijn sluipend beginnende chronische ziektes. Daar doe je het ook altijd fout. Dat zijn bijvoorbeeld mensen met MS Ze komen en hebben absoluut aspecifieke klachten. Ze komen als er toch al griep is of snot in de praktijk. Dus je zegt zoals tegen anderen: we kijken het even aan en verder niet veel bijzonders en als het niet over is komt u over twee weken terug. Dan gaat het een tijdje goed, dan komen ze nog eens. Daar gaat het vaak mis. Dat vind ik moeilijk.* [h]

Wat is de invloed van variatie in presentatie op consulten?

In het voorgaande is verwoord wat de ziektegebonden factoren zijn die het makkelijker of moeilijker maken om een diagnose te stellen. In grote lijnen komt dat overeen met wat ook in leerboeken wordt gemeld over klachten, verschijnselen, differentiaal diagnoses en klinisch redeneren. Wat daaraan in de interviews wordt toegevoegd – en dat is al hoorbaar in de voorgaande citaten – zijn de gevolgen die

deze variatie heeft voor consulten. De verschillen die daarin optreden worden vooral veroorzaakt door de duidelijkheid die er bestaat over de aard van de aandoening. Daarbij worden drie situaties onderscheiden:

- 1 De diagnose is meteen of vrij snel bekend.
- 2 De verdenking is er vrij snel, maar een diagnose kan alleen gesteld worden door het klinisch beloop af te wachten.
- 3 In eerste instantie wordt de correcte diagnose gemist.

De diagnose is meteen of vrij snel bekend. Is de aard van een aandoening betrekkelijk snel duidelijk, dan gaan de consulten over het starten van therapie en het geven van voorlichting over de aandoening.¹⁷⁾ Er kan natuurlijk ook snel duidelijkheid ontstaan over de *afwezigheid* van een aandoening waarvan de patiënt dacht dat die de klachten en verschijnselen veroorzaakte. Ook daarover wordt dan opheldering gegeven. Dat betekent niet altijd dat het probleem van de patiënt ook is opgelost. Als dat niet zo is, dan volgen consulten waarin geprobeerd wordt om psychosociale achtergronden van de klachten bespreekbaar te maken.¹⁸⁾

17) *Als er iemand komt, waarvan ik denk: die zal een chronisch gewrichtsreuma hebben, ja, dan probeer ik meteen even te kijken waar de zorgen en de klachten liggen en een voorzichtige uitleg te geven over wat er misschien aan de hand is, een voorzichtige aanzet te doen over medicatie en eventuele behandeling om de eerste klachten te verlichten* [z

18) *Een aantal mensen kan je dus adequaat geruststellen, want die zijn toch ook al gerustgesteld omdat ze het niet hebben, die willen dat eigenlijk ook horen. En een aantal mensen kan je nog onderbrengen in de categorie fibromyalgie en een aantal mensen blijft last houden en wil eigenlijk niet werken en voelt zich onprettig maar voelt zich in feite op andere gronden onprettig. En de uitdaging is dan om te kijken of je daar met een tweesparenbeleid op een gegeven moment de onvrede een beetje naar boven kunt halen en dat een beetje bespreekbaar kunt maken.* [h

Diagnose door klinisch beloop. Bij sommige aandoeningen kan de diagnose alleen gesteld worden op basis van het klinisch beloop en dat moet aan de patiënt worden uitgelegd. Dat kan geheel verschillende consulten opleveren, want soms accepteren patiënten de boodschap zonder veel problemen, terwijl in andere gevallen veel ongerustheid ontstaat.¹⁹⁾

19) *Je krijgt zo'n kind wat dan langdurig 's nachts hoest, nou dan weet je natuurlijk: dat kan een symptoom van astma zijn. En dan hebben ze een oorontsteking gehad, en dan hebben ze ook twee keer bronchitis gehad, en dan... ja ... is het dat nou of is het dat nou niet? Volgens de definitie is het dat pas als er een bepaald aantal episodes in de loop van het jaar heeft plaats gehad. Dat kan je aan sommige mensen uitleggen, maar aan een aantal mensen kan je dat ook absoluut niet uitleggen. Die worden heel onrustig van het feit dat iets pas na een jaar duidelijk kan zijn (...)* [h

Correcte diagnose in eerste instantie gemist. Bij de derde situatie wordt de correcte diagnose in eerste instantie niet gesteld, maar pas later (zie bijvoorbeeld¹⁴⁾, blz. 56). Dit zijn situaties waarin arts en patiënt beide de diagnose niet hebben zien aankomen. In de interviews blijven de voorbeelden beperkt tot de huisartsen,

de achtergrond daarvan wordt nader besproken op blz. 66. Wat er gebeurt, is dat de patiënt zich afvraagt waarom de arts de diagnose niet eerder heeft kunnen stellen en dit de huisarts soms ook verwijt.²⁰⁾ Voor de huisarts geldt dat die, achteraf gezien, de klachten en verschijnselen goed kan verklaren uit het klinisch beeld en dat zelf ook moet verwerken. Voor het contact met de patiënt betekent het dat eerst de vertrouwensrelatie hersteld moet worden voor de aandacht weer op de toekomst kan worden gericht.²¹⁾ Lukt dat niet, dan kiest de patiënt – soms op advies van de huisarts zelf – een andere huisarts.²²⁾

20) *En dan is natuurlijk de specialist die de diagnose stelt, is altijd de goede dokter en de huisarts die zo lang heeft gemodderd, zeg maar, is natuurlijk een kwalijke knudderaar.* [h

21) *Maar op het moment dat je het alle twee weet en erachter bent gekomen dat dat het is, is de verwerkingsfase van: ik heb zo'n ellendige ziekte, nog lang niet klaar en dan valt dat samen met het moment dat eindelijk ook de dokter weet wat er aan de hand is. (...) Dus dan maak je als het ware samen een stukje verwerking door. En als je dat een beetje kan delen, dan komt het vaak wel weer goed in je relatie met die patiënt. Maar dat is lastig, dat is lastig.* [h

22) *Ik denk ook dat wanneer je denkt dat je met zo'n patiënt niet meer tot een vertrouwensrelatie kan komen, moet je ook mensen adviseren en zeggen van: goh, moet je eens luisteren, ik denk dat het voor jou beter is als je met een andere dokter, nu je weet wat je hebt, gewoon doorgaat.* [h

Waardoor varieert het beloop dat van aandoeningen verwacht wordt?

Onder 'beloop' wordt door de geïnterviewden verstaan: de manier waarop een aandoening zich ontwikkelt. Het beloop bij een individuele patiënt is het resultaat van het samenspel tussen twee factoren:

- 1 het al dan niet optreden van complicaties en
- 2 het tempo waarin complicaties zich aandienen: de progressie.

Complicaties. Als een aandoening zich verder ontwikkelt kunnen er complicaties ontstaan, maar dat is niet bij elke aandoening het geval.²⁵⁾ Ontstaan er complicaties, dan kan dat in een voorspelbaar patroon en met voorspelbare ernst gebeuren,²³⁾ maar er zijn ook aandoeningen waarbij het optreden van complicaties, zeker in het begin, onvoorspelbaar is.²⁴⁾ In het verdere verloop van een aandoening kunnen zich opnieuw de complicaties voordoen die kenmerkend zijn voor de aanvang van een ziekte. In de gesprekken wordt dit steeds in verband gebracht met tekortschieten van de farmacotherapie. Dat kan het gevolg zijn van een intercurrente ziekte,²⁶⁾ het afwijken van de noodzakelijke leefregels,²⁷⁾ of het niet consequent innemen van medicatie.²⁵⁾

23) *Bij een spierziekte is dat vrij goed geprotocolleerd omdat dat aandoeningen zijn die een vrij voorspelbaar verloop hebben. Misschien met wat variatie in tijdsduur, maar toch een vrij voorspelbaar verloop in wat voor beperkingen kunnen ontstaan en wat voor problemen kunnen ontstaan rond de verwerking.* [r

- 24) *Nou het grootste kenmerk is denk ik de onzekerheid bij betrokkene over wat hem allemaal te wachten staat en de enorme invloed die het toch vaak direct al heeft op het dagelijks bestaan, praten we over zeg maar reumatoïde artritis, dan heeft dat onmiddellijk heel veel consequenties voor al hun handelen en je hebt in het begin alleen maar onzekerheden over de vooruitzichten.* [z
- 25) *Hypothyreoïdie is een ziekte, maar je kan je afvragen of je dat een ziekte tussen aanhalingstekens kan noemen. Het is meer iets 'hebben', een soort deficiëntie die je substitueert en als je dat gedaan hebt, is het over. En daar heb je geen complicaties op langere termijn te verwachten, als je maar netjes die substitutie volgt.* [z
- 26) *Iemand met een Addison moet gewoon heel goed weten waar ie aan toe is. Dat 'ie de medicatie moet verhogen als 'ie griep heeft. Dat 'ie aan de bel moet trekken als 'ie griep heeft, als 'ie infecties heeft, als 'ie braakt; dat 'ie daar dan niet twee of drie dagen mee gaat liggen. Je moet heel duidelijk van die instructies geven, want dan is er een acuut gevaar.* [z
- 27) *Dus die diabetes – en ik vind het een vervelend woord – vind ik een rotziekte tussen aanhalingstekens. In de zin van dat er altijd potentieel hele vervelende dingen heel dichtbij om de hoek liggen als je ontregeld raakt.* [z

Progressie. Als er complicaties te verwachten zijn, is ook het tempo waarin ze zich voor zullen doen van invloed op de inhoud van consulten. Daarbij worden aandoeningen onderscheiden met een snelle,²⁸⁾ een langzame,²⁹⁾ of een wisselende progressie.³⁰⁾

- 28) *Een ALS-patiënt die binnen drie maanden dood kan zijn en een MS-patiënt die met een voortschrijdende progressiviteit van twintig tot dertig jaar kampt. Als je die twee varianten naast elkaar zet, probeer ik daar een onderscheid in te maken van wat je hulp kan zijn.* [r
- 29) *Diabetes is een beetje een chronisch sluipende aandoening. Aan de ene kant lijkt het allemaal heel easy come en easy go, aan de andere kant is het een heel vervelende aandoening met heel vervelende complicaties voor de langere termijn.* [z
- 30) *We leggen uit wat MS is, wat de verschillende evolutievormen zijn, de goede, de slechte, de tussenklasse. Dan zeggen we ook dat we weten dat de eerste vijf jaar eigenlijk heel bepalend, toch heel bepalend zijn voor de uiteindelijke prognose qua invaliditeit. (...) Na vijf jaar kunnen we toch wel al zeggen van in welke richting het zowat gaat hè.* [z

Wat is de invloed van de variatie in beloop op consulten?

De besproken variatie blijkt op drie gebieden z'n invloed te hebben op contacten met patiënten:

- 1 Het bepaalt inhoudelijk waar de gesprekken over gaan.
- 2 Het beïnvloedt de mate waarin de arts de regie naar zich toetrekt of bij de patiënt legt.
- 3 Het heeft invloed op de organisatie van contacten met patiënten.

Invloed op de inhoud. Vanaf het moment dat er een diagnose gesteld is, gaat het verwachte beloop een rol spelen. Pas dan is het mogelijk om uitleg te geven over wat patiënten mogelijk te wachten staat.¹⁾ De uitleg is het meest welomschreven bij aandoeningen waarbij geen complicaties te verwachten zijn en bij aandoenin

gen waarbij complicaties zich volgens een vrij voorspelbaar patroon voordoen.³¹⁾ Vaak zal echter duidelijk gemaakt moeten worden dat alleen de tijd duidelijk kan maken óf en welke complicaties er op zullen treden.^{24),30)}

Bij aandoeningen met potentieel ernstige consequenties van ontregeling zal veel aandacht worden besteed aan voorlichting over de achtergrond ervan en instructie over de manier waarop ontregeling kan worden voorkomen.²⁶⁾ Als ontregeling minder ernstige consequenties heeft,²⁵⁾ dan staat juist geruststelling op de voorgrond. Voorlichting richt zich ook op de complicaties die zich op termijn kunnen voordoen en die uitgesteld kunnen worden door leefregels en medicatie nauwgezet te gebruiken.³¹⁾ Daarbij moeten patiënten gemotiveerd worden om iets te doen (of te laten) om op de lange termijn winst te boeken (uitstel van complicaties, levensverlenging), terwijl er op de korte termijn geen gevolgen zijn als ze zich minder nauwgezet aan de medicatie en de leefregels houden.

- 31) *Als iemand komt met diabetes, dan zal dat in het begin gaan over acute ontregeling, want dat is waar iemand mee komt, dat is logisch. Dat zal gaan over lage bloedsuiker, over hypo's, over maatregelen die je moet nemen. En dat zal ook gaan over de risico-inschatting van chronische complicaties op langere termijn, met als onderlegger dat dat de motivatie is om zo goed mogelijk gereguleerd te zijn.* [z
- 32) *En tegen iemand met z'n schildklierprobleem zeg je nou, hou je aan de regels en het gaat goed. En maak je niet onnodig ongerust. Let erop, maar maak je niet onnodig ongerust.* [z
- 33) *Waar je nou in het contact met een patiënt met diabetes mee geconfronteerd wordt, is dat je die erop moet wijzen van joh, doe alsjeblijft (...) want je bent nu bezig met je risico van over twintig jaar. Dat is natuurlijk een hele abstracte discussie, maar dat is het wel.* [z

De mate van regie. Het beloop van een aandoening speelt ook een rol bij de vraag of een arts zich actief opstelt ten aanzien van de punten die besproken en geregeld moeten worden of meer afwacht waar de patiënt mee komt. Wordt een snelle progressie met ernstige complicaties voorzien dan zal de arts de regie meer naar zich toetrekken,³⁴⁾ terwijl die bij een tragere progressie meer bij de patiënt komt te liggen.³⁵⁾

- 34) *Bij een ALS-patiënt geef ik heel duidelijk aan dat we vrij snel dingen moeten regelen, want anders dan ben je te laat. (...) En bijvoorbeeld bij een MS-patiënt die in een vrij vroeg stadium bij ons komt, dan richt ik me meer op de huidige situatie en op het uitleggen op welk moment ze überhaupt weer bij ons moeten komen, voor verdere vragen of begeleiding als ze dat wensen.* [r
- 35) *Ik denk, die diabetes hebben ze hun leven lang, wat vandaag niet aan de orde komt, komt in het volgende contact. Ik probeer af te werken waar die patiënt mee komt.* [h

Organisatie. Het beloop van aandoeningen heeft ook gevolgen van organisatorische aard. Daarvan zijn twee voorbeelden genoemd: of en hoe vaak een patiënt wordt teruggezien,³⁶⁾ en de mogelijkheid om beleid te protocolleren.^{23),37)}

- 36) *Van sommige aandoeningen is het gecontraïndiceerd om ze terug te laten komen. Voor mensen met chronische rugklachten of met lumbago is het vrij aardig uitgezocht. Als je die mensen allemaal terugbestelt, dan zijn ze ook allemaal ziek totdat je ze weer gezien hebt, terwijl je dan het natuurlijke beloop geen kans geeft. Een aantal andere klachten, die bekort je juist door wel gericht terug te bestellen.* [h
- 37) *MS-groepen hebben bijvoorbeeld geen vast protocol in die zin, omdat dat een wisselend verloop is met zulke wisselende dingen.* [r

3.3.7 Variatie door de patiënt

Waarin variëren patiënten?

In alle gesprekken komt de grote variatie aan de orde die door patiënten in consulten wordt veroorzaakt. Er komen drie gebieden naar voren waarop patiënten van elkaar verschillen:

- 1 De manier waarop zij zich uiten.
- 2 De leeftijd waarop een aandoening wordt ontdekt.
- 3 Hoe zij omgaan met de verschillende fases in het diagnostisch-therapeutisch proces: vóór de diagnose, rond het definitief vaststellen van een aandoening en bij het omgaan met een chronische aandoening.

De manier waarop patiënten zich uiten. Los van het onderwerp dat ter sprake is, ervaren artsen grote verschillen in de manier waarop patiënten zich meer of minder expliciet uiten,³⁸⁾ en om hulp vragen.³⁹⁾

- 38) *Sommige mensen kunnen heel duidelijk verwoorden: Nou ik ben bang voor ... en een heleboel mensen verwoorden dat niet. Maar daar merk je natuurlijk wel aan dat het speelt, bij sommige mensen vermoed je dat het speelt.* [z
- 39) *Er zijn patiënten die voor alles hulp vragen en er zijn patiënten die nooit om iets vragen, nou en tussen dat zit alles.* [z

De leeftijd waarop een aandoening zich openbaart. De gesprekspartners noemen ook de leeftijd waarop een chronische aandoening aan het licht komt als oorzaak van verschillen tussen patiënten.^{40),41)} Daarbij geldt natuurlijk dat waar kinderen in het geding zijn,⁴²⁾ artsen niet alleen met de patiënt maar ook met ouders te maken hebben.

- 40) *Ik denk dat veel van de echte chronische ziekten op de kinderleeftijd, ja, die hebben misschien wel meer impact dan de chronische ziekte op de volwassen leeftijd. Dat zou best wel eens kunnen. (...) Kijk, een ziekte die op de kinderleeftijd begint en die levenslang effecten heeft, ja daar, zeker als ze jong beginnen, heeft het kind nog nauwelijks een normaal leven gehad en zijn hele leven staat dan toch min of meer in het teken van die chronische ziekte. En dat vind ik toch anders.* [z
- 41) *Ik zeg dus gewoon: " Momenteel is het nog niet zo dat u multiple sclerose heeft. De toekomst moet het uitwijzen." (...) Daar zijn sommige mensen inderdaad mee bezig. Voor hen stort eigenlijk een soort wereld in elkaar (...) Het is ook een ziekte die voorkomt bij mensen die echt aan het begin van hun carrière staan, aan het begin van een gezin staan (...)* [z

- 42) *Ook een volwassene is wat dat betreft ... heeft er natuurlijk ook soms wel moeite mee, maar ouders over hun kind ... en ouders die ongerust zijn over hun kind, dat is nog een extra handicap.* [h]

Omgang met de fases in het diagnostisch-therapeutisch proces. Hier komen in de interviews de drie fases naar voren die eerder werden genoemd (blz. 51): vóór de diagnose, rond het definitief stellen van de diagnose en als de diagnose al langer bekend is.

Vóór de diagnose. Patiënten interpreteren zelf hun klachten en verschijnselen. Sommigen vormen zich een correct idee over de oorzaak daarvan, terwijl anderen nog volledig in het duister tasten.⁴³⁾ Patiënten kunnen ook een verkeerd idee hebben over de oorzaak van hun klachten,⁴⁴⁾ en daar meer of minder aan vasthouden.⁴⁵⁾

- 43) *De een komt binnen en die heeft z'n buurman met reuma en die heeft al langzaam bedacht dat ie het ook heeft en heeft dat al helemaal op een rijtje gezet en de andere wordt voor het eerst met het vermoeden geconfronteerd.* [z]
- 44) *Overigens, de meeste patiënten die zelf denken dat ze reuma hebben, hebben het niet. Dat is ook heel ingewikkeld.* [h]
- 45) *Als mensen allerlei waanideeën hebben om het cru te zeggen. Bijvoorbeeld dat mensen denken dat ze kanker hebben. Dan zitten ze je ongelovig aan te kijken: is er echt niet nog wat anders aan de hand?* [z]

Rond het definitief stellen van de diagnose. In het algemeen is de ervaring van de geïnterviewden dat patiënten het goed kunnen verwerken als ze horen dat er bij hen een chronische aandoening in het spel is.⁴⁶⁾ Daarbij erkennen ze wel dat ze als arts natuurlijk niet met alles worden geconfronteerd.⁴⁷⁾

Op het moment dat een diagnose serieus wordt overwogen of definitief wordt vastgesteld, spelen de beelden een rol die patiënten over aandoeningen hebben. Soms weten ze precies waar ze aan toe zijn. Veel vaker hebben patiënten in dit stadium een fragmentarisch beeld over (de gevolgen van) een aandoening en heeft dat beeld met name betrekking op de ernstige uitingsvormen.⁴⁸⁾ Deze beeldvorming wordt vooral bepaald door de directe omgeving van de patiënt en de media.^{43),49)} Bij het verwerken van de boodschap dat er een chronische aandoening is vastgesteld, zoeken veel patiënten naar een antwoord op de vraag: Waarom overkomt mij dit? Daarbij komt ook aan de orde of zij misschien iets gedaan of gelaten hebben dat de ziekte heeft uitgelokt.⁵⁰⁾ Kan een diagnose alleen gesteld worden door het klinisch beloop af te wachten, zoals bijvoorbeeld astma bij kinderen, dan kan de ene ouder met die boodschap makkelijker omgaan dan de andere.⁵¹⁾

- 46) *Dat wisselt. In de regel vind ik dat mensen dat heel gelijkmoedig opvangen. Op een goede manier incasseren. Dat is wat mij het meest verbaast, dat het zo in een bepaalde harmonie gebeurt. Het verbaast me niet dat mensen in tranen uitbarsten en ach en wee roepen. Maar dat mensen op een gegeven moment dit toch als feit accepteren, dat is echt heel indrukwekkend als je dat meemaakt. Wat zou ik doen als het mij zou overkomen?* [z]
- 47) *Wat er gebeurt achter de schermen, als ik het zo mag zeggen, is misschien wel heel erg, en daar hebben we niet altijd zicht op.* [z]

- 48) *Mensen komen soms en die zeggen: kunnen mijn voeten ook geamputeerd worden, want mijn man zei dat de oom van zijn tante twee geamputeerde voeten had.* [h
- 49) *Voor hen stort eigenlijk een soort wereld in elkaar, vooral als ze het beeld van multiple sclerose kennen natuurlijk hè. Er wordt scherp in de media over uitgeweid, je ziet toch het beeld dat veel mensen in rolstoelen zitten enz.* [z
- 50) *Dat mensen zeggen van goh, als ik altijd zus of zo had gedaan, dan had ik dat misschien niet gehad. Of: ik heb altijd iets verkeers gegeten. Mensen hebben altijd vreselijke dingen die ze gedaan hebben en waar ze dan spijt van hebben, wat meestal volstrekt niet realistisch is.* [z
- 51) *Nou, sommige mensen snappen dat prima en vinden het ook uitstekend. Die zeggen: nou natuurlijk, het kind groeit, ik zie het wel. Hij doet het goed dokter en verder geen problemen.
En andere mensen, die raken helemaal over de toeren. Die denken: goh, er is een diagnose en die kan nog niet gesteld worden, wat moeten we nou? Die worden dus heel onrustig van het feit dat iets pas na een jaar duidelijk kan zijn (...)* [h

Als de diagnose langer bekend is. De meeste mensen leren om de gevolgen van een chronische aandoening in hun bestaan te incorporeren en om medicatie en leefregels al naar gelang hun behoefte aan te passen.^{52),53)} Bij niemand gaat dat een leven lang vlekkeloos. Voor een veel kleinere groep patiënten levert de aanpassing aan het leven met een chronische aandoening blijvend problemen op.⁵⁴⁾⁻⁵⁶⁾

- 52) *(...) wat mij imponeert is dat het vaak op een goede manier wordt opgepakt. Met andere woorden: dat mensen eigenlijk helemaal geen patiënten zijn in de zin van dat je op grote afstand ziet dat mensen een kwaal hebben, ziek zijn, dat ze eigenlijk geen ziektegedrag vertonen, maar gewoon hun dagelijkse bezigheden zo goed en zo kwaad proberen te doen (...)* [z
- 53) *De meeste mensen worden daar heel assertief in en worden ook, denk ik, door schade en schande en hun ervaringen met het medische apparaat wijs. Die leren om voor zichzelf op te komen en ook “nee” tegen dingen te zeggen, en af en toe eens een pil te laten staan omdat ze last van hun maag hebben.* [h
- 54) *Het gaat niet vijftig jaar altijd even perfect, je kan het niet opbrengen om bijna een heel leven altijd even punctueel en gestresst ergens mee om te gaan. Er zijn ook momenten of jaren, ja, waarbij er andere dingen zijn zodat het wat verslapt en andere dingen waardoor je het weer oppakt.* [z
- 55) *Als de een Bechterew heeft en de ander ook dan zijn dat twee heel verschillende mensen qua gehandicaptheid, ook al zijn ze even oud of hebben ze het even lang.* [h
- 56) *Je hebt mensen met moeilijke diabetes en je hebt moeilijke mensen met diabetes.*

Welke invloed heeft de variatie tussen patiënten op consulten?

Artsen ervaren het als vanzelfsprekend dat de variatie tussen patiënten van invloed is op hun consulten.⁵⁷⁾ Die invloed betreft zowel de manier van communiceren als de inhoud van consulten.^{58),59)} Met name over dat laatste zijn artsen expliciet. Ze blijken zich terdege bewust te zijn van de verschillen die er tussen patiënten bestaan en de noodzaak om daarmee rekening te houden.⁶⁰⁾ Hun algemene werkwijze daarbij komt uit de interviews als volgt naar voren: een zich steeds herhalend proces van analyseren van wat patiënten bezighoudt en wat zij aan wensen en

behoefte hebben, om daarop vervolgens de inhoud van het consult af te stemmen.⁶¹⁾ Dit afstemmingsproces speelt zich af in elk stadium van het diagnostisch-therapeutisch traject. De inhoudelijke afstemming heeft niet alleen betrekking op het diagnostisch traject,⁶²⁾ maar ook op aard en hoeveelheid van de informatie die gegeven wordt,⁵⁹⁾ de hoeveelheid en intensiteit van de begeleiding, de omvang van therapeutische acties en het tempo waarin die worden uitgevoerd.⁶³⁾ Afstemmen betekent ook dat als chronische aandoeningen in een stabiel stadium terecht zijn gekomen, de vraag rijst hoe vaak er vervolgcconsulten nodig zijn, bij wie het initiatief daarvoor ligt en of de vervolgcconsulten door iemand anders moeten worden uitgevoerd.⁶⁴⁾

- 57) *Ik volg de patiënt, want die patiënt heeft zijn eigen sequens daarin.* [h
- 58) *(...) de ene is rechttoe rechtaan en ik heb dan het idee "ik kan rechttoe rechtaan terug zijn", bij de andere moet je veel meer zoeken wat de eigenlijke vragen zijn, of mogelijke angsten zijn of ...* [z
- 59) *(...) het is toch altijd de actie-reactie in het contact met de patiënt die maakt waar je de accenten legt: al of niet de geruststelling, veel verteld in één keer, weinig verteld in één keer.* [z
- 60) *Ik probeer uit te vinden waar de patiënt staat, hem daar zelf z'n rol in laten hebben. En bij sommige dingen zal je dat gewoon van de patiënt overnemen en bij andere dingen zal je dat helemaal aan de patiënt overlaten en alle variaties daartussen.*
Ik denk dat luisteren en proberen te vertalen wat dat betekent voor de patiënt, dat dat belangrijk is. [z
- 61) *Wat ik altijd probeer, is toch een beetje boven water te krijgen wat de patiënt zelf denkt en waar patiënten zelf bang voor zijn. Zodat je zo goed mogelijk een eerste aanzet kunt geven tot een antwoord op waar zij mee zitten. Want soms zijn ze nog niet helemaal klaar voor een kant en klaar medisch antwoord of vertel je een verhaal en dat is dan kennelijk helemaal niet waar ze zelf mee bezig waren.*
Dus je probeert altijd te zoeken van: wat is de vraag en waar wordt het antwoord op gegeven? [z
- 62) *Nou, er is een patiëntengroep die dat accepteert en dan ook aan het denken wordt gezet. Het ook geen probleem vindt om dan het tweede spoor in te gaan. En er is een patiëntengroep die dat niet accepteert, dus die zegt: "Nee, ik zie zo'n psychologisch onderzoek niet zitten."*
Op dat moment bespreek ik met hun dat ons diagnostisch protocol of ons diagnostisch programma eigenlijk niet voldoende kan worden afgewerkt, en dat ik eigenlijk vanuit onze werkwijze niet veel kan bieden. [r
- 63) *Er moet soms een heleboel gebeuren, je moet geduld hebben. En soms zijn dingen wel eens medisch gewenst en dat is voor de patiënt wel eens niet allemaal te behappen, dus dan zou je dat moeten faseren.* [z
- 64) *En dan heb je op een gegeven moment, zeker bij die chronische aandoeningen, ook rustige fases waarbij je eigenlijk als revalidatiearts niet direct een behandel-motief hebt, maar wel begeleidende motieven hebt. Afhankelijk van de patiënt ook een beetje.*
Sommige patiënten die zeggen: nou, ik heb een goed contact met de huisarts. Dan vind ik dat prima als die huisarts dat kan begeleiden. Dan zeg ik ook: nou dat

*moet je doen, dan kom je gewoon pas als er problemen ontstaan.
Maar heel vaak vinden ze het ook wel prettig om één keer in de zoveel tijd bij de
revalidatiearts te komen en toch een gesprek te hebben over hoe het gaat en of ze
zo door willen gaan of niet.* [r

3.3.8 Variatie door de dokter

Waarin verschillen dokters?

Op diverse momenten geven de geïnterviewden aan dat zijzelf een bron van variatie vormen voor vorm en inhoud van consulten. Dat gebeurt op twee met elkaar samenhangende manieren: via hun persoonlijkheid,^{65),66)} en via hun professionele opvattingen (het normen en waardenpatroon van de arts als functionaris).^{67),68)} Daarbij blijkt er een geleidelijke overgang te zijn van professionele opvattingen die in de beroepsgroep algemeen geaccepteerd zijn (zoals taakopvattingen, zie blz. 66) gouden standaarden en protocollen), naar opvattingen die een meer persoonlijke kleur hebben.

65) *Ik vind het altijd prettiger om zaken te doen met iemand die al veel van zijn ziekte weet. Er zijn dokters die vinden dat vreselijk.* [h

66) *Er zijn patiënten tegen wie je zegt: Eigenlijk hoeft u niet meer bij mij te komen, want ik doe niets meer voor u (...). Die zeggen: Ja, maar ik wil toch één keer in het jaar komen. En nou moet ik eerlijk zeggen, bij sommige patiënten zeg ik: Prima. Er zijn ook wel patiënten waar ik wat meer moeite mee heb en daar zeg ik: Nee, dat wil ik liever niet hebben. (...) Het is een subjectieve keuze die ik daar zo nu en dan in maak.* [r

67) *Dan zeg ik: Goh mevrouw, u heeft een klontje in de borst. U maakt zich er zorgen over. Ik maak me er ook zorgen over. Dus ik zorg dat u snel in het ziekenhuis terecht kan, ik ga meteen telefoneren, want ik vertrouw dat niet. Ja, daar ben ik transparant in. Daar verschillen dokters wel in, maar ik vind dat in de dertig jaar die ik kan overzien, we daar heel duidelijk over geworden zijn.* [h

68) *Ik probeer wel als een spin het web te zorgen dat het dan voor elkaar komt. En ik stook mensen ook op als ze op bepaalde plekken niet krijgen wat ze zouden moeten hebben. (...) En daarmee haal ik mezelf wel wat werk op de hals waarvan ik ook van een aantal collegae weet dat ze dat niet doen, maar dat maakt voor mij het functioneren als huisarts wel leuker. Dus ik denk: ik doe dat dan toch maar.* [h

Welke invloed hebben verschillen tussen artsen?

Uit de voorgaande fragmenten wordt duidelijk dat de verschillen tussen artsen invloed hebben op vorm en inhoud van consulten. Die invloed laat zich, in tegenstelling tot die van de variatie door de ziekte en door de patiënt, op basis van de gevoerde gesprekken niet systematisch in kaart brengen.

3.3.9 Variatie door de plek in de gezondheidszorg

Waarin variëren de plekken in de gezondheidszorg?

Bij de selectie van de gesprekspartners zijn artsen gekozen uit de eerste, tweede en derde lijn van de gezondheidszorg. In de interviews geven de artsen uit deze 'lijnen' aan dat zij onderlinge verschillen ervaren in de taakopvatting over hun be

moeienis met de problematiek van chronisch zieken. Daarnaast bestaan tussen de drie 'lijnen' verschillen in epidemiologie.

Taakopvattingen. Huisartsen geven aan dat zij er voor de biomedische, psychosociale en maatschappelijke problematiek van een patiënt zijn en zowel voor therapie als voor begeleiding.⁶⁹⁾ De tweedelijns ziekenhuisspecialisten beperken zich meer tot de biomedische problematiek en onderkennen de noodzaak van de aanwezigheid van een huisarts.^{70),71)} De revalidatiearts staat daar tussenin.⁷²⁾ De verschillen zijn echter relatief. Ook in de ziekenhuizen wordt steeds meer een integrale benadering nagestreefd van de problematiek van chronisch zieken. Sterker dan bij huisartsen is daarbij sprake van taakverdeling.⁷³⁾ De medici richten zich sterker op de biomedische aspecten. Op het gebied van de psychosociale en maatschappelijke aspecten zijn rollen weggelegd voor gespecialiseerde verpleegkundigen.

69) *Omdat ik vind dat je als huisarts inderdaad de mens als geheel ... ja, die is in zijn geheel in zijn totale functioneren bij je ingeschreven en niet alleen maar de kwaal.* [h

70) *Er zijn MS-patiënten en die kunnen ook nog andere ziekten krijgen natuurlijk. Het is belangrijk dat ze dus ook bij een huisarts worden gevolgd die een brede kijk op het gebeuren heeft.* [z

71) *Maar als medisch specialist in een academisch ziekenhuis houd je je natuurlijk maar heel oppervlakkig met allerlei psychosociale zorgen bezig. (...) Die ga je natuurlijk niet oprakelen en met name niet roepen dat je het gaat oplossen. Daar ben je niet voor. Want je biedt daar immers heel vaak geen vervolg aan. Kijk als huisarts ... je moet op een zekere manier niet op de stoel van de huisarts gaan zitten.* [z

72) *Het is een relatief verschil tussen huisarts en revalidatie, waar de revalidatie gewoon wat meer behandelmogelijkheden heeft op een bepaald niveau. Ik denk dat het kader van waaruit een huisarts functioneert eigenlijk hetzelfde zou moeten zijn. Dat verwacht ik eigenlijk ook van huisartsen.* [r

73) *We hebben ook een bijzonder spreekuur in de zin dat niet alleen de neuroloog het spreekuur voert, maar ook een verpleegkundige, gespecialiseerd in de problematiek van MS. Dus we laten ook kennis maken met de verpleegkundige, daar komen soms heel andere vragen bij hè, die ze niet aan ons stellen. En die verpleegkundige houdt zich dan ook vooral bezig met de sociale, maatschappelijke context van het probleem.* [z

Epidemiologische verschillen. Behalve in benaderingswijze, veroorzaakt de plek in de gezondheidszorg ook verschillen in de epidemiologie. Ziekten die in de ziekenhuissetting met enige regelmaat gezien worden, kunnen in de setting van de huisarts tot de zeldzaamheden behoren.⁷⁴⁾ Andersom komen bij de huisarts op het spreekuur veel vaker slecht te duiden beelden voor dan in de ziekenhuissetting.⁷⁵⁾

74) *Want reken maar uit het aantal chronische ziekten bij kinderen. Daar hebben wij hier een collectie van, maar dat is voor een huisarts iets heel bijzonders. Een huisarts, hebben we wel eens uitgerekend, zal in zijn hele huisartsenpraktijk één keer een kind met leukemie meemaken.* [z

75) *Medische specialisten zien natuurlijk al dat vage gedoe nooit. Een enkel keertje.[h*

Welke invloed hebben verschillen tussen de plekken in de gezondheidszorg?

Uit de voorgaande fragmenten wordt duidelijk dat de verschillen met name invloed hebben op de inhoud van consulten. Taakopvatting en epidemiologie zorgen ervoor dat huisartsen frequenter dan andere artsen te maken krijgen met langdurige onduidelijkheid over de precieze oorzaak van klachten en verschijnselen en – in het verlengde daarvan – het fenomeen van de diagnose die in eerste instantie gemist wordt (zie blz. 57). Voor het overige laat zich ook hier op basis van de gevoerde interviews niet systematisch vastleggen welke invloed de verschillen hebben op vorm en inhoud van consulten.

3.3.10 Een model voor vroege consulten

De analyse van de interviews leidt tot het volgende model voor vroege consulten met chronisch zieken. De periode begint met stappen om eenduidig vast te stellen wat de oorzaak is van de klachten en verschijnselen. Op basis van de resultaten daarvan wordt het vervolgtraject ingegaan. Van meet af aan wordt ook aandacht geschonken aan de problematiek die de klachten en verschijnselen c.q. de aandoeningen veroorzaken op psychosociaal en maatschappelijk terrein. Voor de hele periode van vroege consulten geldt dat de individuele contacten tussen arts en patiënt grote verschillen vertonen. Dat geldt zowel voor *wat* er aan de orde komt (de inhoud) als voor *hoe* dat aan de orde wordt gesteld (de vorm). Onafhankelijk van de achtergrond van de geïnterviewde geven zij aan dat variatie het centrale kenmerk is van hun contacten met chronisch zieken. De grote variatie laat zich uit de interviews verklaren door het samenspel van vier factoren: de aandoening, de patiënt, de dokter en de plek in de gezondheidszorg waar het contact zich afspeelt. Deze vier factoren lijken zich grotendeels als onafhankelijke bronnen van variatie te gedragen. Dat resulteert erin dat geen enkel consult met een chronisch zieke hetzelfde is. In figuur 3 op de volgende pagina worden de bevindingen schematisch samengevat. In de volgende alinea's worden de variatiebronnen en de manier waarop ze hun invloed uitoefenen nader besproken.

De aandoening

Verschillen in de manier waarop een aandoening zich presenteert en het beloop van aandoeningen veroorzaken verschillen wat betreft de inhoud van consulten. De manier waarop aandoeningen zich presenteren veroorzaakt variatie in het moment waarop duidelijkheid ontstaat over de aard van de aandoening die de klachten en verschijnselen veroorzaakt. In de interviews komen drie situaties aan de orde.

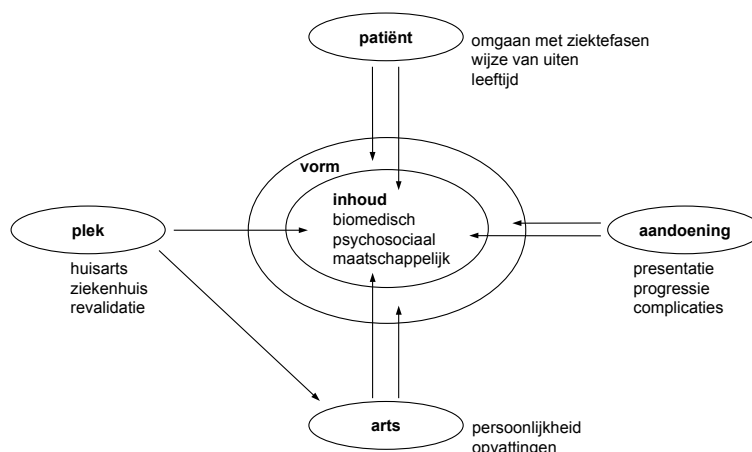
- 1 De aard van een aandoening of de afwezigheid ervan is meteen of vrij snel bekend. Er start dan meteen een traject van therapie en/of voorlichting of pogingen om psychosociale achtergronden van klachten en verschijnselen bespreekbaar te maken.
- 2 De verdenking dat er een bepaalde aandoening in het spel is, ontstaat vrij snel, maar een diagnose kan alleen gesteld worden door het klinisch beloop af te wachten. Daarover wordt uitleg en voorlichting gegeven.

- 3 De correcte diagnose wordt pas later gesteld, omdat die in eerste instantie is gemist. Voor het vervoltraject moet eerst de vertrouwensband tussen arts en patiënt hersteld worden.

Het beloop van aandoeningen – dat wil zeggen het al dan niet optreden van complicaties in combinatie met het tempo waarin die zich voordoen, de progressie – blijkt op drie gebieden invloed te hebben op consulten.

- 1 Het – verwachte – beloop bepaalt inhoudelijk waar gesprekken tijdens consulten over gaan.
- 2 Het tempo waarin complicaties verwacht worden of zich voordoen beïnvloedt de mate waarin de arts de regie in consulten naar zich toetrekt of bij de patiënt legt.
- 3 Het heeft invloed op de organisatie van contacten met patiënten wat betreft frequentie en mogelijkheden tot protocolleren.

Figuur 3 Model voor vroege consulten met chronisch zieken.



De patiënt

Artsen signaleren grote verschillen tussen patiënten in de manier waarop zij zich uiten, hoe zij omgaan met de verschillende fases in het diagnostisch-therapeutisch proces en wat betreft de leeftijd waarop een aandoening wordt ontdekt. Het wordt als vanzelfsprekend ervaren dat deze verschillen van invloed zijn op vorm en inhoud van consulten. Met consulten wordt steeds aangesloten bij patiënten door te analyseren wat hen bezighoudt en wat zij aan wensen en behoeftes hebben, om daarop vervolgens het consult af te stemmen. Deze afstemming heeft niet alleen betrekking op het diagnostisch traject, maar ook op aard en hoeveelheid van de

informatie die gegeven wordt, de hoeveelheid en intensiteit van de begeleiding, de omvang van therapeutische acties en het tempo waarin die worden uitgevoerd.

De dokter

Artsen geven aan dat zijzelf ook een bron van variatie zijn die vorm en inhoud van consulten bepaalt. Dat gebeurt op twee met elkaar samenhangende manieren: via hun persoonlijkheid en via hun professionele opvattingen (het normen en waardenpatroon van de arts als functionaris). Daarbij blijkt er een geleidelijke overgang te zijn van professionele opvattingen die in de beroepsgroep algemeen geaccepteerd zijn (zoals taakopvatting (zie de laatste paragraaf), standaarden en protocollen), naar opvattingen die een meer persoonlijke kleur hebben. Welke invloed deze verschillen hebben op vorm en inhoud van consulten, laat zich op basis van de gevoerde interviews niet systematisch vastleggen.

De plek in de gezondheidszorg

De taakopvattingen van artsen blijken te variëren met de plek in de gezondheidszorg waar zij werkzaam zijn. Met die plek treedt ook variatie op in de epidemiologie van de problematiek waarmee artsen geconfronteerd worden.

Huisartsen geven aan dat hun werk betrekking heeft op de biomedische, psychosociale en maatschappelijke problematiek van patiënten en zowel op diagnostiek en therapie als op begeleiding. De tweedelijns ziekenhuisspecialisten beperken zich meer tot de biomedische problematiek. Bij hen treedt wel steeds meer een integrale benadering van de problematiek van chronisch zieken op de voorgrond. Daarbij blijven zij zichzelf sterk richten op de biomedische aspecten en zijn op het gebied van de psychosociale en maatschappelijke aspecten rollen weggelegd voor gespecialiseerde verpleegkundigen. De revalidatiearts neemt een tussenpositie in.

De plek waar een arts in de gezondheidszorg werkzaam is, leidt ook tot verschillen in de epidemiologie. Ziekten die in de ziekenhuissetting met enige regelmaat worden gezien, kunnen in de setting van de huisarts tot de zeldzaamheden behoren. Andersom komen bij de huisarts op het spreekuur veel vaker patiënten voor met slecht te duiden klachten en verschijnselen.

Taakopvatting en epidemiologie zorgen ervoor dat huisartsen frequenter dan andere artsen te maken krijgen met langdurige onduidelijkheid over de precieze oorzaak van klachten en verschijnselen en – in het verlengde daarvan – het fenomeen van de diagnose die in eerste instantie gemist wordt. Voor het overige laat zich ook hier op basis van de gevoerde interviews niet systematisch vastleggen welke invloed de verschillen hebben op vorm en inhoud van consulten.

3.4 CONCLUSIE EN DISCUSSIE

In dit hoofdstuk is onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag wat de kenmerken zijn van consulten met chronisch zieken. Die vraag is beantwoord vanuit het perspectief van de arts. Een antwoord kan alleen worden gegeven ten aanzien van vroege consulten met chronisch zieken: de cyclus van consulten die start op

het moment dat een patiënt zich met klachten meldt en doorloopt tot de fase waarin een diagnose bekend is, therapie en begeleiding gestart zijn en het leven van de patiënt zich weer min of meer heeft gestabiliseerd. In deze periode heeft de inhoud van consulten zowel betrekking op de biomedische aspecten van aandoening als op de gevolgen daarvan op psychosociaal en maatschappelijk terrein. Kenmerkend is dat wat er in individuele consulten gebeurt grote verschillen vertoont. Die verschillen ontstaan onder invloed van vier variatiebronnen: de aandoening, de persoon van de patiënt, de persoon van de dokter en de plek in de gezondheidszorg waar de consulten plaatsvinden. Het is de combinatie van deze vier variatiebronnen die ervoor zorgt dat elk consult er – naar inhoud en naar vorm – steeds weer anders uitziet.

In het vervolg van deze discussie wordt ingegaan op de bruikbaarheid van de resultaten van het onderzoek als basis voor een typologie, de gebruikte methode en worden adviezen geformuleerd voor verder onderzoek.

3.4.1 De bruikbaarheid van de resultaten als basis voor een typologie

Het onderzoek is uitgevoerd met een onderwijskundig doel voor ogen: verzamelen van gegevens die gebruikt kunnen worden voor het ontwikkelen van een typologie van consultsituaties waarmee artsen worden geconfronteerd bij hun contacten met chronisch zieken.

Drie van de vier gevonden variatiebronnen kunnen daarvoor een basis vormen: aandoening, patiënt en plek in de gezondheidszorg. De vierde variatiebron – de dokter zelf – hoeft vanuit het oogpunt van onderwijsontwikkeling geen onderdeel van een typologie uit te maken.*

Tabel 11 Voorbeeldmatrix met consultvariabelen.

patiënt			aandoening			plek
leeftijd	wijze van uiten	omgang met aandoening	presentatie	complicaties	progressie	
...
...
...
...
...
middelbaar	makkelijk	moeizaam	meteen duidelijk	weinig	matig	ziekenhuis
...
...
...

* Maar biedt natuurlijk wel aanknopingspunten voor onderwijs in het kader van de ontwikkeling van professioneel gedrag.

De consulttypes kunnen worden afgeleid uit een matrix waarin de drie variabelen worden opgenomen. Op basis van de gegevens uit het model van vroege consulten is als voorbeeld de matrix in tabel 11 opgesteld. Daarin is één voorbeeld uitgewerkt dat de volgende consultsituatie oplevert: een consult van een ziekenhuisspecialist met een patiënt van middelbare leeftijd die zich makkelijk uit, maar moeilijk kan accepteren dat hij een chronische aandoening heeft. De aard van de aandoening was meteen duidelijk en het beloop is mild (geen ernstige complicaties te verwachten, matige progressie). De onderzoeksgegevens kunnen dus inderdaad worden gebruikt om een typologie van consultsituaties te ontwikkelen.

3.4.2 De methode

Voor het onderzoek zijn tien semi-gestructureerde interviews afgenomen en geanalyseerd. Daarbij is gewerkt volgens de uitgangspunten van de *grounded theory*.⁹⁶ Daarmee is het mogelijk geweest om toegang te krijgen tot de rijkdom aan informatie over de dagelijkse praktijk en een aanzet te geven tot een theorie* rond vroege consulten met chronisch zieken.

Het aantal interviews dat is afgenomen heeft gevolgen gehad voor de uitkomst van het onderzoek. In de eerste plaats is de onderzoeksvraag aangepast en beperkt de analyse zich tot de cyclus van vroege consulten. Wat de kenmerken zijn van late consulten (consulten met patiënten bij wie de ziekte al langdurig bestaat) valt daardoor buiten het bestek van dit onderzoek. In de tweede plaats is het beschreven model onvolledig, doordat niet alle variatiebronnen en hun invloed zijn geëxploreerd. Met name geldt dat voor de variatie die veroorzaakt wordt door de plek in de gezondheidszorg en door de dokter. Voor verdere ontwikkeling van een theorie is het ook nodig om de bevindingen uit dit onderzoek te toetsen aan en aan te vullen met resultaten uit verwant onderzoek.⁹⁶ Deze stap is nu nog achterwege gelaten.

3.4.3 Vervolgonderzoek

Voor vervolgonderzoek zijn meerdere lijnen uit te zetten waarvan er hier drie kort besproken worden:

- 1 Verder ontwikkelen en toetsen van het model voor consulten met chronisch zieken.
- 2 Verder ontwikkelen en toetsen van een typologie voor consulten met chronisch zieken.
- 3 Onderzoek naar de bruikbaarheid van deze typologie voor de onderwijspraktijk.

Om het model rond de vroege consulten met chronisch zieken verder uit te werken, is nader onderzoek nodig naar de gevonden variabelen en hun invloed op vorm en inhoud van consulten. Gezien het stadium waarin het model zich bevindt, ligt het voor de hand om daarbij verder te gaan met semi-gestructureerde inter

* “A set of well developed concepts related through statements of relationship, which together constitute an integrated framework that can be used to explain or predict phenomena.”⁹⁶

views en *grounded theory*.^{*} Is het model voor deze fase van consulten eenmaal verder gecompleteerd dan komen ook andere onderzoeksvragen en -technieken in aanmerking, zoals bijvoorbeeld observaties in de praktijk en focusgroeponderzoek. Daarbij ligt het voor de hand om de vraag te beantwoorden naar overeenkomsten en verschillen met de late consulten met chronisch zieken en om de aard van de invloeden van de gevonden variatiebronnen nader te onderzoeken.

Eerder werd vastgesteld dat het model van vroege consulten met chronisch zieken gebruikt kan worden voor het ontwikkelen van een typologie van consultsituaties. Door het afnemen van interviews en het werken volgens de *grounded theory* heeft die typologie een hoge mate van validiteit. Daarmee staat echter nog niets vast over de frequentie waarin zich de verschillende consultsituaties voordoen of de mate waarin ze door artsen als lastig worden ervaren. Om daarover uitspraken te kunnen doen is verder onderzoek nodig. Daarbij kan worden gedacht aan onderzoekstechnieken zoals het turven van het voorkomen van de verschillende consultsituaties in de dagelijkse praktijk en het laten beoordelen van (delen van) de typologie door een panel van artsen.

In de inleiding van dit hoofdstuk is besproken dat er na het opstellen van een typologie nog een weg te gaan is vóór vaststaat welke consultsituaties ook relevant zijn als eindterm voor medisch onderwijs (blz. 49). Eén aspect daarvan is onderzoek naar de vorm waarin een typologie het meest bruikbaar is om als eindterm richting te kunnen geven aan de ontwikkeling van onderwijs. De mate van detaillering die nu is bereikt (zie tabel 11) lijkt daarvoor te groot en levert formuleringen op die eerder geschikt zijn als doel voor een individuele training. Verdere ontwikkeling is nodig om een vorm te vinden voor een typologie van werkzaamheden die voldoende gedetailleerd is om richting te geven aan onderwijsontwikkeling, maar niet leidt tot een te omvangrijke opsomming.

* Het aantal interviews dat daarvoor moet worden afgenomen is afhankelijk van het moment dat 'theoretische saturatie' wordt bereikt.⁹⁶ Dat wil zeggen dat volgende interviews geen gezichtspunten opleveren die aanleiding geven om het ontwikkelde model wezenlijk aan te vullen of te verfijnen. Vaak zal het aantal interviews echter beperkt worden doordat er een limiet is aan de tijd en het geld die geïnvesteerd kunnen worden.

4.4 VAN INHOUD NAAR VORMGEVING: ONDERWIJSKUNDIG KADER

Voor stages in de beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde is geen onderwijskundig kader beschikbaar. Wel is er kennis voorhanden over de manier waarop studenten zich in de loop van de tijd ontwikkelen tot medisch expert en over het aanleren van complexe taken. Bovendien is er rond het (hoger) beroeps- onderwijs intensief onderzoek gedaan naar leren in en door stages. In deze paragraaf worden op basis daarvan voorwaarden geformuleerd waaraan stages zouden moeten vodoen.

4.4.1 Zelfstandigheid als einddoel

In het *mission statement* zijn alle doelen geformuleerd op het niveau van zelfstandig uitvoeren van werkzaamheden. Dat is in overeenstemming met het Raamplan en ook met de praktijk. Na hun artsexamen gaan studenten aan het werk en ze krijgen bij een groot deel van hun werkzaamheden alleen supervisie op afstand en regelmatig alleen op afroep.

Zelfstandig werken kent gradaties. Er bestaan grote verschillen tussen degene die net begint met het uitoefenen van een beroep en degene die dat al jarenlang doet.* In de ontwikkeling die iemand op dit gebied doormaakt kunnen fases worden onderscheiden. In de literatuur wordt bijvoorbeeld een onderverdeling in vijf ontwikkelingsniveaus gehanteerd: de nieuweling, de gevorderd beginner, de competente beroepsbeoefenaar, de ervaren beroepsbeoefenaar en de expert.¹⁰⁵ Studenten zullen zich aan het eind van de studie bevinden op het niveau van de nieuweling of de gevorderde beginner. Dat ze pas aan het begin van hun ontwikkeling tot expert staan, neemt niet weg dat ook van nieuwelingen in het vak al een grote mate van zelfstandigheid wordt gevraagd bij het uitvoeren van complexe taken. Studenten moeten aan het eind van hun studie in staat zijn om bij hun contacten met chronisch zieken kennis, vaardigheden en professioneel gedrag te integreren, terwijl ze doelgericht werkzaamheden uitvoeren binnen de context van bijvoorbeeld een afdeling of polikliniek, in een huisartsenpraktijk of in een instelling voor sociale geneeskunde. Om dat te kunnen, moeten ze leren om deeltaken uit te voeren op het terrein van diagnostiek, behandeling en begeleiding. Dat moeten ze niet alleen kunnen op biomedisch terrein, maar ook op psychosociaal en maatschappelijk terrein. Bovendien moeten ze leren om daarbij rekening te houden met variatie binnen en tussen ziekten en patiënten en moeten ze leren om optimaal gebruik te maken van hun eigen persoonlijkheid. Ten slotte moeten ze leren om dit te doen binnen de randvoorwaarden die bestaan op een afdeling en een polikliniek.

* In het Raamplan wordt dit bij de introductie op de Algemene Eindtermen ook aangegeven: "Het woord 'eindtermen' betekent in dit hoofdstuk meer 'na te streven doelen'. Voor veel van de in dit hoofdstuk genoemde omschrijvingen geldt weliswaar dat in de opleiding tot arts een eerste aanzet gegeven moet worden deze te bereiken maar dat in de latere beroepsuitoefening de doelstellingen verder tot ontwikkeling moeten komen. Van een echt 'eind' is dus geen sprake."³

4 STAGES IN DE BEROEPSVOORBEREIDING OP CONTACTEN MET CHRONISCH ZIEKEN

4.1 INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAAG

In hoofdstuk 1 is de problematiek geïntroduceerd die er bestaat rond de functie van stages* in de beroepsvoorbereiding (blz. 5). Daarbij is ook geconstateerd dat binnen het medisch onderwijs nog weinig bekend is over het leren tijdens stages. Het wordt wel beschreven als een onderwijskundige “witte plek op de landkaart” of “*black box*”.^{14,99} Naar aanleiding daarvan is de derde hoofdvraag van dit proefschrift geformuleerd: Hoe kunnen studenten geneeskunde tijdens stages adequaat worden voorbereid op hun contacten met chronisch zieken?

Stages spelen bij de beroepsvoorbereiding een cruciale rol. Tijdens stages vindt de daadwerkelijke confrontatie van studenten plaats met de praktijk van de patiëntenzorg. Tijdens hun stages moeten ze proberen om alle eerder opgedane kennis, vaardigheden en professioneel gedrag te integreren tijdens het uitvoeren van hun werkzaamheden. In de loop van opeenvolgende stages wordt er verwacht dat ze die werkzaamheden in toenemende mate zelfstandig – onder supervisie – uitvoeren. Aan het eind van hun laatste stage zijn ze gereed voor hun beroepsaankomst in één van de vervolgopleidingen. De derde hoofdvraag heeft betrekking op de onderwijskundige vormgeving van deze cyclus van opeenvolgende stages, specifiek gericht op contacten met chronisch zieken.

Bij de beantwoording van de vraag is de internationale medisch onderwijskundige literatuur niet behulpzaam. De literatuursearch die in hoofdstuk 1 werd beschreven (blz. 20) leverde vijftig artikelen op over medisch onderwijs rond chronisch zieken. Zestien daarvan bevatten een beschrijving van programmaonderdelen rond chronisch zieken met een somatische aandoening. Vijf van deze zestien hebben betrekking op de co-assistentenschappen.¹⁰⁰⁻¹⁰⁴ In geen daarvan wordt aandacht besteed aan een cyclus van opeenvolgende stages, in alle vijf wordt een geïsoleerde onderwijsactiviteit binnen één medische discipline beschreven.

Ook in de algemene medisch onderwijskundige literatuur ontbreken beschrijvingen van concrete stageprogramma's waarin elke stage de studenten de gelegenheid biedt om disciplineoverstijgende werkzaamheden op een hoger niveau te leren beheersen.[†] Daarmee lijkt het erop dat binnen de medische onderwijskunde nog geen weg gevonden is om de paradox op te lossen die inherent is aan de beroepsvoorbereiding tijdens de studie geneeskunde: studenten in staat stellen om in een cyclus van disciplinegebonden stages disciplineoverstijgende doelen te

* In dit hoofdstuk wordt het woord co-assistentenschap(pen) alleen gebruikt om te refereren aan de stages in de bestaande curricula geneeskunde.

† Er werd geen enkele relevante verwijzing gevonden bij een search in MEDLINE over de periode 1966 najaar september 2002 met als trefwoorden de *MESH-headings* 'clinical-clerkship/all subheadings' en 'longitudinal' in het abstract.

realiseren. In dit hoofdstuk wordt een aanzet gegeven om op dat gebied een theoretisch kader te formuleren. De onderzoeksvraag daarbij luidt: aan welke voorwaarden dient een cyclus van opeenvolgende stages te voldoen om studenten de gelegenheid te bieden om zich adequaat voor te bereiden op de disciplineoverstijgende aspecten van hun contacten met chronisch zieken?

4.2 METHODE EN OPZET

Het ontbreken van een onderwijskundig kader rond het leren in stages leidt tot een analytisch-theoretische opzet van dit hoofdstuk. Gestart wordt met een analyse van de doelen die met stages worden beoogd. Om studenten de gelegenheid te bieden die doelen te realiseren, moet een cyclus van stages aan voorwaarden voldoen. Die worden afgeleid uit wat bekend is over leerprocessen in het algemeen en uit onderzoek naar leren tijdens stages. Deze voorwaarden worden ten slotte gebruikt in een ontwerp voor een stageprogramma.

4.3 PROBLEEMANALYSE: WAAROP MOETEN STUDENTEN ZICH VOOR KUNNEN BEREIDEN?

In hoofdstuk 1 is besproken dat doelstellingen richtinggevend zijn voor de inhoud en de opbouw van een onderwijsprogramma en dat ze bepalend zijn voor de keuze van de didactische vormgeving (blz. 5). Als eerste stap bij de beantwoording van de onderzoeksvraag zal daarom in deze paragraaf worden geanalyseerd welke disciplineoverstijgende doelen rond chronisch zieken studenten in een opeenvolging van stages moeten kunnen realiseren. Dat gebeurt in twee stappen. Gestart wordt met het formuleren van een *mission statement* rond chronisch zieken dat weergeeft welk doel er wordt nagestreefd. Dit *mission statement* wordt vervolgens vertaald naar de inhoud van een curriculum.

4.3.1 *Mission statement*

In hoofdstuk 2 zijn in lijn met de opzet van Raamplan 1994 en 2001 eindtermen beschreven voor het onderwijs rond chronisch zieken (blz. 30 en bijlage I, blz. 121). In hoofdstuk 3 is nader ingegaan op de werkzaamheden waarop studenten zich moeten kunnen voorbereiden (blz. 49). De eindtermen vormen een beschrijving van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag waarover studenten aan het eind van de opleiding moeten kunnen beschikken. Deze eindtermen zijn samenvattend beschreven in de eindrapportage over het project Onderwijs Rond Chronisch Zieken in Curriculum 2000.² Het onderzoek naar consulten met chronisch zieken in hoofdstuk 3 heeft twee aanvullende inzichten opgeleverd.

1 'Het' consult bestaat niet. Vorm en inhoud van consulten variëren aanzienlijk. De interviews laten zien dat dit gebeurt op basis van vier factoren.

- 2 Individuele consulten zijn geen geïsoleerde activiteiten, maar maken onderdeel uit van werkzaamheden waarbinnen ze zijn ingebed.

De samenvattende beschrijving van de eindtermen en beide aanvullende inzichten zijn samengevoegd tot onderstaand *mission statement* voor de beroepsvoorbereiding op contacten met chronisch zieken.*

In contact met chronisch zieken zijn studenten geneeskunde die in Groningen zijn opgeleid in staat om samen met een patiënt te inventariseren welke actuele problemen er op lichamelijk, psychosociaal en maatschappelijk gebied bestaan, wat de voorgeschiedenis daarvan is en welke gevolgen deze problemen hebben voor het dagelijks leven van de patiënt. Ze zullen in overleg met de patiënt diagnostische en therapeutische doelen vaststellen en dit doen in het licht van de zich ontwikkelende ziekte en de adaptatie van de zieke aan diens leven met een chronische aandoening. Omdat genezen vaak uitgesloten is, hebben de doelen veelal betrekking op de verbetering van de door de patiënt ervaren kwaliteit van leven op korte en lange termijn.

Bij hun werk kunnen studenten de kennis en ervaring van de patiënt accepteren en waarderen en kunnen zij zonodig overleggen en samenwerken met familieleden en vrienden van de patiënt en met andere (professionele) zorgverleners. Door deze werkwijze leggen zij de basis voor een langdurige functionele arts-patiënt relatie.²

Ze kunnen hun werkzaamheden naar vorm en/of inhoud aanpassen aan de verschillen die tussen patiënten bestaan en aan de kenmerkende verschillen die binnen en tussen aandoeningen bestaan in presentatie en beloop. Ze zijn zich bewust van de invloed van hun eigen persoon op vorm en inhoud van consulten en gaan daarmee adequaat om in het belang van de patiënt en hun naasten.

Studenten zijn in staat hun werkzaamheden op deze manier te verrichten tijdens het houden van een spreekuur, het werk als zaalarts en tijdens diensten. Bij multi- en interdisciplinaire samenwerking kunnen zij de verschillende rollen vervullen die een arts daarin kan hebben. Ze kunnen deze werkzaamheden zowel verrichten binnen de context van de eerste-, als de tweede- en de derde- lijns zorg.

4.3.2 Van *mission statement* naar inhoud

Aan het eind van het laatste studiejaar moeten studenten in staat zijn om te voldoen aan de eisen die het *mission statement* stelt. Om dat te kunnen, zullen ze de

* De eindtermen uit hoofdstuk 2 zijn tot stand gekomen in een consensusprocedure. Voor de aanvullingen uit hoofdstuk 3 geldt dat niet. Het *mission statement* zoals het hier is geformuleerd, moet gezien worden als voorbeeld. Het is het aanknopingspunt voor de verdere overwegingen in dit hoofdstuk.

De samenvatting van de eindtermen is in cursief gezet, de aanvullingen in romein.

gelegenheid moeten krijgen om zich kennis, vaardigheden en professioneel gedrag eigen te maken en bij het uitvoeren van hun werkzaamheden te integreren. Daarbij zullen ze zich bekwamen op het terrein van:

- 1 biomedische aspecten van chronische aandoeningen;
- 2 psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen;
- 3 consulten met chronisch zieken en de variatie tussen consulten;
- 4 het integreren van werkzaamheden.

Biomedische aspecten van chronische aandoeningen. Bij hun afstuderen beschikken studenten over kennis en vaardigheden rond de biomedische aspecten van aandoeningen. Het is in eerste instantie deze expertise waarvoor artsen worden geconsulteerd door patiënten.

Psychosociale en maatschappelijke gevolgen. Ook op het gebied van psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen beschikken studenten bij hun afstuderen over kennis en vaardigheden. De noodzaak daartoe wordt onderstreept door de resultaten uit de enquête onder afgestudeerden (blz. 41) en de resultaten van de interviews (blz. 67). De aanvullende eindtermen rond chronisch zieken (blz. 121) geven een overzicht van wat er op dit gebied aan de orde moet worden gesteld in een curriculum.

Consulten met chronisch zieken en de variatie tussen consulten. Studenten zijn aan het eind van hun studie in staat tot consulten met chronisch zieken. Daarin zullen ze hun kennis, vaardigheden en professioneel gedrag integreren. Vorm en inhoud van de consulten kunnen ze aanpassen aan de variatie tussen consulten die om verschillende redenen bestaat:

- De verwerkingsprocessen die optreden als iemand een chronische aandoening krijgt verlopen in fases en kunnen zich herhaaldelijk voordoen.⁹⁴
- Er bestaat variatie in de manier waarop patiënten reageren op het krijgen van een chronische aandoening en de gevolgen daarvan (blz. 67).
- Op het gebied van ontstaan en beloop en op het gebied van aard en ernst van de gevolgen zijn er niet alleen verschillen tussen aandoeningen, maar ook binnen dezelfde aandoening, (blz. 67).

Integreren van werkzaamheden. Aan het eind van hun studie zullen studenten geleerd hebben om hun werkzaamheden op verschillende manieren te integreren.

- Geïsoleerde werkzaamheden – zoals individuele consulten – kunnen ze uitvoeren binnen grotere verbanden – zoals het werken als zaalarts en het houden van spreekuren op de polikliniek of in de huisartspraktijk.
- Ze kunnen hun eigen werkzaamheden uitvoeren in samenwerking met anderen. Binnen de context van de gezondheidszorg – eerste, tweede of derde lijn – zal elke positie specifieke verantwoordelijkheden en werkwijzen met zich meebrengen en zijn er verschillen in de samenwerkingsrelaties met medici, verpleegkundigen en paramedici.

In de volgende paragraaf wordt ingegaan op de voorwaarden waaraan stages moeten voldoen om studenten de gelegenheid te bieden het gewenste eindniveau te realiseren.

Dit einddoel hoeven studenten pas te bereiken aan het eind van hun zesde studiejaar bij de afronding van hun laatste stage. Alles wat daaraan vooraf gaat hoort een bijdrage te leveren aan het bereiken van dit einddoel. Er zijn verschillende overwegingen die het aannemelijk maken dat het studenten alleen zal lukken om dit doel te realiseren als ze de gelegenheid krijgen om gedurende langere tijd binnen de setting van één medische discipline te werken. De argumenten daarvoor worden ontleend aan wat uit de cognitieve psychologie bekend is over de ontwikkelingsgang van novice tot expert en over het aanleren van complexe taken.

Vertrouwdheid op biomedisch terrein: van novice naar expert

De cognitieve psychologie heeft veel kennis opgeleverd over wat een medisch expert tot expert maakt en hoe iemand zich tot expert ontwikkelt.^{18,106,107} Kenmerkend voor experts is dat ze al op basis van beperkte informatie komen tot veelal correcte hypotheses over de oorzaak van klachten en verschijnselen bij patiënten. Daar komt meestal geen bewust redeneerproces bij aan te pas, de hypotheses dienen zich ‘gewoon’ aan. Op goede gronden wordt verondersteld dat experts dit vermogen bezitten doordat ze rond specifieke ziektebeelden in hun geheugen een uitgebreid semantisch netwerk hebben opgebouwd. In een semantisch netwerk zijn alle concepten opgeslagen en verbonden die samenhangen met een specifiek ziektebeeld, lopend van bijvoorbeeld klinische verschijningsvormen en psychosociale gevolgen tot basale fysiologische en cellulaire processen. In het netwerk zijn ook de ervaringen opgenomen die zijn opgedaan tijdens voorgaande confrontaties met patiënten met dezelfde ziekte. Door dit semantisch netwerk bestaat het diagnostisch proces van experts doorgaans niet uit een creatief proces van probleemoplossen, maar uit de onmiddellijke activering van het netwerk die leidt tot herkenning van de situatie.¹⁸ Bewust redeneren treedt pas weer op wanneer experts worden geconfronteerd met ongerijmdheden of met een probleem dat niet meteen eenduidig te beoordelen valt.

Het verwerven van expertise is een tijdrovend proces met een centrale rol voor uitgebreide, langdurige en actieve betrokkenheid bij de problematiek die zich binnen één vakgebied voordoet.¹⁰⁸ Daarbij zal de novice veelvuldig gebruik moeten maken van bewust en actief redeneren om de voorkomende problematiek te analyseren en op te lossen. Door deze inspanningen zal zich gaandeweg een steeds uitgebreider en rijker semantisch netwerk ontwikkelen. De novice ontwikkelt zich tot expert. Een belangrijke waarneming die samenhangt met de manier waarop semantische netwerken zich ontwikkelen, is dat expertise gebonden is aan een specifiek vakgebied.* Een expert binnen het ene vakgebied is niet automatisch een expert binnen een ander vakgebied.¹⁰⁹

Voor het onderwijs betekent het voorgaande dat studenten geconfronteerd

* Wat hier beschreven wordt, vormt ook een verklaring voor de casusspecificiteit die bekend is uit het toetsen van vaardigheden. Daarmee wordt bedoeld dat de resultaten die iemand boekt bij de confrontatie met het ene probleem, maar een beperkte voorspellende waarde hebben ten opzichte van de prestaties bij een ander probleem. De aan- of afwezigheid van semantische netwerken vormt daarvoor een logische verklaring.

moeten worden met meerdere manifestaties van dezelfde ziekte om rond die ziekte een begin van een semantisch netwerk te ontwikkelen. Kijken hoe een ander het aanpakt, is daarbij niet voldoende. Om een semantisch netwerk te ontwikkelen zullen ze zelf de problematiek moeten analyseren. Daarbij reactiveren ze het semantisch netwerk 'in ontwikkeling' dat ze al bezitten. Deze reactivering en toepassing zorgt ervoor dat het daarna sterker in het geheugen wordt gegrift.¹¹⁰

Binnen een enkele medische discipline gaat het niet om één ziektebeeld, maar om een groot aantal. In de preklinische fase komen studenten niet in aanraking met meerdere manifestaties van al deze ziekten. Dat gebeurt pas tijdens stages, als ze in de praktijk worden geconfronteerd met de variatie in klinische problematiek die zich binnen één medische discipline kan voordoen. Pas dan start de ontwikkeling van de semantische netwerken die nodig zijn om binnen die specifieke medische discipline te kunnen werken. Om op biomedisch terrein binnen één medische discipline zover te komen dat niet bij elke volgende patiënt opnieuw bewust over elk aspect van het probleem hoeft te worden nagedacht, moeten studenten de problematiek van een flink aantal patiënten zelfstandig geanalyseerd en verwerkt hebben. Dat kost tijd. Een zekere mate van zelfstandigheid rond de biomedische aspecten van de werkzaamheden kan daarom alleen bereikt worden tijdens stages van langere duur binnen dezelfde medische discipline.

Aanleren van complexe taken

Bij de bespreking van de ontwikkeling van novice tot expert is van consulten alleen het cognitieve proces op biomedisch terrein aan de orde gekomen. Zoals eerder is beschreven moeten studenten ook leren om mogelijke problematiek te onderkennen en analyseren die bestaat op psychosociaal en maatschappelijk terrein. Dat moeten ze leren te doen in consulten waarbij ze gebruik maken van vaardigheden op communicatief, affectief en motorisch terrein en waarbij ze allerlei deeltaken uitvoeren en integreren. Consulten nemen een centrale plaats in binnen de beroepsvoorbereiding, maar het palet van werkzaamheden waarop studenten zich voor moeten kunnen bereiden is veel breder (blz. 76). Bij al deze werkzaamheden gaat het om complexe taken* die studenten zich eigen moeten maken. Vanuit de cognitieve psychologie is bekend dat het aanleren van complexe taken een grote mentale inspanning vergt.¹¹¹ Het vereist bewuste aandacht die beslag legt op het werkgeheugen. Daarvan is de capaciteit beperkt, wat tot gevolg heeft dat het niet goed mogelijk is om tegelijkertijd meerdere taken uit te voeren die ieder aandacht vergen. De meeste mensen lukt het daarom bijvoorbeeld niet om tegelijkertijd naar een boeiende film te kijken én een telefoongesprek te voeren, zonder de draad in een van beide kwijt te raken.

* Een taak is complex als het voor de uitvoering ervan noodzakelijk is om verschillende vaardigheden flexibel te coördineren en de situatie waarin dat gebeurt steeds weer anders is. Er is sprake van integratie van cognitieve, motorische en affectieve aspecten en een combinatie van routinematige en niet-routinematige handelingen.¹³⁴ De werkzaamheden zoals die eerder werden gedefinieerd (blz. 14) kunnen gezien worden als complexe taken.

Op den duur raken ook complexe taken – deels – geautomatiseerd, zoals blijkt uit de ontwikkeling van novice tot expert. Cognitieve processen die – deels – geautomatiseerd zijn, leggen geen beslag meer op het werkgeheugen. Ze vinden plaats in andere delen van de hersenen. In het werkgeheugen blijft pas dan weer ruimte over voor andere taken die de bewuste aandacht opeisen. Zo denken ervaren autorijders, in tegenstelling tot beginners, niet meer na over het gebruik van gas-, rem- en koppelingspedaal en de versnelling. Dat gaat automatisch en daardoor kunnen ze tegelijkertijd rijden, het verkeer in de gaten houden en een gesprek voeren met hun passagiers, iets dat voor een beginner lastig is.

De beperkte capaciteit van het werkgeheugen heeft ook tot gevolg dat het niet mogelijk is om tegelijkertijd verschillende complexe taken te leren. Voor de doelgerichtheid en doelmatigheid van een onderwijsprogramma is het daarom van belang om zorgvuldig te zorgen voor een beperking van het aantal nieuwe taken dat in een bepaalde periode bewuste aandacht vergt. Een tweede aspect dat van belang is, is dat men er voor zorgt dat er zo min mogelijk mentale energie besteed hoeft te worden aan zaken die niet in direct verband staan met het leerdoel.¹¹¹

Bij stages zullen studenten zich allereerst vertrouwd moeten maken met de disciplinegebonden werkzaamheden en de daarvoor noodzakelijke kennis en vaardigheden op biomedisch, psychosociaal en maatschappelijk terrein. De kern van deze werkzaamheden wordt gevormd door de consulten. Pas langzamerhand zal er bewust aandacht kunnen worden besteed aan de andere aspecten van het takenpakket. Ook dit perspectief leidt tot de noodzaak van langere stages binnen dezelfde medische discipline. Alleen dan krijgen studenten de kans om in hun werk routines te ontwikkelen die hen in staat stellen hun aandacht successievelijk op alle aspecten van hun werkzaamheden te richten (zie ook figuur 4, blz. 83).

Duur van de stages

De huidige co-assistentenschappen variëren in lengte.¹⁵ Voor langere co-assistentenschappen geldt echter dat ze veelal weer zijn opgedeeld in kortere stages op verschillende afdelingen en poliklinieken. Per saldo lopen studenten daardoor tijdens hun co-assistentenschappen veel stages die slechts enkele weken duren. Gezien het voorgaande mag daarvan niet veel meer verwacht worden dan dat studenten zich binnen een medische discipline oriënteren en kennis maken met het bijbehorende biomedische terrein. Van de andere aspecten van de beroepsvoorbereiding en groei naar zelfstandigheid mag niet veel worden verwacht. Langere stages dienen dat doel beter. Hoe lang die stages moeten duren is een vraag die veel lastiger te beantwoorden is. Onderwijskundig gezien wordt de noodzakelijke duur van stages bepaald door de tijd die studenten nodig hebben om de doelen te realiseren die met een stage worden beoogd. Eerder is vastgesteld dat de doelen uit het Raamplan niet systematisch zijn vertaald naar de co-assistentenschappen (blz. 11). Daardoor kan niet (via toetsing van het eindresultaat) worden geëvalueerd hoeveel tijd het studenten kost om een toereikend eindniveau te bereiken. Onderzoek naar de noodzakelijke lengte van stages ontbreekt dan ook. Vooralsnog zal het daarom bij afwegingen over de lengte van stages gaan om verdedigbare keuzes op basis van wat wél bekend is. Behalve hetgeen uit de cognitieve psychologie bekend is, kunnen daarvoor de huidige keuze-co-assistentenschappen als uitgangspunt worden

genomen. Bij de visitatie van 1997 was de duur daarvan gemiddeld 9,5 week.¹⁵ Het karakter van keuzeco-assistentschappen is vooral gericht op het onder supervisie functioneren als zaalarts met een beperkt aantal patiënten. Als uitvloeisel van het *mission statement* krijgt het zelfstandig functioneren een bredere invulling dan alleen die van zaalarts (blz. 76). Met name is daaraan het houden van spreekuren toegevoegd, het hanteren van variatie tussen consulten en het kunnen functioneren in de noodzakelijke samenwerkingsverbanden. Al met al lijkt het waarschijnlijk dat het studenten alleen zal lukken om deze doelen te realiseren in stages van vier tot zes maanden.

4.4.2 Stages: aanvullende voorwaarden

Naast de noodzakelijke duur zijn er een aantal andere zaken die in overweging genomen moeten worden vóór een ontwerp kan worden geschetst van een cyclus van stages waarin studenten zich adequaat kunnen voorbereiden op contacten met chronisch zieken. Daarvan komen aan de orde:

- het verschil tussen beroepsvoorbereiding en beroepsoriëntatie;
- beroepsvoorbereiding en samenwerking;
- het bevorderen van *transfer* tussen stages;
- het beoordelen van studenten.

Beroepsvoorbereiding versus beroepsoriëntatie

Tot nu toe zijn stages alleen besproken vanuit het perspectief van beroepsvoorbereiding. Daarmee kan niet worden volstaan voor de overwegingen over de noodzakelijke duur en het noodzakelijke aantal stages. Stages vervullen niet alleen een *beroepsvoorbereidende* functie, maar ook een *beroepsoriënterende*. Het zijn de twee hoofdfuncties van co-assistentschappen zoals die in 1990 werden gesignaleerd in het eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen.⁹ De beroepsoriëntatie moet studenten een brede blik bieden op de geneeskunde en de gezondheidszorg. Daarmee wordt hen de gelegenheid geboden om zich grondig te oriënteren op de beroepsmogelijkheden die er na het afstuderen zijn. Zo kunnen ze een weloverwogen keuze maken voor een vervolgopleiding.

Beroepsoriëntatie en beroepsvoorbereiding stellen verschillende eisen aan stages. Bij beroepsoriëntatie kan het accent liggen op *mee kijken* en kunnen de stages kort zijn. Voor de beroepsvoorbereiding moet het accent liggen op *meewerken* en kan niet – zie eerder – met korte stages worden volstaan. Beroepsoriëntatie kan natuurlijk ook bereikt worden door studenten mee te laten werken. Als daarmee de beroepsvoorbereiding niet wordt gediend, lijkt dat echter een inefficiënt gebruik van studietijd, patiënten en docenten. Dat neemt niet weg dat beide functies weloverwogen kunnen worden verenigd in één stage. In een opeenvolging van stages lijkt dat zelfs voor de hand te liggen. Daarbij hebben kortere, vroege stages ook een beroepsoriënterende functie en langere, latere stages vrijwel uitsluitend een beroepsvoorbereidende. Om studenten in een dergelijke cyclus van stages daadwerkelijk de gelegenheid te bieden tot een weloverwogen keuze voor een vervolgopleiding, moeten ze wel steeds meer vrijheid krijgen om zelf te kiezen binnen welke medische discipline zij hun stage willen lopen. Van de stage waar

mee de studie wordt afgesloten, wordt op de hier beschreven opzet de beroepsoriënterende functie geminimaliseerd. Niet meer dan een laatste check of aan de verwachtingen wordt voldaan.*

Beroepsvoorbereiding en brede oriëntatie op de gezondheidszorg

Vanuit de noodzaak tot samenwerking heeft een brede oriëntatie op de gezondheidszorg ook een beroepsvoorbereidende kant. Bij de zorg voor veel patiënten – en zeker bij de zorg rond chronisch zieken – zijn artsen uit meer dan één medische discipline betrokken.† Dat betekent dat er frequent situaties zijn waarbij met andere medici moet worden samengewerkt en/of zich situaties voordoen waarbij informatie over een patiënt moet worden ingewonnen of overgedragen.

Als basis voor goede samenwerking geldt dat men in elk geval een beeld moet hebben van elkaars deskundigheden, werkwijzen en taakopvattingen. Vanuit het oogpunt van samenwerking met andere medici en uitwisseling van informatie lijken de medische beroepen op dat gebied te verdelen te zijn in drie sectoren: huisartsgeneeskunde, ziekenhuisgeneeskunde en sociale geneeskunde. De interviews in hoofdstuk 3 (blz. 49) laten zien dat er bij het werk rond chronisch zieken karakteristieke verschillen bestaan tussen de huisartsgeneeskunde en de ziekenhuisgeneeskunde. Tussen de ziekenhuisgeneeskundige disciplines bestaan veel meer overeenkomsten in taakopvattingen en werkwijzen. De sociaal geneeskundige disciplines bevinden zich buiten de curatieve patiëntenzorg en zullen alleen al daardoor verschillen ten opzichte van de disciplines uit beide andere sectoren.

Een chronisch zieke heeft al snel te maken met artsen uit alle drie de sectoren. Een arts die binnen een van de sectoren werkzaam is, heeft ook al snel met collega's uit de andere sectoren te maken. Vanuit dit perspectief is het nodig om grondige kennis te bezitten over het werken binnen de drie sectoren en ervaring op te doen met de kenmerkende verschillen daartussen. Om dat doel te realiseren zijn dan drie stages nodig.

Bevorderen van *transfer*

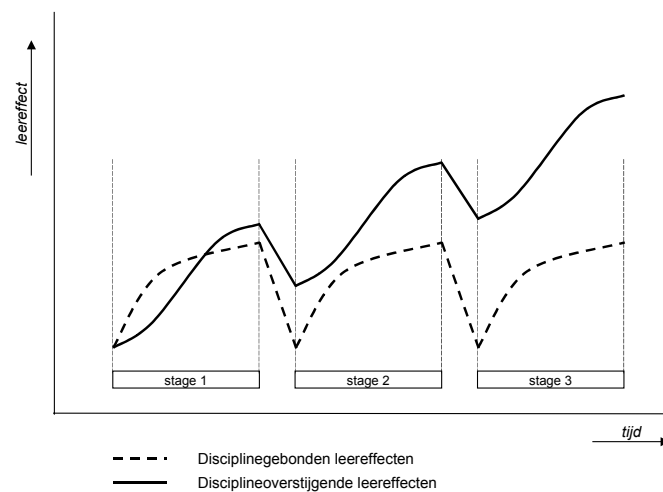
Bij een cyclus van stages, zoals de huidige co-assistentenschappen, zullen studenten in elke stage op een hoger niveau functioneren. Het eerdere gegeven voorbeeld rond statussen van patiënten illustreert dat (blz. 12). Studenten zijn in staat om kennis en vaardigheden die ze binnen een specifieke context hebben opgedaan opnieuw toe te passen binnen een andere context. Op basis van de eerder opgedane ervaringen passen ze die kennis en ervaring in de nieuwe context ook effectiever en efficiënter toe. Binnen de onderwijskunde valt dit onder het begrip *transfer*.^{112,113} Daarmee wordt bedoeld op de vertaling van kennis naar vaardigheden en van vaardigheden naar praktijksituaties. *Transfer* verloopt niet altijd soepel en

* Een variant daarop vormen de studenten die al zeker weten in welke richting zij zich willen specialiseren. Zij kunnen ook bewust kiezen voor een afsluitende stage in een vakgebied waarvan zij aannemen dat het relevant is voor hun vervolgopleiding. De student die zeker weet dat hij psychiater wil worden kan bijvoorbeeld voor een stage neurologie kiezen en vice versa.

† Een fraaie beschrijving daarvan, met consequenties voor medisch onderwijs, wordt door Van Rossum gegeven in diens oratie.⁶

vlekkeloos. Bekend zijn bijvoorbeeld de problemen die studenten geneeskunde ondervinden bij de *transfer* van kennis en vaardigheden naar werkzaamheden in de co-assistentenschappen.¹¹⁴ Ook tussen stages vindt *transfer* plaats van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag. Wat overdraagbaar (transferabel) is van de ene stage naar de andere, wordt bepaald door de mate van overeenkomst tussen de werkzaamheden binnen verschillende medische disciplines.¹¹⁵ Naarmate er grotere overeenkomsten zijn – de werkzaamheden meer een disciplineoverstijgend karakter hebben – zullen de mogelijkheden tot transfer groter zijn. Figuur 4 geeft een schets van de transfer van disciplinegebonden en disciplineoverstijgende werkzaamheden zoals die theoretisch tussen stages verwacht kan worden. Bij de schets is rekening gehouden met de eerder getrokken conclusie dat in stages in eerste instantie disciplinegebonden leereffecten op zullen treden (blz. 80).

Figuur 4 Transfer van disciplinegebonden en disciplineoverstijgende werkzaamheden tussen stages.



Welke elementen zijn transferabel? Op blz. 75 is een overzicht gegeven van de vier terreinen waarop studenten zich moeten kunnen bekwalen om goed voorbereid te zijn op contacten met chronisch zieken. Daarvan wordt hier besproken welke elementen daaruit tussen stages beter of minder goed transferabel zijn.

Biomedische aspecten van chronische aandoeningen. Vanuit het perspectief van de beroepsuitoefening lijken de transferabele elementen op biomedisch terrein beperkt te zijn. Het is juist dit terrein dat medische disciplines van elkaar onderscheidt. De internist bezit expertise op andere terreinen dan bijvoorbeeld een dermatoloog of chirurg. Deze verschillen worden ook bevestigd door het onderzoek onder novicen en experts waaraan eerder werd gerefereerd (blz. 78). Grotere overeenkomsten bestaan weliswaar op hogere aggregatieniveaus (bijvoorbeeld op het

gebied van (patho-)fysiologische principes), maar voor het dagelijks werk zijn vooral de ziektespecifieke verschijningsvormen daarvan van belang.

Een verschil dat sterk samenhangt met het kennisdomein, is het diagnostisch en therapeutisch repertoire dat beheerst moet worden. Op het gebied van het lichamenlijk onderzoek bestaan bijvoorbeeld grote verschillen in de mate waarin de diverse onderdelen daarvan beheerst moeten worden. Het speculumonderzoek behoort bijvoorbeeld wel tot het repertoire van gynaecoloog en huisarts, maar niet tot dat van internist en neuroloog. Ook de mate waarin beheersing van vaardigheden nodig is varieert. De auscultatie van het hart wordt door de cardioloog op een ander niveau beheerst dan door de chirurg. Hetzelfde geldt voor de therapie. Operatieve technieken hebben een centrale plek in het repertoire van oogartsen en chirurgen, maar niet in dat van internist of kinderarts. Ook het farmacotherapeutisch repertoire vertoont grote verschillen tussen de verschillende disciplines.

Dat er op biomedisch terrein tussen de medische disciplines veel verschillen zijn aan te wijzen, betekent niet dat er helemaal geen sprake zal zijn van transferabele elementen. Transferabel zijn bijvoorbeeld de tractusanamnese en het algemeen lichamenlijk onderzoek die beide voor meerdere disciplines relevant zijn. Het geldt ook voor meer algemene vaardigheden zoals doelgerichte communicatie, verslaglegging en schrijven van recepten. Ten slotte lijkt het ook te gelden voor de algemene strategieën die studenten kunnen gebruiken om problematiek te analyseren zolang ze nog niet over voldoende ontwikkelde semantische netwerken beschikken.¹¹²

Psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen. Problematiek op psychosociaal en maatschappelijk gebied zal in veel consulten met chronisch zieken aan de orde komen. Dat betekent dat vrijwel elke arts ermee wordt geconfronteerd en over het kennis- en vaardighedenrepertoire moet beschikken om deze problematiek te kunnen analyseren. De resultaten van de enquête onder afgestudeerden laten dat ook zien (blz. 41). Vanuit het oogpunt van de mogelijkheden tot *transfer*, is het van belang dat de specifieke aandoening de aard van de concrete problematiek zal kleuren (een CVA heeft andere gevolgen dan astma/COPD). Daarmee verandert echter niet veel aan het onderliggende kennisdomein (zoals kennis over psychische reacties op en problemen met het krijgen van een chronische aandoening, arbeids- en verzekeringsproblematiek) en de vaardigheden die nodig zijn (zoals het kunnen analyseren van de problematiek, afstemming bereiken over het bieden of realiseren van hulp).¹¹⁶ Een consequentie van dit gegeven is dat studenten binnen elke medische discipline met problematiek op psychosociaal en maatschappelijk terrein te maken zullen krijgen. Dat biedt hen de mogelijkheid om er in een cyclus van opeenvolgende stages steeds opnieuw ervaring mee op te doen en zich verder te bekwamen. Daarmee lijken kennis en vaardigheden op dit gebied meer transferabel dan die op biomedisch terrein.

Consulten met chronisch zieken en de variatie tussen consulten. Wat betreft het proces dat zich afspeelt tijdens consulten en de variatie die er tussen consulten op kan treden, lijken de overeenkomsten tussen disciplines groter te zijn dan de verschillen (blz. 67). De verschillende fases van verwerkingsprocessen, de variatie in

de persoonlijkheden van de patiënten en de professionele en persoonlijke opvattingen van de arts zijn alle drie niet aan een specifieke medische discipline gebonden. De variatie die wordt veroorzaakt door verschillen tussen aandoeningen uiteraard wel.

Het integreren van werkzaamheden. Ook wat betreft de noodzaak tot integratie van werkzaamheden lijken de overeenkomsten tussen disciplines groter dan de verschillen. Zo zullen er veel overeenkomsten zijn op het terrein van het houden van spreekuren, werken als zaalarts, lopen van visites, samenwerken en alle bijkomende administratieve handelingen.

Samenvattend lijken er vanuit het perspectief van de beroepsvoorbereiding – met uitzondering van het biomedisch terrein – meer overeenkomsten dan verschillen te bestaan tussen medische disciplines. Daardoor hebben de transferabele aspecten van stages met name betrekking op die onderdelen van de beroepsvoorbereiding waarvan eerder aannemelijk werd gemaakt dat die pas in langere stages aan de orde kunnen komen.

Hoe kan transfer tussen stages worden bevorderd? Met name in het (hoger) beroepsonderwijs is in Nederland uitgebreid onderzoek gedaan naar leereffecten van stages.¹¹⁷⁻¹¹⁹ Uit het onderzoek van de Vries, Nieuwenhuis en Onstenk is duidelijk geworden dat de dagelijkse praktijk van de stageverlenende organisaties en bedrijven niet erg plooibaar is. Zowel de Vries als Nieuwenhuis stellen vast dat wat studenten tijdens een stage leren vooral wordt bepaald door de werkzaamheden waarbij zij betrokken worden. Transferbevorderende ingrepen vanuit de onderwijsorganisatie, zoals waarnemingsopdrachten, studieopdrachten en activiteitenlijsten, hebben maar weinig invloed.¹¹⁷

Die notie leidt bij de Vries tot het advies om stages (door hem ‘buitenschoolse activiteiten’ genoemd) af te wisselen met cursorisch onderwijs binnen de onderwijsinstelling (door hem ‘binnenschoolse activiteiten’ genoemd).¹¹⁷ Voorafgaand aan een stage zouden studenten zo goed mogelijk moeten worden voorbereid op de werkzaamheden die tijdens de stage van het verwacht worden, o.a. door training tijdens vaardigheidsonderwijs. Na afloop van een stage zou systematisch stil moeten worden gestaan bij de opgedane ervaringen om de transferwaarde daarvan te vergroten. Beide principes zijn inmiddels terug te vinden op verschillende plaatsen binnen het medisch onderwijs en in de opleiding tot huisarts.¹²⁰⁻¹²²

Nieuwenhuis geeft naar aanleiding van zijn bevindingen het advies om meer te investeren in het opzetten van realistische en complexe trainingssituaties op school en minder in stages.¹¹⁸ Binnenschools is veel makkelijker zorg te dragen voor transfer. Alleen daar kunnen taken worden geconstrueerd waarvan de moeilijkheidsgraad en complexiteit stapsgewijs toenemen naar het gewenste niveau. Hij beschouwt de stage vooral als overgang naar de arbeidsmarkt, als begeleide initiatiefase.

Onstenk, ten slotte, plaatst bij deze eerdere conclusies de kanttekening dat teveel wordt uitgegaan van stages als door de onderwijsinstellingen georganiseerde en te beïnvloeden leerperiodes.¹¹⁹ Volgens hem worden daardoor de doelen die tijdens stages moeten worden gerealiseerd te beperkt geformuleerd. Het onder

zoek van de Vries en Nieuwenhuis richt zich alleen op de mate waarin die doelen worden gerealiseerd. Dat leidt zijns inziens ten onrechte tot de conclusie dat leren tijdens stages weinig efficiënt verloopt. Aan de hand van de operationalisering van het door hem ontwikkelde begrip ‘brede vakbekwaamheid’ toont Onstenk aan dat stages juist zeer rijke en krachtige leeromgevingen zijn. Om daarvan optimaal te kunnen profiteren moeten stageplekken volgens hem aan drie voorwaarden voldoen.¹¹⁹ In die voorwaarden verwerkt hij veel van de maatregelen waarvan wordt aangenomen dat ze *transfer* bevorderen.¹¹²

Stages moeten een realistisch karakter hebben. De stageplek moet aansluiten bij de beoogde beroepspraktijk van de stagiair. De taken van de stagiair, inclusief de samenwerkingsrelaties, moeten realistisch zijn. Dat wil zeggen qua variatie aansluiten bij het latere beroep en qua moeilijkheidsgraad aansluiten bij het niveau van de stagiair. Ten slotte moeten stagairs in staat worden gesteld om zicht te krijgen op de organisatorische samenhangen waarbinnen wordt gewerkt.

Stages moeten ontwikkelingsgericht zijn. Hieronder wordt verstaan dat stagairs geconfronteerd moeten worden met de kenmerkende problematiek van hun toekomstig beroep. Het gaat er daarbij om ervoor te zorgen dat zoveel mogelijk elementen uit een stage transferabel zijn naar de toekomstige beroepssituatie.

Stages moeten voldoende didactische kwaliteit hebben. De stage moet de stagiair de mogelijkheid bieden om zich competenties geleidelijk en stapsgewijs eigen te maken. Daarbij is zowel de opeenvolging van taken binnen een stage van belang (van eenvoudig naar complex), als de manier waarop stagairs worden begeleid. Bij dat laatste speelt de kwaliteit van de docent een centrale rol. Die moeten zowel vakkundig, begeleidingsdeskundig als gemotiveerd zijn. Met begeleidingsdeskundigheid wordt daarbij bedoeld dat docenten bewust gebruik maken van de verschillende mogelijkheden die hen ten dienste staan bij het begeleiden van stagairs naar zelfstandigheid: *modelling* (voordoen), *coaching* (begeleiden), *scaffolding* (ondersteunen door deeltaken over te nemen) en *fading* (geleidelijk terugtrekken).

Samenvatting transferbevorderende maatregelen. De effectiviteit en efficiëntie van een cyclus van opeenvolgende stages kan op verschillende manieren worden bevorderd:

- Het accent in werkzaamheden wordt gelegd op transferabele elementen.
- Studenten kunnen zich goed voorbereiden op hun werkzaamheden tijdens stages, zowel theoretisch als op het gebied van vaardigheden en professioneel gedrag.^{117,118}
- Er is een afwisseling van stages en cursorisch onderwijs in de vorm van binnenschoolse activiteiten.¹¹⁷
- Inhoud en volgorde van stages worden met het oog op de groei van studenten zorgvuldig op elkaar afgestemd.¹¹⁹
- Studenten worden adequaat door docenten begeleid bij hun groei naar zelfstandigheid.¹¹⁹

Beoordeling van leerresultaten

Op het gebied van toetsing tijdens de stageperiode van de studie geneeskunde is veel onderzoek gedaan en bestaat veel kennis van zaken. Voor een gedegen over

zicht daarvan wordt hier verwezen naar Van der Vleuten.^{17,99} Voor de afwegingen op deze plek zijn daaruit met name twee zaken van belang:

- 1 Voor een adequate meting kan niet worden volstaan met een enkelvoudige meting en ook niet met één meetinstrument.
- 2 Toetsing bestaat uit drie stappen: de meting met de toets als instrument, de weging van het resultaat daarvan ten opzichte van een standaard en ten slotte het oordeel.

Het einddoel van de beroepsvoorbereiding op contacten met chronisch zieken werd eerder als volgt geformuleerd (blz. 77): Studenten moeten aan het eind van hun studie in staat zijn om bij hun contacten met chronisch zieken kennis, vaardigheden en professioneel gedrag te integreren, terwijl ze doelgericht werkzaamheden uitvoeren binnen de context van bijvoorbeeld een afdeling of polikliniek, in een huisartsenpraktijk of in een instelling voor sociale geneeskunde. Deze formulering is – net als de Algemene Eindtermen uit het Raamplan – disciplineonafhankelijk en daardoor nog abstract. Of studenten in staat zijn om tijdens hun stages dit doel te realiseren, wordt pas zichtbaar bij het uitvoeren van concrete werkzaamheden binnen specifieke medische disciplines.¹¹⁵ Het is dus ook alleen binnen de context van die medische disciplines mogelijk om te beoordelen in welke mate studenten gevorderd zijn in het realiseren van het einddoel. Samen met het voorgaande betekent dit dat voor de beoordeling van studenten in de loop van hun stageperiode een breed instrumentarium moet worden ingezet. Daarbij wordt de inhoud van de toetsen bepaald door de inhoud van de medische discipline waarbinnen de stages worden gelopen. Bij de ontwikkeling van het instrumentarium, de meting, weging en beoordeling zal het accent echter met name moeten liggen op de disciplineoverstijgende doelen.

4.5 ONTWERP VOOR EEN STAGEMODEL: ÉÉN, DRIE, DERTIEN?

In de vorige paragraaf is een onderwijskundig kader ontwikkeld rond de stages in de beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde. Op basis daarvan wordt in de komende paragraaf een stagemodel ontworpen waarin aan alle genoemde voorwaarden wordt voldaan. Daarbij zullen drie typen stages worden onderscheiden: een afsluitende stage, tussenstages en vroege stages. Ze worden ook in die volgorde besproken. Daarbij wordt steeds eerst een algemene beschrijving gegeven en wordt vervolgens ingegaan op de manier waarop de stage(s) een bijdrage kunnen leveren aan de adequate voorbereiding van studenten op contacten met chronisch zieken.

4.5.1 Eén afsluitende stage

Deze stage sluit de studie geneeskunde af en heeft daarom het sterkst een beroepsvoorbereidend en het minst een beroepsoriënterend karakter. Direct na hun afstuderen gaan studenten in de gezondheidszorg aan het werk, bij voorkeur als

assistent in opleiding.¹²³ Het is de bedoeling dat het merendeel van de studenten probeert om voor een vervolgopleiding een plaats te bemachtigen binnen dezelfde medische discipline als die waarin zij tijdens hun laatste stage werkzaam waren.^{11,123} Om de kans daarop zo groot mogelijk te maken, worden studenten vrij gelaten in de keuze voor de discipline waarbinnen zij hun afsluitende stage willen lopen.

Binnen deze stage zullen studenten zich bekwalen op het terrein van een specifieke medische discipline. Ze verwerven zich het disciplinegebonden repertoire aan kennis en vaardigheden dat daarbij nodig is. Daarnaast bekwalen ze zich verder in de uitvoering van de disciplineoverstijgende werkzaamheden en integreren die bijvoorbeeld in het werken als zaalarts en/of het houden van een spreekuur.

Wat betreft de noodzakelijke duur van de afsluitende stage leveren de bevindingen uit de cognitieve psychologie in elk geval ondersteuning aan de trend om in het laatste jaar van de studie geneeskunde een lange klinische stage te plannen.^{11,12,120-123} Op verschillende plekken wordt daarbij gekozen voor een afsluitende stage van een half jaar. In Maastricht gebeurt dat onder andere op basis van de ervaring met de huidige co-assistentschappen. Die worden daar als te kort ervaren om studenten in de gelegenheid te stellen zich te ontwikkelen naar een voldoende mate van zelfstandig functioneren.¹²⁴ Gevoegd bij de overwegingen over de noodzaak tot lange stages voor groei naar zelfstandigheid lijkt een afsluitende stage van bijvoorbeeld een half jaar binnen één medische discipline noodzakelijk.

Adequate voorbereiding op contacten met chronisch zieken. Het accent ligt in deze stage nadrukkelijk op de problematiek van de chronisch zieken binnen de medische discipline waarbij de stage gelopen wordt. Dat geldt zowel voor de biomedische problematiek als voor het specifieke karakter van de daaraan verbonden psychosociale en maatschappelijke consequenties. Het geldt ook voor de specifieke samenwerkingsverbanden die binnen de desbetreffende medische discipline nodig zijn bij de zorg rond chronisch zieken. Van alle stages krijgen de disciplineoverstijgende kenmerken van het werk rond chronisch zieken in deze afsluitende stage de meest disciplinegebonden invulling.

4.5.2 Drie tussenstages

De drie tussenstages hebben zowel een functie bij de beroepsvoorbereiding als bij de beroepsoriëntatie. Voor beide lijkt het relevant om deze stages plaats te laten vinden binnen een medische discipline uit elk van de drie sectoren waarin de medische beroepen werden verdeeld (blz. 82). Daarmee wordt bereikt dat studenten in de gelegenheid worden gesteld om binnen de drie sectoren te werken. Door zelf geconfronteerd te worden met de problematiek en specifieke taakstellingen kunnen ze daarbij nagaan welke sector hen het meest aanspreekt. Bovendien maken zij intensief kennis met de deskundigheden en werkwijzen binnen elk van de drie sectoren, wat hen een goede basis geeft voor de samenwerking die later nodig is. Een stage huisartsgeneeskunde is verplicht voor iedereen, maar binnen beide andere sectoren kiezen studenten zelf een medische discipline waarbinnen zij hun stage willen lopen.

Deze drie stages vervullen ook een functie in het longitudinale traject dat tijdens de afsluitende stage uitmondt in het integreren van deelwerkzaamheden in werkzaamheden als zaalarts en het houden van een spreekuur. Dat betekent dat studenten in de loop van deze drie stages de gelegenheid moeten krijgen om ervaring op te doen met veel van de werkzaamheden die daar onderdeel van zijn. Het gevolg daarvan is dat ook deze drie stages een langere duur moeten hebben, bijvoorbeeld drie maanden.

Adequate voorbereiding op contacten met chronisch zieken. In alle drie de stages zal de zorg rond chronisch zieken op een systematische manier aandacht moeten krijgen. Aan de hand van het *mission statement* en de inhoudelijke vertaling daarvan (blz. 74) worden de stages dusdanig ingericht dat studenten met alle aspecten van de zorg rond chronisch zieken in aanraking komen. Vanuit het theoretisch onderwijs zijn studenten bekend met alle aspecten van de zorg rond chronisch zieken en de gevolgen daarvan voor de werkzaamheden van artsen. Tijdens het vaardigheidsonderwijs zijn zij voorbereid op de meest karakteristieke situaties die zich in de praktijk zullen voordoen. Tijdens de stages zullen studenten zich in de praktijk moeten bekwamen in het werk met chronisch zieken. Binnen elke medische discipline zal dit een andere uitwerking krijgen, al naar gelang de mogelijkheden die patiëntenzorg daartoe biedt. Binnen de stages zal wel zoveel mogelijk in het werk gesteld moeten worden om de discipline overstijgende aspecten van de zorg rond chronisch zieken te benadrukken (zie ook 4.5.4 en 4.5.5). Uiteraard kan dat alleen gebeuren aan de hand van de specifieke disciplinegebonden ervaringen die studenten opdoen.

4.5.3 Dertien vroege stages?

Bij de afwegingen in deze paragraaf wordt afzonderlijk ingegaan op de functie van deze stages bij de beroepsvoorbereiding en de beroepsoriëntatie.

Beroepsvoorbereiding. In het ontwerp voor een stagemodel dat hier wordt ontwikkeld, is de beroepsvoorbereiding – het leren werken in de patiëntenzorg – sterker benadrukt dan in de huidige co-assistentenschappen het geval is. Daardoor komt het karakter van de tussenstages nog het meest overeen met dat van de huidige keuze-co-assistentenschappen. Op dit moment gaat daaraan voor studenten een voorbereidingstraject vooraf dat bestaat uit een cyclus van co-assistentenschappen die gelopen worden bij de elf kerndisciplines.* Daarin bekwamen studenten zich langzamerhand in de uitvoering van vaardigheden en taken die ze in het afsluitende co-assistentenschap integreren en verder uitbreiden. De vraag is hoe een dergelijke voorbereiding kan worden gerealiseerd tijdens de vroege stages. Daartoe zullen

* In raamplan 1994 gedefinieerd als "... die disciplines, die aan tenminste zes van de acht faculteiten een verplicht co-assistentenschap verzorgen."⁴ In Raamplan 2001 ongewijzigd overgenomen: interne geneeskunde, neurologie, psychiatrie, kindergeneeskunde, chirurgie, gynaecologie en obstetrie, dermatologie, keel-, neus- en oorheelkunde, oogheelkunde, huisartsgeneeskunde en sociale geneeskunde. Tijdens de visitatie van 1997 waren co-assistentenschappen bij deze elf disciplines aan alle acht faculteiten verplicht.¹⁵

die vooral gericht zijn op de kennismaking met de praktijk van de patiëntenzorg en het daarin toepassen van deelvaardigheden (anamnese, lichamelijk onderzoek, afronding consult, injecteren, etc.) en de integratie daarvan in werkzaamheden zoals het statussen van patiënten. Het eindresultaat is dat studenten aan het begin van hun eerste tussenstage beschikken over de vaardigheden die nodig zijn om daarin een aanvang te kunnen maken met hun werkzaamheden en bovendien vertrouwd zijn geraakt met het werken in de patiëntenzorg. Zowel de deelvaardigheden als de integratie daarvan zullen worden voorbereid tijdens vaardigheidsonderwijs. Daarmee ligt in deze periode een afwisseling voor de hand van vaardigheidsonderwijs en kortdurende stages van vier tot acht weken (zie ook 4.5.5). Vanuit de optiek van beroepsvoorbereiding is het noodzakelijke aantal stages, hun vorm en hun inhoud afhankelijk van de concrete uitwerking van wat er nodig is om studenten een adequate voorbereiding te bieden op de tussenstages.

Beroepsoriëntatie. Eerder is geconstateerd dat de beroepsoriëntatie een belangrijke functie is van de huidige co-assistentenschappen (blz.81). Daarbij wordt studenten de gelegenheid geboden om zich in de praktijk van de patiëntenzorg te oriënteren op de mogelijkheden na het afstuderen. Vroege stages zouden op dit terrein al eerder een functie kunnen vervullen doordat ze studenten de mogelijkheid bieden om een weloverwogen keuze te maken over de medische disciplines waarbij zij twee van hun drie tussenstages willen lopen. Vanuit het oogpunt van beroepsoriëntatie kan voor het noodzakelijke aantal vroege stages worden aangesloten bij de huidige traditie dat in elk geval een co-assistentenschap wordt gelopen bij de elf kerndisciplines. Voor een adequate oriëntatie op de zorg rond chronisch zieken zouden daar de revalidatiegeneeskunde en de verpleeghuisgeneeskunde aan kunnen worden toegevoegd. Dat brengt het totaal op dertien vroege stages. Dat aantal lijkt echter zowel te groot als te klein. Te groot, omdat de organisatie van (korte) stages en het begeleiden van studenten daarin beide arbeidsintensief zijn en druk leggen op de patiëntenzorg en de onderwijsorganisatie. Te klein, omdat op deze manier lang niet alle medische disciplines de gelegenheid krijgen om zich aan studenten te presenteren. Het lijkt daarom de moeite waard om te onderzoeken of een gedegen beroepsoriëntatie niet effectiever en efficiënter kan worden gerealiseerd dan met behulp van stages. In dat geval is de beroepsoriënterende functie van vroege stages beperkt. Hun aantal kan dan worden bepaald aan de hand van wat nodig is voor de beroepsvoorbereiding.

Adequate voorbereiding op contacten met chronisch zieken. Ook nu zal in elke stage bewust aandacht worden besteed aan de chronisch zieken die daar voorkomen. Daarbij komen in elk geval hun specifieke problematiek op biomedisch, psychosociaal en maatschappelijk terrein aan de orde, maar ook de samenwerkingsverbanden die de zorg rond chronisch zieken binnen de desbetreffende medische discipline met zich meebrengt.

Samenvattend zal de beroepsoriënterende functie van stages in de loop van opeenvolgende stages afnemen, terwijl parallel daaraan de beroepsvoorbereidende functie toeneemt. In termen van stageduur betekent dat korte stages in het begin en

lange aan het eind. In termen van keuzevrijheid van studenten betekent het geen keuzevrijheid in het begin en vrije keuze aan het eind. Tabel 12 vat dit samen.

Tabel 12 Beroepsoriëntatie en beroepsvoorbereiding in relatie tot stageduur en keuzevrijheid.

		beroeps- oriëntatie	beroeps- voorbereiding	duur	keuzevrijheid
1	afsluitende stage	+	++++	6 mnd	volledig
3	tussenstages	++	+++	3 mnd	beperkt*
?	vroege stages	++	++	4-8 wk	geen

* huisartsgeneeskunde verplicht, vrije keuze binnen ziekenhuisspecialismen en sociale geneeskunde

4.5.4 Bevorderen van *transfer* tussen de stages

Om studenten volop de gelegenheid te bieden om te profiteren van een cyclus van stages moet die als één samenhangend blok worden beschouwd en ontwikkeld. Daarbij hebben stages niet alleen een zelfstandige functie met welomschreven stagedoelen, maar hebben zij ook een voorbereidende functie voor de stages die erop volgen. De zelfstandige functie heeft betrekking op disciplinegebonden aspecten en – voor de drie tussenstages – de specifieke aspecten van het werken binnen één van de drie sectoren binnen de geneeskunde. De voorbereidende functie heeft betrekking op de disciplineoverstijgende doelen. Die moeten tijdens elke stage verder ontwikkeld worden om in de afsluitende stage volledig beheerst te worden. Daarbij is een zorgvuldige planning nodig van de werkzaamheden door de stages heen. In eerdere stages zal het moeten gaan om een beperkt aantal werkzaamheden van beperkte complexiteit, terwijl aan het eind van de afsluitende stage alle werkzaamheden op het gewenste niveau van complexiteit worden beheerst. Deze ontwikkeling zal betrekking moeten hebben op alle aspecten uit het *mission statement*. Als voorbeeld kan gedacht worden aan de ontwikkeling van het takenpakket. In eerdere stages zal het bijvoorbeeld gaan om het statussen van een enkele patiënt, terwijl het in de afsluitende stage zal gaan om het – onder supervisie – zelfstandig houden van een spreekuur. Iets dergelijks geldt voor de ontwikkeling in de problematiek van de patiënten waarmee studenten worden geconfronteerd. Bijvoorbeeld van biomedisch eenvoudig zonder belangrijke psychosociale en maatschappelijk problematiek en zonder noodzaak tot interdisciplinaire samenwerking tot complex op meerdere fronten.

Het spreekt vanzelf dat docenten in dit stageontwerp een centrale rol spelen. Vanwege hun vakkennis zijn ze onontbeerlijk bij de ontwikkeling van een cyclus van stages. Ze zijn eveneens onontbeerlijk als docent bij de begeleiding van studenten tijdens hun groei in de loop van de cyclus. Zoals Onstenk aangaf vereist dat vakkundig, gemotiveerde en begeleidingsdeskundige docenten (blz. 86).

4.5.5 Tussendoor: theoretisch en vaardigheidsonderwijs

Om zoveel mogelijk te kunnen profiteren van de ervaring die in stages wordt opgedaan en om de mogelijkheden tot *transfer* te vergroten, moeten stages worden afgewisseld met theoretisch- en vaardigheidsonderwijs (blz. 86). Daarbij ligt een combinatie van terugkomdagen en terugkomweken voor de hand. Terugkomdagen worden ingezet ter ondersteuning van het leerproces tijdens de stages. Het accent op die dagen moet – nadrukkelijk – liggen op het accentueren van de disciplineoverstijgende elementen uit de eindtermen. Dat kan bijvoorbeeld in de vorm van trainingen rond de communicatieve vaardigheden die moeten worden beheerst bij de uitvoering van de verschillende werkzaamheden en de variatie daarin. Om studenten hulp te bieden bij het zien van de disciplineoverstijgende elementen binnen hun eigen ervaringen, kunnen de specifieke kenmerken van de patiëntenzorg (biomedische, psychosociale en maatschappelijke problematiek, samenwerkingsverbanden, etc.) binnen de eigen stage worden vergeleken met die binnen andere disciplines. Terugkomweken worden vooral gebruikt voor reflectie op de afgesloten stages en systematische voorbereiding op de komende stages. Dat laatste zowel wat betreft de noodzakelijke kennis (zoals oriëntatie op kenmerkende samenwerkingsverbanden en kenmerkende psychosociale en maatschappelijke problematiek) als wat betreft de specifieke vaardigheden.

4.5.6 Beoordeling van leerresultaten

In elke stage vindt frequent toetsing plaats met behulp van verschillende methodieken (blz. 86). Het karakter daarvan zal voornamelijk formatief zijn. De toetsen informeren studenten over hun vorderingen bij het leren beheersen van alle werkzaamheden en stellen hen in staat concrete leerdoelen voor de komende stageweken te formuleren. Omdat tijdens terugkomweken de theoretische en praktische basis wordt gelegd voor de komende stageperiode, wordt daarin ook summatief getoetst.

4.6 SAMENVATTING EN BESCHOUWING

4.6.1 Samenvatting

In dit hoofdstuk stond de vraag centraal welke onderwijskundige voorwaarden gelden voor een cyclus van opeenvolgende stages waarin studenten geneeskunde zich adequaat kunnen voorbereiden op hun contacten met chronisch zieken. De voorwaarden zijn geformuleerd op basis van (analyse van) bestaand onderzoek. Ze zijn uitgewerkt in een ontwerp voor een stagemodel met terugkomdagen en terugkomweken dat studenten de gelegenheid biedt om zich geleidelijk te ontwikkelen naar de zelfstandigheid die nodig is bij hun beroepsaanvang. Daarvoor is het nodig dat in de loop van de cyclus van stages de omvang van hun takenpakket en de complexiteit ervan geleidelijk toeneemt tot het gewenste eindniveau in de afsluitende stage. Door de opbouw en de duur van de stages is het mogelijk om de be

roepsvoorbereiding op contacten met chronisch zieken in de volle breedte vorm te geven.

Er wordt voor gepleit om de hele cyclus van stages als één blok onderwijs te ontwikkelen om daarmee de mogelijkheden tot groei van de studenten te optimaliseren. In de uitwerking sluit het ontwerp aan bij de actuele ontwikkelingen in het medisch onderwijs waarin wordt gepleit voor langere afsluitende stages voor de studie geneeskunde.¹² Anders dan in die voorstellen wordt er voor gepleit om in elk geval de drie stages die vooraf gaan aan de afsluitende stage te verlenen tot tenminste drie maanden en wordt het nut ter discussie gesteld van korte stages binnen elke medische discipline.

4.6.2 Beschouwing

Over de beroepsvoorbereiding tijdens de stages in het medisch onderwijs zijn weinig feitelijke gegevens voorhanden. Daardoor berusten de gemaakte afwegingen vooral op analyses en toepassing van wat bekend is uit de cognitieve psychologie en onderzoek naar stages uit het (hoger) beroepsonderwijs. Daarmee ligt een degelijk fundament onder de voorwaarden die gesteld moeten worden aan een cyclus van opeenvolgende stages en – in het verlengde daarvan – onder het gepresenteerde ontwerp voor zo'n cyclus. De gevolgde werkwijze heeft ook geleid tot een aantal hypotheses waarvan het de moeite waard is om ze nader te onderzoeken.

Overeenkomsten en verschillen tussen medische disciplines. Bij de bespreking van transfermogelijkheden tussen stages is geconcludeerd dat er – met uitzondering van het biomedisch terrein – in de beroepsuitoefening van artsen tussen medische disciplines meer overeenkomsten dan verschillen lijken te bestaan. Voor die conclusie zijn goede argumenten te vinden in de cognitieve psychologie en het onderzoek uit hoofdstuk drie. Feitelijk is er echter weinig bekend over overeenkomsten en verschillen tussen de werkzaamheden van artsen uit verschillende disciplines. Onderzoek op dit gebied is nodig om de theoretische basis onder een cyclus van opeenvolgende stages te versterken. In het verlengde daarvan kan onderzocht worden welke transfermogelijkheden van dit soort werkzaamheden er feitelijk bestaan tussen stages.

Verloop van het leerproces in stages. Rondom het leerproces dat zich tijdens een stage afspeelt is de beargumenteerde hypothese ontwikkeld dat het accent in eerste instantie zal liggen op het leren hanteren van consulten en het toepassen daarbij van disciplinegebonden kennis en vaardigheden op biomedisch, psychosociaal en maatschappelijk terrein. Pas later in stages zou het accent van het leerproces verschuiven in de richting van de andere aspecten van het takenpakket. De vraag is of dat inderdaad zo is en bij welke stageduur het omslagpunt ligt. Kennis op dit gebied zou de mogelijkheden ten goede komen om een doelgerichte cyclus van opeenvolgende stages te ontwikkelen.

Completering stageontwerp. Het voorgestelde stageontwerp is nog niet compleet. Veel aspecten van inhoud en vormgeving moeten nog nader worden uitgewerkt.

Het is eigenlijk verrassend dat in het medisch onderwijs nog zo weinig bekend is over leren in en van stages.^{14,99} Zowel in het BOC-rapport als in het AKV-rapport werd gewezen op de gebrekkige aansluiting tussen de studie geneeskunde en de vervolgopleidingen.^{9,10} Aansluitingsproblematiek speelt opnieuw een rol in de huidige discussie over het opleidingscontinuüm.^{11,12,123} In haar aansluitingsproblematiek staat de studie geneeskunde niet alleen. In Nederland speelt de discussie daarover in het (hoger) beroepsonderwijs sinds het begin van de jaren zeventig van de vorige eeuw.^{92,118} Dat heeft geleid tot een grote hoeveelheid theorievorming, experimenten en onderzoek waaraan regelmatig is gerefereerd. Deze bronnen met hun theoretische en praktische kaders hebben hun weg nog niet gevonden naar het medisch onderwijs. Gezien het belang van een adequate beroepsvoorbereiding voor studenten, patiënten en vervolgopleidingen verdient het aanbeveling te verder te exploreren dan binnen het kader van dit proefschrift mogelijk was. Het lijkt daarbij de moeite waard om expertise vanuit deze hoek in te zetten bij onderzoek en ontwikkeling rond de beroepsvoorbereiding en beroepsopleiding.

Wordt nog wel voldaan aan de eindtermen van het Raamplan? Voor de beantwoording van deze vraag zijn twee aspecten van belang: wat verdwijnt er bij realisatie van het gepresenteerde stageontwerp en wat wordt er toegevoegd? Ten opzichte van de huidige co-assistentenschappen wordt ingeleverd op het terrein van disciplinegebonden biomedische kennis en bijbehorende vaardigheden. Vanuit het Raamplan gezien is dat om verschillende redenen geen probleem.

- In het Raamplan zijn de eindtermen disciplineonafhankelijk geformuleerd.
- De volledige breedte van de geneeskunde blijft in het theoretisch onderwijs aan de orde komen.
- Er vindt een brede oriëntatie plaats op de beroepen in de gezondheidszorg en studenten verwerven zich kennis en vaardigheden binnen de drie sectoren van medisch beroepen in de gezondheidszorg.

Ten opzichte van de huidige co-assistentenschappen biedt het gepresenteerde stage-model studenten meer ruimte om zich in de diepte te bekwamen op het biomedisch terrein van enkele disciplines en om zich te bekwamen op het terrein van de niet-biomedische aspecten van de beroepsuitoefening. Bovendien krijgen ze de gelegenheid om zich voor te bereiden op het scala van werkzaamheden dat hen na het afstuderen wacht.

Als studenten hun stages lopen in een cyclus van stages die is gebaseerd op het hier ontwikkelde stageontwerp, dan is het waarschijnlijk dat ze na afloop beter aan de eindtermen van het Raamplan kunnen voldoen dan op dit moment het geval is.

Vorbereiding op contacten met chronisch zieken. Als het geschetste stagemodel wordt uitgewerkt, krijgen studenten de gelegenheid om zich goed voor te bereiden op hun contacten met chronisch zieken. De opzet met drie tussenstages, terugkomdagen en terugkomweken, schept de voorwaarden voor het opdoen van ervaring met en een brede oriëntatie op de problematiek van chronisch zieken zoals die zich in de gezondheidszorg voor kan doen. De mogelijkheden tot beroepsoriëntatie en vrije keuze voor de afsluitende lange stage bieden de waarborg dat studenten ook

zo goed mogelijk zijn voorbereid op de specifieke medisch biologische problematiek en kenmerkende psychosociale en maatschappelijke consequenties van de aandoeningen die voorkomen binnen de medische discipline waarin zij zich waarschijnlijk verder zullen bekwamen. Ze zouden zich dus na afloop beter voorbereid moeten voelen op hun contacten met chronisch zieken. Met een herhaling van de enquête uit paragraaf 2.4 kan die hypothese op termijn worden onderzocht.

