

De invloed van flankerend onderwijs op leren consultvoeren

Een onderzoek binnen de Huisartsopleiding Groningen

Veronique Tjong-A-Sie

**UMCG, Disciplinarygroep Huisartsgeneeskunde
Rijksuniversiteit Groningen, Pedagogische Wetenschappen**

Groningen, 8 November 2007

Wenckebach Ontwikkelplatform

Universitair Medisch Centrum Groningen



De invloed van flankerend onderwijs op leren consultvoeren

Een onderzoek binnen de Huisartsopleiding Groningen

Groningen, 10 oktober 2007

Auteur

Studentnummer

Afstudeerscriptie in het kader van

Oprachtgever

Begeleiders

Begeleider UMCG

Veronique Tjong-A-Sie

1579649

master Volwasseneducatie

Faculteit Pedagogische Wetenschappen en
Onderwijskunde, Rijksuniversiteit Groningen

dr. P.M. Boendermaker

disciplinegroep Huisartsgeneeskunde,
Huisartsopleiding Groningen, UMCG

drs. J. van der Linden

dr. J.J.M. Zeelen

Faculteit Pedagogische Wetenschappen en
Onderwijskunde, Rijksuniversiteit Groningen

dr. J. Pols

Wenckebach Instituut

ISBN: 978-90-8827-021-5
NUR: 840
Trefw: Onderwijs algemeen

Omslag: Wenckebach Instituut, Universitair Medisch Centrum Groningen

© 2007 Wenckebach Ontwikkelplatform Publicaties Groningen, Nederland.

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen, of enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16B Auteurswet 1912 j° het Besluit van 20 juni 1974, St.b. 351, zoals gewijzigd in Besluit van 23 augustus 1985, St.b. 471 en artikel 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht. Voor het overnemen van gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (artikel 16 Auteurswet 1912) dient men zich tot de uitgever te wenden.

Voorwoord

Een half jaar voordat de onderzoeksperiode vanuit de faculteit begon, zocht ik naar een passend onderwerp voor mijn masterthesis. Het zou moeilijk worden een interessant onderwerp te vinden. Door een actualiteitencollege van het Wenckebach Ontwikkelplatform kwam ik terecht bij de Huisartsopleiding Groningen.

Zelf heb ik geen studie gevolgd in de medische sector. Maar waarom dan wel een afstudeeronderzoek binnen de huisartsopleiding? Wat mij aantrok voor dit onderzoek was het feit dat ik een vervolgonderzoek ging doen. Ik wilde met mijn onderzoek deel uitmaken van een groter geheel van onderzoeken, dit leek mij het waardevolst voor de organisatie waarvoor ik onderzoek zou doen.

In de tweede plaats trok het onderwerp mijn aandacht. Ik zou mij richten op het onderwijsproces tijdens de terugkomdagen, (flankerend onderwijs). Zelf heb ik de nodige terugkomdagen gevolgd op de PABO en ik wilde gebruik maken van mijn ervaringen voor mijn afstudeeronderzoek.

Wat mij het meest aantrok was dat ik te maken ging krijgen met huisartsen in opleiding. Iedereen gaat wel eens naar de huisarts. Maar je staat er eigenlijk niet bij stil dat huisartsen hun beroep, met name het consultvoeren, ook hebben moeten leren.

Op 15 januari 2007 startte mijn onderzoek in opdracht van het Wenckebach Ontwikkelplatform en de huisartsopleiding. Ik deed onderzoek naar de didactische werkvorm tijdens de terugkomdagen, die de huisartsen stimuleren in het leren consult voeren. Een hele klus, maar ontzettend leerzaam.

Uiteraard was het onmogelijk dit onderzoek alleen tot een goed einde te brengen. Vanuit het Ontwikkelplatform kon ik rekenen op begeleiding van Jan Pols en vanuit de

huisartsopleiding van Peter Boendermaker en Majella de Jong.

Vanuit de het masterprogramma algemene pedagogiek werd ik begeleid door Josje van der Linden en Jacques Zeelen. Ik wil allen heel erg bedanken voor hun inzet, geduld, deskundigheid en inspiratie.

Als laatste, maar niet als onbelangrijkste, wil ik iedereen bedanken die altijd oprechte belangstelling toonde voor het verloop van mijn onderzoek: mijn (schoon) familie, vrienden, kennissen en studiegenoten. In het bijzonder wil ik mijn vriend Sjoerd bedanken voor zijn vertrouwen, geduld en het vermogen om mij te blijven motiveren als het me allemaal even teveel werd.

Veronique Tjong-A-Sie,
Groningen, 10 oktober 2007

INHOUDSOPGAVE

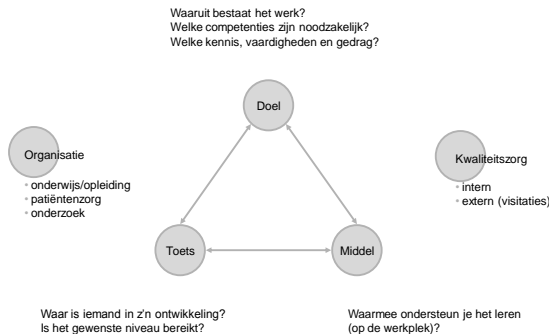
SAMENVATTING.....	1
RESULTATEN EN CONCLUSIES	2
1 INLEIDING, PROBLEEMSTELLING EN ONDERZOEKSETTING	5
1.1 HET ONDERWIJS- EN OPLEIDINGSCONTINUÛM.....	5
1.2 ONTWIKKELINGEN IN DE SAMENLEVING.....	6
1.3 VERANDERINGEN BINNEN HET ONDERWIJS- EN OPLEIDINGSCONTINUÛM VAN ARTSEN	6
1.4 AANLEIDING TOT HET ONDERZOEK	7
1.5 VRAAGSTELLING.....	7
1.6 FOCUS EN RELEVANTIE VAN HET ONDERZOEK.....	8
1.7 ONDERZOEKSETTING.....	9
1.7 LEESWIJZER	10
2 THEORETISCH KADER	13
2.1 EEN LEVEN LANG LEREN IN EEN KENNISECONOMIE.....	13
2.2 REFLECTIE	13
2.3 ERVARINGSLEREN.....	14
2.4.1 Impliciete kennis.....	14
2.4.2 Impliciet leren en impliciete kennis zichtbaar maken.....	15
2.5 CONSULTVOEREN.....	16
2.6 FLANKEREND ONDERWIJS.....	16
3 METHODOLOGISCHE VERANTWOORDING	19
3.1 TYPERING VAN HET ONDERZOEK.....	19
3.2 METHODE VAN DATAVERZAMELING	19
3.3 ONDERZOEKSGROEP EN RESPONDENTEN	19
3.4 PROCES VAN DATAVERZAMELING.....	20
3.5 VERWERKING VAN DATA.....	20
3.6 INSTRUMENTEN	21
3.7 KENMERKEN VAN DE OBSERVATIES EN INTERVIEWS.....	21
4 BESPREKING VAN DE RESULTATEN	23

4.1	STIMULERENDE DIDACTISCHE WERKVORMEN	23
4.1.1	Videobeelden bekijken.....	23
4.1.2	Trainingen met acteurs	26
4.1.3	Spuien	28
4.1.4	Informeel ervaringen delen.....	30
4.1.5	Theoretische ondersteuning.....	30
4.2	FEEDBACK.....	31
5	DE INVLOED VAN FLANKEREND ONDERWIJS	33
5.1	CONCLUSIES	33
5.1.1	Aangeboden didactische werkvormen.....	33
5.1.2	Stimulerende didactische werkvormen.....	33
5.1.3	Op welke manier beïnvloedt het flankerend onderwijs	33
5.2	AANBEVELINGEN	35
5.3	DISCUSSIE.....	36
5.3.1	Beperkingen van het onderzoek.....	36
5.3.2	Reflectie op het onderzoeksproces	36
5.3.3	Reflectie op de gekozen theorie	36
5.3.4	Reflectie op conclusie en aanbevelingen	37
6	NAWOORD	39
LITERATUUR 41		
BIJLAGE 1 INTERVIEWSHEMA		43
BIJLAGE 2 CODESET VOOR INTERVIEWS		44
BIJLAGE 3 DE ROOS VAN LEARY		45
BIJLAGE 4 FORMULIER CONSULTVOERING		46

Samenvatting

Achtergrond en doelstelling

Dit onderzoek is gedaan in opdracht van de Huisartsopleiding en het Ontwikkelplatform van het Wenckebach Instituut. Het Ontwikkelplatform laat afdelingen van het UMCG en andere opleidingsziekenhuizen in de regio, studenten en docenten uit het WO en HBO optimaal van elkaar profiteren. Dit doet het Ontwikkelplatform door onderzoeksvragen te inventariseren waarmee studenten aan de slag kunnen gaan. Als kapstok voor afstudeeronderzoek hanteert het Ontwikkelplatform de didactische doel-middel-toets cyclus (zie figuur 1).



Figuur 1: Onderzoekskader Wenckebach Ontwikkelplatform

Met zijn allen leidende onderzoeken binnen dit onderzoekskader tot een verbetering van het opleiden van medici, het in de praktijk brengen van opgedane medische

kennis en het toetsen van deze medische kennis en werkomstandigheden. Het onderzoek in deze scriptie valt binnen de categorie 'middel'. Het heeft als doel het verder expliciteren van het leerproces van arts-assistenten, in dit geval de huisartsen in opleiding, door de didactische werkvormen tijdens de terugkomdagen in kaart te brengen en hun invloed op leren consultvoeren. In het voorgaande onderzoek van Meijerink (2005) wordt de kern van het leren consultvoeren weergegeven in een vliegwiel van reflectie → experimenteren; in dit vervolgonderzoek wordt onderzocht welke didactische werkvormen reflecteren stimuleren en daarmee het vliegwiel aandrijven.

Vraagstelling

Op welke manier beïnvloedt het flankerend onderwijs¹ het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding?

Om de vraagstelling te beantwoorden zijn een drietal onderzoeksvragen opgesteld:

1. Welke didactische werkvormen vinden plaats binnen het flankerend onderwijs?
2. Welke didactische werkvormen binnen het flankerend onderwijs stimuleren het reflecteren van huisartsen in opleiding en drijven daarmee het vliegwiel reflecteren experimenteren aan?
3. Welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden voor het gebruik van didactische werkvormen binnen het onderwijsprogramma?

Om de vraag te operationaliseren, wordt er tijdens het onderzoek gekeken naar de invloed van de werkvormen op een drietal gebieden:

- Het gedachtegoed: in welke mate zet de didactische werkvorm de arts in opleiding aan tot nadenken en wat is de inhoud hiervan?
- Het gevoel: leidt dit tot meer of juist minder zelfvertrouwen voor de arts in opleiding tijdens het consultvoeren?
- Het gedrag: past de arts in opleiding de manier van consultvoeren aan?

¹ Flankerend onderwijs: gestuurd onderwijs dat de aiOS krijgt om te leren gaan met alles wat hij in de praktijk tegenkomt.

Wanneer beter inzicht is verkregen in de ondersteuning van het flankerend onderwijs, zouden er aanbevelingen gedaan kunnen worden voor het gebruik van didactische werkvormen binnen het onderwijsprogramma. Dit zou betekenen dat het leren van consultvoering binnen de huisartsopleiding nog beter vorm gegeven kan worden.

Theorie

De huisartsopleiding heeft een duaal karakter: zij bestaat uit 'werken' en 'leren'. Deze beide elementen staan tijdens de opleiding steeds in wisselwerking met elkaar en zijn op elkaar afgestemd. Centraal staat de arts in opleiding tot specialist (aios) geplaatst in de opleidingspraktijk, waar het werken ten dienste van het leren komt. De opgedane werkervaringen worden gevolgd door kritische reflectie op deze ervaringen.

Omdat het onderzoek gericht is op leren en reflecteren is hier relevante theorie bij gezocht. Elk leren bestaat volgens Kolb (1984) uit vier stadia die elkaar logisch opvolgen: concreet ervaren, waarnemen en reflecteren, abstracte begripsvorming en generalisatie en actief experimenteren. Tijdens de eerste drie stadia die door Kolb (1984) genoemd worden, is leren niet zichtbaar. Dit wordt ook wel impliciet leren genoemd. Uit impliciet leren ontstaat impliciete kennis welke moeilijk over te dragen is. Collins presenteert in het artikel *Cognitive apprenticeship, making thinking visible* een model genaamd cognitive apprenticeship (1991). Het doel van dit model is het zichtbaar maken van de impliciete kennis van de begeleider en student. Collins presenteert zes leermethoden waarmee impliciet leren en impliciete kennis zichtbaar gemaakt kunnen worden. Door impliciete kennis zichtbaar te maken komt de aios in de gelegenheid om deze kennis te bekritisieren. Hierdoor kan de aios verbanden leggen tussen kennis die hij al bezit en situaties van onzekerheid (Schön, 1983). Niet alleen gedurende de huisartsopleiding komt de aios terecht in situaties van onzekerheid maar ook tijdens de gehele loopbaan als huisarts. De praktijkopleiders en groepsbegeleiders hebben ook de taak de aios een basis te bieden om een leven lang te kunnen leren.

Methode

Dit onderzoek is beschrijvend en explorerend van aard. Het gaat bij dit soort onderzoek om het verkennen en beschrijven van één of meerdere kenmerken binnen een specifieke groep: de medisch specialisten in opleiding tot huisarts.

Er is in dit onderzoek gekozen voor gedragsobservatie en mondelinge individuele semi-gestructureerde interviews. De belangrijkste overweging bij het kiezen van deze multi-methode aanpak is dat we kennis verkrijgen over het te bestuderen sociale verschijnsel, vanuit verschillende (methodische) invalshoeken (Baarda, 2001).

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens terugkomdagen van eerste en derdejaars huisartsen in opleiding. Tijdens het observeren is er specifiek gelet op de didactische werkvormen waarvan gebruik gemaakt werd. Alle observatie aantekeningen zijn uitgetypt en geanalyseerd. Het analyseren van de observatiegegevens is gedaan door codes aan te brengen in de tekst. De codes waarvan gebruik is gemaakt zijn gebaseerd op de gebieden: gedachten, gevoelens en gedrag. Bij de analyse is gebruik gemaakt van het softwarepakket ATLAS.ti

Er zijn derdejaars huisartsen in opleiding geïnterviewd. Tijdens het afnemen van de interviews is de respondenten gevraagd welke didactische werkvormen hen het meest heeft gestimuleerd tot reflecteren en welke gevolgen dit heeft gehad voor het consultvoeren. Er zijn in totaal vijf interviews afgenomen waarvan twee proefinterviews. Alle interviews zijn letterlijk uitgetypt en vervolgens geanalyseerd. Bij het coderen en analyse zijn uitspraken van aios gecodeerd. De codes die gebruikt zijn, zijn net als bij de observatiegegevens, gebaseerd op de drie gebieden gedachten, gevoelens, gedrag. Ter ondersteuning is bij het coderen en analyseren gebruik gemaakt van het softwarepakket ATLAS.ti.

Resultaten en conclusies

Het flankerend onderwijs stimuleert het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding via vijf van de zes leermethodes van Collins (1991). Tijdens de didactische werkvorm videobeelden bekijken wordt gebruik gemaakt van de leermethodes: modeling, coaching, articulatie,

reflectie. Tijdens de didactische werkvorm trainingen met acteurs wordt gebruik gemaakt van de leermethodes: scaffolding, modeling, coaching, articulatie en reflectie. Gedurende het spuien maakt de aios gebruik van de leermethodes: modeling, articulatie en reflectie.

Theoretische ondersteuning door schema's of modellen wordt niet gezien als een didactische werkvorm. Maar omdat dit meerdere keren is genoemd door aios wordt deze manier voor het leren van consulten wel besproken. Ook zijn hier leermethodes aan verbonden namelijk scaffolding en reflectie.

Het flankerend onderwijs beïnvloedt het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding door verschillende didactische werkvormen aan te bieden. Hierdoor speelt de huisartsopleiding in op de vijf leermethoden van Collins, maar ook op de verschillende leerstijlen die er tussen de aios bestaan.

De conclusies die getrokken kunnen worden hebben niet alleen betrekking op de huisartsopleiding, maar ook op de ontwikkelingen in de maatschappij. Door rekening te houden met verschillende leerstijlen en stadia van leren, wordt het voor iedereen mogelijk om een leven lang te blijven leren.

Aanbevelingen

Er kunnen meerdere aanbevelingen gedaan worden voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding.

1. Blijf een diversiteit van didactische werkvormen aanbieden.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat niet iedere didactische werkvorm van alle leermethoden gebruik maakt. Echter als de drie meest stimulerende didactische werkvormen bij elkaar worden genomen, worden vijf leermethoden van Collins gebruikt.

2. Houdt de kleine groepen in het derde jaar aan. Uit de interviews kwamen enkele zaken naar voren waar niet expliciet naar is gevraagd, maar welke wel belangrijk zijn. Eén daarvan was groepsdynamiek. Voor de aios is het erg belangrijk om zich veilig te voelen binnen de groep., zodat de aios beter laat weten wat hem² bezig houdt en

wat zijn zwakke punten zijn. Ook zorgt het ervoor dat de aios vaker zijn feedback geeft voor een collega aios.

3. Probeer ook in het derde jaar de combinatie van huisartsbegeleider en gedragswetenschapper aan te houden.

Behalve dat het derde jaar het voordeel heeft van kleinere groepen, heeft het ook een nadeel. Omdat er meer kleinere groepen ontstaan is het niet meer mogelijk om én een huisartsbegeleider én een gedragswetenschapper in de groep te hebben. De aios geven aan dat er wel degelijk verschillen zijn tussen een huisartsbegeleider en een gedragswetenschapper. Juist deze verschillen zijn voor de aios belangrijk. Door deze te combineren krijgt de aios het idee feedback te krijgen uit verschillende invalshoeken en de aios hecht hier dan ook veel waarde aan.

² Waar in dit onderzoek hij/hem staat kan ook zij/haar gelezen worden.

1 Inleiding, probleemstelling en onderzoekssetting

‘Toenemende en veranderende zorgvraag stelt nieuwe eisen aan de deskundigheid van zorgprofessionals, aan hun technische en sociale vaardigheden, aan hun samenwerkingskwaliteiten en aan hun flexibiliteit’ (LeGrand- van den Boogaard, 2003: 5). Om te voldoen aan deze nieuwe eisen zal het onderwijs en het opleidingscontinuüm van medici onder de loep genomen moeten worden.

In dit inleidende hoofdstuk wordt eerst het onderwijs en opleidingscontinuüm van artsen beschreven. Vervolgens zal de ontwikkeling binnen de samenleving en de invloed hiervan op het beroep van medici besproken worden. De invloed van de veranderende samenleving, zorgvraag en de veranderende beroepsuitoefening hebben gevolgen voor het onderwijs- en opleidingscontinuüm. De veranderingen die hier zichtbaar zijn worden besproken in paragraaf 1.3.

Na deze inleidende paragrafen zal in paragraaf 1.4 de aanleiding tot het onderzoek worden genoemd. Deze wordt gevolgd door de vraagstelling van het onderzoek. In paragraaf 1.6 wordt de focus en de relevantie van het onderzoek besproken. Paragraaf 1.7 is een beschrijving van de onderzoekssetting. Dit hoofdstuk wordt afgesloten met een leeswijzer voor deze thesis.

1.1 Het onderwijs- en opleidingscontinuüm

Het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen bestaat uit drie delen:

1. de initiële opleiding (studie geneeskunde);
2. de medische vervolgopleiding;
3. bij- en nascholing.

De initiële opleiding duurt zes jaar en bestaat uit een bachelor- en masteropleiding. De eerste drie jaar van de

opleiding wordt afgesloten met het bachelorexamen. Vervolgens kan de student de driejarige masteropleiding volgen. Deze bestaat uit een serie stages bij verschillende afdelingen in (psychiatrisch) ziekenhuizen, verpleeghuizen, sociaal geneeskundige instellingen en huisartspraktijken, afgewisseld met toepassingsgerichte cursussen. De masterfase wordt afgesloten met het artsexamen, waarna de student zich arts mag noemen (RUG, 2004)

Na de zesjarige initiële opleiding volgen artsen als arts-assistenten een medische vervolgopleiding tot medisch specialist, huisarts of sociaal geneeskundige. In totaal zijn er 33 erkende medische vervolgopleidingen waarvan de duur verschilt van drie tot zes jaar. Arts-assistenten leggen gedurende deze periode het traject af van pas afgestudeerde arts tot zelfstandig beroepsoefenaar.

Na een medische vervolgopleiding onderhoudt een arts zijn kennis en vaardigheden onder andere door het volgen van bij- en nascholing. Dit zijn mono- of multidisciplinaire activiteiten zoals masterclasses, conferenties, congressen, vaardigheidstrainingen en symposia. Het gehele onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen wordt in het volgende figuur (figuur 1) samengevat.

Initiële opleiding 6 jaar		Medische vervolgopleiding 3-6 jaar	Bij – en nascholing
3 jaar Bachelor	3 jaar Master	-medisch specialist -huisarts -sociaal geneeskundige	

Figuur 2: Het onderwijs en opleidingscontinuüm van artsen (Yedema, 2004)

Dit onderzoek is gericht op de driejarige medische vervolgopleiding tot huisarts.

1.2 Ontwikkelingen in de samenleving

In de Nederlandse samenleving vinden verschillende ontwikkelingen plaats die van invloed zijn op de gezondheidszorg. In de eerste plaats krijgen medici te maken met veranderingen van de zorgvraag. De verwachting is dat door vergrijzing de zorgvraag in de komende jaren sterk zal toe nemen (Smolders, 2005).

Een tweede ontwikkeling is een verminderd zorgaanbod. De vergrijzing gaat gepaard met ontgroening. Deze ontgroening ontstaat doordat er minder kinderen worden geboren en er op de lange termijn minder mensen hun (geneeskundige) studie afronden. Dit houdt binnen de gezondheidszorg in dat er een verminderd zorgaanbod ontstaat.

Naast de toenemende zorgvraag en het verminderde zorgaanbod verandert ook de inhoud van de zorg. De verwachting is dat de behandelingen meer gericht zullen zijn op het verbeteren van de kwaliteit van leven dan op volledige genezing (Smolders, 2005). Ook heeft het stijgende aantal allochtonen in Nederland invloed op de zorginhoud. De gezondheidszorg zal beter afgestemd moeten worden op een multiculturele samenleving. Daarnaast neemt het aantal zelfstandige en kritische patiënten toe. Zij stellen hogere eisen aan het medisch personeel. De kritische patiënt heeft de vrijheid om zijn medische verzorging te kiezen en maakt hier gebruik van.

Al deze ontwikkelingen stellen nieuwe eisen aan zorgprofessionals (LeGrand- van den Boogaard, 2003). Vanwege deze nieuwe eisen zal het onderwijs en het opleidingscontinuüm van medici onder de loep genomen moeten worden.

1.3 Veranderingen binnen het onderwijs- en opleidingscontinuüm van artsen

Parallel aan de ontwikkelingen die plaatsvinden in de samenleving, vinden er ontwikkelingen plaats binnen de

medische opleidingen. De medische opleidingen moeten zo ingericht worden dat de arts van straks, uitgerust met de benodigde competenties, zijn beroep op een adequate en bevredigende wijze kan uitoefenen (Meijboom- de Jong, Smit Jongbloed & Willemsen, 2002) Volgens het rapport *De arts van straks* (Meijboom-de Jong et. al., 2002) is het belangrijk dat artsen in staat zijn om een leven lang professioneel te leren.

Professioneel leren moet een samenhang brengen in:

- individueel leren en gezamenlijk leren
- beroepspraktijk en cursorisch onderwijs
- persoonlijke ontwikkeling en professionele ontwikkeling.

Professioneel leren kan gedefinieerd worden als het integreren van ervaringsleren, sociaal leren en theoretisch leren, zowel individueel als gezamenlijk, gericht op zowel de verbetering van het professionele handelen als van de handelingsituatie. Professioneel handelen wordt niet alleen geleerd in de formele context van het onderwijs maar ook door het informele leren dat voortkomt uit praktische ervaring: leren door zelf ervaring op te doen, deel te nemen in de praktijk en door interactie met anderen, zoals collega's en patiënten.

Wat zich binnen de school afspeelt wordt aangeduid als formeel leren. Met school worden alle opleidingen die tot een diploma leiden bedoeld. Binnen formeel leren wordt doelbewust een leerproces georganiseerd en daarbij wordt gebruik gemaakt van een opleidingsplan of curriculum. Het richt zich op algemene kennis en breed toepasbare regels en principes. Tegenover formeel leren staat informeel leren of nonformeel leren.

Informeel leren vraagt om situatiespecifieke kennis en vaardigheden. Deze worden binnen een concrete context ontwikkeld. Vaak gaat het om incidentele en toevallige leerervaringen die niet expliciet rond leren georganiseerd zijn (Onderwijsraad, 2003). Met nonformeel leren wordt intentioneel georganiseerd, gestructureerd leren bedoeld dat zich in een ander institutioneel verband dan school afspeelt. Hierbij kan gedacht worden aan bij en nascholing (Onderwijsraad, 2003). Nonformeel leren is in dit onderzoek niet aan de orde.

1.4 Aanleiding tot het onderzoek

Voorafgaand aan dit onderzoek hebben er twee onderzoeken plaatsgevonden vanuit de afdeling Andragogiek binnen de Rijksuniversiteit Groningen. In het eerste onderzoek werd gekeken naar het curriculum van de medische opleidingen (Yedema, 2004). De onderzoekster heeft met dit onderzoek de taken van medisch specialisten in opleiding in kaart gebracht. Het tweede onderzoek heeft plaatsgevonden binnen de huisartsopleiding. De onderzoekster heeft in kaart gebracht hoe huisartsen in opleiding het consultvoeren leren (Meijerink, 2005).

De focus van het onderzoek van Meijerink was het expliciteren van het leren van huisartsen in opleiding. Het resultaat van dit onderzoek is dat huisartsen in opleiding van vier leervormen gebruik maken wanneer zij het consultvoeren leren, te weten: leren door handelen of experimenteren, leren door model of observatie leren, leren door theorie en leren door reflectie. Deze leervormen zijn gebaseerd op de theorie van Bolhuis en Doornbos (Bolhuis & Doornbos, 2000). Zij beschrijven dat deze leervormen voorkomen op de werkplek en in opleidingssituaties.

Deze leervormen hangen met elkaar samen; Meijerink heeft hieruit drie sequenties gevormd: model- of observatieleren → reflectie → experimenteren, theorie → reflectie → experimenteren en handelen → reflectie → experimenteren. In iedere sequentie is de reflecteren → experimenteren terug te zien. Hierop heeft Meijerink het vliegwielmodel gebaseerd dat weergeeft hoe huisartsen in opleiding het leren consultvoeren ervaren (figuur 3).

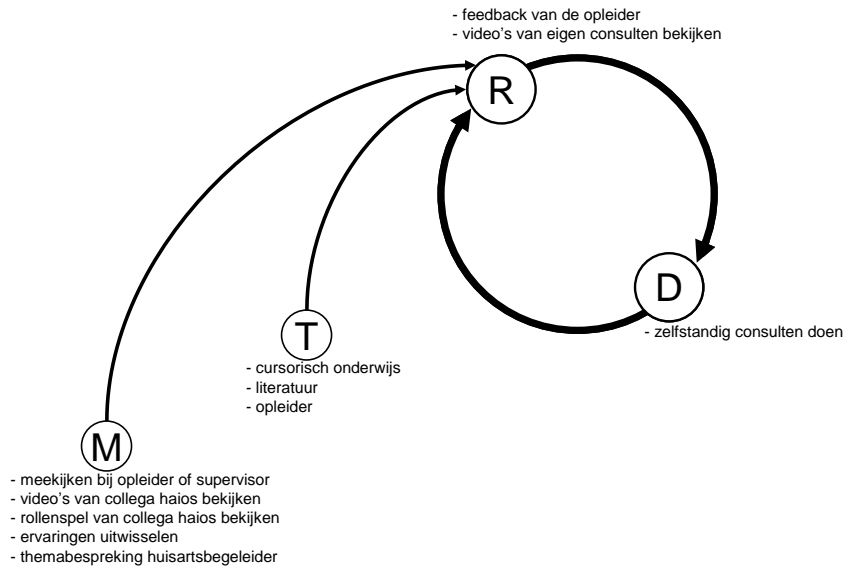
In het vliegwielmodel van Meijerink zijn de gevormde sequenties grafisch weergegeven. De sequentie reflecteren → experimenteren is geplaatst in een cirkel met pijlen die aangeven dat dit een wederkerige sequentie is. De leervormen die deze wederkerige sequentie aandrijven zijn verbonden aan reflecteren. Bij deze leervormen zijn de didactische werkvormen genoemd die gebruikmaken van de desbetreffende leervorm.

Omdat het hier gaat om een ruw model, daagt het onderzoek van Meijerink uit om verder onderzoek verrichten naar hoe huisartsen in opleiding het consultvoeren leren. Dit onderzoek is dan ook een vervolgonderzoek om het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding verder te expliciteren. Door het onderzoek meer te richten op de didactische werkvormen en ondersteunende factoren voor het leren consultvoeren, wordt het mogelijk om het vliegwiel model van Meijerink verder te detailleren.

1.5 Vraagstelling

De vraagstelling van dit (vervolg)onderzoek is als volgt:
Op welke manier beïnvloedt het flankerend onderwijs het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding?

Om de vraagstelling te beantwoorden zijn een drietal onderzoeksvragen opgesteld:



Figuur 3: Manier waarop aios huisartsgeneeskunde het leren van consulten ervaren: het vliegwiel van doen (D) en reflecteren (R) binnen de koepel van sociale interactie. M = model- of observatieleren, T = leren door verwerking van theorie (Meijerink, 2005)

1. Welke didactische werkvormen vinden plaats binnen het flankerend onderwijs?
2. Welke didactische werkvormen binnen het flankerend onderwijs stimuleren het reflecteren van huisartsen in opleiding en drijven daarmee het vliegwiel reflecteren experimenteren aan?
3. Welke aanbevelingen kunnen er gedaan worden voor het gebruik van didactische werkvormen binnen het onderwijsprogramma?

Onder flankerend onderwijs verstaan we in dit onderzoek het gestuurde onderwijs dat de aios krijgt tijdens de terugkomdagen om om te leren gaan met alles wat hij in de praktijk meemaakt.

Om de vraag: 'welke didactische werkvormen binnen het flankerend onderwijs stimuleren het reflecteren van huisartsen in opleiding en drijven daarmee het vliegwiel

reflecteren experimenteren aan', te operationaliseren, wordt er tijdens het onderzoek gekeken naar de invloed van de werkvormen op een drietal gebieden:

- Het gedachtegoed: in welke mate zet de didactische werkvorm de arts in opleiding aan tot nadenken en wat is de inhoud hiervan?
- Het gevoel: leidt dit tot meer of juist minder zelfvertrouwen voor de arts in opleiding tijdens het consultvoeren?
- Het gedrag: past de arts in opleiding de manier van consultvoeren aan?

1.6 Focus en relevantie van het onderzoek

Ook dit (vervolg)onderzoek zal plaatsvinden binnen de huisartsopleiding.

De relevantie van dit onderzoek is tweeledig. Het onderzoek is theoretisch relevant omdat het een belangrijke bijdrage kan leveren aan het ontwikkelde vliegwielmodel van Meijerink. Zo zou dit model verder geëxpliciteerd kunnen worden. Daarnaast is dit onderzoek ook maatschappelijk relevant omdat het aanbevelingen zal bevatten voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding. Zo kan het leren van consultvoering nog beter vormgegeven worden. Ook zal het de groepsbegeleiders bewust maken van hun manier van onderwijzen en op welke verschillende manieren het consultvoeren geleerd kan worden.

De maatschappelijke relevantie uit zich ook in de bredere zin van opleiden. Ook na (vervolg)opleidingen moet de professional blijven leren om bij te blijven in de kenniseconomie. Dit leren gebeurt niet alleen in formele zin door opleidingen en cursussen, maar ook in informele zin; leren door te doen en op deze handelingen te reflecteren. Reflecteren neemt een belangrijke plaats in binnen een leven lang leren. Doordat het leren voor de professional grotendeels eigen verantwoordelijkheid is, is het ook eigen verantwoordelijkheid om te bepalen waar de professional staat in zijn eigen ontwikkeling. Dit kan alleen door kritisch over de eigen ontwikkeling na te denken en na te denken over wat geleerd is en wat de professional nog zou moeten of willen leren.

Doordat bijna iedere professional beroepsmatig te maken krijgt met een leven lang leren door de combinatie van werk en leren, zal dit onderzoek een bijdrage kunnen leveren aan hoe dit leren dan georganiseerd kan worden. Door te onderzoeken welke didactische werkvormen reflecteren stimuleren kan inzicht verkregen worden in hoe een leven lang leren in algemene zin beter vormgegeven kan worden.

1.7 Onderzoekssetting

De huisartsopleiding bestaat uit drie blokken van één jaar. Ieder jaar is opgebouwd uit cursorisch onderwijs en een leerwerkperiode in of buiten de huisartspraktijk. Per week worden vier dagen besteed aan het werken in de huisartspraktijk of in een andere opleidingsinstelling. Eén dag in de week wordt besteed aan het volgen van onderwijs verzorgd door de huisartsopleiding.

In totaal werken er ongeveer 60 stafleden binnen de huisartsopleiding. In december 2006 namen 141 aios deel aan de huisartsopleiding. 56 aios hiervan zaten in het eerste blok, 28 in het tweede blok en 57 in het derde blok (Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, 2006).

Het eerste jaar en het derde jaar betreffen leerwerkperiodes van elk twaalf maanden in de huisartspraktijk onder begeleiding van een huisartsopleider om met alle aspecten van het vak voldoende kennis te maken en ervaring op te kunnen doen. Onder supervisie van de huisartsopleider zal de aios³ alle voorkomende werkzaamheden in de huisartspraktijk uitvoeren: consulten, visites, diensten, samenwerking en overleg met derden als assistentes, praktijkverpleegkundigen, specialisten en andere hulpverleners.

Het tweede jaar betreft een leerwerkperiode die zich buiten de huisartspraktijk afspeelt. Deze externe leerwerkperiode is gericht op onderwerpen die onvoldoende in de huisartspraktijk gezien en geleerd kunnen worden. Naast het vergroten van medische competentie staat het samenwerken met andere medische disciplines centraal. De aios leert welke patiënten naar welke personen of instanties verwezen kunnen worden en hoe hij het beste kan samenwerken met deze personen of instanties. De duur van de externe leerwerkperiode varieert per aios. De huisarts in opleiding kan afhankelijk van eerder opgedane ervaring, drie tot 12 maanden worden vrijgesteld voor de externe leerwerkperiode. Is er geen sprake van vrijstellingen, dan duren de externe leerwerkperiodes samen 12 maanden en werkt de aios afwisselend in verpleeghuizen, instellingen voor Geestelijke Gezondheidszorg, poliklinieken en afdelingen van

³ Arts In Opleiding tot Specialist; in dit onderzoek wordt gesproken over aios huisartsgeneeskunde

ziekenhuizen. De driejarige huisartsopleiding wordt in het volgende figuur (figuur 4) samengevat.

Jaar 1	Jaar 2*	Jaar 3
Huisartspraktijk	Extern - GGZ - verpleeghuis - ziekenhuis	Huisartspraktijk
Terugkomdagen		
		

Figuur 4: *Opbouw van de driejarige huisartsopleiding* (Meijerink, 2005)

Vanaf het begin van de huisartsopleiding kan de aios kennis maken met alle facetten van de huisartsgeneeskunde. De opleider, cq de stageopleider, draagt zorg, dat de werkervaringen van de aios bijdragen aan diens competentieontwikkeling. De opleider observeert de aios bij zijn werk, voert leergesprekken en stimuleert de reflectie van de aios. Voor de competentie ‘vakinhoudelijk handelen’ is de opleider de eerst verantwoordelijke docent: in de opleidingspraktijk maakt de aios zich de noodzakelijke bekwaamheid eigen. Daarnaast zal de opleider de aios helpen tijdens de praktijkstages ook de andere competenties verder te ontwikkelen. Samen met de aios stelt de opleider de leerbehoefte vast en helpt de aios bij het formuleren van een individueel opleidingsprogramma. Hij volgt de voortgang van het leerproces en beoordeelt de competentieontwikkeling van de aios. Op deze wijze neemt de opleider een centrale rol in bij de opleiding van de aios.

Het cursorisch onderwijs wordt aangeboden gedurende de hele opleiding en bestaat uit kennisoverdracht, oefenen van vaardigheden en attitudevorming onder begeleiding van huisartsbegeleiders en gedragswetenschappers op een vaste dag in de week; de terugkomdag. Tijdens de terugkomdag vindt cursorisch onderwijs plaats dat zich richt op het versterken van de bekwaamheden die voor het werken-leren in de praktijk dan wel het functioneren als huisarts noodzakelijk worden geacht. Het terrein van de huisartsgeneeskunde is echter zo uitgebreid,

dat het instituutsonderwijs nimmer het volledige gebied kan bestrijken. De vakinhoudelijke onderwerpen die binnen het kader van het instituutsonderwijs worden behandeld, zullen dan ook vooral een voorbeeldfunctie hebben. De aios leren daarbij hoe zij tijdens de latere beroepsuitoefening de eigen bekwaamheid verder kunnen ontwikkelen. Het instituutsonderwijs zal steeds werkervaring en competentieontwikkeling met elkaar verbinden. De terugkomdag is in twee dagdelen verdeeld. Tijdens de ochtend vinden er activiteiten plaats die in dienst staan van opgedane ervaringen binnen de huisartspraktijk. De aios krijgen de ruimte om kritisch te reflecteren op hun eigen gedrag, maar ook op dat van mede aios. Tijdens de middag vindt er medisch inhoudelijk onderwijs plaats. Het onderwijs tijdens de terugkomdagen vindt doorgaans plaats in kleine groepen. Deze groepen lenen zich goed voor het uitwisselen van ervaringen van en reflecteren op ervaringen en voor het geven van feedback aan elkaar. Zo worden aios zich bewust van hun individuele bekwaamheden en leren zij deze verder te ontwikkelen.

Dit onderzoek is gericht op de activiteiten die plaatsvinden gedurende de ochtend van het cursorisch onderwijs. Dit zijn activiteiten die ten dienste staan van de opgedane ervaringen binnen de huisartspraktijk. Door tijdens de terugkomdagen terug te komen op de ervaringen die de aios hebben opgedaan binnen de huisartspraktijk ontstaat er een wisselwerking tussen formeel- en informeel leren.

1.7 Leeswijzer

Deze leeswijzer geeft een overzicht van de hoofdstukken die volgen. In hoofdstuk twee wordt een theoretisch kader gepresenteerd welke als uitgangspunt wordt gebruikt voor het onderzoek.

In hoofdstuk drie wordt de methodologische verantwoording beschreven. Het hoofdstuk wordt begonnen met een beschrijving van de typering van het onderzoek en de methode van dataverzameling. Hierna worden de onderzoeksgroep en de respondenten beschreven. Na de beschrijving volgt een uitleg van het proces van dataverzameling en de verwerking van de data.

In hoofdstuk vier worden de resultaten besproken. Eerst zal er een overzicht gegeven worden van de genoemde stimulerende didactische werkvormen. Vervolgens zal per didactische werkvorm beschreven worden wat de ervaringen van de aios zijn door middel van citaten. Tot slot wordt iedere didactische werkvorm gekoppeld aan de theorie van Collins, welke als referentie dient.

Aan de hand van de resultaten die gekoppeld worden aan de theorie kunnen enkele conclusies beschreven worden. Deze worden samen met de aanbevelingen voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding in hoofdstuk vijf besproken. Het hoofdstuk wordt afgesloten met een discussie en aanbevelingen voor een vervolgonderzoek.

2 Theoretisch kader

Professioneel handelen wordt niet alleen geleerd in de formele context van het onderwijs maar ook door het informele leren dat voortkomt uit praktische ervaring: leren door zelf ervaring op te doen, deel te nemen in de praktijk en door interactie met anderen, zoals collega's en patiënten. De arts moet zich bewust zijn van de sterke invloed die de participatie in de praktijk heeft op het handelen. Hij zal deze praktijk regelmatig moeten expliciteren en kritisch reflecteren en daarvan verslag doen.

De opkomst van het kritisch reflecteren in de praktijk komt door meerdere veranderingen in de samenleving. Professionals krijgen steeds meer te maken met meervoudige eisen die door de omgeving gesteld worden. Deze meervoudige eisen zijn voornamelijk ontstaan door de ontwikkeling van de kenniseconomie.

2.1 Een leven lang leren in een kenniseconomie

De samenleving verandert steeds meer in een kenniseconomie; een economie waarin de toepassing van kennis meer waarde toevoegt dan de traditionele factoren kapitaal, grondstoffen en arbeid (Kessels & Keursten, 2001). Individuen, teams en bedrijven moeten daarom de competenties ontwikkelen die nodig zijn om mee te

draaien in een arbeidsomgeving die voornamelijk is ingesteld op het voortdurend verbeteren en zelfs radicaal vernieuwen van werkprocessen, producten en diensten. Het werk vraagt om voortdurende kennis ontwikkelingen (Kessels, 2004). In de kenniseconomie speelt daarom het leren een belangrijke rol. We spreken van lerende organisaties en wat betreft het individu van een leven lang leren (Eimers, Nieuwenhuis & Westerhuis, 2004).

Voor het individu wordt het steeds belangrijker om te blijven leren. Economisch gezien zorgt een leven lang leren voor het individu voor een betere positie op de

arbeidsmarkt. Sociaal gezien zorgt een leven lang leren voor sociale integratie.

Ook binnen de gezondheidszorg is een leven lang leren noodzakelijk. De gezondheidszorg ontwikkelt zich in snel tempo en kennis raakt snel verouderd. In de huidige structuur kan niet flexibel genoeg ingespeeld worden op de maatschappelijke belangen van een leven lang leren en de combinatie van arbeid, zorg en vrije tijd (LeGrand- van den Boogaard, 2003). Het is van belang dat er maatregelen getroffen moeten worden met betrekking tot arbeidsinhoud, arbeidsomstandigheden en arbeidsvoorwaarden die het aantrekkelijk maken om in de gezondheidszorg te gaan en te blijven werken.

Behalve dat er maatregelen getroffen worden op de arbeidsmarkt, moet er ook gekeken worden naar de medische opleidingen. Gestreefd wordt naar een wetenschappelijk opgeleide, bekwame medicus, die communicatief sociaal vaardig is, goed in een team functioneert, zijn werk adequaat kan organiseren en gemotiveerd is om een leven lang te leren en te reflecteren.

2.2 Reflectie

De professional komt in zijn loopbaan heel wat onzekerheden tegen. Deze situaties van onzekerheden worden veroorzaakt door de kenniseconomie. Doordat producten, diensten en werkprocessen constant vernieuwen, moet de professional ook zijn kennis over deze zaken vernieuwen. Mensen leren dagelijks in de praktijk zonder dat zij zich hiervan bewust zijn en zonder dat zij die activiteiten die het leren uitmaken benoemen als leren (Simons, 2003). Tijdens dit leren maken professionals gebruik van reflectie. Reflecteren gebeurt op natuurlijke wijze bij ieder mens. Het gaat om het leren door ervaring op te doen. Men staat er niet bij stil dat onze dagelijkse bezigheden gebaseerd zijn op reflecties op voorgaande ervaringen (England, 1999). Tijdens het reflecteren halen professionals impliciete kennis naar boven en bekritisieren deze (Schön, 1983). Dit bekritisieren ontstaat door herhaalde activiteiten binnen een gespecialiseerde praktijk. Door deze herhaalde activiteiten zal de professional zijn

handelen steeds verder perfectioneren. Hierdoor kan de professional verbanden leggen tussen situaties van onzekerheid die hij zichzelf toestaat te ervaren en de kennis die hij al bezit.

2.3 Ervaringsleren

Elk leren bestaat volgens Kolb (1984) uit vier stadia:

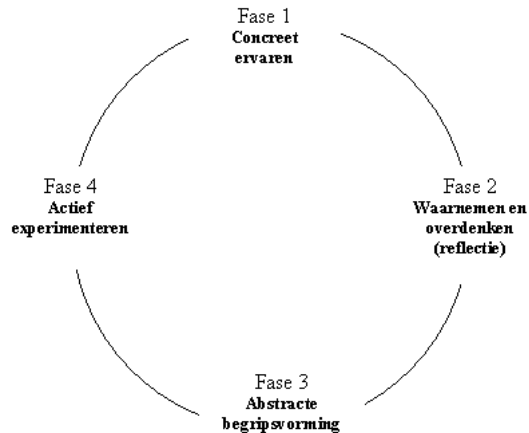
- concreet ervaren
- waarnemen en reflecteren
- abstracte begripsvorming en generalisatie
- actief experimenteren

Deze vier stadia volgen elkaar logisch op; er wordt iets ervaren waarop gereflecteerd wordt, vervolgens wordt dat geëxperimenteerd (figuur 4). De eerste drie stadia zijn niet te observeren en mede hierdoor wordt dit leren ook wel impliciet of informeel genoemd. Het vindt dagelijks plaats en alleen veranderingen in het gedrag (actief experimenteren) kunnen een indicatie geven van het geleerde. Om tot leren te komen hoeft men niet te beginnen met een concrete ervaring. Ook een waarneming kan ervoor zorgen dat een persoon in een spiraal van leren terecht komt. Voor ieder van de beschreven fases geldt dat het een uitgangspunt kan zijn om tot leren te komen (zie figuur 5).

Dat een persoon tot leren kan komen vanuit verschillende stadia van de leeracyclus heeft te maken met verschillende leerstijlen. Ieder mens leert het best op een andere manier. Kolb (1984) onderscheidt vier leerstijlen:

- Doener: leert het best van dingen doen; nieuwe ervaringen en het oplossen van problemen.
- Denker: leert het best door te bekijken hoe zaken zich tot elkaar verhouden en van theoretische concepten en modellen.
- Bezinner: leert het meest van activiteiten waarbij de kans geboden wordt om (achteraf) na te denken over acties.
- Beslissers: leert het best van activiteiten waar een duidelijk verband is tussen leren en werken.

Hoewel iedereen gebruik maakt van alle stijlen, is er volgens Kolb (1984) meestal sprake van één of twee overheersende stijlen.



Figuur 5: De leeracyclus van Kolb (1984)

2.4 Impliciet leren

In de leeracyclus van Kolb is te zien dat tijdens drie van de vier stadia het leren niet zichtbaar is. Tijdens deze stadia wordt impliciet geleerd. Impliciet leren is het leren van complexe informatie op een incidentele manier zonder bewust te zijn van wat er is geleerd (Segar, 1994). Het wordt gekenmerkt door improvisatie en een sterke afhankelijkheid van omstandigheden (Onstenk, 1997). Van de kennis die verkregen wordt tijdens impliciet leren is men zich dan ook niet bewust. En in de meeste gevallen kan men niet verbaal verklaren wat er is geleerd. De geleerde kennis is niet een associatie die op zichzelf staat maar maakt deel uit van een complexer geheel van kennis. De kennis is over het algemeen gespecialiseerd, actueel en concreet. Tijdens het impliciet leren maakt men geen gebruik van bewust hypothese testen.

2.4.1 Impliciete kennis

Het resultaat van impliciet leren is impliciete kennis. Impliciete kennis is zeer persoonlijk en moeilijk te

formaliseren (Nonaka, 1995). Binnen deze categorie van kennis kan gedacht worden aan onder andere subjectieve inzichten, idealen, waarden, gevoelens intuïtie en voor gevoel. Deze kennis ligt diep geworteld in een individu's acties en ervaringen. Impliciete kennis wordt gezien als persoonlijke context-specifieke kennis die niet alleen moeilijk te formaliseren is, maar ook moeilijk te verbaliseren is. Door de ongrijpbare aard van impliciete kennis is het moeilijk om deze kennis over te dragen. Opvallend aan impliciete kennis is dat het lang blijft hangen in vergelijking met expliciete kennis en dat we ons er vaak niet van bewust zijn dat we deze kennis al zolang bezitten.

2.4.2 Impliciet leren en impliciete kennis zichtbaar maken

De ongrijpbare aard van impliciete kennis heeft zijn invloed op het overdragen van deze kennis. Als men al in staat is om zijn impliciete kennis over te dragen, loopt men vaak tegen het probleem aan dat de redenering achter de kennis niet duidelijk wordt gemaakt en zo de waarde van de kennis niet duidelijk wordt.

In het artikel '*ognitive apprenticeship, making thinking visible*' presenteert Collins (1991) het model *cognitive apprenticeship*. Het doel van dit model is het zichtbaar maken van de impliciete kennis van de begeleider en de student. Naast het zichtbaar maken van de impliciete kennis op zich, geeft het artikel ook methodes om het impliciet leren van studenten in kaart te brengen. Dit is bevorderlijk voor het leerproces van de studenten, omdat ze inzicht krijgen in hoe zij zelf leren, maar ook omdat ze zo hun kennis over kunnen dragen aan andere studenten.

Het model *cognitive apprenticeship* is afgeleid van het traditionele stagemodel, waarin de student taken leert te volbrengen door de begeleider te observeren. *Cognitive apprenticeship* voegt een aantal elementen toe aan dit traditionele stagemodel.

Het eerste element dat toegevoegd wordt is het bewust naar boven brengen van het denkproces van de leraar én de student. Dit verklaart de term '*cognitive*' in het model van Collins. Een tweede toegevoegd element is plaatsen van abstracte taken uit het schoolcurriculum in een context. Door het plaatsen van taken in een context zullen de taken zinnvoller zijn voor studenten. Een laatste

element dat genoemd wordt is het variëren van situaties waarin vergelijkbare aspecten zitten. Doel hiervan is dat studenten deze aspecten herkennen en hierover reflecteren.

Om deze elementen te integreren in een onderwijssituatie, presenteert Collins zes leermethodes. De eerste leermethode is *modeling*. Bij deze leermethode worden studenten in de gelegenheid gesteld een begeleider of expert te observeren. Door te observeren ontwikkelen studenten een conceptueel model voor processen die nodig zijn om een bepaalde taak te volbrengen.

De tweede leermethode is *coaching*. Coaching is het observeren van studenten door begeleiders, terwijl de studenten een taak volbrengen. De begeleiders helpen de student door hints te geven, feedback te geven, *modeling*, en door *scaffolding*.

Scaffolding is de derde leermethode en verwijst naar de ondersteuning die de begeleider aanbiedt aan de student om een taak te volbrengen. Hiermee wordt bedoeld dat de begeleider steeds minder helpt bij het volbrengen van delen van taken. Langzaam aan trekt de begeleider zich terug zodat de student de taak alleen kan volbrengen.

De vierde leermethode is *articulatie*. Met articulatie wordt bedoeld dat de begeleider de studenten zover krijgt dat ze kunnen vertellen over hun kennis, redenering of probleemoplossend proces. Zo kunnen ze hun kennis overdragen aan onder andere hun medestudenten.

De vijfde leermethode is *reflectie*. Bij reflectie leren studenten hun eigen probleemoplossend proces te vergelijken met dat van andere studenten, experts of begeleiders. Reflectie wordt versterkt door het reproduceren van prestaties van de begeleider, de expert of van de student zelf. Uiteindelijk moet de student kunnen reflecteren vanuit een intern cognitief model van expertise. Dit houdt in dat de student uiteindelijk zoveel kennis heeft verkregen en zoveel ervaring heeft opgedaan met het reflecteren, dat het niet noodzakelijk is om met andere personen te reflecteren. De ervaringen van de student zelf zijn voldoende om als basis te fungeren voor het reflecteren op nieuwe ervaringen.

De zesde en laatste methode is *exploratie*. Exploratie dwingt studenten in een zone te komen van eigen probleemoplossing. De student komt nu in een situatie terecht waarin hij zelf taken moet volbrengen, zonder begeleiding van experts.

Deze theorie van Collins is interessant om te gebruiken doordat het impliciet leren en impliciete kennis zichtbaar maakt. Het zichtbaar maken van impliciete kennis en impliciet leren is voor de huisartsopleiding nuttig, het wordt hierdoor mogelijk het onderwijs nog efficiënter in te richten. Door onderwijs nog efficiënter in te richten zal het leerproces van de aios nog meer tot zijn recht komen.

2.5 Consultvoeren

Het consultvoeren wordt gedefinieerd als een raadpleging van de arts door een patiënt over zijn ziekte (Pinkhof, 1998). De consultvoering bestaat uit drie fasen (Schouten, 1988): vraagverheldering, diagnostiek en afronding. In de eerste fase, de vraagverheldering, wordt met de patiënt het probleem vastgesteld. Wat is de hulpvraag van de patiënt en wat is de aanleiding voor zijn komst op het spreekuur?

In de tweede fase, de diagnostiek, wordt het probleem van de patiënt verder uitgediept door te vragen naar de zeven dimensies van de hoofdklacht: aard, lokalisatie, ernst, chronologie, ontstaan, beïnvloeding en beleving van de klacht. Daarnaast wordt besloten om wel of niet lichamelijk onderzoek te doen.

In de derde fase, de afronding, worden de bevindingen uit de eerste twee fasen samengevat en aan de patiënt uitgelegd. Vervolgens wordt een beleid afgesproken. Als resultaat van wat er tijdens een consult plaatsvindt, overlegt de huisarts met collegae, verpleegkundigen en paramedici.

Het consult		
1 Vraagverheldering	2 Diagnostiek	3 Afronding

Figuur 6: Fasen in het consultvoeren

2.6 Flankerend onderwijs

Het flankerend onderwijs biedt de mogelijkheid voor onder andere het trainen van vaardigheden, het bespreken van ervaringen, reflecteren en het eigen maken van theoretische kennis. Ondanks dat het flankerend onderwijs voor 20 % deel uit maakt van de huisartsopleiding, zal het een grote invloed hebben op het leren in de praktijk (80 % van de opleiding). Tijdens het flankerend onderwijs vinden processen plaats die van belang zijn voor het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding.

Het flankerend onderwijs van de huisartsopleiding zal aan moeten sluiten bij de ontwikkelingen van de gezondheidszorg. Tijdens het opleiden van aios moet rekening gehouden worden met de veranderende zorgvraag en de veranderende arbeidsmarkt. De veranderingen op de arbeidsmarkt worden onder andere veroorzaakt door de kenniseconomie. Er wordt grote waarde gehecht aan het blijven ontwikkelen van kennis, want ook binnen de gezondheidszorg veroudert kennis snel. Voor de huisartsopleiding betekent dit dat het flankerend onderwijs tijdens de terugkomdagen zo efficiënt mogelijk moet worden ingericht zodat het de aios voorbereidt op een leven lang leren. Het is van belang dat de groepsbegeleiders zich bewust zijn van het leerproces dat de aios doorlopen als zij het consultvoeren leren. De didactische werkvormen die worden aangeboden moeten aansluiten bij het leerproces van de aios en de verschillende leerstijlen van de verschillende aios.

Door te onderzoeken welke didactische werkvormen plaatsvinden tijdens het flankerend onderwijs en welke het reflecteren stimuleren, moet duidelijk worden op welke manier het flankerend onderwijs het leren consultvoeren stimuleert.

Alle theorieën die besproken zijn, zijn van belang voor dit onderzoek. Samen vormen ze het kader voor dit onderzoek. Impliciet leren en impliciete kennis is iets wat veel voorkomt bij aios. Toch worden deze theorieën niet duidelijk en zichtbaar betrokken in het onderzoeksproces en bij de beschrijving van de resultaten. De theorie van Collins wordt gebruikt om deze processen in kaart te brengen. Daarom wordt deze als referentie gebruikt voor

de beschrijving van de resultaten en bij de conclusie die antwoord zal geven op de vraag welke didactische werkvormen het reflecteren stimuleren en hiermee het vliegwiel van Meijerink (2005) aandrijven. Ook zullen de leerstijlen van Kolb (1984) nog weer kort genoemd worden bij het beschrijven van de conclusie.

3 Methodologische verantwoording

Om de juiste gegevens te verkrijgen zijn er gaandeweg het onderzoek verschillende keuzes gemaakt met betrekking tot de methodologie. De keuzes die gemaakt zijn, zijn te lezen in het nu volgende hoofdstuk. Naast dat de gemaakte keuzes verteld worden, wordt ook de argumentatie achter de keuzes uitgelegd.

3.1 Typering van het onderzoek

Het onderzoek is beschrijvend en explorerend van aard. Het gaat bij dit soort onderzoek om het verkennen en beschrijven van één of meerdere kenmerken binnen een specifieke groep; de medisch specialisten in opleiding tot huisarts. Dit onderzoek is een vervolgonderzoek om het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding verder te expliciteren. Door het onderzoek meer te richten op de didactische werkvormen en ondersteunende factoren voor het leren consultvoeren, wordt het mogelijk om het vliegwielman model van Meijerink verder te detaileren.

3.2 Methode van dataverzameling

Er is in dit onderzoek gekozen voor gedragsobservatie en semi-gestructureerde interviews. De belangrijkste

overweging bij het kiezen van deze multi-methode aanpak is dat we kennis verkrijgen over het te bestuderen sociale verschijnsel vanuit verschillende (methodische) invalshoeken.

Observeren is waarnemen en de verschijnselen in het veld beschrijven vanuit een geformuleerde probleemstelling (Baarda, 2001). Dit wordt gedaan door ter plaatse aanwezig te zijn. Dus nagaan wat mensen doen, hoe ze zich gedragen, hoe ze met elkaar omgaan, in welke situaties en gebeurtenissen ze verkeren en wat ze zeggen.

Er zijn vier verschillende soorten gedragsobservatie: participerende observatie, beschrijvende observatie, systematische observatie en zelfobservatie (Van der Sande, 1999). In dit onderzoek wordt gebruik gemaakt van beschrijvende observatie. Bij beschrijvende observatie probeert men zoveel mogelijk allerlei aspecten van het waargenomen gedrag en de situatie in hun onderlinge samenhang en volgorde te observeren. Foutbronnen als selectiviteit en subjectiviteit worden hier onder controle gebracht, maar niet zo sterk. De observator zou wel op alles willen letten, maar dit is niet mogelijk (Van der Sande, 1999). De gegevens die verzameld worden door deze onderzoeksmethode worden verkregen onder alledaagse omstandigheden. Daarnaast worden de verzamelde gegevens geïnterpreteerd binnen de bestaande veldcontext.

Omdat gedragsobservaties niets zeggen over ervaringen van aios worden er voor dit onderzoek ook gegevens verkregen door interviews. Het doel van een interview is het verzamelen van informatie uit mededelingen van ondervraagde personen, ter beantwoording van een vooraf geformuleerde probleemstelling (Baarda, 2001). Tijdens dit onderzoek zal er gebruik gemaakt worden van semi-gestructureerde interviews. In semi-gestructureerde interviews liggen de vragen en antwoorden van tevoren niet vast, maar de onderwerpen wel.

Er is gekozen voor semi-gestructureerde interviews omdat deze methode het meest aansluit bij de vraagstelling van dit onderzoek. De vraagstelling van het onderzoek biedt ruimte voor de inbreng van aios, maar wel over specifieke vooraf vastgestelde onderwerpen.

3.3 Onderzoeksgroep en respondenten

Voorafgaand aan het onderzoek was besloten om alleen in derdejaars groepen huisartsen in opleiding te observeren. Echter door het programma van de huisartsopleiding en de tijd dat beschikbaar was voor het onderzoek was het noodzakelijk om één keer in een eerstejaars groep te

observeren naast drie observaties in derdejaars groepen huisartsen in opleiding. De observaties in derdejaarsgroepen hebben plaats gevonden in twee verschillende groepen huisartsen in opleiding. Voor de interviews is gekozen voor derdejaars huisartsen in opleiding.

Er is bij beide onderzoeksmethoden voornamelijk gekozen voor derdejaars huisartsen in opleiding omdat zij meer ervaring hebben in het reflecteren op hun eigen ervaringen die plaatsvinden binnen de huisartspraktijk. Zij doen dit immers al bijna drie jaar. Tijdens deze drie jaar zal ook voor hen duidelijk zijn geworden welke didactische werkvormen tijdens de terugkomdagen hun het meest stimuleren tot reflectie.

Een andere reden is de factor begeleiding. Omdat de groepsbegeleiders ook invloed kunnen hebben op het reflecteren van huisartsen in opleiding is het belangrijk om dit aspect ook mee te nemen binnen dit onderzoek. Derdejaars huisartsen in opleiding hebben verschillende groepsbegeleiders ervaren en zullen zo goed kunnen aangeven welke invloed deze groepsbegeleiders kunnen hebben op het reflecteren.

3.4 Proces van dataverzameling

De observaties hebben plaatsgevonden tijdens 'gewone' terugkomdagen. Tijdens het observeren is gekeken naar de didactische werkvormen die plaatsvonden en de acties die naar aanleiding van de didactische werkvorm plaatsvonden.

De interviews zijn in een rustige ruimte gehouden en duurden 45 minuten tot één uur. De gesprekken zijn met toestemming van de respondenten op taperecorder opgenomen. Er zijn geen andere onderzoekers of deskundigen betrokken geweest bij het afnemen van de interviews.

3.5 Verwerking van data

Er hebben vier observaties plaatsgevonden. Middels een observatie schema (bijlage 3) zijn aantekeningen gemaakt.

Deze zijn uitgetypt en vervolgens gecodeerd (bijlage 4). Ter ondersteuning is bij de codering gebruik gemaakt van het software pakket ATLAS.ti. Binnen dit software pakket is het mogelijk om de gebruikte codes visueel te maken door ze weer te geven in 'blokjes'. ATLAS.ti plaatst deze blokjes in willekeurig patroon in een leeg veld. Het is aan de onderzoeker om hier een duidelijk en overzichtelijk schema van te maken. Door de gemaakte aantekeningen en de codes naast elkaar te leggen wordt duidelijk wat de volgorde en verbanden zijn tussen de codes. Op basis van deze werkwijze zijn er twee figuren (figuur 7 en figuur 8) ontstaan. Deze figuren tonen het proces van de didactische werkvorm.

Daarnaast zijn er in totaal vijf interviews afgenomen waarvan twee proefinterviews. Alle interviews zijn letterlijk uitgetypt en vervolgens gecodeerd (bijlage 2). Bij het coderen is gebruik gemaakt van een g- schema, dat ontleend is aan de cognitieve gedragstherapie. Met dit schema worden gebeurtenissen in kaart gebracht door te kijken naar de gedachten, gevoelens en gedragingen die zich in deze gebeurtenissen voordoen. Dit biedt een gestructureerde methode om menselijke ervaringen in kaart te brengen. Ook bij het coderen van de interviews is gebruikt gemaakt van het software pakket ATLAS.ti.

Na het coderen van tekstfragmenten zijn de observatie aantekeningen en interviews geanalyseerd. Het analyseren is gebeurd aan de hand van de theorie van Collins. De zes leermethoden uit zijn artikel *Cognitive apprenticeship* (1991) zijn gekoppeld aan de stimulerende didactische werkvormen en ervaringen die genoemd worden door de aios.

3.6 Instrumenten

De twee proefinterviews zijn gebruikt om een set codes te ontwikkelen waarmee de gesprekken inhoudelijk geanalyseerd konden worden. Om de betrouwbaarheid van de ontwikkelde codesets te toetsen zijn ze gebruikt door een andere onderzoeker om blanco versies van de interviews onafhankelijk van elkaar te coderen. De gecodeerde versies van de onderzoeker en de andere onderzoeker zijn met elkaar vergeleken. Enkele codes verschilden van elkaar. Uit de bespreking tussen de onderzoekers kwam naar voren dat deze verschillen kwamen door het verschillend interpreteren van tekstfragmenten of het over het hoofd zien van tekstfragmenten. Uiteindelijk zijn beide onderzoekers het eens geworden over de ontwikkelde codeset die gebruikt is voor alle vijf interviews. Met het afnemen van de vijf interviews is inhoudelijke verzadiging van informatie opgetreden.

Voor dit onderzoek is een triangulatie van onderzoeksmethoden gebruikt. Door gebruik te maken van twee verschillende onderzoeksmethoden wordt de beperking van de ene onderzoeksmethode ondervangen door de invalshoek van de andere methode. Door te observeren en semi-gestructureerde interviews af te nemen en de daaruit afkomstige informatie met elkaar te vergelijken, wordt de validiteit van het onderzoek vergroot.

3.7 Kenmerken van de observaties en interviews

Voorafgaande aan de observaties is er toestemming gevraagd aan drie groepsbegeleiders en hun groepen huisartsen in opleiding. Het observeren heeft plaatsgevonden onder alledaagse omstandigheden in de maanden april, mei en juni van 2007. In totaal is er vier keer geobserveerd; driemaal in derdejaars groepen en eenmaal in een eerstejaars groep. De observaties hebben plaatsgevonden tijdens de ochtenden van het cursorisch

onderwijs. De activiteiten tijdens de ochtenden stonden in dienst van de opgedane ervaringen binnen de huisartspraktijk. De observatie aantekeningen zijn uitgewerkt en verwerkt in het programma ATLAS.ti. Door de observatiegegevens te analyseren binnen dit programma zijn er twee figuren ontwikkeld van didactische werkvormen. De engelse woorden die in de figuren terug te vinden zijn, zijn afkomstig van het programma ATLAS.ti.

Omdat gedragsobservaties niets vertellen over hoe een aiOS de verschillende didactische werkvormen ervaart, zijn er ook interviews afgenomen. De interviews hebben plaatsgevonden in de maanden april, mei en juni van 2007. In totaal zijn er vijf derdejaars huisartsen in opleiding geïnterviewd, waarvan de eerste twee dienden als proefinterviews. De interviews zijn opgenomen door middel van een taperecorder en vervolgens letterlijk uitgetypt. De uitgetypte interviews zijn geanalyseerd met behulp van het software programma ATLAS.ti.

Het programma van het onderwijs voor de huisartsen in opleiding en de tijd die beschikbaar was voor het onderzoek zorgden ervoor dat het niet mogelijk was om vaker te observeren binnen derdejaars en eerstejaars groepen huisartsen in opleiding. Hierdoor zijn niet alle aangeboden didactische werkvormen geobserveerd.

4 Bespreking van de resultaten

Dit hoofdstuk richt zich op de resultaten van de observaties en interviews. 4.1 beschrijft de resultaten van het onderzoek. De geobserveerde en besproken didactische werkvormen worden in willekeurig volgorde besproken en vergeleken met de zes leermethoden van Collins (1991). 4.2 bespreekt het aspect feedback uitgebreid via citaten.

4.1 Stimulerende didactische werkvormen

De geïnterviewde huisartsen in opleiding noemden meerdere didactische werkvormen als stimulerend om tot reflecteren te komen. Figuur 7 laat zien welke en hoe vaak ze werden genoemd.

	Videobeelden bekijken	Trainingen met acteurs	Spuien	Ondersteuning van theorie
Respondent 1	x	x		
Respondent 2			x	x
Respondent 3	x			x
Respondent 4	x	x		
Respondent 5	x			

Figuur 7: Overzicht van genoemde stimulerende didactische werkvormen.

In de nu volgende subparagrafen worden de genoemde en geobserveerde didactische werkvormen besproken. Per didactische werkvorm wordt het 'proces' beschreven dat in gang wordt gezet. Deze beschrijving is gebaseerd op afbeeldingen ontwikkeld door observatiegegevens en citaten uit interviews. In de afbeeldingen zijn enkele

afkortingen te vinden: GB is een afkorting voor groepsbegeleider en CA is een afkorting voor collega aios.

Omdat de citaten letterlijk zijn overgenomen van de geluidsopname, zijn enkele iets aangepast voor de leesbaarheid. De inhoud van de citaten is hierbij onveranderd gebleven. Nadat de didactische werkvormen besproken zijn worden deze gekoppeld aan de leermethoden van Collins.

4.1.1 Videobeelden bekijken

Tijdens de opleiding worden er binnen de huisartspraktijk videobeelden gemaakt van de consultvoering van de aios. Enkele aios zijn zich er constant van bewust dat hun handelingen worden opgenomen. De aios kan zich hierdoor bekeken voelen en de consulten anders uitvoeren:

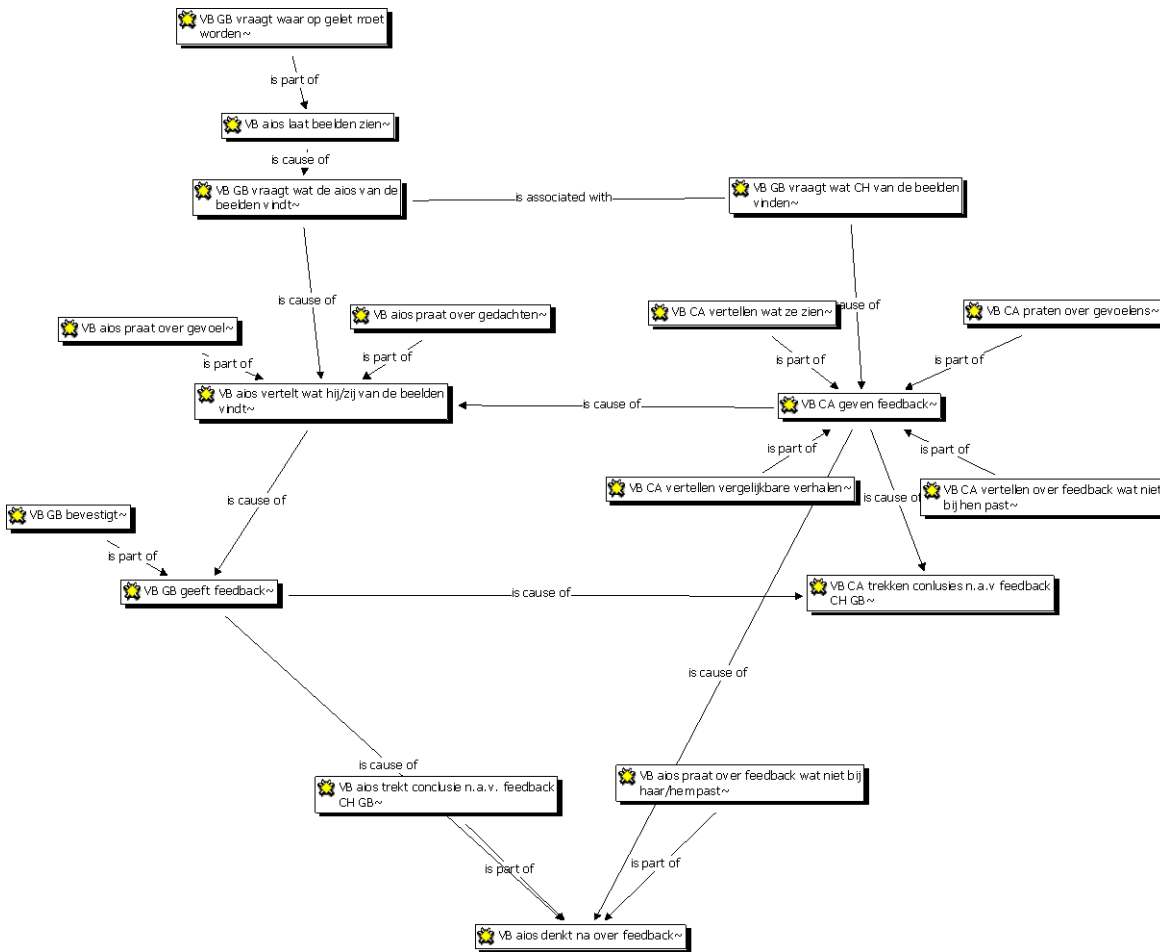
'Ook al, dat moet ik wel zeggen dat je altijd als de video aanstaat, je opgelaten voelt en je toch iets anders bent dan... en iets minder ontspannen bent dan als de video uit is. Je hebt toch het gevoel dat er mensen over je schouder meekijken.'

Deze didactische werkvorm is drie keer geobserveerd. Door de observatiegegevens te analyseren is een volgend schema ontwikkeld (figuur 8):

In dit schema is te zien dat deze didactische werkvorm begint met de volgende vraag van de groepsbegeleider: waar wil je dat wij (de groepsbegeleider en collega aios) op letten bij deze beelden?

'Je moet ook van te voren aangeven waarom je naar deze video wilt kijken, waar wil ik dat jullie op gaan letten. En daar krijg je dan je kritiek op.'

In bovenstaand citaat is te lezen dat de aios kritiek krijgen op hun getoonde consulten. Het is beter om van feedback te spreken. Voordat de groepsbegeleiders en collega aios hun feedback geven op de beelden, krijgt de aios zelf de



Figuur 8: Schematische weergave didactische werkvorm videobeelden bekijken.

gelegenheid om te vertellen wat hij van het consult vindt. Het bekijken van een eigen consult zorgt ervoor dat de aios gaat nadenken over het verloop van het consult.

‘Maar ik moet wel zeggen dat van jezelf terug zien; dat je dan heel duidelijk kan zien van oh nou daar ga ik de fout in; daar had ik beter dit kunnen doen of dat kunnen doen.’

‘(...)maar je denkt natuurlijk wel terug van; goh wat voelde ik eigenlijk.’

Door de aios in de gelegenheid te stellen om de gedachten en gevoelens over het consult uit te spreken, wordt het voor de groepsbegeleider duidelijk in welk stadium van het leerproces de aios zich bevindt. Aan de hand van de uitgesproken gevoelens en gedachten van de aios over het consult stelt de groepsbegeleider vragen en geeft feedback. Dit is ook te zien in de schematische weergave van de didactische werkvorm videobeelden bekijken (figuur 8)

'En je weet wel dat dat niet goed gaat of dat je iets niet goed kunt, maar soms krijg je dan net even een tip, waarvan je denkt: ja daar heb ik wat aan.'

Doordat de groepsbegeleider vragen stelt voorafgaand en gedurende de didactische werkvorm (zie figuur 8), zullen eventuele onduidelijkheden over de gedachten en gevoelens verdwijnen. Daarnaast zorgen de vragen er ook voor dat de aios nog een stap verder gaat in het nadenken over zijn eigen leerproces. Behalve dat de groepsbegeleider zijn feedback geeft, geven ook de collega aios hun feedback. De aios geven aan dat de feedback van collega aios verschilt van de feedback van de groepsbegeleider.

'Van de begeleider verwacht ik ook dat hij een neutrale houding aanneemt en dat hij gewoon zegt wat hij ziet.'
'Je ziet vooral dat mensen gewoon heel vriendelijk zijn in hun kritiek. Zo van (...): ja leuk dat je dit en dat doet. Maar echt kritisch zijn ze dan niet altijd.'
'Nou, ik denk van mijn collega aios; die houden veel rekening met mij, denk ik. Ik denk dat zij veel zachter en..ze ontzien je wat meer.'

Het tonen van de beelden en het ontvangen van feedback is voor de aios een drempel waar hij overheen moet. Groepsdynamiek speelt hier een belangrijke rol. De aios zal sneller met onzekerheden naar voren komen als de groep veilig en kleiner is:

'Dus ik moet zeggen; feedback heel fijn, heel goed. Mits goed opgebouwd en (...) ja zeg maar in een wat kleinere gezelschappen. Dat is wel een voorwaarde om je ook wat veiliger te voelen met je video.'

Nadat de aios heeft nagedacht over zijn handelen, en dit heeft uitgesproken, gaat de aios experimenteren met zijn gedrag binnen de huisartspraktijk. Dit houdt in dat de aios de feedback gaat gebruiken om zijn consultvoering verder te ontwikkelen.

'En ik moet wel zeggen dat als ik zo'n video bespreek dat ik dan heel vaak bij de volgende patiënten denk van; oh ja van de vorige keer: dat kan ik beter zo doen.'

'(...) Ja sowieso hou je er rekening mee hoe zij jou zien en dat neem je ook mee in een volgend consult. Zo van oké ik moet dat niet zo vaak zeggen.'

Echter niet alle feedback van de groepsbegeleider leidt tot experimenteren. Een voorwaarde om te experimenteren met de gegeven feedback is dat het ook daadwerkelijk bij de aios als persoon past. Het bepalen van welke feedback wel of niet bij de aios past is een kwestie van gevoel:

'Soms heb je er een tip tussen zitten waarvan je denkt; ja goed allemaal leuk en aardig die tip, maar dat werkt voor mij niet.'

'Als het niet bij je past, ja dan gebruik je het ook niet.'

'Ik probeer wel mijn eigen gevoel er in te houden. Ik ben wie ik ben en (...) het is niet zo dat je een soort robotje bent van nou als je het zo doet is het goed en als je zó doet is het niet goed.'

Het is voor de aios ook belangrijk om naar de beelden van de collega aios te kijken. De aios vinden dit prettig omdat ze dan zien dat zij niet de enige zijn die met verschillende aspecten van het consultvoeren worstelen:

'Of inderdaad een stuk herkenning van ja, ik stoei daar ook mee als me dat overkomt. En als je het hebt ook over zekerheid, als je ziet dat iemand anders er ook mee worstelt dat geeft ook wel weer een prettig gevoel van; ik ben niet de enige die er zo'n potje van maakt in zulk soort situaties.'

'Nou ik vind het ... ik moet zeggen dat als ik dan collega aios zie; dat herkenninggevoel dat is echt super.(...)Dat geeft je ook gewoon steun. Het is ook normaal dat je dingen nog niet kan of dat je daar nog mee worstelt en dat in het derde jaar zeker, je bent er nog lang niet.'

Enkele aios geven zelfs aan hier een saamhorigheidsgevoel van te krijgen:

'(...)Het kan ook dat een ander er niet uitkomt. Ja, er komt wel; je krijgt er wel een beetje een saamhorigheidsgevoel van.'

Het bekijken van videobeelden van mede aios is niet alleen belangrijk voor het saamhorigheidsgevoel van de aios, maar ook omdat de beelden ervoor zorgen dat de aios gaat nadenken over zijn eigen handelen:

'Ik zie dingen waarvan ik denk: dat is een goeie vraag of dat is een goeie opening of dat is een goeie overgang. Kleine details waarvan je denkt; die kan ik wel onthouden.'

'De positieve dingen neem je wel mee. De negatieve dingen ook wel; dan denk je van oh jeetje dat zou ik nooit doen. Dat ga ik zeker niet doen.'

Nadat de videobeelden van collega aios de aios heeft doen nadenken over zijn eigen handelen, doet het de aios ook experimenteren. Dit experimenteren gebeurt doordat de aios zich heeft moeten inleven in een situatie en daarbij een manier van handelen heeft moeten bedenken. Dit denkproces zorgt er niet direct voor dat de aios gaat nadenken over zijn eigen handelen. Maar als de aios in een soortgelijke situatie terecht komt, grijpt hij wel terug naar de feedback die de aios aan zijn collega aios heeft gegeven.

'(...)Dan verzin je een oplossing voor die ander, maar de volgende keer dat je zelf voor het probleem staat dan weet je het wel. Dus ik denk dat je het wel terugkoppelt.'

Opvallend is dat het merendeel van de aios videobeelden bekijken als stimulerend ervaren. De aios die deze didactische werkvorm niet noemde als stimulerend tijdens de terugkomdag heeft daar de volgende verklaring voor:

'Ik vond dat meestal, nou ja, ik kan me voorstellen dat het heel nuttig is. Maar ik vond het niet heel veel toegevoegde waarde hebben omdat ik het al heel vaak met mijn opleider had besproken en die had dat toevallig, dat was een goede opleider, die had daar goed zicht op. Dat is dan de huisarts waar je in de praktijk bij zit en die kent jou dan ook nog eens heel goed van hoe je...nou ja dat is ook zijn manier om jou consultvoering te controleren, aanwijzingen te geven. En dat was heel vaak al een beetje uitgekauwd.' Deze aios geeft aan dat hij videobeelden bekijken tijdens de terugkomdagen geen toegevoegde waarde vindt hebben. Dit is niet omdat de didactische werkvorm voor hem niet goed genoeg is, maar omdat hij zijn feedback op de videobeelden al in een andere situatie en van een andere persoon heeft gekregen. Namelijk van de praktijkopleider in de huisartspraktijk.

Uit de observatiegegevens en interviewgegevens komt naar voren dat de didactische werkvorm videobeelden bekijken dicht ligt bij de leermethode 'modeling' van Collins (1991). De aios leren het consultvoeren door een model te observeren. In dit geval zijn de collega aios en de aios zelf 'model'. Daarnaast observeren de begeleiders en de collega aios de aios. Dit wordt door Collins 'coaching' genoemd. De feedback die tijdens coaching wordt gegeven zorgt voor 'articulatie' bij de aios. De aios wordt door de begeleider en mede aios geprikkeld om te praten over zijn denkproces tijdens het consultvoeren. Ook wordt de aios geprikkeld om zijn denkproces of handelen te vergelijken met zijn collega aios of begeleider. Dit is de leermethode 'reflectie'.

4.1.2 Trainingen met acteurs

De gegevens die in deze subparagraaf beschreven worden zijn alleen afkomstig uit interviews. Door het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding en de tijd die beschikbaar was voor het onderzoek was het niet mogelijk om deze didactische werkvorm te observeren. Trainingen met acteurs worden voornamelijk gehouden om de aios om te leren gaan met bijzondere patiënten. Met bijzondere patiënten worden de patiënten bedoeld die wat extremer zijn in hun gedrag. De acteurs die de rol van patiënt spelen zijn ingehuurd door de huisartsopleiding. De

trainingen met acteurs hebben verschillende gevolgen. De trainingen geven de aios een bepaald gevoel:

'Tenminste ik had het gevoel van; de wereld verdwijnt eventjes. Je bent gewoon echt een consult aan het doen.'

De trainingen met acteurs zorgen er ook voor dat de aios gaat nadenken over gedrag; de aios geven aan dat door deze trainingen hun ogen als het ware geopend worden:

'Het is ook wel een eye opener vaak; dat je kijkt van hé welke kant ga ik nu op en welke kanten kun je nog meer kiezen.'

Deze didactische werkvorm is voor de aios erg geschikt om te experimenteren met de manier van consultvoeren:

'Maar, ja dat is wel leuk want dan kun je natuurlijk alles uitproberen, want je hebt niet met een echte patiënt te maken. Dan kun je kijken van als ik zo reageer wat gebeurt er dan. Het is wel leuk om dan juist dingen uit te lokken van als ik nou zo doe wat gebeurt er dan eigenlijk?'

'Ik wil het op mijn manier doen en het kan me nou niet schelen of het hier fout door gaat of niet; ik wil gewoon zien wat het doet.'

Behalve dat de didactische werkvorm er zelf voor zorgt dat de aios gaat experimenteren, zorgt ook de feedback van de groepsbegeleider en collega aios er voor dat de aios gaat experimenteren. Dit experimenteren gebeurt tijdens de didactische werkvorm:

'Wat zou je nu je dit allemaal gehoord hebt, wat zou je veranderen? En probeer het dan nog een keer na te spelen. En dan wordt het nog een keer nagespeeld. En wat je soms ook doet is dat iemand anders het overneemt. Met al die tips in de zak dat je dan het zelfde consult overneemt vanaf punt 'dat'.'

Ook binnen de huisartspraktijk gaat de aios experimenteren met de geleerde technieken. Maar omdat je als huisarts minder vaak te maken hebt met een bijzondere patiënt dan met een normale patiënt, leidt deze didactische werkvorm in eerste instantie tot een gevoel van

zekerheid. Mocht de situatie zich voordoen, dan is de aios hierop voorbereid en weet hij wat hij moet doen:

'Bijvoorbeeld net als bij spoedgevallen, als je er niks van weet zeg maar; kan dat heel eng zijn. Daar kun je onzeker om zijn. Als je er wat meer kennis over in pacht hebt en er gebeurt onverwachts iets, net als onverwachts een rare patiënt die binnenkomt dan heb je wat meer zekerheid. Zo heb ik dat ervaren.'

'En wat je dan kunt doen is de technieken die je geleerd hebt dan een beetje toe te passen.'

Trainingen met acteurs zijn in principe gewoon rollenspellen. Echter de aios maken onderscheid tussen rollenspellen met acteurs en rollenspellen met collega aios. Rollenspellen met collega aios worden niet als stimulerende didactische werkvorm gezien:

'En ik vind; we doen ook wel veel van die simulatie (..) zeg maar dan in de groep, dat iemand een patiënt speelt en dat iemand een arts speelt. Ik vind dat gewoon; dat is echt grote onzin. Daar heb je dus helemaal niets aan. Ik vind dat echt totaal niet de waarheid weergeven; je voelt je ook niet zoals je in de spreekkamer zit, je kent degene te goed die tegenover je zit en je weet dat die klacht niet echt is. En men reageert toch nooit zoals een patiënt reageert met die klacht.'

'Nou ja gewoon het rollenspel onderling dat je ook zelf patiënt speelt, dat gaat niet serieus genoeg zeg maar.(...)Dat weerspiegelt niet goed genoeg de werkelijkheid. En met zo'n acteur vind ik het prima.'

Tijdens 'trainingen met acteurs' wordt een situatie die in het echt kan voorkomen nagebootst. De aios krijgt de kans om zijn visie op het handelen in dergelijke situaties uit te proberen met steeds iets minder begeleiding. Dit wordt door Collins (1991) *Scaffolding* genoemd. Dit is het uitgangspunt van 'trainingen met acteurs'. Een volgende is *modeling*. Door te kijken naar een aios die samen met een acteur een consult voert, leren de collega aios een conceptueel beeld te vormen van een consult met een patiënt die moeilijk is in gedrag. Doordat de begeleiders en

collega aios de gelegenheid krijgen om de aios tips en feedback te geven, wordt de aios 'gecoacht'. Ook krijgt de aios de kans om te vertellen wat zijn denkproces is en hoe hij het consult wil laten verlopen. Dit is 'articulatie'. Na het coachen en articuleren komt de aios toe aan 'reflectie'. De aios kan dan zijn probleemoplossend proces vergelijken met dat van zijn collega aios.

4.1.3 Spuien

Het spuien is een didactische werkvorm waarbij de huisartsen in opleiding aan de groep en de roepsbegeleiders kunnen vertellen wat zij hebben meegemaakt in de huisartspraktijk. Dit kan variëren van bijzondere patiënten, lastige consulten tot samenwerking met collega's. Spuien kan op iedere moment van de dag plaatsvinden:

'Dat spuien dat kan bijvoorbeeld helemaal aan het begin al zijn terwijl je er nog helemaal niet aan toe bent, maar als iets heel indrukwekkend is, krijgt diegene heel vaak wel de kans om te vertellen ... Kringgesprekken dat is niet een speciaal onderdeel, dat kan op elk moment van zo'n terugkomdag gebeuren.'

Deze didactische werkvorm is vier keer geobserveerd. Door de gegevens van de observaties te analyseren is het volgende schema ontwikkeld (figuur 9).

Het delen van deze ervaringen door aios leidt tot bevestiging van de ervaringen door de groepsbegeleiders en de collega aios. Dit bevestigen doen de groepsbegeleiders en de collega aios door te vertellen over hun gedachten en gevoelens tijdens een soortgelijke ervaring. Ook vertellen de collega aios over hoe zij handelen in een vergelijkbare situatie:

'En dan deden we wel eens een rondje om te zeggen van; nou, ik zeg altijd dit en dat. Dan schreef ik die wel eens op. Het klinkt heel simpel maar dat is wel heel nuttig.'

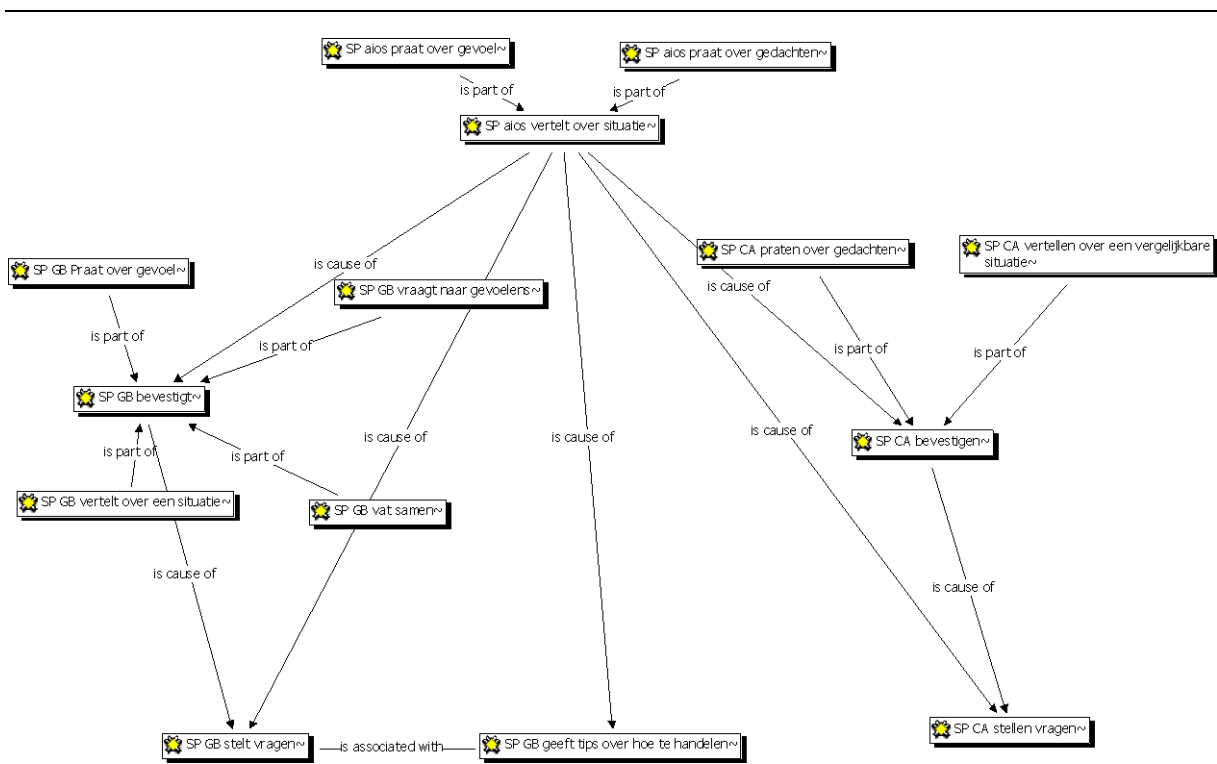
Ook de groepsbegeleider geeft tips en feedback. De aios vinden de tips en feedback van de groepsbegeleider

belangrijk. Daarnaast vinden de aios het belangrijk dat de groepsbegeleider de inbreng van de groep stuurt:

'Ik vind hun mening heel belangrijk. Vaak is hun rol het sturen van wat er uit de groep komt.'

En enkele aios geeft aan de groepsbegeleiders soms wel wat meer de inbreng van de groep mogen sturen:

'Maar ik denk dat het goed is om ook af en toe in te grijpen en eventjes stil te staan bij wat er gebeurt. En dan te zeggen van: nou, merken jullie wat hier gebeurt; en dan voorbeelden geven.'



Figuur 9: schematische weergave van de didactische werkvorm spuien

Nadat de groepsbegeleider en collega aios ook hun ervaringen hebben gedeeld volgt het stellen van vragen. Dit zijn vragen over de gedachten, gevoelens en gedragingen van de aios:

‘Soms dan heb je een soort van (...), hoe noem je dat ook al weer... oogkleppen? Of een ‘blind spot’ of een plek waar je niet naar kijkt omdat je eigenlijk het idee hebt dat je in de goede richting denkt. En dan vragen ze soms; heb je wel eens daar aangedacht en zeker dan heb ik wel eens gemerkt van: hé wacht eens even, oh ja zo kun je ook nog denken.’

Daarnaast wordt er ook gevraagd naar feitelijke zaken. De vragen die gesteld worden en de tips die gegeven worden hebben verschillende gevolgen. In eerste instantie denkt de aios na over de feedback die gegeven is. Nadat de aios heeft nagedacht over de gegeven feedback en tips gaat de aios experimenteren met nieuw gedrag in de huisartspraktijk:

‘(...) en dan ga ik gewoon oefenen met een bepaalde zin.’

Ook komt het voor dat de aios niet gaat experimenteren met de feedback en tips die gegeven zijn. Net als bij de feedback dat gegeven wordt na het bekijken van

videobeelden, geldt ook voor het spuien dat de feedback bij de aios moet passen.

4.1.4 Informeel ervaringen delen

Voor veel aios ligt het spuien dicht bij informeel ervaringen delen. Informeel ervaringen delen is iets wat de aios veel doen. Praten over belevenissen met collega aios op weg naar de terugkomdag, bij het koffiezetapparaat of gewoon met vrienden:

'Nou ja wij komen altijd uit Zwolle rijden dus wij hebben het... we zitten natuurlijk een uur in de auto. Dus wij hebben ons rondje spuien voor die tijd al gehad.'

De aios zien informeel ervaringen delen anders dan spuien. Er zijn verschillende redenen voor het maken van onderscheid tussen spuien en informeel ervaringen delen:

'En dat is in het spuien, ja dan ga je er toch wat serieuzer op in. En dan haak je wat meer in op; waarom vertel je zoiets, wat heeft het met je gedaan,(...) wat zou je de volgende keer anders doen. En nu kun je ook eens het verhaal vertellen van gewoon alleen maar om het vertellen om je verhaal kwijt te raken.'

'Precies wat je zegt bij het koffiezetapparaat vertel je meer aan mensen waarvan je het belangrijk vindt wat ze denken en voelen over je. Je kiest dan wat meer de mensen uit.'
'Met name in het tweede deel van het eerste jaar, hadden wij het gevoel dat de begeleiders ook dingen noteerden van wat wij zeiden. Ik had daar nooit zoveel moeite mee, maar ik weet wel dat bepaalde aios het niet zo prettig vonden om hier met hun verhaal, hun zwakheden naar voren te komen.'

'En kijk een grotere groep bij mij in ieder geval werkt echt niet. Dan ga ik echt niet met mijn zorgen over dingen waar ik mee zit, daar zal ik niet zo snel mee naar voren komen. Dat zou ik niet doen.'

Informeel ervaringen delen doen aios om 'gewoon hun verhaal kwijt te kunnen'. Tijdens het spuien kunnen aios ook hun verhaal kwijt maar daar krijgen ze vragen over en feedback op.

Tijdens het spuien dienen de verhalen van de aios als 'model'. Doordat de aios vertelt over zijn eigen ervaring ontstaat 'articulatie'. Doordat de aios vertelt over zijn probleemoplossend proces, vertellen de mede aios en begeleider ook over hun probleemoplossend proces. Dit zorgt ervoor dat de aios beide processen gaat vergelijken. Collins (1991) noemt dit 'reflectie'.

4.1.5 Theoretische ondersteuning

Naast didactische werkvormen werden door de aios ook verschillende vormen van theoretische ondersteuning genoemd. Het eerste theoretische model dat besproken zal worden is de roos van Leary. In bijlage 5 is dit model weergegeven met een uitleg. De aios legt dit model als volgt uit:

'Die roos van Leary dat is dat je een... dat je nagaat van wat verhouding hebben we ten opzichte van elkaar en als je dat bij iemand toepast dan kun je ook je manier van communiceren aanpassen en dan zie je soms dat er meer uit komt in plaats van dat je juist op hetzelfde niveau gaat hameren tegen iemand dan komt er juist minder... heb je minder effect.'

Dit theoretisch model leidt in eerste instantie tot een bevestiging van het gedrag van de aios:

'Heel vaak, een heel groot deel van het onderwijs is inderdaad bevestiging. Ik heb vaker het 'oh ja' gevoel gehad dan dat ik dacht van hé zo kan het ook.'

Nadat de aios zijn gedrag bevestigd ziet, leidt deze theorie ook tot experimenteren binnen de huisartspraktijk:

'Ik heb ook het idee dat dat wel iets... dat je daar uiteindelijk mee gaat oefenen dat dat wel wat verandert in je manier van consultvoeren.'

Een tweede theoretische ondersteuning die genoemd werd is een schema met de opbouw van een goedlopend consult. De aios ervaren dit model vooral in het eerste jaar als ondersteunend tijdens het consultvoeren:

‘En op zich is dat wel heel handig om dat als leidraad te hebben, tijdens je eerste jaar vooral. Dat je zoiets hebt van oké ik begin daarmee en als ik dat heb gedaan dan doe ik dat. Dus dat is wel mooi om dit voor je te hebben.’

Het schema van een goedlopend consult geeft de aios een gevoel van zekerheid. Het is iets waarop de aios kan terugvallen als hij vindt dat het consult niet loopt:

‘Ja want het helpt wel vind ik, zo’n schema. Het helpt wel om het volgens dat stappenplan te doen. Het is een houvast, het is heel nuttig.’

Niet alleen tijdens het consult ervaart de aios het schema als nuttig, maar ook na een consult kijkt de aios vaak op dit schema terug. Het schema zorgt er dan voor dat de aios gaat nadenken over het consult wat voor zijn gevoel niet goed liep:

‘Ja, ik keek er ook vaak op terug. Als ik zoiets had van nou; het ging niet zo heel erg goed of het was echt heel rommelig. Maar je had wel het idee dat je contact had, maar toch dat je iets had van nou dat had beter gekund, dan was het leuk om hierop terug te vallen. Dus daar heb ik wel veel aangehad.’

De theoretische ondersteuning wordt vooral gebruikt in de praktijk en is voor de aios een hulpmiddel bij het consult voeren. De Roos van Leary en het schema van een goedlopend consult kunnen gezien worden als ‘modellen’. Omdat de aios gebruik maakt van een soort model om het consultvoeren te leren, past dit het beste bij de leermethode ‘scaffolding’. Er wordt in deze situatie niet gesproken van een begeleider die steeds minder ondersteuning biedt, maar van een theoretisch model. De aios bepaalt zelf wanneer hij minder ondersteuning nodig heeft van het theoretische model. Ook wordt er bij de theoretische ondersteuning gebruik gemaakt van reflectie. De aios vergelijkt zijn handelen met de aangeboden theorie.

4.2 Feedback

Feedback speelt bij de genoemde didactische werkvormen een grote rol. Binnen het ‘videobeelden bekijken’, het ‘spuien’ en ‘trainingen met acteurs’ leidt niet alleen de didactische werkvorm zelf tot reflectie, maar ook de feedback. De feedback dat leidt tot reflectie kan door de collega aios gegeven zijn, maar ook door de groepsbegeleider. De aios geven aan hoe zij de rol van de groepsbegeleider zien:

‘Ja eigenlijk zijn dat de mensen die een beetje de steekjes moeten uitdelen. Die een beetje de punten aanstippen waar het naar hun idee spaak loopt of waar het fout gaat.’

‘Soms zijn het ook een beetje één- tweetjes tussen de gedragswetenschapper en de huisartsbegeleider hè, wat is Jensen zonder zijn sidekick.’

En hoe ze de rol van de collega aios zien met betrekking tot het geven van feedback:

‘Ik denk dat je daar heel veel van leert. Dan krijg je ook eens even van anderen te horen hoe die het zouden doen en tips.’

Niet iedere aios vindt het makkelijk om feedback te geven. Een voorwaarde om open en eerlijk te zijn in het geven van feedback, is dat de aios zich veilig voelt in de groep. De aios voelt zich veiliger in een kleinere groep en zal dan ook sneller feedback geven:

‘Maar ik moet wel zeggen dat bijvoorbeeld voor de videobespreking, heb je een wat intiemer groepje, je kent mekaar ook sneller en beter, je weet een beetje van je collega aios hoe ze zijn en hoe ze dingen brengen en hoe ze dingen bedoelen.’

‘Ja. Dus ik merk dan gewoon dat je wat meer durft. Ook ik zelf hoor als feedback gevende, je hebt in een grote groep toch de neiging om niet meteen met z’n allen erboven op te duiken, dus ben je eerder geneigd om positieve dingen te benadrukken.’

beschreven aan de hand van de vraagstelling en onderzoeksvragen.

Behalve dat de feedback tussen de collega aios en groepsbegeleider verschilt, verschilt ook de feedback tussen de tussen de gedragswetenschapper en de huisartsbegeleider:

'En dan is het een beetje afhankelijk van of je een huisarts of een gedragswetenschapper erbij hebt zitten, waar men op let. De huisarts gaat iets meer over de opbouw van je consult hoe pak je die aan.'

'Maar je ziet dat de psycholoog geen, in die zin heeft die geen medische achtergrond, dat die veel meer vanuit de patiënt kijkt. En dat is wel leuk.'

Het verschil in feedback tussen de gedragswetenschapper en de huisartsbegeleider zorgt er niet voor dat de aios overwegend de voorkeur geven aan één van de twee:

'En ik denk dat ik dan wel liever met een gedragswetenschapper mijn video analyseer. Omdat ik het prettiger vind om te weten waarom doe je... waarom kom je uit bepaalde dingen niet, maar ook waarom sla je bepaalde wegen in.'

'We hebben alleen een psycholoog er bij. En ik dacht dat ik dat helemaal niet erg zou vinden, maar je mist toch soms een beetje de medisch inhoudelijke tips. Zo van hé zo kan je dat ook doen, of de ervaringen van een ouwe rot in het vak.'

Iedere aios ervaart feedback op een andere manier. Doordat verschillende personen feedback geven, wordt ervoor gezorgd dat aios altijd feedback ontvangen vanuit meerdere invalshoeken. Zo wordt de aios geprikkeld om zijn handelen vanuit verschillende invalshoeken te bekijken.

Aan de hand van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten kunnen enkele conclusies uitgesproken worden. Er zijn meerdere uitspraken gedaan over onder andere kleinere groepen, verschillen tussen gedragswetenschapper en huisartsbegeleider en het nut en effect van de didactische werkvormen. In het volgende hoofdstukken zullen de conclusies de getrokken kunnen worden

5 De invloed van flankerend onderwijs

In dit hoofdstuk worden de conclusies, discussie en aanbevelingen besproken. Om de vraagstelling van dit onderzoek te beantwoorden worden in subparagraaf 5.1.1 en 5.1.2 de eerste twee onderzoeksvragen beantwoord. In subparagraaf 5.1.3 wordt antwoord gegeven op de vraagstelling van dit onderzoek. In paragraaf 5.2 worden enkele aanbevelingen gedaan voor de terugkomdagen. In paragraaf 5.3 volgt een discussie over de beperkingen van het onderzoek, over het onderzoeksproces, over de gekozen theorie en over de conclusies en aanbevelingen.

5.1 Conclusies

Om antwoord te krijgen op de vraagstelling, zijn voorafgaand aan dit onderzoek drie onderzoeksvragen gesteld. In de nu volgende subparagraaf zullen de eerste twee onderzoeksvragen beantwoord worden.

5.1.1 Aangeboden didactische werkvormen

Conclusie 1 bestaat uit het antwoord op de eerste onderzoeksvraag: *Welke didactische werkvormen vinden plaats binnen het flankerend onderwijs?* Binnen het flankerend onderwijs vinden de volgende didactische werkvormen plaats: spuien, videobeelden

bekijken, trainingen met acteurs en rollenspellen. Tijdens iedere didactische werkvormen neemt feedback van college aios en groepsbegeleiders een belangrijke plaats in.

Naast deze didactische werkvormen wordt er theorie aangeboden in de vorm van modellen of schema's, welke gebruikt worden tijdens de didactische werkvormen. Behalve dat de aios gebruik maken van de didactische werkvormen om ervaringen te delen, worden deze ervaringen ook gedeeld op informele manier, onder andere tijdens pauzes.

5.1.2 Stimulerende didactische werkvormen

Conclusie 2 zal bestaan uit het antwoord op de tweede onderzoeksvraag: *Welke didactische werkvormen binnen het flankerend onderwijs stimuleren het reflecteren van huisartsen in opleiding en drijven daarmee het vliegwielt reflecteren & experimenteren aan?*

Tijdens de interviews zijn door de huisartsen in opleiding meerdere didactische werkvormen genoemd die zij als stimulerend ervaren om te reflecteren. Dit zijn: videobeelden bekijken, spuien en trainingen met acteurs. Daarnaast werden er ook theoretische modellen of schema's genoemd ter ondersteuning. Als eerste theoretisch model werd de roos van Leary genoemd; een communicatiemiddel (bijlage 5). Een theoretisch schema dat genoemd werd was een overzicht van een goedlopend consult (bijlage 6).

5.1.3 Op welke manier beïnvloedt het flankerend onderwijs het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding?

Het flankerend onderwijs stimuleert het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding door gebruik te maken van vijf leermethodes van Collins (1991). Tijdens de didactische werkvorm videobeelden bekijken wordt gebruik gemaakt van de leermethodes: *modeling, coaching, articulatie, reflectie*. Tijdens de didactische werkvorm trainingen met acteurs wordt gebruik gemaakt van de leermethodes: *scaffolding, modeling, coaching, articulatie en reflectie*. Gedurende het spuien maakt de aios gebruik van de leermethodes: *modeling, articulatie en reflectie*.

Theoretische ondersteuning door schema's of modellen wordt niet gezien als een didactische werkvorm. Maar omdat dit meerdere keren is genoemd door aios wordt deze manier voor het leren van consulten wel besproken. Ook zijn hier leermethodes aan verbonden; *scaffolding* en *reflectie*.

Bij iedere didactische werkvorm wordt gebruik gemaakt van de leer methode *modeling*. Bij het spuien en videobeelden bekijken is *modeling* zelfs het uitgangspunt van de didactische werkvorm. Aios maken veel gebruik van modellen in de vorm van begeleiders en collega aios om het consultvoeren te leren.

Ook wordt bij iedere didactische werkvorm gebruik gemaakt van articulatie; het kunnen vertellen over kennis, redenering of probleemoplossend proces. Van veel kennis

zijn aiOS zich waarschijnlijk niet bewust dat ze deze bezitten, dit wordt ook wel impliciete kennis genoemd. Door deze kennis te bespreken worden de aiOS bewust van de kennis die ze bezitten. Ook zorgt articulatie ervoor dat de aiOS zich bewust worden van hun probleemoplossend proces. Door hier bewust van te worden, wordt de aiOS in gelegenheid gesteld om dit proces te analyseren en eventueel aan te passen.

Reflectie is ook een leer methode die bij alle drie de didactische werkvormen wordt gebruikt. Om de consultvoering verder te ontwikkelen is het belangrijk dat de aiOS zijn eigen probleemoplossend proces vergelijkt met dat van zijn begeleiders of collega aiOS. Op deze manier kan de aiOS zijn consultvoering aanpassen door gebruik te maken van handelingen die begeleiders of collega aiOS tonen.

Tot slot zijn er nog twee leer methodes die minder dominant aanwezig lijken te zijn, maar wel belangrijk zijn. Allereerst scaffolding; de begeleider trekt zich langzaam terug zodat de aiOS een bepaalde taak alleen kan uitvoeren. Deze leer methode wordt gebruikt bij de didactische werkvorm trainingen met acteurs. Hierbij krijgt de aiOS de gelegenheid om te experimenteren met verschillend gedrag. Daarnaast wordt *scaffolding* ook gebruikt als aiOS ondersteuning zoeken bij theoretische modellen of schema's. De aiOS bepalen zelf wanneer ze de begeleiding van theoretische modellen of schema's in mindere mate nodig hebben. De tweede leer methode die minder dominant lijkt te zijn is coaching, waarbij de begeleiders de studenten observeren en hen helpen een taak te volbrengen door tips en feedback te geven. Deze leer methode komt alleen voor bij de didactische werkvorm trainingen met acteurs. Door aiOS hun vaardigheden te laten trainen met acteurs, kunnen de groepsbegeleiders mee kijken naar de handelingen van de aiOS. De groepsbegeleiders kunnen ook de trainingen stilleggen om zo tips en feedback te geven.

Een leer methode die geen enkele keer wordt gebruikt tijdens de terugkomdagen is exploratie. Exploratie dwingt de aiOS in een zone te komen van eigen probleemoplossing. De aiOS komt nu in een situatie terecht waarin hij zelf taken moet volbrengen zonder begeleiding. Deze leer methode komt wel voor gedurende de hele opleiding, namelijk tijdens de leer werk periode in de huisartspraktijk. Dit is

echter een aspect van de opleiding waar dit onderzoek niet op is gericht.

Het flankerend onderwijs beïnvloedt het leren consultvoeren van huisartsen in opleiding door verschillende didactische werkvormen aan te bieden. Hierdoor speelt de huisartsopleiding in op vijf leer methoden van Collins.

Bij deze conclusie moet wel vermeld worden dat niet alle didactische werkvormen evenveel worden aangeboden. Spuien vindt wekelijks plaats. De intentie van deze didactische werkvorm is het kunnen vertellen over eigen belevenissen in een ongedwongen sfeer. Het grote deel van de aiOS ervaart het spuien ook op deze manier. Echter een paar aiOS ervaren geen ongedwongen sfeer. Doordat de aiOS tijdens het spuien serieuze feedback krijgt op de vertelde ervaringen, kan het de aiOS ervan weerhouden om sommige ervaringen te delen. Dit omdat de aiOS dan gewoon een ervaring wil delen, zonder hier feedback op te ontvangen.

Videobeelden bekijken vindt ook wekelijks plaats. Het bekijken van eigen videobeelden en van collega aiOS wordt als positief ervaren. De intentie van het bekijken van de videobeelden is dat de aiOS het consultvoeren ontwikkelen door kritisch naar zichzelf te kijken en naar de collega aiOS. De aiOS geven aan dat ze veel leren van eigen videobeelden en van de beelden van de collega aiOS. Daarnaast werd de term saamhorigheidsgevoel regelmatig genoemd door de aiOS. Dit gevoel ontstaat door te zien dat niemand nog een perfect consult uit voert. Tegenover dit positieve gevoel van de aiOS over het bekijken van videobeelden staat ook een minder positief aspect. Het kritisch bekijken van videobeelden en het geven en ontvangen van feedback is intensief. Door veel beelden achter elkaar kritisch te bekijken en daar feedback over te geven, ontstaat het risico dat de aiOS niet helder meer zijn en belangrijke punten van feedback missen.

Tot slot is het opvallend dat meerdere aiOS zeer positief zijn over trainingen met acteurs, maar dat deze didactische werkvorm op jaarbasis één á twee keer wordt aangeboden.

5.2 Aanbevelingen

Er kunnen meerdere aanbevelingen gedaan worden voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding. Enkele aanbevelingen zullen erop gericht zijn de goede aspecten die gevonden zijn te behouden en te versterken. Ook zullen er enkele aanbevelingen zijn die vragen om veranderingen binnen het onderwijsprogramma.

Een eerste aanbeveling is:

1. Blijf een diversiteit van didactische werkvormen aanbieden.

De resultaten van dit onderzoek laten zien dat niet iedere didactische werkvorm van alle leermethoden gebruik maakt. Echter als de drie meest stimulerende didactische werkvormen bij elkaar worden genomen, worden vijf leermethoden van Collins gebruikt. Behalve dat de diversiteit van didactische werkvormen ervoor zorgt dat vijf leermethoden van Collins worden gebruikt, zorgt het er ook voor dat er voor iedere aios een didactische werkvorm is die bijdraagt aan het leren consultvoeren. Niet iedereen leert op dezelfde manier; er bestaan verschillende leerstijlen.

Een tweede aanbeveling is:

2. Houdt de kleine groepen in het derde jaar aan.
- Uit de interviews kwamen enkele zaken naar voren waar niet expliciet naar is gevraagd, maar welke wel belangrijk zijn om te bespreken. Eén daarvan was groepsdynamiek. Voor de aios is het erg belangrijk om zich veilig te voelen binnen de groep. Dit zorgt er voor dat de aios beter laat weten wat hem bezighoudt en wat zijn zwakke punten zijn. Ook zorgt een veilige groep ervoor dat de aios vaker zijn feedback laat horen voor een collega aios. Door de groepen klein te houden ontstaat er een intiemer gezelschap. Dit zorgt ervoor dat de aios zich veilig voelt. Dit gevoel van veiligheid wordt op dit moment vooral ervaren in het derdejaar. In dit jaar bestaan de groepen uit vijf á zes aios en een groepsbegeleider.
- Een derde aanbeveling is:

3. Probeer ook in het derde jaar de combinatie van huisartsbegeleider en gedragswetenschapper aan te houden.

Behalve dat het derde jaar het voordeel heeft van kleinere groepen, heeft het ook een nadeel. Omdat er meer kleinere groepen ontstaan is het niet meer mogelijk om én een huisartsbegeleider én een gedragswetenschapper in de groep te hebben. De aios geven aan dat er wel degelijk verschillen zijn tussen een huisartsbegeleider en een gedragswetenschapper.

De gedragswetenschapper heeft geen medische achtergrond, maar een psychologische achtergrond. Daardoor kijkt de gedragswetenschapper alleen naar het gedrag van de patiënt en de aios en de redenering hierachter. De huisartsbegeleider is zelf werkzaam binnen de huisartsopleiding. Zijn aandacht is meer gericht op medisch inhoudelijke zaken.

Juist deze verschillen zijn voor de aios belangrijk. Door deze te combineren krijgt de aios het idee feedback te krijgen uit verschillende invalshoeken en de aios hecht hier dan ook veel waarde aan.

Deze aanbevelingen zijn specifiek voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding Groningen. De aanbevelingen kunnen echter ook in algemene zin bekeken worden. Binnen iedere opleiding is het van belang dat er een diversiteit aan didactische werkvormen aangeboden wordt, zodat ieder individu tot leren komt. Ook is het van belang binnen iedere opleiding dat ieder individu zich veilig voelt binnen de groep. Ieder individu moet zich veilig voelen om te praten over zijn eigen ontwikkeling. Daarbij zijn groepsbegeleiders ook van invloed. Groepsbegeleiders dragen hun kennis over op de individu; in veel gevallen een meerwaarde om meerdere groepsbegeleiders te hebben die hun kennis overdragen op de individu.

Naast het feit dat er aanbevelingen gedaan kunnen worden voor het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding en voor opleidingen in algemene zin, zou er op basis van dit onderzoek een aanbeveling gedaan worden voor het vliegwielman model van Meijerink (2005). Omdat dit onderzoek zich richt op het flankerend onderwijs tijdens de wekelijkse terugkomdagen lijkt er een scheiding te zijn tussen het doen (D) en het reflecteren (R).

Doen (D) lijkt zich alleen af te spelen in de huisartspraktijk en reflecteren (R) tijdens de terugkomdagen. Op basis van deze conclusie is er in het model van Meijerink een stippellijn geplaatst om de scheiding aan te geven (figuur 10). Er is hier gekozen voor een stippellijn omdat deze conclusie niet zomaar getrokken kan worden. Ondanks dat dit onderzoek zich richt op het flankerend onderwijs tijdens de terugkomdagen, is wel bekend dat flankerend onderwijs ook in de huisartspraktijk plaatsvindt. Voordat er een definitieve aanpassing gemaakt kan worden aan het vliegwiel model is het noodzakelijk dat het flankerend onderwijs in de huisartspraktijk onderzocht wordt.

5.3 Discussie

Deze paragraaf zal beginnen met een beschrijving van de beperkingen van het onderzoek. Hierna volgt een reflectie op het onderzoeksproces en daarop volgt een reflectie op het theoretisch kader.

5.3.1 Beperkingen van het onderzoek

Doordat dit onderzoek zich richt op één taak; het consultvoeren, kunnen de gegevens niet gegeneraliseerd worden naar andere taken.

Het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding Groningen en de tijd die beschikbaar was voor het onderzoek zorgden ervoor dat niet alle didactische werkvormen die aangeboden worden gedurende de opleiding geobserveerd konden worden.

Ook tijdens de interviews heeft de onderzoeker te maken gehad met beperkingen. Niet iedere aios is hetzelfde. Dit houdt in dat niet iedere aios zich even goed bewust is van zijn leerproces en dit duidelijk kan uitleggen. Deze beperking wordt echter opgelost door de

observatiegegevens en de saturatie die is opgetreden tijdens de interviews.

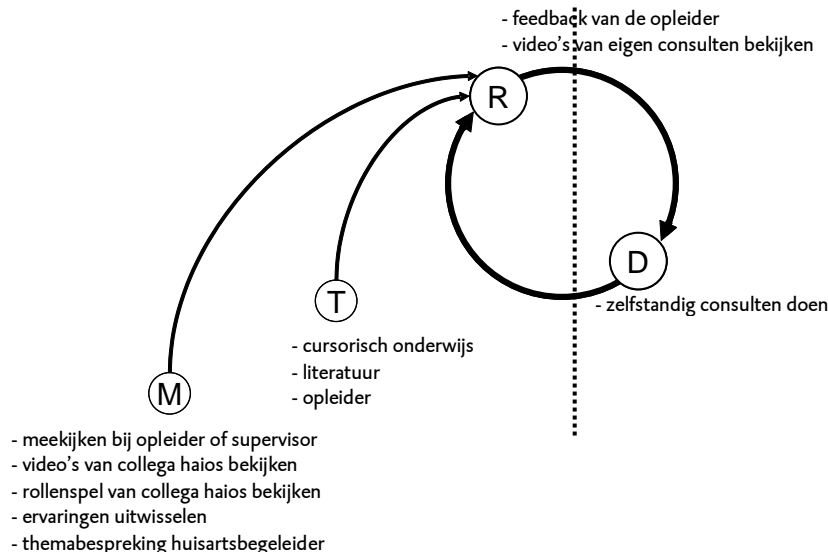
5.3.2 Reflectie op het onderzoeksproces

Voor dit onderzoek is gekozen voor een kwalitatieve opzet met gedragsobservaties en mondelinge semi-structureerde interviews. Terugkijkend is dit een goede keuze geweest. Door gebruik te maken van gedragsobservaties naast mondelinge interviews is het beeld van het verloop van de didactische werkvormen duidelijker geworden. De interviews hebben ervoor gezorgd dat de ervaringen van de aios gedurende de didactische werkvormen boven tafel zijn gekomen.

5.3.3 Reflectie op de gekozen theorie

In dit onderzoek zijn de leermethodes van Collins uit *Cognitive apprenticeship* (1991) als referentie genomen. Naast de theorie van Collins is ook de leercyclus van Kolb besproken. Ook de leercyclus van Kolb had als uitgangspunt voor dit onderzoek kunnen dienen. Er is echter niet voor deze theorie gekozen omdat het gezien de aard van dit onderzoek belangrijk is om meerdere stadia in het leren van consultvoeren te expliciteren. De keuze om de leermethodes van Collins te gebruiken is een juiste keuze geweest.

Niet alleen de leermethodes van Collins en de leercyclus van Kolb zijn besproken. Ook zijn termen als reflectie, impliciet leren en impliciete kennis aanbod gekomen. De theorieën die hierover bestaan zijn niet als referentie genomen. Dit betekent niet dat het bespreken van deze theorieën overbodig is geweest. Het bij elkaar nemen van de besproken theorieën geeft inzicht in hoeveel er komt kijken bij een leven lang leren in een



Figuur 10: aanbeveling voor het vliegwielmodel van Meijerink (2005).

kenniseconomie. Door het consultvoeren en het flankerend onderwijs te bepreken wordt de theorie gericht op de huisartsopleiding.

5.3.4 Reflectie op conclusie en aanbevelingen

Aan de hand van de theorie en de resultaten zijn enkele aanbevelingen gedaan die van toepassing zijn op het onderwijsprogramma van de huisartsopleiding. Het in kaart brengen van het leerproces en de stimulerende didactische werkvormen zal groepsbegeleiders en huisartsen bewust maken van hun eigen onderwijs en leerproces. Deze bewustwording speelt een belangrijke rol als het gaat om een leven lang leren. Het vliegwiel van Meijerink (2005) moet ook na de huisartsopleiding blijven draaien bij de huisartsen. Een leven lang leren is voornamelijk een

individuele aangelegenheid, waarin de huisarts zelf moet bepalen waar hij kennis over wil verkrijgen en waarom. Binnen de huisartsopleiding wordt met de didactische werkvormen goed ingespeeld op het vliegwiel en de opleiding zou dan ook voldoende basis moeten bieden voor huisartsen om een leven lang te leren.

Echter, bij een leven lang leren komt meer kijken dan de bewustwording van het eigen leerproces. Hoe toegankelijk is het voor de huisarts om een leven lang te leren? Is er naast het werk in de praktijk nog wel tijd om cursussen, trainingen en opleidingen te volgen? Dit zijn uiteraard zaken waar de huisartsopleiding moeilijk op in kan spelen.

Omdat de conclusies en aanbevelingen ook weer vragen oproepen, kunnen er enkele aanbevelingen gedaan worden voor vervolgonderzoeken.

- De kwalitatieve opzet van dit onderzoek kan aangevuld worden met een kwantitatieve opzet in een vervolgonderzoek. Er zou dan gekeken kunnen

worden naar het aanbod van de didactische werkvormen, hoe vaak deze aangeboden worden en hoe tevreden de aios hierover zijn.

- Flankerend onderwijs is gestuurd onderwijs dat de aios krijgt om om te leren gaan met alles wat hij in de praktijk tegenkomt. Dit onderzoek heeft zich op één aspect van het flankerend onderwijs gericht namelijk de terugkomdagen. De aios maken echter ook gebruik van flankerend onderwijs tijdens het werken in de praktijk. Dit gebeurt tijdens de besprekingen tussen aios en praktijkopleider. Een suggestie voor een vervolgonderzoek is dan ook om dit aspect van flankerend onderwijs te bestuderen en de wisselwerking tussen beide vormen van flankerend onderwijs te beschrijven.

6 Nawoord

Onderzoek doen is niet gemakkelijk en ook niet altijd even leuk. Voor dit onderzoek heb ik een lange aanloop moeten nemen. Het schrijven van een goede vraagstelling die precies beschreef wat ik wilde onderzoeken heeft veel tijd gekost, mede omdat het nemen van beslissingen niet mijn sterkste kant was.

Het nemen van beslissingen tijdens het uitvoeren van een onderzoek vond ik moeilijk. Ik heb me steeds afgevraagd of ik met bepaalde beslissingen het onderzoek niet te breed óf niet te smal maakte. Dit hoort bij onderzoek doen en gaandeweg ging het me steeds beter af.

Het leukste was het afnemen van de interviews. Het was natuurlijk ook wel spannend om de huisartsen in opleiding te benaderen en een interview te plannen. Het plannen was soms nog wel eens lastig: aiOS hebben het druk en er zijn altijd onverwachte zaken die er tussen kunnen komen (ziek worden, vader worden en veranderingen in de planning van de terugkomdag). Ook dit hoort bij onderzoek doen.

Het analyseren van de interviews en observatiegegevens was een hele klus. Dit heb ik met het programma ATLAS.ti gedaan. Wat leek het onderzoek opeens langzaam te gaan. Dag in dag uit bezig zijn met het coderen van

aantekeningen en uitspraken. Er leek maar geen resultaat te komen. Totdat ik begon met het schrijven van de masterthesis zelf. Wat een mooie uitspraken zaten er tussen! Er waren zoveel uitspraken waar ik wat over wilde vertellen en af en toe zag ik daardoor de bomen het bos niet meer.

Als afsluiting van deze onderzoeksperiode had het Ontwikkelplatform een mini symposium georganiseerd. Hiervoor waren scriptiebegeleiders, opdrachtgevers en andere geïnteresseerden uitgenodigd om te kijken naar

onze presentaties. Tijdens de oefensessie werd mij al duidelijk dat het lastig is om de kern van je onderzoek te vertellen binnen tien minuten. Er valt zo veel te vertellen over dit onderzoek. De vragen en opmerkingen die na afloop van mijn presentatie gesteld en gemaakt werden hebben een bijdrage geleverd aan het verrijken van mijn conclusies.

Uiteindelijk is het me gelukt om met behulp van de begeleiders en de theorie een thesis te schrijven waar ik zelf best trots op ben. Het waren heel leerzame maanden waarin ik heb geleerd om (goede) beslissingen te maken.

Literatuur

Baarda, D.B. & Goede, M.P.M. de (1997). *Basisboek kwalitatief onderzoek. Praktische handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Groningen: Stenfert Kroese

Baarda, D.B., Goede, M.P.M. de, Teunissen, J. (2000). *Kwalitatief onderzoek. Praktische Handleiding voor het opzetten en uitvoeren van kwalitatief onderzoek*. Houten: Stenfert Kroese.

Biessen, J. Esch, W. van, Berg, J. van den. (2004). *Competentiegericht leren-scan: achtergronden en onderbouwing*. 's Hertogenbosch. CINOP

Collins, A. Seely Brown, J. Holum, A. (1991). *Cognitive apprenticeship: making thinking visible*. American Educator p.8-11, 38-46

Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde (2006). *Opleidingsplan huisartsopleiding*. Groningen UMCG.

Disciplinegroep Huisartsgeneeskunde (2006) *Jaarverslag 2006*. Groningen UMCG

Eimers, T., Nieuwenhuis, L., & Westerhuis, A. *Een levenlang leren, de leervraag centraal?* Juli 2004. 's Hertogenbosch. CINOP

England, A. Spence, J. (1999). *Reflection: A guide to effective service learning. Linking learning with life*. Clemson: National Dropout Prevention Center.

Essed, G.G.M. Lifelong learning: waarom en hoe dan? 20 Maart 2007. URL: <http://europe.obgyn.net/nederland/doelen/2001/1020532.PDF>

Kessels, J.W.M. & Keursten, P. *Opleiden en leren in een kenniseconomie: vormgeven aan een corporate curriculum*. HRD Handboek. 2001. Samson, Alphen a/d Rijn.

Kessels, J.W.M. (2004). *The knowledge revolution and the knowledge economy: the challenge for HRD*. In: Woodall, J., Lee, M., & Stewart, J. (eds.). New Frontiers in HRD. pp. 165-179. London: Routledge.

Kolb, D.A. (1984). *Experiential Learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

LeGrand- van den Boogaard, M.J.M. (2003). *De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang*. Advies van de commissie implementaire opleidingscontinuüm en taakherschikking. Utrecht: Drukkerij Haasberg.

Meijboom-de Jong, B., Smit Jongbloed, L.J. & Willemsen, M.C. (2002). *De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm*. Utrecht: KNMG, DMW-VSNU, VAZ, NVZ en LCVV.

Meijerink, A. (2005). *Hoe huisartsen in opleiding het consultvoeren leren*. [doctoraalscriptie andragogiek]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Nonaka, I. & Takeuchi, H. (1995). *The knowledge creating company*. Oxford: University Press.

Onderwijsraad (2003). *Leren in een kennissamenleving*. Den Haag: Drukkerij Artoos.

Onstenk, J. (1997). *Lerend leren werken, brede vakbekwaamheid en de integratie van leren werken en innoveren*. Delft: Eburon.

Pinkhof, H. (1998). *Geneeskundig woordenboek*. (Tiende druk). Houten/Dieghem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Sande, van der, J.P. (1999). *Gedragobservatie, inleiding tot systematisch observeren*. Groningen: Martinus Nijhoff.

Schön, D.A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass

Schön, D.A. (1983). *The reflective practitioner, how professionals think in action*. New York: Basic Books Index.

Schouten, J.A.M. (1988). *Anamnese en advies*. Nieuwe richtlijnen voor de informatie-uitwisseling tussen arts en patiënt. (Tweede druk). Alphen aan den Rijn/Brussel: Samson Stafleu.

Seger, C.A. *Implicit learning*. Psychological Bulletin .1994. Vol. 115, No. 2, p.163-196

42

Sharan B. Merriam en Rosemary S. Caffarella.(1999) *Learning in adulthood, a comprehensive guide*. Jossey-Bass, San Francisco.

Simons, P.R.J. (2003). *Competenties verwerven met en zonder instructie*. Groningen Wolters-Noordhoff

Smolders, K.H.A. *Te oud, te duur, te knap?* Nederlands Tijdschrift Klinische en Chemische Labgeneeskunde. 2005. 30, p.121-124

Stock-Koch, L., Bolhuis, S. & Koopmans, R. *Identifying factors that influence workplace learning in postgraduate medical education*. Education for health. 2007. Vol. 20. No.1.

Wenger, E. (1998). *Communities of practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Verschuren, P.J.M. (2002). *De probleemstelling voor een onderzoek*. (achtste druk). Utrecht: Uitgeverij Spectrum.
Yedema, A.R. (2004). *Het ervaren curriculum van medische vervolgopleidingen*. [doctoraalscriptie andragogie]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Bijlage 1 Interviewschema

Persoonlijke gegevens

Naam respondent:

Leeftijd:

Hoeveelste jaar aios:

Voorgeschiedenis (opleidingen, motivatie om voor huisartsgeneeskunde te kiezen):

Introductie:

Dit onderzoek gaat over het leren van consultvoeren van huisartsen in opleiding. Met dit onderzoek wil ik achterhalen welke activiteiten tijdens de terugkomdagen jou als aios het meeste hebben geholpen met het leren consultvoeren.

Didactische werkvorm 1

- Aios laten vertellen over de didactische werkvorm
- Wat doet deze activiteit met je?
 - Wat gebeurt er in je gedachten tijdens deze activiteit?
 - Wat voor effect heeft dit op je gevoel? Voel je je er bijvoorbeeld zekerder of juist onzekerder door?
 - Verander je ook je manier van consultvoeren?

Het is mogelijk dat een aios meerder didactische werkvormen stimulerend ervaren voor het leren consultvoeren. Per genoemde didactische werkvorm wordt het bovenstaande schema gevolgd.

Afsluiting

Als afsluiting zal ik aan de aios vragen aan welke didactische werkvorm hij/zij de voorkeur geeft. Ook zal ik vragen of hij/zij nog verbeter punten heeft voor het flankerend onderwijs m.b.t. de besproken onderwerpen.

Bijlage 2 Codeset voor interviews

Spuien

Spuien uitleg dwv
SP FB CH tips leiden tot experimenteren
SP rol GB
SP FB GB leidt tot nadenken
SP organisatorische zaken

Trainingen met acteurs

Trainingen met acteurs uitleg dwv
TMA leidt tot gevoel
TMA leidt tot nadenken
TMA leidt tot experimenteren
TMA CH leidt tot nadenken
TMA FB CH leidt tot experimenteren
TMA FB CH leidt niet tot experimenteren
TMA FB CH leidt tot een gevoel
TMA rol van GB
TMA organisatorische zaken

Theoretische ondersteuning

Theoretische ondersteuning uitleg
TO leidt tot bevestiging
TO leidt tot nadenken
TO leidt tot zeker gevoel
TO leidt tot experimenteren

Videobeelden bekijken

VB uitleg dwv
VB leidt tot nadenken
VB leidt tot een gevoel
VB leidt tot experimenteren
VB CH leidt tot een gevoel
VB CH leidt tot herkenning
VB CH leidt tot nadenken
VB CH leidt tot experimenteren
VB FB CH
VB FB GB
VB FB CH leidt tot nadenken
VB FB CH leidt tot een gevoel
VB FB CH leidt tot experimenteren
VB FB CH leidt niet tot experimenteren
VB organisatorische zaken

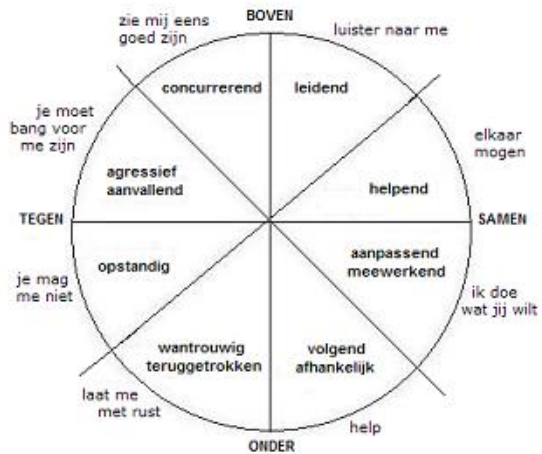
Overige zaken

Groepsdynamiek
Informeel ervaringen delen
Redenen voor informeel ervaringen delen
TKD/opleiding algemeen
TKD algemeen leidt tot gedrag
TKD algemeen leidt tot nadenken
Rollenspel hoe werkt de dwv
Supervisie uitleg dwv
Intervisie uitleg dwv
Meest stimulerende dwv
Minst stimulerende dwv
Na de huisartsopleiding

Bijlage 3 De roos van Leary

De roos van Leary is een communicatiemiddel dat is voortgekomen uit een psychologisch onderzoek naar de werking van gedrag. De roos van Leary gaat er vanuit dat gedrag, gedrag oproept. Met andere woorden; de roos gaat uit van actie en reactie, oorzaak en gevolg, zenden en ontvangen. De grote verdienste van de roos van Leary ligt in het feit dat de roos laat zien

- Welk gedrag door welk gedrag wordt opgeroepen
- Hoe gedrag te beïnvloeden is.



Bijlage 4 Formulier consultvoering

1. Opening

- Hoe was de begroeting?
- Gaf de arts ruimte aan de patiënt om zijn verhaal te vertellen (wat is de klacht, hoeveel last, wat dacht de patiënt)?
- Vraagt de arts naar andere redenen van komst?

2. Vraagverheldering

Bij dit onderdeel staat de beleving en de vragen van de patiënt centraal.

- Vraagt de arts welke vermoedens de patiënt heeft over de oorzaak van de klacht?
- Vraagt de arts naar de directe aanleiding van de komst van patiënt (waarom nu)?
- Vraagt de arts welke behandeling/actie de patiënt verwacht?
- Vraagt de arts welke gevoelens bij de patiënt leven omtrent de klacht?
- Vraagt de arts wat de patiënt zelf al gedaan heeft om van de klacht af te komen?

- Vraagt de arts wat anderen zoals de partner, dan wel omstandigheden zoals bijv. werk voor rol spelen voor de patiënt?
- Vat de arts de vragen van de patiënt goed samen?

3. Anamnese

Bij dit onderdeel staan de vragen van de arts centraal.

- Stelt de arts adequate, bij de klachten passende vragen (niet teveel, niet te weinig)?

4. Lichamelijk onderzoek

- Vertelt de arts welk onderzoek volgt?
- Geeft de arts goede instructies?
- Voert de arts het onderzoek adequaat uit?

5. Diagnose

- Vertelt de arts de bevindingen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek?
- Geeft de arts een diagnose of werkhypothese?
- Geeft de arts informatie over de oorzaken van de klacht? En over de ernst cq duur van de klachten?
- Geeft de arts ruimte aan de patiënt om te reageren? Vraagt de arts om een reactie?
- Maakt de arts een koppeling tussen de bevindingen en de vragen van de patiënt?
- Gebruikt de arts begrijpelijke, concrete taal?

6. Plan

- Vertelt de arts het plan?
- Maakt de arts een koppeling tussen de vragen en het plan?
- Geeft de arts ruimte aan de patiënt om te reageren? Vraagt de arts om reactie?
- Besteedt de arts aandacht aan de voor- en nadelen van het plan? Wordt er overlegd en eventueel onderhandeld over het plan?
- Maakt de arts concrete afspraken?

7. Consultevaluatie

- Vraagt de arts of de vragen zijn beantwoord?
- Stelt de arts een algemene vraag, zoals bijv. “bent u tevreden?”, “wat vindt u er zo van?”

Naast voorgaande punten die vooral de verschillende fasen betreffen, wordt hieronder een aantal zaken genoemd die gedurende het hele consult van belang zijn.

A. Ordening

- Was er een logische volgorde van fasen in het consult?
- Kondigt de arts de opeenvolgende fasen aan? Bijv. "Ik wil u nu gaan onderzoeken", "Ik wil u nu een aantal vragen stellen".
- Worden er concrete afspraken gemaakt?

B. Emoties

- Vraagt de arts naar gevoelens van de patiënt?
- Geeft de arts gevoelsreflecties?

C. Soepelheid

- Gaf de arts voldoende ruimte aan de patiënt?
- Hoe zou je de houding van deze arts willen typeren?
- Waren er storende haperingen of onderbrekingen in het consult?

Gebaseerd op: MAAS-Globaal Scorelijst 2000.
 Jacques van Thiel, Paul Ram & Jan van Dalen. Universiteit
 Maastricht

