Referaten

Wat doen studenten geneeskunde als zij medische zorg nodig hebben?

Roberts LW, Warner TD, Carter D, Frank E, Ganzini L, Lyketsos C. *Caring for medical students as patients: access to services and care-seeking practices of 1027 students at nine medical schools. Acad Med 2000;75:272-7.*

Een van de rode draden in de verhalen van de artsen in *Zieke dokters* is de manier waarop ziekte hun omgang met patiënten verandert.¹ Dit gegeven is ook te vinden in het artikel van Roberts et al. Zij exploreerden met een schriftelijke enquête onder 1027 studenten geneeskunde afkomstig van negen Amerikaanse medical schools, de behoefte aan medische zorg en wat zij vervolgens deden. De respons was mager; 52%, maar niettemin zijn de bevindingen interessant. Zo meldt 90% van de respondenten dat zij in de loop van de studie medische zorg nodig hadden, 57% dat zij wel eens nalieten om hulp te zoeken en 63% dat zij wel eens een informeel consult van een collega gevraagd hadden (43% liet lichamenlijk onderzoek doen, 33% besprak symptomen). Dat laatste vinden de auteurs zorgelijk. Omdat het de opmaat kan vormen tot zelfdiagnostiek en -prescriptie en niet de veiligheid biedt van een professioneel arts-patiënt-contact, maar ook omdat de manier waarop artsen met hun patiënten omgaan mede wordt bepaald door hun eigen ervaringen als patiënt. De auteurs adviseren om de omgang met de eigen gezondheid tijdens de artsopleiding systematisch aan de orde te laten komen. Ook voor Nederlandse artsopleidingen lijkt dit een zinvol advies. Vanwege de verschillen met de Amerikaanse (opleidings)situatie is het echter wel nodig om het besproken onderzoek te repliceren. Pas daarna is duidelijk welke thema's hier in het onderwijs aan de orde moeten komen.

1. Lens P, redactie. *Zieke dokters*. Utrecht: Van der Wees uitgeverij; 1999.

J. Pols,
Groningen

Voelen studenten zich op hun gemak bij het onderling oefenen van lichamenlijk onderzoek?

Chang EH, Power DV. *Are medical students comfortable with practising physical examinations on each other? Acad Med 2000;75:384-9.*

De auteurs voerden een exploratief onderzoek uit naar de mate waarin studenten zich op hun gemak voelen bij het onderling oefenen van lichamenlijk onderzoek. Het onderzoek vond plaats na afloop van een negen maanden durende eerstejaarscursus *introduction to clinical medicine* van de University of Minnesota Medical School in Minneapolis. Er wordt in groepen van 8 geoefend, de meest 'gevoelige' onderdelen bij het onderling oefenen zijn de palpatie van de ictus cordis en het onderzoek van de lies. Er is een vragenlijst ontwikkeld van 25 vragen met een vijfpunts Likertschaal die door docenten op *face validity* is beoordeeld en is getest bij een groep van 12 eerste- en tweedejaars studenten. De vragenlijst is aan 164 eerstejaars studenten voorgelegd; de respons bedroeg 76%. Volgens 98% van de respondenten is het onderling oefenen van lichamenlijk onderzoek 'passend' voor de studie geneeskunde en 97% vindt het een waardevolle leerervaring. In het algemeen voelt 97% zich als proefpersoon én als onderzoeker op z'n gemak. Bij het onderzoek van de lies gold dat voor 77%, bij het oefenen met iemand van hetzelfde geslacht gold dat voor 99%. Bij oefenen met iemand van het andere geslacht voelt 70% zich op zijn gemak, dalend naar 55% bij het onderzoek van de thorax en 45% bij het onderzoek van de lies. Als proefpersoon bij een presentatie voor de groep voelde 48% zich 'bekeken'.

De auteurs doen de suggestie om studenten die zich helemaal niet op hun gemak voelen bij het onderling oefenen alternatieven aan te bieden.

J. Pols,
Groningen

Onderwijs en praktijk

Terluin M, Andeweg M, Boendermaker P, Pols J. De structuur van een consult – onderwijs en praktijk. Huisarts Wet 2000; 43:563-5.

Iedereen in het medisch onderwijs die te maken heeft met studenten die bezig zijn met het zich eigen maken van consultvaardigheden zal wel eens van een student gehoord hebben: 'ja, maar in de praktijk doen ze het toch anders'. Vaak wordt dit argument door studenten gehanteerd om aan te geven dat de consultvaardigheden-soep niet zo heet gegeten wordt als hij wordt opgediend, daarmee vaak de docent uitnodigend toch vooral relativerende opmerkingen over consultvaardigheden en structuur van een consult te maken.

Terluin en collega's zijn eens nagegaan hoe heet die soep eigenlijk wel is. In een inventariserend onderzoek bij 157 huisartsen observeerden alle 225 vierdejaars studenten tijdens hun driedaagse huisartsenstage vier consulten volgens een scoreformulier. Op het scoreformulier stonden de drie fasen vermeld die gebruikt worden in het medisch onderwijs in Groningen. Die fasen zijn: vraagverheldering (contactreden, hoofdklacht, hulpvraag, aanleiding), diagnostiek (uitvragen, hypothesetoetsing, lichamelijk onderzoek) en afronding (samenvatting, uitleg, beleidsvoorstel en bespreken ervan en besluit consult). Daarnaast waren er enkele open vragen, onder andere wat volgens de studenten de reden is voor eventuele verschillen tussen onderwijs en praktijk. Meer dan de helft van de huisartsen ontvingen tweemaal een student. De respons was meer dan 80%.

De resultaten geven aan dat er inderdaad een verschil is tussen onderwijs en praktijk. Twee zaken springen eruit: in de praktijk komen bij elk consult niet alle onderdelen aan bod en de volgorde van de onderdelen is variabel. Als voorbeeld wordt de samenvatting genoemd, die het minst aan bod komt (in 24%).

De onderzoekers gaan voortvarend te werk en stellen twee aanpassingen voor in het medisch onderwijs: aandacht voor vervolggconsulten en het losser omgaan met structuur.

Het onderzoek oogt leuk, het lijkt eenvoudig, goed uitvoerbaar en het is slim om studenten te gebruiken. Toch is het de vraag of de auteurs niet te snel hun conclusies trekken. Veel is namelijk niet vermeld. In hoeverre hebben studenten valide en betrouwbaar gescoord? Het gaat om vier consulten tijdens drie dagen, maar

welke vier en op hoeveel in totaal? Hoe hebben de studenten hun selectie gemaakt? Wat is de mening van patiënten eigenlijk over de geleverde consulten? Het lijkt me niet verrassend dat onderwijs en praktijk verschillen. De vraag is dan niet alleen of het onderwijs moet worden aangepast, ook de praktijk mag ter discussie staan en dit laatste wordt niet vermeld.

Kortom een nuttig onderzoek als start. Ik heb in ieder geval trek in meer soep, die ook best heter mag zijn.

Jan-Joost Rethans,
Maasticht

'Evidence-based medicine' onderwijs

Mottonen M, Tapanainen P, Nuutinen M, Rantalala H, Vaittonpää I, Uhari M. Teaching evidence-based medicine using literature for problemsolving. Medical Teacher 2001;23:90-91.

Omdat geneeskunde efficiënter, goedkoper en transparanter moet worden toegepast, is er een steeds grotere druk op artsen om te kunnen verantwoorden waarom ze problemen op een bepaalde manier oplossen. Daarnaast is er een enorme toename van beschikbare kennis. *Evidence based medicine* is de vlag waaronder deze trend in de medische wereld geïntroduceerd wordt.

De introductie van het nieuwe paradigma heeft direct consequenties voor het medisch onderwijs. Het gaat niet meer op studenten 'kookboekgeneeskunde' bij te brengen, want daar kunnen ze in hun verdere loopbaan maar heel kort mee uit de voeten. Geneeskundestudenten moeten leren met de best beschikbare *evidence* om te gaan.

Mottonen et al. rapporteren een kleinschalige studie naar de effecten van een aanpak waarbij zij studenten eerst een klinische opdracht gaven, die vervolgens gedurende een week in groepen van ongeveer 10 studenten werd uitgewerkt. Het bleek dat sommige groepen veel meer gebruik maakten van up-to-date informatie in de vorm van artikelen en internetsites. Het bleek ook dat de docenten veel energie moesten steken om de studenten aan het werk te krijgen. Het enthousiasme van de studenten verminderde gaandeweg het project. Vaak vonden zij de belasting te zwaar. Ten slotte bleek dat de studenten die veel energie hadden gestoken in allerlei zoekactiviteiten niet 'beloond' werden met een hoger examencijfer.

De auteurs blijven zitten met de vraag hoe studenten meer betrokken kunnen worden bij de nieuwe onderwijsvorm. Zij opperen een aantal verbeteringen. Docenten moeten misschien meer betrokken zijn bij het verduidelijken van de klinische vraagstellingen en bij het aangeven welke gegevens geschikt zijn bij het oplossen ervan. Dat is belangrijk, want studenten zien al gauw door de enorme hoeveelheid beschikbare informatie niet meer wat belangrijk is. Ten slotte pleiten de auteurs voor een meer op het onderwijs afgestemde wijze van toetsing.

Roy Remmen,
Antwerpen