De driejarige opleiding tot huisarts: bevraging van huisartsen in opleiding over het nieuwe eerste jaar

Marlies Wuyts, Vrije Universiteit Brussel

Promotor: Prof. Jo Goedhuys, KULeuven

Co-promotor: Prof. Marc Van Nuland, KULeuven

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2019 – 2020

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.

Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Inhoudsopgave

Abstract 5

Inleiding 6

Het ontstaan 6

De vergelijking 7

De 'nieuwe' opleiding 9

Methode 12

Literatuurstudie 12

Kwantitatief onderzoek 12

Onderzoekspopulatie 13

Ethische procedure 13

Gegevensverzameling 13

Statistische analyse 14

Resultaten 15

Literatuurstudie 15

Vragenlijst 16

Socio-demografische gegevens 16

Opleidingsthema's 17

Praktijkmanagement 19

Korte episodische zorg 20

Chronische zorg 20

Spoedeisende zorg 21

Ouderen en complexe problematiek 21

Zorg voor het kind 21

Gender gerelateerde problematiek 21

Psychische klachten 22

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijk klachten (SOLK) 22

Palliatieve en terminale zorg 23

Praktische vaardigheden 23
Communicatie 23
Stagcoördinatoren en huisartsen in opleiding 24
Discussie 25
Sociodemografische gegevens 25
Clusters 25
Vergelijking met voorgaand onderzoek 27
Stagcoördinatoren en huisartsen in opleiding 28
Sterktes en zwaktes van het onderzoek 29
Conclusie 29
Stagecoördinatoren en huisartsen in opleiding 29
Dankwoord 30
Bijlagen 33
Bijlage A: geïnformeerde toestemming 33
Bijlage B: inleidende tekst en vragenlijst 34
Bijlage C: aanvraag ethisch comité 49
Bijlage D: goedkeuring ethisch comité 52
Bijlage E: Gemiddelden van resultaten 53
Bijlage F: Vergelijkende tabel tussen de gemiddelde scores per cluster en sub-thema gegeven door stagecoördinatoren (STACO's) en huisartsen in opleiding (HAIO's) 54

Abstract

Titel: De driejarige opleiding tot huisarts: bevraging van huisartsen in opleiding over het nieuwe eerste jaar.

Auteurs: Marlies Wuyts, Huisarts in opleiding; prof. Jo Goedhuys, promotor: prof. Marc Van Nuland, co-promotor.

Achtergrond: Sinds 2018 werd de master-na-master huisartsgeneeskunde omgevormd van een tweejarige naar een driejarige opleiding. Inhoudelijke veranderingen gingen hiermee gepaard. Een evaluatie van deze nieuwe opleiding is noodzakelijke om de kwaliteit van het onderwijs te beoordelen en te garanderen. Met dit onderzoek willen we, aan de hand van de mening van de huisartsen in opleiding, de kwaliteit beoordelen van de nieuwe opleiding.

Onderzoeksvragen:

(1) In welke mate komen de opleidingsthema's aan bod op de lesdinsdagen en de seminaries volgens de HAIO's (huisarts in opleiding) en voldoet dit aan hun behoefte?
(2) Zijn er opmerkelijke gelijkenissen of verschillen in de visie van de stagecoördinatoren en de huisartsen in opleiding?

Doelstelling: Samen met het werk van Melissa Popleu ("De driejarige opleiding tot huisarts: bevraging van stagecoördinatoren over de seminaries tijdens het nieuwe eerste jaar.") de opleiding evalueren.

Methode: Een online vragenlijst werd opgesteld en digitaal verstuurd naar de HAIO's na vervollediging van hun eerste jaar van de vervolgopleiding.

Resultaten:

(1) Met uitzondering van de thema's 'communicatie' en 'somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten' komen alle thema's in meerdere of mindere mate te weinig aan bod volgens de huisartsen in opleiding. Er is het meeste nood aan extra scholing over (in dalende lijn) praktische vaardigheden, praktijkmanagement, spoedeisende zorg, chronische zorg en zorg voor het kind.
(2) De mening van de stagecoördinatoren loopt in grote lijnen gelijk met deze van de HAIO's. Ze beoordelen dezelfde thema's als negatief of positief. Wel is er soms een kleine variatie te vinden in hoe extreem ze de thema's negatief of positief vinden.

Conclusie:

Als we onze resultaten samenleggen met deze van de bevraging van de stagecoördinatoren, dan kunnen we concluderen dat volgende thema's meer aan bod mogen komen tijdens de MaNaMA-opleiding huisartsgeneeskunde: 'ouderen en complexe problematiek', 'psychische klachten' (uitgezonderd van depressie/burn-out en slaapproblemen), 'palliatieve en terminale zorg', 'praktische vaardigheden', 'neurologie', 'nefrologie', 'kindermishandeling', 'het psychosociale aspect bij de zorg voor het kind', 'grensoverschrijdend gedrag' en 'transgenderproblematiek'. 'Communicatie' is een cluster waar beide partijen zeer tevreden over zijn.

Inleiding

Het ontstaan

In het woudschotenrapport wordt de functie van de huisarts beschreven als het aanvaarden van de verantwoordelijkheid over een continue, integrale en persoonlijke zorg voor individuen en gezinnen, van de wieg tot het graf. Dit houdt een curatief, revaliderend en preventief aspect in. Dit is een vrijwel onbereikbaar ideaal waar desondanks te allen tijde naar gestreefd moet worden.[1]

Huisartsgeneeskunde heeft zijn plek in de opleiding moeten waarmaken en aflijnen door de jaren heen. In 1963 werd een Wetenschappelijke Vereniging van Vlaamse Huisartsen opgericht door initiatiefnemers in Vlaanderen. In 1974 werd voor het eerst een 'erkende titel van huisarts' gedefinieerd door de federale overheid. Hier werd een bijscholing van 100 uren en een hiermee samenhangende honorariumverhoging tegenover gesteld.[2] Op 20 maart 1984 ontstond het Interuniversitaire Centrum voor Huisartsenopleiding (ICHO). Datzelfde jaar werden afgestudeerde artsen 'huisarts in beroepsopleiding' (hibo) en moesten ze gedurende twee jaar seminaries volgen om erkend en geaccrediteerd te zijn als huisarts. Dit was conform een richtlijn gecreëerd op Europees niveau, die elke Europese lidstaat oplegde om tegen 1986 huisartsgeneeskunde enkel nog te laten uitoefenen door artsen met een specifieke opleiding. In 1988 kreeg huisartsgeneeskunde de vorm van een academische opleiding, met een 6+1+2 structuur. De huisartsenopleiding werd een universitaire postgraduaat opleiding in 1995. Zo gaf het indienen van een masterproef het signaal dat huisartsgeneeskunde een echte academische discipline vormde. In 1995 werd ook het ISHO opgericht, namelijk het Interuniversitair Samenwerkingsverband Huisartsen-Opleiding. Dit was een afspraak tussen de vier Vlaamse Universiteiten waar men geneeskunde kan studeren. Deze werd nu de overkoepelende organisatie met het ICHO als uitvoerende kracht.

Sindsdien heeft de opleiding nog enkele ingrijpende veranderingen ondergaan. In de Bolognadeclaratie en de Dublindescriptoren werd vastgelegd aan welke vereisten een Europese universitaire opleiding moet voldoen.[3,4] Deze vereisten dienen te worden toegepast in een onafhankelijk en autonoom universitair systeem dat zich aanpast aan de vereisten en de noden van de maatschappij en de wetenschappelijke evolutie. Zo kwam een systeem tot stand dat gemakkelijk te interpreteren en vergelijken was. Op die manier kon migratie en/of uitwisseling van studenten naar en met andere landen gemakkelijk gehandhaafd worden. De Vlaamse opleiding sluit zich hierbij aan en vormt en continuüm van bachelor naar master tot uiteindelijk een master-na-masterniveau. Zo werd de opleiding huisartsgeneeskunde een master-na-master.

Voor aspirant-huisartsen was er de mogelijkheid om hun opleiding huisartsgeneeskunde aan te vatten vooraleer de basisopleiding werd voltooid, dit namelijk in het 7de jaar, het +1 gedeelte van de basisopleiding. Dit was een tussenoplossing om aan de Europese verplichte driejarige opleiding te geraken. Gezien dit niet volledig legaal was werden er mogelijke oplossingen naar voor geschoven. Een mogelijkheid was om de huisartsenopleiding te verlengen, wat deze in totaal op 10 jaar bracht. Een andere oplossing was de basisopleiding met een jaar in te korten, dus van 7 naar 6 jaar. Dit laatste voorstel zou de Vlaamse opleiding geneeskunde ook perfect in lijn brengen met de Europese trend. Zodoende werd voor de studenten vanaf afstudeerjaar 2018 de basisopleiding 6 jaar, gevolgd door een 3 jaar durende master-na-master opleiding huisartsgeneeskunde.[2]

De vergelijking

De opleiding tot 'volwaardig' huisarts staat nooit stil. Verschillende landen hebben elk hun eigen parcours afgelegd tot op het punt waar ze vandaag zijn. Hiervoor wordt de opleiding en het curriculum telkens bijgeschaafd om de optimale leerervaring te bereiken. In de ideale setting past de medische opleiding zich aan volgens de veranderende noden van patiënten, de zorgverleners en de maatschappij (bv. Het aantal gezondheidswerkers opleiden dat tegemoet komt aan de sociale nood.).

Volgens de World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA) dienen de opleidingsprogramma's altijd bereid te zijn tot evaluatie en kwaliteitsverbetering. Opleidingsexpertise moet gedeeld worden om elkaar te helpen en van elkaar te leren om zo ook huisartsgeneeskunde te promoten als discipline.[5] Men moet er rekening mee houden dat de kwaliteit van de opleiding en de kwaliteit van het gezondheidssysteem hand in hand gaan. In 2008 werd in het Talinn Charter opgenomen dat alle leden van de Europese regio van de World Health Organisation (WHO) zich verbinden tot transparantie alsook tot de monitoring en evaluatie van de gezondheidszorgprestaties.[6] Een belangrijke bemerking hierbij is dat internationale vergelijking niet altijd vanzelfsprekend is. Contextuele variaties kunnen een vergelijking bemoeilijken.[7] Dit wetende is het nuttig de nationale noden niet uit het oog te verliezen.

Voor de opleiding in Vlaanderen is het best om te vergelijken met gelijkaardige constructies, zoals deze van Nederland en Canada.
Reeds in 1960 werd de Nederlandse huisartsenopleiding onder de loep genomen.[8] Toen bestond echter nog geen aparte opleiding tot huisarts dus werden de lacunes in de basisopleiding om het tot een volwaardige huisarts te schoppen aangekaart. Het duidelijkste tekort in die tijd was het volledig ontbreken van huisartsenstages in de opleiding. Hierdoor werden de huisartsen overgeleverd aan leren uit ondervinding, waarbij (te) veel aan het toeval overgelaten werd.
In Nederland werd na de verandering naar een 3 jaar durende vervolgopleiding een evaluatie uitgevoerd. Het project, Evaluatie Huisartsopleiding (EVA-H), had als doel een structurele landelijke evaluatie van de kwaliteit van de medische vervolgopleiding voor huisartsen vast te leggen. Uit dit onderzoek kwam naar voor dat de kennisbeheersing van de gemiddelde huisarts die door de driejarige huisartsopleiding wordt afgeleverd voldoende is in vergelijking met de kennisbeheersing van ervaren huisartsen.[9]

Als we het Vlaamse systeem onder de loep nemen zien we dat in het 'oude' Vlaamse curriculum werd geopteerd voor een longitudinaal model. In het zevende jaar van de basisopleiding werden 6 maanden gespendeerd aan stages in het ziekenhuis en 6 maanden aan onderwijs. Dit onderwijs was voornamelijk praktijkgeoriënteerde theoretische lessen met nadruk op klinische en communicatieve vaardigheden. Dit werd gevolgd door een twee jaar durende postgraduaat opleiding in een huisartsenpraktijk. Wel was er de mogelijkheid hiervan 6 maanden in een ziekenhuis door te brengen. Hier stond Nederland tegenover met een zogenoemd sandwichmodel. De drie jaar durende postgraduaat opleiding start in een huisartspraktijk om vervolgens in het tweede jaar zes maanden in het ziekenhuis door te brengen. Hierop volgden telkens drie maanden in een verpleeghuis en de psychiatrie om dan in het derde en dus laatste jaar terug te keren naar een (andere) huisartspraktijk.
Zoals hierboven aangegeven is er intussen een vormverandering doorgevoerd in België waardoor ook hier naar een drie jaar durende postgraduaat opleiding werd overgegaan. Door de afwisseling huisartspraktijk/ ziekenhuis/huisartspraktijk leunt dit dichter aan bij het sandwichmodel van Nederland.

Conform de Europese richtlijnen hebben Vlaanderen en Nederland een gelijkaardige onderwijsvisie. Beiden zetten geïntegreerd leren en werken centraal, met veel aandacht voor zelfsturing, zelfstudie en reflectie. Deze gelijkaardige visie werken ze elk op hun manier uit. Zo zal Nederland zich baseren op de CANMEDS (Canadian Medical Education Directives for Specialist) voor de opbouw van de opleiding, terwijl Vlaanderen de opleiding vastlegt aan de hand van de CANMEDS, EURACT (European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine) en de Dublin descriptoren. [10]

In de toets cultuur zijn ook heel wat verschillen terug te vinden. Bij beide opleidingen wordt er gelet op de stagebeoordelingen en video-observaties. In Vlaanderen zullen een stationsvaardighedentoets, een elektronische kennistoets en een casuïstisch examen beoordeeld door een jury samengelegd worden met de creatie van een masterthesis. Hiermee wordt duidelijk dat in Vlaanderen de nadruk ligt op summatief toetsen om de opleiding succesvol af te ronden.

In Nederland wordt een driemaandelijkse feedback gegeven door de opleider aan de hand van een competentiebeoordelingslijst. Hier komen nog de halfjaarlijkse kennisvoortgangstoets bij, samen met juryvideobeoordelingen, de SpoedEisendeHulptoets (SEH), een kennisvaardighedentoets, een portfolio en beoordeling van reflectievaardigheden. In Nederland wordt de vooruitgang dus op de voet gevolgd en dient er geen masterthesis gemaakt te worden. Hieruit kunnen we concluderen dat Nederland eerder gemengd summatief/formatief toetst. Uit de reviewstudie van van der Vleuten et al kunnen we concluderen dat een gulden middenweg de 'ideale' setting is.[11] Zo gaat de voorkeur naar continu formatief toetsen, een aggregatie van deze toetsgegevens door te voeren om zo uiteindelijk tot een summatief oordeel te komen. Deze vorm van evaluatie is ook wel gekend als 'programmatic assessment'.

Eén van de evaluatiemethodes, namelijk de stationsvaardighedentoets, is een ideale test om in verschillende culturele en geografische settings toe te passen.[12] De opleiding in Canada, die zich ook op de zeven pijlers van CANMEDs richt, maakt ook gebruik van deze proef. Deze test, ook wel OSCE (Objective Structured Clinical Examination) genoemd, is een haalbare manier om klinische competenties te evalueren. Het kan toegepast worden in verschillende stadia van een opleiding en binnen verschillende disciplines. Deze manier van testing ligt in lijn met Competency-based medical education (CBME) waarbij men beoogt kunde in bepaalde competenties te verwerven binnen een georganiseerd kader.[12] Bovendien is het van belang studenten objectief te evalueren. Er werd reeds meermaals aangetoond dat studenten er zelf niet goed in slagen hun competenties in te schatten en zichzelf zelfs regelmatig onderschatten, wat feedback van buitenaf zeer nuttig maakt.[11,13-17]

De samenstelling en evolutie van het curriculum blijven ook in de Verenigde Staten een 'hot topic'. In 2017 stelde Peter J Carek et al. dat de opleiding tot huisarts (in de Verenigde Staten van Amerika) de klemtoon moet blijven leggen op innovatie.[18] Het doel is de huisartsen de capaciteiten geven om een leidinggevende rol op te nemen in een multidisciplinair gezondheidsteam. Om dit succesvol te bereiken is er nood aan een gestructureerd, doch voldoende flexibel curriculum waarbij continuïteit en het welzijn van de patiënt in zijn geheel centraal staan.

In de Verenigde Staten werd een curriculumaanpassing doorgevoerd nadat een voorgaande studie duidelijk maakte dat zowel specialisten in opleiding inwendige geneeskunde als gynaecologie nood hadden aan vaardigheden en training aangaande de gezondheidszorg van vrouwen. Hiervoor werd beroep gedaan op overlappende competentie-eisen en resultaten van de behoefteanalyse, met een positief resultaat.[19]

Via de webpagina van EURACT en WONCA kunnen we toegang krijgen tot de 'Dynamic Database of Specialist Training in General Practice/Family Medicine'.[10] Hier kan men in grote lijnen achterhalen hoe de specialisatie tot huisarts is opgebouwd in de verschillende landen. Zo varieert de duur van de basisopleiding tussen 5 jaar in Nieuw-Zeeland en 7,5 jaar in Noorwegen. Wel is het duidelijk dat steeds meer landen (Denemarken, Finland, Frankrijk, België, …) zich proberen aan te passen aan de Europese afspraken en dus een basisopleiding van 6 jaar aanbieden. In de specialisatie tot huisarts zitten echter nog duidelijke verschillen. Een eerste duidelijk verschil is de mogelijkheid het beroep uit te oefenen met of zonder het behalen van het specialistisch diploma. Zo is het in de Scandinavische landen Finland, Zweden en Noorwegen niet noodzakelijk het postgraduaat af te leggen om de job te mogen uitoefenen. Het is echter zo dat zij van een hogere verloning kunnen genieten indien zij dit wel doen.[20]

In vrijwel alle andere landen is een specialisatie wel vereist om te mogen starten als huisarts. De duur van deze specialisatie verschilt nog steeds sterk tussen verschillende landen. Zo is de kortst mogelijke duur 2 jaar, zoals in Australië en tot voor kort in België, en het langste traject zijnde 6 jaar in Finland, wat weliswaar niet verplicht is om af te leggen.

Niet enkel in de duur van de opleiding maar ook in de inhoud zijn verschillen en gelijkenissen terug te vinden. Volgens de WWPE (WONCA Working Party on Education) standaard zou minstens 50% van de specialisatie opleiding in een huisartsenpraktijk moeten doorgebracht worden. De tijdsverdeling tussen ziekenhuisstages en huisartsenstages kent echter grote verschillen. Zo zal in Oostenrijk wel 6 maanden in een huisartsenpraktijk worden afgelegd maar is dit slechts 20% van het volledige traject. Dit staat in schril contrast met Duitsland waar zelfs tot 80% van de tijd in een huisartsenpraktijk kan doorgaan.

Verder zijn er verschillen terug te vinden in de te behalen eindtermen. In de meeste landen vindt er minstens 1 verplicht eindexamen plaats. IJsland, Denemarken, Noorwegen en delen van Zweden vormen hierop de uitzondering. Enkel in Frankrijk, IJsland, België, Nieuw-Zeeland en Zweden maakt een masterproef deel uit van het curriculum.

In Nederland wordt sinds 2004 elke drie tot vier jaar een onderzoek op poten gezet door het onderzoeksinstituut Nivel (oorspronkelijk afkorting van Nederlands Instituut Voor onderzoek van de EersteLijnsgezondheidszorg). Zo kunnen HAIO's de kwaliteit van de opleiding beoordelen. Deze onderzoeken worden vergeleken om doorgevoerde veranderingen te evalueren en eventueel nieuwe veranderingen te suggereren.[21]

De 'nieuwe' opleiding

Wat maakt een goede opleiding? Niet enkel de structuur maar ook de inhoud moet evolueren. De doelen van een goede arts - een generalistische, persoonsgerichte en continue zorg - zijn blijvend maar de context verandert. Het opleidingsprofiel moet dus afgestemd zijn op de gezondheidszorg en de maatschappij van die tijd. Kijk maar naar de huidige vergrijzing, de diversiteit en de veranderende zorgvraag die hieruit voortvloeit. Zodoende is het van het grootste belang studenten toekomstgericht op te leiden, waarbij flexibiliteit een noodzakelijke vaardigheid is.

Het drie jaar durende curriculum is opgebouwd uit een 12/6/18 of 18/6/12 patroon. Hierbij worden dus 12 of 18 maanden stage afgelegd in een huisartspraktijk, vervolgens 6 maanden op een erkende ziekenhuisafdeling om te eindigen met 12 of 18 maanden stage in een andere huisartspraktijk. De opleiding bestaat uit 180 studiepunten. Hiervan gaan 98 studiepunten naar het succesvol afleggen van de stages. Het volgen van theoretische lessen en de toetsing hiervan staat in voor 28 studiepunten. Van de 180 studiepunten zullen er 24 gaan naar begeleide praktijkreflectie en tot slot worden 25 studiepunten bedeeld aan de masterproef.

Onderzoek toont duidelijk aan dat studenten meer leren door deel te nemen aan patiëntenzorg binnen een opleidingspraktijk.[22] Het is dus belangrijk dat leren in de praktijk een grote plaats vervult in de opleiding. Hiervoor zijn er 36 maanden stage opgenomen in de 3-jarige MANAMA-opleiding. Hiervan worden 30 maanden in een huisartsenpraktijk vervolledigd. Om een HAIO (Huisarts in opleiding) te mogen opleiden in een praktijk moet je sinds minstens zeven jaar de huisartsgeneeskunde uitoefenen (HAIO-jaren kunnen mee in rekening worden gebracht) en een verplicht opleidingspakket volgen. Buchanan et al concludeerde dat goede opleiders bijdragen aan het ontwikkelen van goed professioneel gedrag.[23] Bovendien is een leerervaring door observatie en interactie van een rolmodel krachtiger dan door klassieke lesformaten. Door de verandering van het 7+2 naar het 6+3 systeem moesten in 2018 voldoende opleidingspraktijken beschikbaar zijn voor de zogenoemde 'dubbele cohorte'. In Nederland wordt een derde van de kandidaat-huisartsen afgewezen door de interuniversitaire bekwaamheidsproef, omdat er niet genoeg opleidingsplaatsen zijn. In België is het slagen voor deze proef ook een vereiste om te mogen starten. Het is echter niet de bedoeling dat hier veel HAIO's door sneuvelen. In België tracht men het aantal opleidingsplaatsen af te stemmen op het verwachte aantal HAIO's.[24]

De overige 6 maanden worden afgelegd op een erkende ziekenhuisdienst. Ervaring opdoen in een ziekenhuis maakt overleg met en inzicht tot de werking van verpleging, sociaal werkers, kinesitherapeuten en nog vele andere disciplines toegankelijker. Zo kan men stellen dat de ziekenhuisstage de opleiding tot een hoger niveau brengt. In het verleden werd reeds aangetoond dat interprofessionele educatie en samenwerking kan bijdragen en ook belangrijk is in de vorming van gezondheidswerkers. Verschillende studies bevestigen dat interprofessionele opleidingen en samenwerking helpen om uitdagingen binnen de gezondheidszorg te trotseren.[25-27]

Hiernaast vind ook een theoretische opleiding plaats met als doel verdieping van kennis en inzicht in de huisartsgeneeskunde. Dit wordt onderwezen op de lesdinsdagen en in keuzemodules. Een deel van deze lessen is standaard en wordt onderwezen aan de moederuniversiteit. Hiernaast kan men nog kiezen uit een aantal verdiepende topics.

Het eerste jaar van de opleiding wordt dit verspreid over 16 lesdinsdagen. In het tweede jaar neemt dit 6 dinsdagen in beslag en het laatste jaar 2 dinsdagen. Doorheen de opleiding neemt de focus op het theoretisch onderwijs dus af. In het landelijk opleidingsplan worden de hoofdlijnen van de driejarige opleiding tot huisarts geschetst.[28] Het doel is om huisartsen op te leiden die voldoen aan het competentieprofiel. Dit wordt ingedeeld volgens zeven competentiegebieden, namelijk medisch handelen, communicatie, samenwerken, organiseren, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap en professionaliteit. Deze competenties moeten verworven worden aan de hand van tien thema's, die overeenkomen met de KBA's (Kenmerkende Beroeps Activiteiten) uit Nederland en welke representatief zijn voor het beroep huisarts. Deze worden weergegeven in tabel 1. Aan de hand van deze tien thema's worden de theoretische lessen samengesteld. De verschillende universiteiten zijn verplicht zich aan deze thema's te houden. Wel zijn ze vrij om de bepaalde thema's te beklemtonen naar eigen goeddunken.

Opleidingsthema's
Korte episodische zorg
Spoedeisende zorg
Chronische zorg
Zorg voor ouderen met complexe problematiek
Zorg voor het kind
Zorg voor patiënten met psychische klachten en aandoeningen
Zorg voor patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)
Palliatieve en terminale zorg
Preventie
Praktijkmanagement

Tabel 1: De 10 opleidingsthema's representatief voor het beroep huisarts.

We moeten er echter rekening mee houden dat ook het overdragen van 'onbewuste kennis' belangrijk is en bijdraagt tot het globale functioneren. Een opleiding moet dus meer zijn dan strikt afgebakende en beperkende eindtermen. Hier spelen de georganiseerde seminaries hun rol. Deze vinden normaal gezien om de 2 weken plaats in een vaste groep van gemiddeld 12 personen. Er worden 50 uren seminarie per jaar georganiseerd waarvan minstens 80% aanwezigheid vereist is. Huisartsen in opleiding krijgen hier de kans om te reflecteren over situaties en casussen te bespreken onder de supervisie van hun stagecoördinator (STACO). Ervaringen en kennis kunnen zo uitgewisseld worden in een losser kader. Deze seminaries en de casuspresentaties die hier plaatsvinden dragen bij aan het ontwikkelen van bekwaamheid in onderwijzen, beoordelen en reflecteren. Het wordt internationaal erkend dat deze kwaliteiten een meerwaarde zijn voor de professionele vaardigheid van een arts.[29,31]

Naast de stages, de lesdinsdagen en de seminaries is het maken van een wettenschappelijk werkstuk, een masterproef, het vierde en laatste onderdeel van de master na master opleiding tot huisarts.

In het verleden werden reeds onderzoeken opgesteld naar de sterkere en zwakkere punten van de opleiding in Vlaanderen.[32,33] Hierbij kwam naar voren dat er meer aandacht mocht gaan naar de rol als huisarts in het licht van landelijke en regionale beleidsontwikkelingen en naar juridische aspecten van het huisartsenvak. Men was ook van mening dat bepaalde medisch inhoudelijke onderwerpen en de rol in praktijkmanagement te weinig aan bod kwamen. Gezien de aanpassing van het curriculum dringt de nood aan een nieuwe evaluatie zich op. Met dit onderzoek trachten we vast te stellen hoe HAIO's het eerste jaar van het nieuwe curriculum ervaren. We willen achterhalen welke topics op de lesdinsdagen en in de seminaries aan bod kwamen. Er zal onderzocht worden hoe groot de nood aan bijkomende uitleg was en hoe vaak ze met deze onderwerpen geconfronteerd werden binnen hun stages. Zo trachten we te achterhalen aan welke topics meer of minder nood is tijdens de opleidingsmomenten.

De resultaten zullen samengelegd worden met een gelijklopend onderzoek naar de beleving van de STACO's.[34] Op deze manier proberen we een objectief beeld te schetsen en aan het licht te brengen waar verbetering mogelijk is. Deze onderzoeken zijn een addendum op een nog lopende enquête door Prof. Dr. Marc Van Nuland 'Feeling prepared for starting postgraduate vocational training in General Practice. A case study with final year master students.'. Deze onderzoeken werden uitgevoerd op vraag van de POC (Permanente Onderwijscommissie), aangesteld door het ISHO.

Hieruit worden volgende onderzoeksvragen geformuleerd:

In welke mate komen de opleidingsthema's aan bod op de lesdinsdagen en de seminaries volgens de HAIO's en voldoet dit aan hun behoefte?

Zijn er opmerkelijke gelijkenissen of verschillen in de visie van de stagecoördinatoren en de huisartsen in opleiding?

Methode

In deze studie wensen we te onderzoeken wat overdadig in de huisartsenopleiding aan bod komt en wat de lacunes zijn. Om dit te achterhalen werd er gewerkt volgens 2 sporen. Enerzijds werd een literatuurstudie uitgevoerd met oog op de evolutie die de opleiding heeft doorgemaakt en de reeds uitgevoerde onderzoeken naar dit onderwerp. Anderzijds moest de nood aan kennis over de tevredenheid van de huidige situatie onderzocht worden. Dit werd gedaan aan de hand van een bevraging van de HAIO's uit het nieuwe curriculum.

Literatuurstudie

De zoektocht naar relevante publicaties en informatie werd vanuit verschillende hoeken benaderd. Enkele documenten, zoals het 'Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts', werden aangereikt door de promotor. [28]

PubMed werd doorzocht met gebruik van de volgende Meshtermen :

[medical education], [Canmeds], [dublindescriptors], [bologna process], [medical education] AND/OR [general practice OR family medicine] AND/OR [curriculum development OR program development OR program description] AND/OR [curriculum assessment OR curriculum evaluation OR program evaluation OR evaluation of teaching] AND/OR [methods of evaluation] AND/OR [teacher OR professor] AND/OR [student OR trainee].

Via de ICHO-website werd de database van recente masterproeven doorzocht naar werken omtrent dit onderwerp door gebruik van de zoekterm 'opleiding'. Zowel de LIMO databank als de vubis catalogus werd geraadpleegd met als zoektermen 'opleiding geneeskunde', 'opleiding huisartsgeneeskunde', 'hervorming geneeskunde', 'Bologna proces geneeskunde België', 'evaluatie opleiding huisartsgeneeskunde'… In de mate van het mogelijke werden de laatste jaargangen van verscheidene relevante tijdschriften onder de loep genomen, zoals HuisartsNU, Tijdschrift voor Geneeskunde, Medical Teacher, Academic Medicine, Huisarts & Wetenschap, Nivel, …

De hieruit voortkomende relevante artikels werden weerhouden. Hiernaast werd gebruik gemaakt van de backward-snowballing-methode, wat bijkomende bronnen opleverde. Hieruit werden wederom de relevante publicaties geselecteerd.

Kwantitatief onderzoek

Er werd geopteerd voor een kwantitatief onderzoek aan de hand van een online vragenlijst. Voor de opmaak van de vragenlijst werd gebruik gemaakt van het programma 'Limesurvey'. Deze werd vervolgens via e-mail vanuit het ICHO verspreid naar de HAIO's die binnen de doelgroep vallen. Op deze manier was een vlotte en kosteloze verspreiding gegarandeerd.

Voor de start van de vragenlijst kregen deelnemers een korte inleiding te zien waarin werd toegelicht wat de opzet van het onderzoek is en een geïnformeerde toestemming (bijlage A).

De vragenlijst (terug te vinden als bijlage B) werd opgedeeld in 3 luiken. Eerst werden de socio-demografische gegevens bevraagd aan de hand van 3 meerkeuzevragen (geslacht, universiteit van afstuderen, vorm van praktijk). Als tweede luik kwamen de opleidingsclusters, gebaseerd op het Nederlandse huisartsenopleidingsplan, aan bod (weergegeven in tabel 1). Enkele aanpassingen werden doorgevoerd, gebaseerd op voorgaande studies, de vragenlijst van de nog lopende studie van Prof. Dr. Marc Van Nuland 'Feeling prepared for starting postgraduate vocational training in General Practice.' en inbreng van de onderzoekers en de clusterverantwoordelijken. De volgende thema's werden bevraagd: praktijkmanagement,

korte episodische zorg, chronische zorg, spoedeisende zorg, ouderen en complexe problematiek, zorg voor het kind, gender gerelateerde problematiek, psychische klachten, SOLK, palliatieve en terminale zorg, praktische vaardigheden en communicatie. Elke cluster werd onderverdeeld in subcategorieën. Van elke subcategorie werd het aanbod in de lessen en in de seminaries bevraagd. Dit gebeurde aan de hand van een 7 punts Linkert schaal (0: niet aan bod gekomen, 1: zeer weinig, 2: weinig, 3: eerder weinig, 4: eerder veel, 5: veel, 6: zeer veel). In overleg met de promotor werd de antwoordmogelijkheid 'voldoende' achterwege gelaten. Dit uit angst dat veel deelnemers gemakshalve voor deze optie zouden kiezen en we zo geen duidelijk beeld zouden krijgen van de noden en de overdaad betreffende lesaanbod. Vervolgens werd de nood aan uitleg over elke opleidingscluster afgetoetst door te vragen hoe vaak dit aan bod kwam in verhouding tot de eigen behoefte. Hier kon men kiezen tussen de antwoordmogelijkheden 1: veel te weinig, 2: te weinig, 3: eerder weinig, 4: eerder veel, 5: te veel, 6: overdreven veel. Als laatste stuk binnen dit onderdeel stelden we de vraag hoe vaak de HAIO in het afgelopen jaar geconfronteerd werd met het betreffende onderwerp, met 'niet', 'soms' en 'vaak' als mogelijkheden. Als derde en laatste onderdeel werd de kans gegeven om bemerkingen en bedenkingen te noteren als vrije tekst.

De voorgestelde vragenlijst werd doorgestuurd naar alle clusterverantwoordelijken. Deze kregen zo de mogelijkheid opmerkingen en mogelijke aanpassingen kenbaar te maken.

De finale vragenlijst die hieruit voortkwam werd naar de HAIO's binnen de doelgroep doorgestuurd en is terug te vinden als bijlage B.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit alle HAIO's in Vlaanderen die het eerste jaar van hun master-na-masteropleiding aanvatte in het academiejaar 2018-2019. Om een zo breed mogelijk publiek te bereiken werd gebruik gemaakt van zo weinig mogelijk selectiecriteria. Er werd niet geselecteerd op leeftijd, geslacht of werkplaats. Enkel de beheersing van de Nederlandse taal en beschikken over een computer met internettoegang was noodzakelijk om op de online survey te kunnen reageren.

In tabel 2 is te zien hoe de HAIO's verdeeld zijn over de verschillende opleidingsregio's.

Opleidingsgebied	Aantal HAIO's
Roeselare	12
Kortrijk	12
Brugge	11
Gent	37
Sint-Niklaas/Dendermonde	11
Aalst/Oudenaarde	12
Leuven/Brussel-Halle-Vilvoorde	35
Mechelen	23
Antwerpen	34
Kempen	11
Hasselt	20
Gent	10
Totaal	228

Tabel 2: Verdeling van de HAIO's over de verschillende opleidingsregio in het academiejaar 2018-2019.

Ethische procedure

Een gunstig advies werd ingewonnen bij de SMEC (Sociaal Maatschappelijke Ethische Commissie) op 19 maart 2019 met dossiernummer G-2019 03 1592. (Bijlage E)

Gegevensverzameling

Voor het versturen van de vragenlijst werd gewacht tot de lessen en seminaries van het eerste opleidingsjaar waren afgerond. Op deze manier werd verzekerd dat de HAIO's alle informatie voorhanden hadden om de bevraging naar waarheid te kunnen beantwoorden. Op 4 oktober 2019 werd de vragenlijst voor het eerst vanuit het ICHO gemaild naar de doelgroep. Alle 228 HAIO's werden aangeschreven.

Om een hogere responsgraad te bekomen werd op 11 november 2019 een eerste herhalingsmail verstuurd. Aangezien een goede respons uitbleef werd geopteerd om op 25 februari nogmaals een herinnering te versturen. Hierin werd het belang van de vragenlijst beklemtoond en de steun van de Permanente Onderwijscommissie aangehaald. Die week werden ook de huidige stagecoördinatoren van de HAIO's gecontacteerd om in hun seminariegroep aan te moedigen tot respons. Een week later werd nog een laatste herinneringsmail verzonden.

Statistische analyse

De verwerking van de data gebeurde met Microsoft Excel (Microsoft Corporation, Redmond, WA, USA) en IBM SPSS Statistics for Windows. Voor grafische weergave van gegevens werd gebruik gemaakt van Python. Om correlaties tussen verschillende subgroepen te bepalen werd de Pearson correlatie gebruikt.

Resultaten

Literatuurstudie

Veranderingen in een curriculum doorvoeren, die van kwalitatieve waarde zijn, vraagt een doordachte aanpak. Professor aan de Johns Hopkins University, dokter David E. Kern, schuift hier 'A six step approach to curriculum development' voor naar voren.[35,36] Deze aanpak heeft een aantal onderliggende veronderstellingen. Zo stelt hij dat een opleidingsprogramma altijd een doel voor ogen heeft. Hiernaast hebben de medische opleiders een professionele en ethische verplichting naar de studenten maar ook naar de patiënten en de maatschappij toe. Bovendien zouden de medische opleiders verantwoording moeten afleggen voor hun interventies. De meest prominente veronderstelling bij zijn aanpak is dat een logische en systematische aanpak van curriculumontwikkeling zal helpen om deze doelen te bereiken.

De eerste stap in dit 6-stappenplan is *identificatie van problemen en evaluatie van de algemene behoeften*. Hiervoor moet de huidige aanpak vergeleken worden met de ideale aanpak. Het verschil tussen de twee situaties zal de behoeften aan het licht brengen. Indien deze behoeften van toepassing zijn op de kennis, het gedrag en de vaardigheden van artsen kunnen stappen ondernomen worden in het onderwijs om deze in te vullen.
In de tweede stap, nl. *gerichte behoeften inschatting* is het doel om de behoeften die aan het licht kwamen in stap 1 te kaderen binnen de doelgroep (specifieke universiteit/faculteit/…) die van toepassing is en ze zo nodig hieraan aan te passen.
Bij de derde stap, *doelstellingen* is het de bedoeling deze stelling uit te schrijven voor de toepassing op een curriculum. Hierbij is het best te starten bij de brede, algemene doelen en vervolgens over te gaan naar de specifieke punten. Het huidige paradigma van geneeskundige opleidingen baseert zich op Competency Based Education (CBE). Hierbij staat het verwerven van competenties op de voorgrond door toepassing van kennis. De progressie kan opgevolgd worden van beginneling tot een master niveau. Dit is binnen de geneeskunde een algemeen doel, dat met andere woorden op elke medische student van toepassing moet zijn. Bij de ontwikkeling of aanpassing van een curriculum is het dus van belang deze algemene, overkoepelende doelen in het achterhoofd te houden en te bedenken hoe dit ondersteund kan worden in het nieuwe, te ontwikkelen studietraject.
In stap vier, *educatieve strategieën* zal de effectieve inhoud van het curriculum worden vastgelegd en worden de onderwijsmethodes geselecteerd die de grootste kans geven op het bereiken van de vooropgestelde doelen.
De vijfde stap, *Implementatie*, houdt in dat de theoretische verbetering wordt toegepast in de praktijk en geëvalueerd kan worden. In een ideale setting kan dit eerst worden toegepast op een vriendelijke testgroep en beoordeeld worden aan de hand van bijvoorbeeld een evaluerende vragenlijst.
De zesde en dus laatste stap is *evaluatie en feedback*. Wat het onderdeel evaluatie betreft kan dit op twee niveaus gebeuren: de beoordeling van het individu, dus de student, en de beoordeling van het programma of curriculum. Een dergelijke evaluatie kan formatief of summatief zijn. Bij een formatieve evaluatie is het de bedoeling om doorlopende feedback te geven om zo de studenten en/of het curriculum de kans te geven zich te verbeteren. Bij een summatieve evaluatie wordt er een finale 'score' toegekend aan de prestatie. De evaluatie van een curriculum vindt meestal plaats in de vorm van een survey. Tegenwoordig voorzien online questionnaires ons van de perfecte tool om op regelmatige basis data te verzamelen.

Vragenlijst

In totaal werd de vragenlijst door 97 HAIO's beantwoord. De onvolledig ingevulde vragenlijsten werden niet verwerkt. Deze werden nooit verder ingevuld dan de socio-demografische gegevens en hadden dus geen waarde voor het onderzoek. Dit resulteert in 52 bruikbare vragenlijsten. Aangezien 228 HAIO's in oktober 2018 het eerste jaar van het nieuwe 3-jarige curriculum aanvatte geeft dit een volledige responsgraad van 22,8%.
Al de resultaten werden geïncludeerd voor data-analyse. Door de grote omvang van de vragenlijst konden in dit werk enkel de meest relevante resultaten besproken worden. Indien u alle resultaten wenst in te kijken mag u steeds contact opnemen via wuytsmarlies@gmail.com.

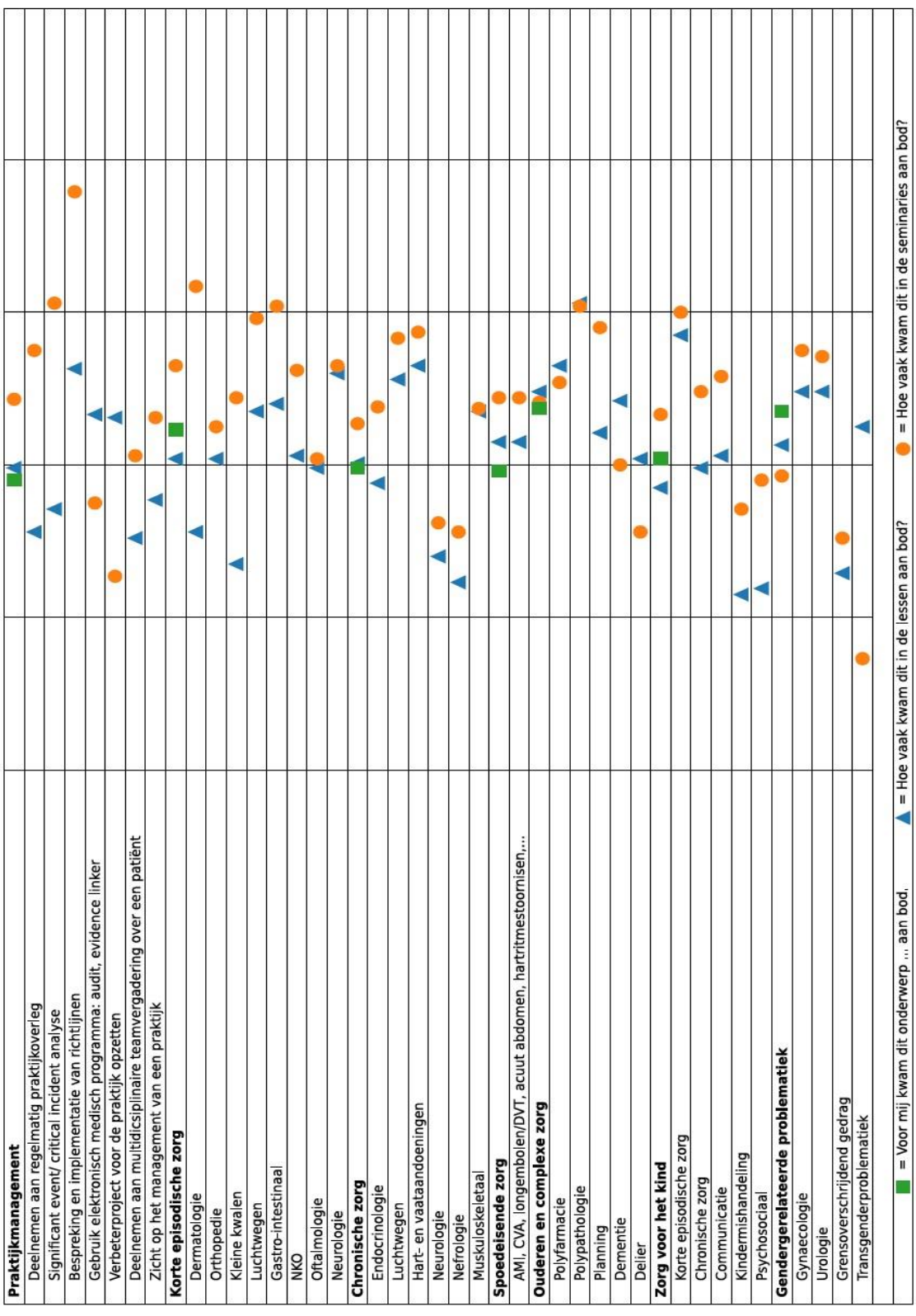
Socio-demografische gegevens

		Aantal	Percentage (%)
Deelnemers	Compleet	52	100
Geslacht	Vrouw	39	75
	Man	13	25
Soort praktijk	Solopraktijk	4	7,7
	Duopraktijk	16	30,8
	Groepspraktijk	32	61,5
Universiteit	Katholieke Universiteit Leuven	33	63,5
	Universiteit Antwerpen	2	3,8
	Universiteit Gent	15	28,8
	Vrij Universiteit Brussel	2	3,8

Tabel 3: De socio-demografische gegevens. Met 'Soort praktijk' wordt bedoeld in welke praktijk men werkt, zichzelf niet meegeteld. De 'Universiteit' verwijst naar de universiteit waar de basisopleiding geneeskunde werd voltooid.

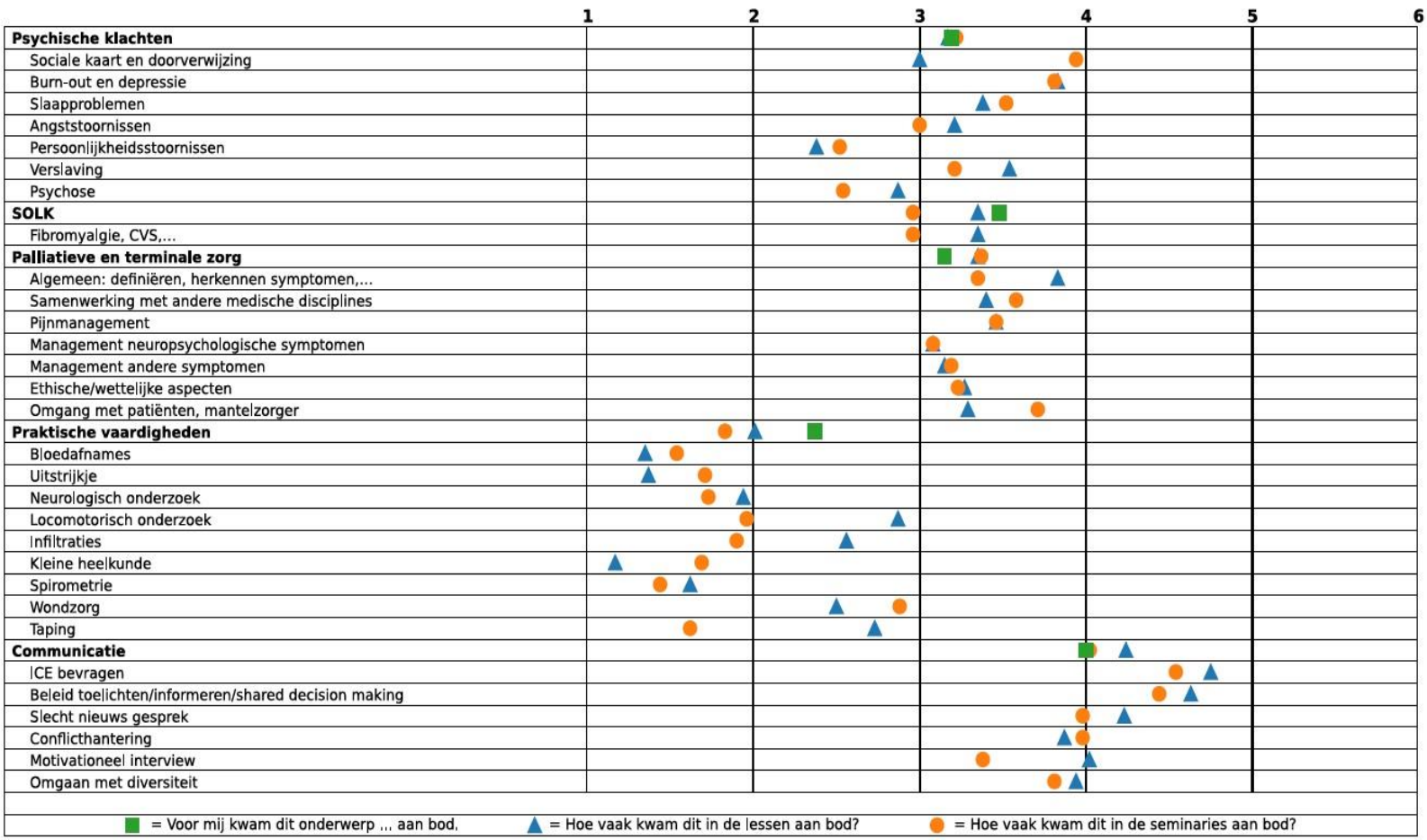
Zoals in tabel 3 wordt weergegeven zijn drie kwart van de respondenten vrouwelijk. Dit is in lijn met de toegenomen vrouwelijke aanwezigheid in de opleiding geneeskunde. Als we het aantal respondenten tussen de verschillende universiteiten vergelijken valt op dat er een lichte ondervertegenwoordiging is van studenten van de Universiteit van Antwerpen in verhouding tot het aantal daar afgestudeerde HAIO's. Hiernaast zijn de studenten van de Leuvense universiteit sterk vertegenwoordigd.

Opleidingsthema's



Tabel 4: Grafische weergave gemiddelden.

Tabel 5: Grafische weergave gemiddelden.



In bovenstaande tabellen 4 en 5 worden de resultaten duidelijk grafisch weergegeven. De cijferwaarden van deze resultaten zijn terug te vinden als bijlage E. De antwoordmogelijkheden werden teruggebracht tot een schaal van 1 tot 6. Om dit te verwezenlijken werden de antwoorden 'niet aan bod gekomen' en 'zeer weinig' samengetrokken voor de vragen hoe vaak het thema in de lessen en in de seminaries aan bod kwam. Per cluster werd ook gevraagd hoe vaak deze aan bod kwam in verhouding tot de eigen kennis en nood aan dit onderwerp. Hier waren reeds 6 antwoordmogelijkheden en deze konden dus behouden worden.
Met een antwoordmogelijkheid variërend van 1 tot 6 betekent dit dat de gemiddelde waarde 3,5 is.
De bevraagde topics werden ingekort voor een duidelijkere weergave. De volledige vragen zijn te vinden in bijlage B.
Op deze manier is goed te visualiseren wat de verhouding tussen lessen en seminaries was en hoe dit tegenover de algemene behoefte staat. Op de lijn van de clustertitel wordt dus weergegeven hoe vaak dit thema aan bod kwam in verhouding tot de behoefte van de HAIO. De gemiddelden voor het aan bod komen in de lessen en de seminaries werden per cluster berekend en hiertegen afgetekend.
De resultaten worden verder per cluster besproken.

Praktijkmanagement

Zoals in tabel 4 wordt weergegeven komt 'praktijkmanagement' met een gemiddelde van 2,9 'eerder weinig' aan bod in verhouding tot de nood hieraan.
Bij bevraging van de subthema's komt naar voor dat, met uitzondering van 'gebruik van een elektronisch medisch programma' en 'opzetten van een verbeterproject', de topics aanzienlijk meer in de seminaries dan in de lessen aan bod komen.
Het meest opvallende resultaat is dat van 'bespreking en implementatie van richtlijnen', dat als enige zowel in de lessen (3,63) als in de seminaries (4,79) hoger scoort dan gemiddeld en dus respectievelijk 'eerder veel' en 'veel' aan bod komen.
Vier van de zeven subthema's scoren over de volledige lijn lager dan het gemiddelde.
Voor deze cluster zijn er bijna geen significante verschillen tussen mannen en vrouwen.
De grootste verschillen zijn wederom terug te vinden in 'gebruik van een medisch elektronisch programma' en 'opzetten van een verbeterproject'. Hierbij valt op dat de antwoorden van de mannen rond het gemiddelde geclusterd liggen en de antwoorden van de vrouwen verspreid zijn over heel de lijn.
Als we de twee best vertegenwoordigde universiteiten naast elkaar leggen valt op dat tussen de antwoorden van de huisartsen in opleiding afgestudeerd aan de KUL (Katholieke Universiteit Leuven) en UG (Universiteit Gent) wél grotere verschillen zijn met een correlatie die sterk varieert van vraag tot vraag en als laagste waarde 0,24 heeft.
Zo zegt 33,3% van de HAIO's van de UG dat 'deelnemen aan regelmatig praktijkoverleg' 'eerder veel' aan bod komt in de lessen terwijl in totaal slechts 9% van de HAIO's van de KUL een positief ('eerder veel', 'veel', 'zeer veel') antwoord geeft.

	totaal	**man**	**vrouw**	**KUL**	**UA**	**UGent**	**VUB**
	Frequency (n=52)	Frequency (n=13)	Frequency (n=39)	Frequency (n=33)	Frequency (n=2)	Frequency (n=15)	Frequency (n=2)
Niet	2	2	0	0	0	2	0
Soms	36	27	9	27	2	5	2
Vaak	14	10	4	6	0	8	0

Tabel 6: Hoe vaak men in het afgelopen jaar met praktijkmanagement geconfronteerd werd.

In tabel 6 wordt duidelijk dat men in de praktijk 'soms' met 'praktijkmanagement' geconfronteerd werd. De HAIO's afgestudeerd aan UG antwoorden zelfs voor het grootste deel (53,3%) 'vaak'.

Korte episodische zorg

Wat 'korte episodische zorg' betreft zien we in tabel 4 dat het aanbod in verhouding tot de behoefte net onder het gemiddelde scoort met 3,23.
Bij de subthema's komen 'neurologie', 'luchtwegen' en 'gastro-intestinaal' als beste naar voren. Deze worden dus het vaakst besproken in de lessen en seminaries. 'Kleine kwalen', 'neus-keel-oor' en 'oftalmologie' scoren het laagst.
Alle subthema's komen, in meer of mindere mate, sterker aan bod in de seminaries dan in de lessen.

Bij 'dermatologie' valt op dat wat het aanbod in de lessen betreft de antwoorden van de mannen en de vrouwen duidelijk verschillen met een correlatie van slechts 0,38. Voor de seminaries lopen de meningen wel gelijk en heeft men een coëfficiënt van 0,88.
Gelijkaardige resultaten komen naar boven bij 'orthopedie'. Ook hier is er een verschil in mening tussen de mannen en de vrouwen voor de lessen. De mannen geven een negatievere respons dan gemiddeld.
Het meest opvallende resultaat met betrekking tot 'kleine kwalen' is het verschil tussen de KUL en de UG aangaande de lessen. Hierbij zijn de huisartsen in opleiding van de UG iets negatiever in hun antwoorden.
Wat betreft 'luchtwegen', 'gastro-intestinaal' en 'neurologie' staan de neuzen in dezelfde, positieve richting. We bemerken dat voor het onderwerp 'gastro-enterologie' de mannen duidelijk negatiever zijn dan de vrouwen wat betreft de seminaries. Zo geeft maar liefst 46,2% van de mannen een negatief ('niet aan bod gekomen', 'zeer weinig', 'weinig', 'eerder weinig') antwoord in tegenstelling tot 15,4% van de vrouwen. Voor 'neurologie' is ditzelfde fenomeen van toepassing voor zowel de lessen als de seminaries.
Voor de onderwerpen 'NKO' en 'oftalmologie' zijn geen discordanties terug te vinden tussen geslacht noch tussen de verschillende universiteiten.

Op de vraag hoe vaak men in het afgelopen jaar met korte episodische zorg geconfronteerd is antwoordden 98,1% van de kandidaten 'vaak'. Van de mannen antwoordt 7,7% 'soms', deze mannen zijn ook allemaal gelinkt aan de Universiteit van Gent. Al de andere kandidaten geven 'vaak' als respons.

Chronische zorg

In tabel 4 zien we dat het aanbod met een gemiddelde van 2,98 als antwoord net aan de negatieve kant ligt. Slechts twee van de zes subthema's liggen volledig, dus zowel wat lessen als wat de seminaries betreft, aan de positieve zijde van de tabel, namelijk 'luchtwegen' en 'hart- en vaataandoeningen'. 'Neurologie' en 'nefrologie' komen het slechts uit de bus.
Ook in deze cluster kunnen we bemerken dat voor alle topics de seminaries beter scoren dan de lessen.

Bij deze cluster kunnen enkele bemerkingen gemaakt worden. Bij 'endocrinologie' uiten de mannen zich wederom negatiever dan de vrouwen. Zo geven bij de seminaries 77% van de mannen een negatief antwoord, terwijl dit bij de vrouwen 41% is. Deze resultaten dragen bij tot een slechtere correlatie tussen mannen en vrouwen, de coëfficiënt bedraagt hier slechts 0,33.
Het onderwerp 'luchtwegen' heeft in de seminaries een gelijkaardige respons. De reactie bij mannen is hier ongeveer gelijk verdeeld met 46,2% negatieve en 53,8% positieve antwoorden. Er is echter een contrast met de vrouwen waarvan 71,8% een positieve respons geeft.
Bij het subthema 'neurologie' valt op dat er een lagere correlatie (0,38) is tussen de KUL en de UG. De antwoorden van HAIO's afkomstig van de KUL zijn wat positiever dan deze van de UG.

Wat de confrontatie met het onderwerp 'chronische zorg' in de praktijk betreft beantwoordt ongeveer één derde hier 'soms' mee in contact te komen en de overige twee op drie 'vaak'.

Spoedeisende zorg

De resultaten in tabel 4 geven weer dat het aanbod aan educatie over spoedeisende zorg wat te laag ligt in vergelijking met de nood hieraan. We krijgen een gemiddelde score van 2,98 wat overeenkomt met 'eerder weinig'.
Wederom scoren de seminaries iets beter dan de lessen. Verder lopen de resultaten in gelijke lijn, met mooie correlaties tussen mannen en vrouwen en tussen de verschillende universiteiten.

Het is het vermelden waard dat 3 van de 52 deelnemers aangaven niet geconfronteerd te zijn geweest met spoedeisende zorg in het afgelopen jaar. Merendeel van de deelnemers, namelijk 41 (78,8%), zegt hier soms mee geconfronteerd te zijn geweest.

Ouderen en complexe problematiek

Zoals weergegeven in tabel 4 komt met een gemiddelde waarde van 3,37 'ouderen en complexe problematiek' als thema in zijn geheel nog net iets te weinig aan bod in verhouding tot de wensen van de HAIO's.
De subthema's 'polyfarmacie' en 'polypathologie' scoren boven het gemiddelde, zowel in de seminaries als in de lessen. Bovendien komen deze thema's ongeveer evenveel naar voren in de lessen als in de seminaries. Wat 'planning' betreft zorgt de combinatie van aan bod komen in seminaries en in lessen gezamenlijk voor een gemiddelde score van 3,55. Zowel 'dementie' als 'delier' liggen eerder aan de linkse zijde van de tabel en scoren dus iets slechter. Wat de lessen over 'planning' betreft is er volgens de studenten van Gent een duidelijk tekort. Van hen geeft 80,1% een negatief antwoord. De studenten van Leuven geven een gematigder antwoord met 51,6% negatieve responsen. Hierdoor bekomen we een coëfficiënt van 0,3.

Van de 52 deelnemers geven 50 aan 'soms' of 'vaak' geconfronteerd te zijn geweest met 'ouderen en complexe problematiek' in de praktijk.

Zorg voor het kind

Met een gemiddelde waarde van 3,04 (zie tabel 4) komt 'zorg voor het kind' 'eerder weinig' aan bod in de onderwijsmomenten.
In deze cluster zijn de antwoorden wat betreft voorkomen in de seminaries positiever dan in de lessen.
'Korte episodische zorg' komt in de lessen (3,85) en de seminaries (4) dus 'eerder veel' aan bod. 'Kindermishandeling' en het topic 'psychosociaal' komen aanzienlijk minder aan bod.
Wat de bevraging van 'zorg voor het kind' betreft zitten de deelnemers voor alle subthema's op eenzelfde lijn. De correlaties tussen de verschillende universiteiten en tussen mannen en vrouwen leunen altijd sterk aan tegen +1.

Alle 52 deelnemers werden geconfronteerd met 'zorg voor het kind'. Het grootste deel van de HAIO's, namelijk 37 (71,2%), kwam hier 'vaak' mee in aanraking.

Gender gerelateerde problematiek

In tabel 4 zien we dat het aanbod aan onderwijs over 'gender gerelateerde problematiek' net lager is dan het gemiddelde, namelijk 3,35.
'Gynaecologie' en 'urologie' scoren met zeer gelijkaardige waardes vrij positief.
'Grensoverschrijdend gedrag' en 'transgenderproblematiek' komen aanzienlijk minder aan bod.

De meest opvallende vaststelling binnen deze cluster is het grote verschil in vertegenwoordiging van 'transgenderproblematiek' in de lessen en in de seminaries. Voornamelijk de score voor de seminaries (1,73) is bijzonder laag.
Een extra bemerking betreffende de lessen over 'transgenderproblematiek' is de lage correlatie (0,27) tussen de antwoorden van de HAIO's van de Leuvense universiteit en deze van Gent. Het meest opvallende verschil is dat bij 26,7% van de respondenten van UG dit onderwerp niet aan bod is gekomen, terwijl dit bij alle deelnemers van de KUL aan bod kwam.

Alle deelnemers gaven aan al met 'gender gerelateerde problematiek' in aanraking te zijn gekomen.

Psychische klachten

Het meest gegeven antwoord op hoe vaak 'psychische klachten' in de lessen en seminaries aan bod kwamen in verhouding tot de nood was met 48,1% 'eerder weinig'. Dit reflecteert zich ook in het gemiddelde antwoord verkregen op deze vraag, wat een score van 3,19 is, weergegeven in tabel 5.
We kunnen vaststellen dat 'burn-out' en 'depressie' het vaakst besproken werden terwijl 'persoonlijkheidsstoornissen' het minst aan bod kwamen. Bovendien werden 'burn-out' en 'depressie' volgens de HAIO's evenveel besproken in de lessen als in de seminaries.

'Sociale kaart en doorverwijzing' kwam in de seminaries 'eerder veel' aan bod. Er was consensus over dit antwoord tussen beide geslachten en tussen de verschillende universiteiten.

Wat het onderwerp 'slaapproblemen' betreft is er een verschil in mening tussen de studenten van Leuven en deze van Gent. Terwijl het grootste deel (66,7% voor de seminaries) van de Gentse studenten zegt dat dit 'eerder veel' aan bod kwam liggen de meningen van de Leuvense studenten verspreidt met een gelijke verdeling tussen de negatieve en positieve antwoorden.
'Persoonlijkheidsstoornissen' komen zowel in de lessen als de seminaries slechts zeer weinig aan bod. Studenten van de verschillende universiteiten zijn het hier over eens. Wel is het zo dat voor de lessen over dit onderwerp 30,3% van de Leuvense studenten dit met 'niet aan bod gekomen', 'zeer weinig' en 'weinig' beantwoordden, tegenover 66,7% van de studenten van de UG.
Het onderwerp 'verslaving' scoort 3,54 voor het aan bod komen in de lessen. Met de score 3 die gelijkstaat aan 'eerder weinig' en 4 aan 'eerder veel' kunnen we 3,54 als voldoende beschouwen.
'Psychose' scoort zowel in de lessen als in de seminaries laag. De studenten van de UG geven zelfs allemaal een antwoord aan de negatieve zijde van het spectrum.

Alle 52 deelnemers werden in hun eerste jaar als HAIO geconfronteerd met 'psychische klachten' bij hun patiënten.

Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijk klachten (SOLK)

Het onderwerp 'SOLK' krijgt voor de lessen een gemiddelde score van 3,35 en voor de seminaries 2,96. Ondanks dat deze scores beide lager liggen dan 3,5 geeft het gemiddelde antwoord op de vraag of dit voldoende aan bod komt een 3,48.
Bovendien werden alle huisartsen in opleiding met 'SOLK' geconfronteerd in het afgelopen jaar.

Palliatieve en terminale zorg

Met 3,15 scoort 'palliatieve en terminale zorg' net aan de lage kant wat aanbod betreft.
Binnen deze cluster kunnen we in tabel 5 bemerken dat voor de meeste subthema's het gemiddelde antwoord voor de lessen en de seminaries gelijk loopt.

	Alle deelnemers	**man**	**vrouw**
	Percent (%)	Percent (%)	Percent (%)
Niet aan bod gekomen	1,9	0	2,6
zeer weinig	1,9	0	2,6
weinig	21,2	7,7	25,6
eerder weinig	19,2	7,7	23,1
eerder veel	38,5	53,8	33,3
veel	15,4	30,8	10,3
zeer veel	1,9	0	2,6

Tabel 7: De responsverdeling tussen mannen en vrouwen op de vraag hoe vaak pijnmanagement in de seminaries aan bod komt.

Het thema 'pijnmanagement' komt volgens de vrouwen veel minder aan bod in de seminaries dan volgens de mannen, zoals weergegeven in tabel 7.
Wat het aanbod van 'ethische en wettelijk aspecten' in de seminaries betreft geeft de helft van de HAIO's afkomstig van de KUL een positief antwoord, terwijl maar een kwart van de HAIO's van de UG dit doen.
Van de 52 deelnemende HAIO's waren er zeven in hun eerste jaar niet in contact gekomen met 'palliatieve en terminale zorg'.

Praktische vaardigheden

Met 2,37 scoort 'praktische vaardigheden' het laagst van alle clusters in aanbod in verhouding tot de nood eraan.

Geen enkele van de subthema's scoort aan de positieve kant van het spectrum. Het 'neurologisch onderzoek' komt volgens 53,3% van de studenten van UG zelfs volledig niet aan bod in de lessen. Volgens (meer dan) de helft van de deelnemers komen 'kleine heelkunde' en 'spirometrie' niet aan bod, noch in de lessen noch in de seminaries.

Iedereen kwam in het eerste jaar in contact met 'praktische vaardigheden'. Vierenveertig deelnemers, dus 84,6%, zeggen zelfs 'vaak 'met praktische vaardigheden te zijn geconfronteerd.

Communicatie

In tabel 5 is duidelijk te zien dat het onderwerp 'communicatie' het best beoordeeld wordt van alle clusters. Met een score van 4 is dit het enige thema dat boven de 3,5 scoorde en dus 'eerder veel' aan bod komt.

We konden vaststellen dat voor alle subthema's binnen dit onderwerp de studenten van Gent een veel negatievere score geven dan die van Leuven. Zo wordt het aan bod komen van 'ICE (ideas-concerns-expectations) bevragen' in de lessen door 33,3% van hen beantwoord met 'niet aan bod gekomen', 'zeer weinig', 'weinig' en 'eerder weinig'. Dit tegenover 3% van de Leuvense studenten die die vraag negatief beantwoordden.

Iedereen werd in de praktijk met 'communicatie' geconfronteerd.

Stagcoördinatoren en huisartsen in opleiding

We hebben de resultaten van dit onderzoek vergeleken met de resultaten verkregen uit het gelijklopend onderzoek dat peilt naar de mening van de stagecoördinatoren.[1] Om de vergelijking te kunnen maken hebben we de resultaten van het onderzoek naar de mening van de stagecoördinatoren omtrent de frequentie dat bepaalde thema's aan bod komen omgezet naar 6 keuzeopties (de optie 'niet aan bod gekomen' en 'zeer weinig aan bod gekomen' zijn samengevoegd en kregen beide als waarde '1'), dit in analogie met de resultaten van de HAIO's. Hieronder zullen enkel de voor ons significante verschillen worden aangehaald, namelijk deze waarin de gemiddelde scores tussen HAIO's en stagecoördinatoren minstens 0,5 afwijken van elkaar. De tabel met vergelijkende waarden vindt u terug als bijlage F.

De gemiddelde scores voor de cluster 'praktijkmanagement' komen in grote mate overeen. Enkel voor de topic 'zicht op het management van een praktijk' geven de HAIO's een betere score (gemiddelde score 3,3). Dit in vergelijking met de stagecoördinatoren, die een gemiddelde score van 2,7 toekennen. Dit is een verschil van 0,6.Voor de cluster 'korte episodische zorg' is 'orthopedie' het enige onderwerp waarbij een significant verschil is in de gemiddelde scores van de HAIO's (3,3) en stagecoördinatoren (3,9), namelijk een verschil van 0,6. Als enige subthema binnen de cluster 'chronische zorg' behaalt 'endocrinologie' een significant verschillende score tussen HAIO's (3,4) en stagecoördinatoren (3,9), dit is een verschil van 0,5.Wat betreft 'ouderen en complexe zorg' is 'delier' de enige topic met een significant verschil (0,6) tussen de scores gegeven door de HAIO's (2,6) en stagecoördinatoren (2).
In vergelijking met andere thema's binnen de cluster 'gender gerelateerde zorg', wordt 'grensoverschrijdend gedrag' duidelijk verschillend gequoteerd (HAIO's 2,5 en stagecoördinatoren 3,2, verschil 0,7). Voor de cluster 'communicatie' zitten HAIO's en stagecoördinatoren opnieuw op dezelfde lijn, met uitzondering van de topics 'ICE bevragen' en 'beleid toelichten/informeren/shared-decision making'. Hierbij geven HAIO's respectievelijk een score van 4,5 en 4,4 en stagecoördinatoren een score van 5,2 en 4,9. Dit zijn respectievelijk verschillen van 0,7 en 0,5.
In vergelijking met de andere clusters zijn 'psychische klachten' en 'praktische vaardigheden' uitzonderingen. Op al de subthema's binnen deze clusters geven STACO's betere scores. Dit resulteert in een significant verschil in gemiddelde score over de gehele cluster. Voor 'psychische klachten' is de gemiddelde scores van de HAIO's 3,2 en stagecoördinatoren 3,7 (verschil 0,5). Voor 'praktische vaardigheden' zijn deze scores respectievelijk 1,8 en 2,3 (verschil 0,5).
Binnen de clusters 'spoedeisende zorg', 'zorg voor het kind', 'SOLK' en 'palliatieve en terminale zorg' werden geen opmerkelijke verschillen waargenomen tussen de scores van HAIO's en stagecoördinatoren.

Als we de resultaten van de kennis van de HAIO's (volgens de stagecoördinatoren) vergelijken met de noden van de HAIO's (komen de thema's voldoende of onvoldoende aan bod volgens hun behoefte?), dan zien we dat de cluster 'communicatie' voldoende aan bod komt volgens de HAIO's (4) en deze wordt bovendien goed beheerst volgens de stagecoördinatoren (3,7). Volgens de HAIO's komt ook 'SOLK' voldoende aan bod (3,5), ondanks dat de stagecoördinatoren het gevoel hebben dat studenten deze cluster onvoldoende beheersen (2,8).
De andere clusters komen onvoldoende aan bod naar de wensen van de HAIO's (score lager dan 3,5). Vooral de 'praktische vaardigheden' scoren laag (2,4). Hierop geven ook de stagecoördinatoren een lage score qua beheersing (3,4). 'Korte episodische zorg' (3,9) en 'spoedeisende zorg' (3,9) hebben studenten eerder goed onder de knie volgens de coördinatoren. De clusters 'praktijkmanagement' (uitgezonderd richtlijnen bespreken en gebruik van het elektronisch medisch dossier), 'ouderen en complexe problematiek', 'psychische klachten' (uitgezonderd 'depressie/burn-out' en 'slaapproblemen') en 'palliatieve en terminale zorg' worden dan weer minder goed beheerst volgens de stagecoördinatoren (respectievelijk scoren deze clusters 3,4 – 3 – 3,1 – 3,2).
Voor de clusters 'chronische zorg', 'zorg voor het kind' en 'gender gerelateerde zorg' zijn het eerder enkele subthema's die studenten onvoldoende onder de knie hebben, namelijk: 'neurologie' (2,7), 'nefrologie' (2,9), 'kindermishandeling' (2,6), het 'psychosociaal' aspect bij zorg voor het kind (2,6), 'grensoverschrijdend gedrag' (2,7) en 'transgenderproblematiek' (2,3).

Discussie

Socio-demografische gegevens

De eerste opmerkelijke bevinding is dat veel meer vrouwen deelnamen aan de vragenlijst dan mannen, zoals te zien is in tabel 3. Dit is een realistische weergave van de onderzoekspopulatie aangezien de trend van feminisering in de geneeskunde al jaren aan de gang is. Bijkomend kunnen we zien dat de grootste respons afkomstig is van de huisartsen in opleiding die afgestudeerd zijn aan de Katholieke Universiteit Leuven. Dit is geen verrassend resultaat aangezien Leuven ook het meeste aantal studenten geneeskunde telt van de verschillende Vlaamse universiteiten. Het aantal deelnemers afkomstig van de universiteiten van Antwerpen en Brussel zijn het laagst. Dit lag binnen de verwachtingen aangezien hier een duidelijk lager aantal geneeskundestudenten zijn dan in Leuven en Gent. Wel is het zo dat het aantal respondenten voor Antwerpen en Brussel gelijk lag, namelijk 2. Dit terwijl Antwerpen meer dan het dubbele aantal startende HAIO's aflevert. Dit kan toeval zijn of een gevolg van het feit dat de onderzoeker zelf afstudeerde aan de VUB.

Clusters

Voor de meeste clusters vallen de antwoorden tussen 'weinig' en 'eerder veel'. In een ideale setting komen alle thema's ruimschoots aan bod. Door de beperking in tijd en de grote hoeveelheid aan te onderwijzen materie is dit echter niet mogelijk. Hiervoor is het belangrijk aan het licht te brengen waar de echte tekorten zitten en wat er misschien overdadig aan bod komt om op deze manier een verbetering te kunnen realiseren.

Het eerste dat opvalt als we kijken hoe vaak de clusters aan bod kwamen in vergelijking met de nood hieraan is dat slechts weinige het beoogde doel behalen. Met beoogde doel bedoelen we het gemiddelde, namelijk een score van 3,5. Aangezien dit tussen 'eerder weinig' en 'eerder veel' in valt kiezen we ervoor dit als 'voldoende' te interpreteren. Zo zijn 'SOLK' en 'communicatie' de enige clusters die voldoende aan bod komen volgens de noden van de huisartsen in opleiding. Hierbij moeten we benadrukken dat het goed mogelijk is dat een thema ruimschoots aan bod komt in de seminaries en lesdinsdagen maar voor de HAIO's nog steeds te weinig in verhouding tot hun behoefte hieraan. Omgekeerd kan een thema slechts zelden effectief aan bod komen maar wel voldoende in de ogen van de huisartsen in opleiding. Dit valt af te leiden uit de resultaten in tabellen 4 en 5.

Bij de cluster 'praktijkmanagement' kwamen vier van de zeven topics te weinig aan bod, dus onder het gemiddelde. Bovendien is er ook meer behoefte aan volgens de HAIO's. Hier is dus nog ruimte voor verbetering. Het doel van de lessen en seminaries is het creëren van huisartsen die goede zorg bieden aan hun patiënten. Daarom is het belangrijk iedere cluster ook te kaderen in hoe vaak de HAIO's hiermee in de praktijk werden geconfronteerd. Zo kunnen we vaststellen hoe vaak er nood was aan deze kennis om de praktijk te verbeteren en/of een patiënt adequaat te kunnen helpen. Aangezien 'praktijkmanagement' regelmatig aan bod komt is hier nood aan voldoende scholing.

'Korte episodische zorg' is een groot deel van de taak als huisarts. Deze stelling wordt bekrachtigd door het feit dat alle HAIO's hier in het eerste jaar mee in contact kwamen en de meeste zelfs 'vaak'. Alle subthema's van deze cluster kwamen vaker in de seminaries aan bod dan in de lessen. Een mogelijke verklaring hiervoor is het bespreken van casussen tijdens de seminaries. Bovendien hebben de HAIO's meer inbreng in wat er besproken wordt tijdens deze seminaries. Zo is het mogelijk dat ze het aangevoelde tekort tijdens de lessen wensen te compenseren tijdens de seminaries.

Voor 'chronische zorg' zijn de meningen vrij gelijklopend tussen de seminaries en de lessen. 'Luchtwegen' en 'hart- en vaataandoeningen' komen het vaakst aan bod, met telkens scores boven de 3,5 dus richting 'eerder veel'. In onze Westerse maatschappij zijn dit onderwerpen die regelmatig aan bod komen: rookgedrag, stress en vetrijke voeding dragen hiertoe bij. We zijn dus van mening dat het ook nodig is dat deze onderwerpen voldoende

aan bod komen. ‘Neurologie’ en ‘nefrologie’ daarentegen komen slechts ‘weinig’ of ‘eerder weinig’ aan bod. Dit kan bijdragen tot de mening dat ‘chronische zorg’ ‘eerder weinig’ aan bod komt naargelang de noden van de huisartsen in opleiding. We merken op dat, voornamelijk voor het topic ‘neurologie’, de HAIO’s afkomstig van de Universiteit Gent een beduidend negatiever antwoord geven dan deze van de KUL. Zijn deze studenten strenger in hun oordeel? Hebben ze er meer nood aan door bijvoorbeeld een tekort aan dit onderwerp in de basisopleiding? Worden de lessen in deze regio anders aangepakt? Hierop moeten we het antwoord schuldig blijven. Ook dit thema is niet weg te denken uit de huisartsgeneeskunde. Bijgevolg werden alle HAIO’s hiermee geconfronteerd in hun eerste jaar.

Huisartsen worden (gelukkig) niet dagelijks met ‘spoedeisende zorg’ geconfronteerd. Desondanks is een goede kennis hieromtrent nuttig aangezien deze acuut levensreddend kan zijn. Aangezien de HAIO’s ‘eerder weinig’ antwoorden op hoe vaak dit onderwerp aan bod kwam in verhouding tot hun behoefte is hier zeker ruimte voor verbetering.

‘Ouderen en complexe zorg’ is een onderwerp dat, gezien de vergrijzing, sterk is toegenomen de laatste decennia. De topics ‘polyfarmacie’ en ‘polypathologie’ behalen een aanvaardbare score, hoger dan 3,5. ‘Dementie’ en ‘delier’ scoren echter aanzienlijk lager. Dit kan bijdragen aan het resultaat dat de HAIO’s vinden dat dit onderwerp te weinig vertegenwoordigd is in de lessen en seminaries.

Net als ‘ouderen en complexe zorg’ is ‘zorg voor het kind’ niet weg te denken uit het takenpakket van de huisarts. Het verrast dus niet dat een zeer groot deel van de deelnemers zegt hier ‘vaak’ mee in contact te komen. We merken op dat er geen verschil is in de antwoorden tussen mannen en vrouwen. De subthema’s ‘kindermishandeling’ en ‘psychosociaal’ komen duidelijk het minst aan bod binnen deze cluster. In de seminaries komt dit al wat vaker naar voren dan in de lessen maar nog steeds te weinig. We kunnen vermoeden dat dit de reden is waarom de HAIO’s van mening zijn dat deze cluster ‘eerder weinig’ aan bod komt.

‘Gender gerelateerde problematiek’ is een divers aspect van de zorg. De eerder klassieke topics ‘gynaecologie’ en ‘urologie’ kwamen ‘voldoende’ aan bod in de lessen en ‘eerder veel’ in de seminaries. ‘Grensoverschrijdend gedrag’ en ‘transgenderproblematiek’ kennen een aanzienlijk gebrekkige representatie. Deze topics zijn van alle tijden maar treden de laatste decennia meer en meer op de voorgrond. Zoals aangehaald in de inleiding moet een huisarts zich flexibel kunnen opstellen en aanpassen aan de tijden waarin deze leeft. Zodoende moeten de huisartsen hier ook voor worden opgeleid. De meest frappante beperking is dat ruim een kwart van de studenten afkomstig van de UG zeggen dat ‘transgenderproblematiek’ niet aan bod is gekomen in de lessen.

De antwoorden op de verschillende subthema’s van de cluster ‘psychische klachten’ zijn uiteenlopend. ‘Burn-out en depressie’ is het enige topic dat aan de positieve kant van het spectrum ligt. ‘Persoonlijkheidsstoornissen’ worden het minst vaak besproken. Wat betreft ‘sociale kaart en doorverwijzing’ komt dit in de lessen ‘eerder weinig’ aan bod en in de seminaries ‘eerder veel’. Hier kunnen we ons wederom afvragen of dit te maken heeft met de wat praktischere benadering van casussen in de seminaries. We stellen vast dat de meningen tussen studenten uit van de Gentse Universiteit en de Leuvense universiteit licht uiteenlopend zijn. Op ‘slaapproblemen’ is de respons van de Gentse studenten positiever. Voor ‘persoonlijkheidsstoornissen’ geven de HAIO’s van Gent twee keer zo vaak een negatief antwoord als deze uit Leuven. Voor het subthema ‘psychose’ geeft geen enkele HAIO afgestudeerd aan de UG een positief antwoord.
Het thema ‘somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten’ komt naar mening van de HAIO’s ‘voldoende’ aan bod. Ondanks dat dit in de lessen en seminaries ‘eerder weinig’ aan bod komt hebben ze hier blijkbaar geen hoge nood aan bijkomende uitleg.
Bij de cluster ‘palliatieve en terminale zorg’ merken we op dat zeven van de deelnemers zeggen hier niet mee te zijn geconfronteerd in hun eerste jaar. Het is onwaarschijnlijk dat er geen enkel van de patiënten in hun contacten overleed in een jaar tijd. Wel kan de taakverdeling tussen de praktijkopleider en de HAIO hier een rol in spelen alsook een mogelijke ziekenhuisopname van een palliatieve patiënt.

‘Praktische vaardigheden’ komt als cluster het slechts uit de bus. Geen enkele van de subthema’s komt aan de positieve kant van de schaal terecht. Het is mogelijk dat dit komt doordat de lessen en seminaries zich eerder toespitsen op theoretisch onderwijs. Wel is het zo dat de HAIO’s van mening zijn dat ‘praktische vaardigheden’ ‘weinig’ aan bod komen in vergelijking met hun behoefte hieraan. Het is dus duidelijk dat er wel degelijk nood is aan invulling.

‘Communicatie’ scoort het beste van alle clusters. Dit onderwerp komt ‘eerder veel’ aan bod naargelang de nood van de HAIO’s. Uiteraard komen alle artsen met ’communicatie’ in aanraking en is het dus noodzakelijk om hier voldoende aandacht aan te besteden. Doordat hier ‘eerder veel’ op beantwoord wordt kunnen we ons wel afvragen of het misschien beter is omtrent dit onderwerp wat op de rem te staan en meer aandacht te besteden aan de onderwerpen waar er nood aan is.

Vergelijking met voorgaand onderzoek

Door een vergelijking te maken met voorgaande studies kan een mogelijke evolutie in kaart gebracht worden.

In 2011 werd “Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde: een behoeftescreening bij jonge huisartsen en huisartsen in opleiding.”gepubliceerd.[34] Wat hier aan het licht kwam leggen we naast onze resultaten. Praktijkmanagement werd als grootste tekort ervaren bij bevraging van HAIO’s en jonge huisartsen (uit het oude curriculum). Het belangrijkste aandachtspunt betrof het elektronisch medisch dossier. Hier is duidelijk overlapping met de resultaten binnen ons onderzoek, waaruit blijkt dat ‘praktijkmanagement’ nog steeds een zwak punt is met voornamelijk het ‘elektronisch medisch dossier’ en het ‘opzetten van een verbeterproject’ als zorgenkind. Bij de medische topics werden de grootste tekorten vastgesteld bij medicatie-interacties en omgaan met polyfarmacie (‘ouderen en complexe problematiek’), frequent voorkomende ziekten, dermatologie (‘korte episodische zorg en chronische zorg’), crisisinterventie en collocatie (‘psychische klachten’), urgenties (‘spoedeisende zorg’) en kleine heelkunde en gewrichtsinfiltraties (‘praktische vaardigheden’).

Wat ‘polyfarmacie’ betreft stellen we in ons onderzoek vast dat dit nu ‘voldoende’ aan bod komt. ‘Dermatologie’ kent nog steeds een treffend laag aanbod in de lessen. ‘Psychische klachten’ blijven ‘eerder weinig’ aan bod komen, net als ‘spoedeisende zorg’. Uit ons onderzoek komen de ‘praktische vaardigheden’ als grootste gemis naar voren.

In het onderzoek uit 2011 stelde men dat ‘communicatie’ reeds ruim aan bod kwam maar dat de nood hieraan ook hoog was. Nu stellen we vast dat deze nood werd ingevuld.

Een volgende vergelijking kunnen we trekken uit een masterproef van 2013. “Wat verwacht de praktijkopleider dat de beginnende huisarts kan, en in hoeverre is dit zo?”[36] Hier wordt de mening van HAIO’s en hun praktijkopleiders bevraagd over de kennis van de HAIO’s bij aanvang van hun MANAMA-opleiding huisartsgeneeskunde. We sommen enkele gelijkenissen en verschillen op. ‘Gastro-enterologie’ en ‘luchtwegen’ werden als best gekende gebieden gequoteerd. Volgens de HAIO’s en de praktijkopleiders wordt ‘communicatievaardigheden’ ‘matig goed’ beheerst. HAIO’s schatten hun eigen kunde betreffende ‘kleine kwalen’, ‘zenuwstelsel’, ‘urgentie’, ‘palliatieve zorg’, ‘dermatologie’ en ‘oftalmologie’ in als zijnde ‘onvoldoende’.

In onze studie werd ‘neurologie’ bevraagd bij ‘korte episodische zorg’ én bij ‘chronische zorg’. Voor ‘chronische zorg’ is ‘neurologie’ nog steeds een zwakker punt en vragen de HAIO’s achter meer scholing hieromtrent. Wat betreft de andere topics die ‘onvoldoende’ scoorden in het onderzoek van Six is er nog steeds veel vraag naar bijkomende opleiding.

Wat acute ‘neurologie’ en ‘communicatie’ betreft kunnen we in ons huidig onderzoek stellen dat er vooruitgang is geboekt.

Het laatste onderzoek waarmee we onze resultaten wensen te vergelijken is het meest recente onderzoek van Nivel naar de kwaliteitsbeoordeling van de HAIO's over de huisartsenopleiding in Nederland, daterend van 2018.[23] In het algemeen kon men concluderen dat de huisartsen in opleiding tevreden waren over hun opleiding. Over een aantal onderwijsonderdelen was er echter ontevredenheid. De elektronische leeromgeving en het kwaliteitsverbeterproject schoten tekort. In ons onderzoek komt hetzelfde resultaat naar boven. Verder waren de Nederlandse HAIO's van mening dat er meer aandacht mocht gaan naar 'zorg voor ouderen met complexe problematiek', 'zorg voor het kind', 'SOLK', 'palliatieve en terminale zorg' en 'praktijkmanagement'. Uit de studie van Nivel kwam naar boven dat enkele van deze thema's ('ouderen met complexe problematiek', 'SOLK' en 'palliatieve en terminale zorg') pas later dan het eerste jaar aan bod komen.

Volgens de deelnemers van ons onderzoek komt 'SOLK' in het eerste jaar voldoende aan bod. Bij 'ouderen en complexe zorg' en bij 'palliatieve en terminale zorg' is er nog ruimte voor verbetering. Of dit ook in ons land te verklaren is doordat deze topics pas later in de opleiding aan bod komen kunnen we momenteel niet aantonen en vraagt verder onderzoek.

Stagcoördinatoren en huisartsen in opleiding

Over het algemeen liggen de resultaten van de HAIO's en stagecoördinatoren omtrent de frequentie dat de onderwerpen aan bod worden gebracht tijdens de seminaries in dezelfde lijn. Bovendien zien we dat noch de stagecoördinatoren, noch de huisartsen in opleiding systematisch betere of slechtere punten toekennen.
Opvallend is wel dat de clusters 'psychische klachten' en 'praktische vaardigheden' en de subthema's 'orthopedie', 'endocrinologie' en 'beleid toelichten/informeren/shared-decision making' beter gequoteerd worden door de stagecoördinatoren. Zo komt 'psychische klachten' bijvoorbeeld eerder veel aan bod volgens de stagecoördinatoren en eerder weinig voor de HAIO's.
'Delier' daarentegen komt volgens HAIO's 'eerder weinig' aan bod en volgens stagecoördinatoren 'weinig'.

De clusters 'communicatie' en 'korte episodische zorg' komen het meest aan bod. Een mogelijke logica hierachter is dat elk huisartsenconsult communicatievaardigheden vergt en gezien veel consultaties een relatief acuut probleem betreffen (bv. hoesten, hoofdpijn, koorts, buikpijn…).
De clusters 'praktische vaardigheden', 'SOLK' en 'gender gerelateerde problematiek' komen gemiddeld het minst aan bod tijdens de seminaries. Voor 'praktische vaardigheden' ligt dit misschien aan het feit dat de seminaries eerder theoretisch gericht zijn en het moeilijk kan zijn dergelijke praktische seminaries te organiseren. De lage score voor de cluster 'gender gerelateerde problematiek' ligt voornamelijk aan de thema's 'grensoverschrijdend gedrag' en 'transgenderproblematiek'. Dit zijn, ondanks de maatschappelijke veranderingen, nog steeds thema's die relatief weinig aan bod komen in de praktijk zelf.

Als we kijken naar de beheersing van de onderwerpen volgens de stagecoördinatoren en of een topic voldoende aan bod komt volgens de HAIO's, dan concluderen we dat er voldoende aandacht besteed wordt aan 'communicatie' en 'SOLK'. Meer aandacht moet besteed worden aan 'dermatologie', 'kleine kwalen', 'oftalmologie', 'neurologie', 'nefrologie', 'ouderen en complexe problematiek', 'kindermishandeling, 'het psychosociale aspect bij de zorg voor het kind', 'psychische klachten' (met uitzondering van de thema's 'depressie/burn-out' en 'slaapproblemen'), 'palliatieve en terminale zorg' en 'praktische vaardigheden'.

Sterktes en zwaktes van het onderzoek

Enkele beperkingen aangaande dit onderzoek dienen vermeld te worden. Een eerste duidelijke zwakte is de responsgraad van slechts 22,8%. Dit heeft mogelijks een invloed op onze resultaten ten gevolge een non response bias. Het is bijvoorbeeld mogelijk dat enkel HAIO's die zeer aangesproken waren door het onderwerp reageerden. Bovendien kunnen we niet uitsluiten of er bereidwillige misleiding, dus respons bias, in de data zit. Hierbij bedoelen we dat de HAIO's mogelijks sociaal wenselijke antwoorden geven. Zo kan men negatiever antwoorden om verandering op til te brengen of net positief omdat men schuw is voor verandering. Door te werken met een online enquête is niet uit te sluiten dat er sprake is van selectiebias. Zo werd de link naar de vragenlijst verstuurd naar de gekende e-mailadressen van de HAIO's. We weten echter niet of zij deze op regelmatige basis inkijken. Een andere beperking is dat deze vragenlijst toetste naar subjectieve waardes. Er werd gevraagd naar de mening, die mogelijks afwijkt van de realiteit door bijvoorbeeld niet aanwezig te zijn voor bepaalde lessen of seminaries. Deze methode blijft echter veel gebruikt en wordt in een ideale setting samen met objectieve metingen in rekening gebracht.[18]

De lange vragenlijst is zowel een sterkte als een zwakte van dit onderzoek. Het lessenpakket werd grondig bevraagd en zo kunnen correcte adviezen worden geformuleerd voor de toekomst. Dit heeft echter mogelijks invloed op de responsgraad, dit was van meet af aan geweten.

Conclusie

Tijdens dit onderzoek stelden we vast dat de HAIO's afgestudeerd aan de Universiteit Gent en de deelnemers van het mannelijk geslacht in het algemeen een negatievere respons hadden.
We kunnen concluderen dat er volgens de huisartsen in opleiding verscheidene thema's te weinig aan bod komen naargelang hun behoefte hieraan. Er is het meeste nood aan extra scholing over (in dalende lijn) 'praktische vaardigheden', 'praktijkmanagement', 'spoedeisende zorg', 'chronische zorg' en 'zorg voor het kind'. De thema's 'communicatie' en 'SOLK' komen volgens de HAIO's (meer dan) voldoende aan bod.
'Palliatieve en terminale zorg', 'psychische klachten', 'korte episodische zorg', 'ouderen en complexe zorg' en 'gender gerelateerde problematiek' vallen in de middenmoot.
Enkele subthema's springen in het oog. Zo komen 'neurologie' en 'nefrologie' duidelijk te weinig aan bod binnen chronische zorg. Er mag aanzienlijk meer aandacht gaan naar 'kindermishandeling' en het 'psychosociaal' aspect van zorg voor het kind. Enkele mogelijks gevoelige thema's zoals 'grensoverschrijdend gedrag' en 'transgenderproblematiek' schieten ook duidelijk tekort.
We besluiten dat extra aandacht geven aan deze (sub)thema's de opleiding ten goede zou komen.
Het is echter zo dat om dit mogelijk te maken we tijd die besteed wordt aan andere thema's opgeofferd moet worden. Kijkend naar de resultaten uit ons onderzoek is er enkel binnen de cluster 'communicatie' plaats voor mogelijke opofferingen.

Stagecoördinatoren en huisartsen in opleiding

Huisartsen in opleiding en stagecoördinatoren vinden dat er meer aandacht besteed moet worden aan de clusters 'ouderen en complexe problematiek', 'psychische klachten' (uitgezonderd 'depressie/burn-out' en 'slaapproblemen') en 'palliatieve en terminale zorg' en vooral 'praktische vaardigheden'.
Hiernaast zijn er enkele subthema's die meer aan bod zouden moeten komen, namelijk: 'neurologie', 'nefrologie', 'kindermishandeling', 'het psychosociale aspect bij de zorg voor het kind', 'grensoverschrijdend gedrag' en 'transgenderproblematiek'. Opmerkelijk is dat studenten en stagecoördinatoren heel positief zijn over de cluster 'communicatie'. Men veronderstelt dus dat hier in de voorbije jaren veel tijd in is geïnvesteerd.

Dankwoord

Hartelijk dank aan mijn promotor professor psycholoog Jo Goedhuys voor zijn begeleiding. Dankzij zijn inzichten en ondersteuning kon deze masterproef tot stand komen.
Tevens wens ik mijn co-promotor professor dokter Marc Van Nuland te bedanken voor zijn bijdrage aan dit project.

Aan mijn collega Melissa Popleu een dikke dankjewel voor de fijne en vlotte samenwerking.

Mijn uitdrukkelijke dank aan mevrouw An Stockmans voor de hulp bij het verspreiden van de vragenlijst en alles wat hierbij kwam kijken. Uiteraard ook dank aan alle HAIO's die de tijd hebben genomen om de vragenlijst te beantwoorden.

Graag sta ik even stil bij de mensen die mij gesteund en geholpen hebben, niet alleen tijdens het maken van deze masterproef maar doorheen het volledige traject tot huisarts.
Aan al mijn vrienden die er altijd voor mij waren en mij steunden, motiveerden en hielpen waar mogelijk.
Bedankt aan mijn zus, voor de taalkundige bijstand en ontelbare motiverende gesprekken doorheen de jaren van mijn studie.
Aan mijn man Laurens, om mij altijd te motiveren tot beter, mijn luisterend oor te zijn en je steun, bedankt!
Ten slotte wil ik mijn ouders bedanken. Als gedreven huisartsen waren en zijn zij steeds mijn lichtend voorbeeld. Bedankt voor het geduld, het vertrouwen en de steun. Zonder jullie was dit niet mogelijk geweest.

Referenties

1. Het Woudschoten-rapport. Huisarts en wetenschap 1966, 9: 372-385.
2. Gielis G, Goedhuys J, Schoenmakers B. Huisartsgeneeskunde, verleden en toekomst. Leuven: Acco; 2014.
3. Christensen L. The Bologna Process and medical education. Medical Teacher 2004, 26(7): 625-629.
4. Cumming A. The Bologna process, medical education and integrated Learning. Medical Teacher 2010, 32(4): 316-318.
5. Svab I, Allen J, Zebiene E, Ster M, Windak A. Training experts in family medicine teaching. European Journal of General Practice 2016, 22(1): 58-63.
6. WONCA Working Party on Education (WWPE). WONCA Global Standards for Postgraduate Family Medicine Education. June 2013. Beschikbaar via: http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/education/WONCA%20ME%20stds_edit%20for%20web_250714.pdf. Geraadpleegd 2020 februari 8.
7. Vrijens F, Renard F, Jonckheer P, Van de Heede K, Desomer A, Van de Voorde C et al. The Belgian Health System Performance report 2012: Snapshots of results and recommendations to policy makers. Health Policy 2013, 112: 133-140.
8. Huygen A. Lacunes in de opleiding tot huisarts. Huisarts en wetenschap 1960, 22: 433-437.
9. Tan LHC, Kramer AWM, Jansen JJM, Düsman H. Landelijke evaluatie van de driejarige huisartsopleiding: de ontwikkeling van de competentie van huisartsen-in-opleiding. Huisarts en wetenschap 2000, 43(10): 415-419
10. European Academy of Teachers in General Practice/Family Medicine. Specialist training Database. Beschikbaar via: http://euract.woncaeurope.org/specialist-training-database. Geraadpleegd 2020 februari 8.
11. Van der Vleuten C, Joosten-ten Brinke D, Sluijsmans D. Toetsen met leerwaarde: een reviewstudie naar de effectieve kenmerken van formatief toetsen. Den Haag: 2013.
12. Patricio MF, Juliao M, Fareleira F, Carneiro AV. Is the OSCE a feasible tool to assess competencies in undergraduate medical education? Medical Teacher 2013, 35(6): 503-514.
13. Campbell C, Hendry P, Delva D, Danilovich N, Kitto S. Implementing competency-Based Medical Education in Family Medicine: A Scoping Review on Residency Programs an Family Practices in Canada and the United States. Family Medicine 2020, 52(4): 246-254.
14. Graves L, Lalla L, Young M. Evaluation of perceived and actual competency in a family medicine objective structured clinical examination. Canadian Family Physician 2017, 63: e238-243.
15. Ammentorp J, Thomsen JL, Jarbol DE, Holst R, Overhus AL, Kofoed PE. Comparison of the medical students perceived self-efficacy and the evaluation of the observers and patients. BMC Medical Education 2013, 13(49).
16. Braend AM, Frandsen Gran S, Frich JC, Lindbaek M. Medical students' clinical performance in general practice – triangulated assessments from patients, teachers and students. Medical Teacher 2010, 32(4): 333-339.
17. Tracey JM, Arroll B, Richmond DE,Barham PM. The validity of general practitioners' self assessment of knowledge; cross sectional study. British Medical Journal 1997. 315: 1426-1428.
18. Carek PJ, Anim T, Conry C, Cullison S, Kozakowski S, Ostergaard D et al. Residency training in Family Medicine: A History of Innovation and Program Support. Family Medicine 2017, 49(4): 275-281.
19. Spencer AL, McNeil M. Interdisciplinary Curriculum to Train Internal Medicine and Obstetrics-Gynecology Residents in Ambulatory Women's Health: Adapting Problem-Based Learning to Residency Education. Journal of women's health. 2009, 18(9)
20. Ost T, Goedhuys J, Janssens K, Leysen B, Wouda J. Het opleidingskader van de master-na-master in de huisartsgeneeskunde in Vlaanderen: naleving in de praktijk, beleving door de HAIO en internationale vergelijking. Databank masterproeven ICHO. 2017-2018.
21. Vis E, Batenburg R, van der Velden L. De kwaliteit van de opleiding tot huisarts anno 2018: een onderzoek onder huisartsen in opleiding. Utrecht: Nivel.
22. Steven K, Wenger E, Boshuizen H, Scherpbier A, Dornan T. How clerkshio students learn from real patients in practice settings. Academic Medicine 2014. 89(3): 469-476.
23. Buchanan AO, Stallworth J, Christy C, Garfunkel LC, Hanson JL. Professionalism in practice strategies for assessment and promotions. Paediatrics 2012. 129: 407-409.
24. Minder keuze betekent niet minder haio's. Artsenkrant 2018. 2544: 2.
25. Griggio AP, Silva JAM, Rossit RAS, Mieiro DB, Miranda FM, MininelVA. Analysis of an interprofessional education activity in the occupational health field. Revista Latino-Americana de Enfermagem 2020. 28; e3247.

26. Reeves S. Ideas for the development of the interprofessional education and practice field: an update. Journal of Interprofessional Care 2016. 30(4): 405-407.
27. Behrend R, Czeskleba A, Rollinger T, Petzold M, Roa Romero Y, Raspe R et al. Medical students' rating of the relevance and actual implementation of interprofessional education and preferences for teaching formats: comparison by gender and prior education. Journal of Medical Education 2020. 37(2).
28. Van der Post K, Reinders M, van de Vijver P, Nijveldt M. Huisartsenopleiding Nederland. Landelijk opleidingsplan voor de opleiding tot huisarts. Beschikbaar via www.huisartsenopleiding.nl. Geraadpleegd 2019 juli 7.
29. Carlson K, Ashford A, Hegagi M, Vokoun C. Peer coaching as a faculty Development Tool: A mixed methods evaluation. Journal of Graduate Medical Education 2020.12(2): 168-175.
30. Burgess A, McGregor D. Peer teacher training for health professional students: a systematic review of formal programs. BMC Medical Education 2018. 18(263).
31. Pugno PA. One giant leap for family medicine: preparing the 21st-century physician to practice patient-centered, high-performance family medicine. Family Medicine 2010, 23: S23-S27.
32. Van Nuffel W, Devroey D. Lacunes in de opleiding huisartsgeneeskunde. Een behoeftescreening bij jonge huisartsen en huisartsen in opleiding. Huisarts Nu 2011. 40(10): 441-445.
33. Six A, Roex A, Schoenmakers B, Gielis G. Wat verwacht de praktijkopleider dat de beginnende huisarts in opleiding kan, en in hoeverre is dit zo? Databank masterproeven ICHO 2013.
34. Popleu M, Goedhuys J, Van Nuland M. De driejarige opleiding tot huisarts: bevraging van stagecoördinatoren over de seminaries tijdens het nieuwe eerste jaar. 2019-2020
35. Thomas PA, Kern DE, Hughes MT, Chen BY. Curriculum development for medical education: a six step approach. 3rd ed. Baltimore; 2016.
36. Thomas MD, Patricia A. Curriculum Development for Medical Education. Johns Hopkins University Press. Kindle Edition.

Bijlagen

Bijlage A: geïnformeerde toestemming

Geïnformeerde toestemming
Titel van het onderzoek: Hoe ervaren de 1ste jaar HAIO's het lessenpakket van het nieuwe curriculum? Naam + contactgegevens onderzoeker: Onderzoeker: Marlies Wuyts, marlies.wuyts1@student.kuleuven.be Promotor: Jo Goedhuys, jo.goedhuys@kuleuven.be Co-promotor: Marc Van Nuland, marc.vannuland@kuleuven.be Doel en methodologie van het onderzoek: Beste HAIO, Dit onderzoek, in kader van een MANAMA-thesis huisartsgeneeskunde, peilt naar uw mening en ervaringen betreffende uw eerste jaar HAIO-opleiding van het 3-jarige curriculum. De klemtoon ligt op de onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de seminaries. We leggen deze resultaten samen met deze van mijn collega Melissa Popleu, die de STACO's zal bevragen en met de thema's en onderwerpen die aan bod komen tijden de lesdinsdagen. Zo krijgen we een beter inzicht in welke onderwerpen te uitgebreid en welke te beknopt of niet aan bod komen naar uw mening. Zoals u weet is een goede opleiding de basis tot het worden van een goede huisarts. Daarom wordt uw respons sterk gewaardeerd. Duur van het experiment: Max. 10 minuten

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

Voor vragen weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:

Marlies Wuyts, marlies.wuyts1@student.kuleuven.be

Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: smec@kuleuven.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en door op 'volgende' te klikken stem ik toe om deel te nemen.

Bijlage B: inleidende tekst en vragenlijst

Hoe beoordelen HAIO's het eerste jaar van hun nieuwe HAIO-opleiding (3-jarig curriculum)?

Hoe beoordelen HAIO's het eerste jaar van hun nieuwe HAIO-opleiding (3-jarig curriculum)?

Beste HAIO,

Dit onderzoek, in kader van een MANAMA-thesis huisartsgeneeskunde, peilt naar uw mening en ervaringen betreffende uw eerste jaar HAIO-opleiding van het 3-jarige curriculum. De klemtoon ligt op de onderwerpen die aan bod kwamen tijdens de seminaries en lesdinsdagen.

We leggen deze resultaten samen met deze van mijn collega Melissa Popleu, die de STACO's zal bevragen en met de thema's en onderwerpen die aan bod komen tijden de lesdinsdagen.

Zo krijgen we een beter inzicht in welke onderwerpen te uitgebreid en welke te beknopt of niet aan bod komen naar uw mening.

Zoals u weet is een goede opleiding de basis tot het worden van een goede huisarts. Daarom wordt uw respons sterk gewaardeerd.

Het duurt gemiddeld 10 minuutjes om de vragenlijst in te vullen.

Vriendelijke groeten,

Onderzoeker: Marlies Wuyts
(marlies.wuyts1@student.kuleuven.be)
Promotor: Jo Goedhuys
(jo.goedhuys@kuleuven.be)
Co-promotor: Marc Van Nuland
(marc.vannuland@kuleuven.be)

Ik begrijp dat mijn deelname aan deze studie vrijwillig is. Ik heb het recht om mijn deelname op elk moment stop te zetten. Daarvoor hoef ik geen reden te geven en ik weet dat daaruit geen nadeel voor mij kan ontstaan.

De resultaten van dit onderzoek kunnen gebruikt worden voor wetenschappelijke doeleinden en mogen gepubliceerd worden. Mijn naam wordt daarbij niet gepubliceerd, anonimiteit en de vertrouwelijkheid van de gegevens is in elk stadium van het onderzoek gewaarborgd.

Voor vragen weet ik dat ik na mijn deelname terecht kan bij:

Marlies Wuyts, marlies.wuyts1@student.kuleuven.be

Voor eventuele klachten of andere bezorgdheden omtrent ethische aspecten van deze studie kan ik contact opnemen met de Sociaal-Maatschappelijke Ethische Commissie van KU Leuven: smec@kuleuven.be

Ik heb bovenstaande informatie gelezen en begrepen en door op 'volgende' te klikken stem ik toe om deel te nemen.

Er zijn 50 vragen in deze enquête

Socio-demografische gegevens

Wat is uw geslacht?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Vrouwelijk
- ○ Mannelijk

Aan welke universiteit voltooide u uw basisopleiding geneeskunde?

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Universiteit Antwerpen
- ○ Vrije Universiteit Brussel
- ○ Universiteit Gent
- ○ Katholieke Universiteit Leuven

In welke soort praktijk werkt u? (Uzelf niet meegeteld)

Kies a.u.b. een van de volgende mogelijkheden:

- ○ Solopraktijk
- ○ Duo-praktijk
- ○ Groepspraktijk

Praktijkmanagement

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Deelnemen aan regelmatig praktijkoverleg rond beheer en onderlinge afspraken	○	○	○	○	○	○	○
Significant event/ critical incident analyse	○	○	○	○	○	○	○
Bespreking en implementatie van richtlijnen	○	○	○	○	○	○	○
Gebruik elektronisch medisch programma (bv. Careconnect,	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
HealthOne,...): audit, evidence linker							
Verbeterproject voor de praktijk opzetten	○	○	○	○	○	○	○
Deelnemen aan multidisciplinaire teamvergadering over een patiënt	○	○	○	○	○	○	○
Zicht op het management van een praktijk.	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Deelnemen aan regelmatig praktijkoverleg rond beheer en onderlinge afspraken	○	○	○	○	○	○	○
Significant event/ critical incident analyse	○	○	○	○	○	○	○
Bespreking en implementatie van richtlijnen	○	○	○	○	○	○	○
Gebruik elektronisch medisch programma (bv. Careconnect, HealthOne,...): audit, evidence linker	○	○	○	○	○	○	○
Verbeterproject voor de praktijk opzetten	○	○	○	○	○	○	○
Deelnemen aan multidisciplinaire teamvergadering over een patiënt	○	○	○	○	○	○	○
Zicht op het management van een praktijk.	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam praktijkmanagement ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met praktijkmanagement geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Korte episodische zorg

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Dermatologie (urticaria, jeuk, rash,...)	○	○	○	○	○	○	○
Orthopedie (trauma, pijn, dysfunctie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Kleine kwalen (wintertenen, zweetvoeten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Luchtwegen (BLWI...)	○	○	○	○	○	○	○
Gastro-intestinaal (vomitus, diarree,...)	○	○	○	○	○	○	○
NKO (otitis, sinusitis,...)	○	○	○	○	○	○	○
Oftalmologie (rood oog, pijn, trauma,...)	○	○	○	○	○	○	○
Neurologie (hoofdpijn, duizeligheid,...)	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Dermatologie (urticaria, jeuk, rash,...)	○	○	○	○	○	○	○
Orthopedie (trauma, pijn, dysfunctie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Kleine kwalen (wintertenen, zweetvoeten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Luchtwegen (BLWI...)	○	○	○	○	○	○	○
Gastro-intestinaal (vomitus, diarree,...)	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
NKO (otitis, sinusitis,...)	○	○	○	○	○	○	○
Oftalmologie (rood oog, pijn, trauma,...)	○	○	○	○	○	○	○
Neurologie (hoofdpijn, duizeligheid,...)	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam korte episodische zorg .... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met korte episodische zorg geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Chronische zorg

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Endocrinologie (schildklier, diabetes,...)	○	○	○	○	○	○	○
Luchtwegen (COPD, astma,...)	○	○	○	○	○	○	○
Hart- en vaataandoeningen (hypertensie, dyslipidemie, anti-coagulatie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Neurologie (parkinson, ALS, MS,...)	○	○	○	○	○	○	○
Nefrologie (nierinsufficiëntie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Muskuloskeletaal (reumatologie, rugproblemen, artrose,...)	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Endocrinologie (schildklier, diabetes,...)	○	○	○	○	○	○	○
Luchtwegen (COPD, astma,...)	○	○	○	○	○	○	○
Hart- en vaataandoeningen (hypertensie, dyslipidemie, anti-coagulatie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Neurologie (parkinson, ALS, MS,...)	○	○	○	○	○	○	○
Nefrologie (nierinsufficiëntie,...)	○	○	○	○	○	○	○
Muskuloskeletaal (reumatologie, rugproblemen, artrose,...)	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam chronische zorg.... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met chronische zorg geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Spoedeisende zorg

AMI, CVA, longembolen/DVT, acuut abdomen, hartritmestoornissen, reanimatie, ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Hoe kwam dit in de lessen aan bod?	○	○	○	○	○	○	○
Hoe kwam dit in de	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
seminaries aan bod?							

Voor mij kwam spoedeisende zorg ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met spoedeisende zorg geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Ouderen en complexe problematiek

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Polyfarmacie (interacties, over- en onderbehandeling,...)	○	○	○	○	○	○	○
Polypathologie (fysiek, psychisch en sociaal functioneren)	○	○	○	○	○	○	○
Planning (organisatie thuishulp, mantelzorg, DNR, wilsbeschikking,...)	○	○	○	○	○	○	○
Dementie	○	○	○	○	○	○	○
Delier	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Polyfarmacie (interacties, over- en onderbehandeling,...)	○	○	○	○	○	○	○
Polypathologie (fysiek, psychisch en sociaal functioneren)	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Planning (organisatie thuishulp, mantelzorg, DNR, wilsbeschikking,...)	○	○	○	○	○	○	○
Dementie	○	○	○	○	○	○	○
Delier	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam ouderen en complexe problematiek .... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met ouderen en complexe problematiek geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Zorg voor het kind

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Korte episodische zorg (koorts, BLWI, rash,...)	○	○	○	○	○	○	○
Chronische zorg (astma, eczeem, ontwikkelingsproblemen, aangeboren syndroom,...)	○	○	○	○	○	○	○
Communicatie (zelfbeschikking,ouders,...)	○	○	○	○	○	○	○
Kindermishandeling	○	○	○	○	○	○	○
Psychosociaal (samenwerking met CLB, school,...)	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Korte episodische zorg (koorts, BLWI, rash,...)	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Chronische zorg (astma, eczeem, ontwikkelingsproblemen, aangeboren syndroom,...)	○	○	○	○	○	○	○
Communicatie (zelfbeschikking,ouders,...)	○	○	○	○	○	○	○
Kindermishandeling	○	○	○	○	○	○	○
Psychosociaal (samenwerking met CLB, school,...)	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam zorg voor het kind ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met zorg voor het kind geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Gendergerelateerde problematiek

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Gynaecologie (infecties, SOA, anticonceptie, preconceptioneel advies, zwangerschapsbegeleiding, urinaire klachten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Urologie (infecties, SOA, prostaat, urinaire klachten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Grensoverschrijdend gedrag (misbruik,...)	○	○	○	○	○	○	○
Transgenderproblematiek	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Gynaecologie (infecties, SOA, anticonceptie, pre-conceptioneel advies, zwangerschapsbegeleiding, urinaire klachten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Urologie (infecties, SOA, prostaat, urinaire klachten,...)	○	○	○	○	○	○	○
Grensoverschrijdend gedrag (misbruik,...)	○	○	○	○	○	○	○
Transgenderproblematiek	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam gender gerelateerde problematiek … aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, …)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar … met gender gerelateerde problematiek geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Psychische klachten

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Sociale kaart en doorverwijzing	○	○	○	○	○	○	○
Burn-out en depressie	○	○	○	○	○	○	○
Slaapproblemen	○	○	○	○	○	○	○
Angststoornissen	○	○	○	○	○	○	○
Persoonlijkheidsstoornissen	○	○	○	○	○	○	○
Verslaving	○	○	○	○	○	○	○
Psychose	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Sociale kaart en doorverwijzing	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Burn-out en depressie	○	○	○	○	○	○	○
Slaapproblemen	○	○	○	○	○	○	○
Angststoornissen	○	○	○	○	○	○	○
Persoonlijkheidsstoornissen	○	○	○	○	○	○	○
Verslaving	○	○	○	○	○	○	○
Psychose	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwamen psychische klachten ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met psychische klachten geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

SOLK

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Fibromyalgie, CVS (Chronisch Vermoeidheids Syndroom), ...

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Hoe kwam dit in de lessen aan bod?	○	○	○	○	○	○	○
Hoe kwam dit in de seminaries aan bod?	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam SOLK ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met SOLK geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Palliatieve en terminale zorg

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Algemeen: definiëren, herkennen symptomen,..	○	○	○	○	○	○	○
Samenwerking met andere medische disciplines (Panal, Zorg24,...)	○	○	○	○	○	○	○
Pijnmanagement	○	○	○	○	○	○	○
Management neuropsychologische symptomen (agitatie, depressie, dementie, delier,...)	○	○	○	○	○	○	○
Management andere symptomen (dyspnoe, nausea, braken, constipatie, diarree, jeuk,...)	○	○	○	○	○	○	○
Ethische/wettelijke aspecten	○	○	○	○	○	○	○
Omgang met patiënten, mantelzorger	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Algemeen: definiëren, herkennen symptomen,..	○	○	○	○	○	○	○
Samenwerking met andere medische disciplines (Panal, Zorg24,...)	○	○	○	○	○	○	○
Pijnmanagement	○	○	○	○	○	○	○
Management neuropsychologische symptomen (agitatie, depressie, dementie, delier,...)	○	○	○	○	○	○	○

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Management andere symptomen (dyspnoe, nausea, braken, constipatie, diarree, jeuk,...)	○	○	○	○	○	○	○
Ethische/wettelijke aspecten	○	○	○	○	○	○	○
Omgang met patiënten, mantelzorger	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam palliatieve en terminale zorg .... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg ,...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met palliatieve en terminale zorg geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Praktische vaardigheden

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Bloedafnames	○	○	○	○	○	○	○
Uitstrijkje	○	○	○	○	○	○	○
Neurologisch onderzoek	○	○	○	○	○	○	○
Locomotorisch onderzoek	○	○	○	○	○	○	○
Infiltraties	○	○	○	○	○	○	○
Kleine heelkunde (hechting, verwijdering lipoom, ingegroeide teennagels,...)	○	○	○	○	○	○	○
Spirometrie	○	○	○	○	○	○	○
Wondzorg	○	○	○	○	○	○	○
Taping	○	○	○	○	○	○	○

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
Bloedafnames	○	○	○	○	○	○	○
Uitstrijkje	○	○	○	○	○	○	○
Neurologisch onderzoek	○	○	○	○	○	○	○
Locomotorisch onderzoek	○	○	○	○	○	○	○
Infiltraties	○	○	○	○	○	○	○
Kleine heelkunde (hechting, verwijdering lipoom, ingegroeide teennagels,...)	○	○	○	○	○	○	○
Spirometrie	○	○	○	○	○	○	○
Wondzorg	○	○	○	○	○	○	○
Taping	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwamen praktische vaardigheden … aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, …)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar … met praktische vaardigheden geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Communicatie

Hoe vaak kwam dit in de lessen aan bod?

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
ICE bevragen	○	○	○	○	○	○	○
Beleid toelichten/informeren/shared decision making	○	○	○	○	○	○	○
Slecht nieuws gesprek	○	○	○	○	○	○	○
Conflicthantering	○	○	○	○	○	○	○
Motivationeel interview	○	○	○	○	○	○	○

Omgaan met diversiteit (verschillende culturen, andere talen,...)	○	○	○	○	○	○	○

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Hoe vaak kwam dit in de seminaries aan bod?

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

	Niet aan bod gekomen	zeer weinig	weinig	eerder weinig	eerder veel	veel	zeer veel
ICE bevragen	○	○	○	○	○	○	○
Beleid toelichten/informeren/shared decision making	○	○	○	○	○	○	○
Slecht nieuws gesprek	○	○	○	○	○	○	○
Conflicthantering	○	○	○	○	○	○	○
Motivationeel interview	○	○	○	○	○	○	○
Omgaan met diversiteit (verschillende culturen, andere talen,...)	○	○	○	○	○	○	○

Voor mij kwam communicatie ... aan bod. (Dus in verhouding tot uw eigen kennis, uw nood aan bijkomende uitleg, ...)

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

veel te weinig	te weinig	eerder weinig	eerder veel	te veel	overdreven veel
○	○	○	○	○	○

In de praktijk ben ik het afgelopen jaar ... met communicatie geconfronteerd geweest.

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

Niet	Soms	Vaak
○	○	○

Bemerkingen

Heeft u nog bemerkingen? Aarzel niet om deze hier te noteren

Vul uw antwoord hier in:

Bijlage C: aanvraag ethisch comité

Application dossier Social and Societal Ethics Committee

Only fully completed applications will be reviewed.
The application form may be completed in Dutch or English.
Every resubmission or amendment should be done in 'track changes' or in 'highlight' in order to identify the changes.
Send completed document + annexes to: smec@kuleuven.be
The supervisor should be CC'd in the application e-mail. (Master's students cannot apply independently.)

General information

Protocol – full title	Hoe ervaren de 1ste jaar HAIO's het lessenpakket van het nieuwe curriculum?		
Type of application	☐ New submission	☐ New study project ☐ General approval for grant application *(Applications for subparts of the project might still be required at a later date.)*	
	☐ Response to comments of previous ethical review *Please use 'track changes' or 'highlight' in order to identify changes.*		
	☒ Amendment: G-2018 05 1239 *Specific points when requesting extensions/modifications of previously approved dossiers:* *the title remains unchanged,* *all differences compared to the previously accepted application are marked with 'track changes' or in 'highlight'.*		
Principal Investigator – Promotor	Name	Professor Jo Goedhuys	
	Faculty/ Department	Faculteit Geneeskunde KULeuven	
	E-mail	jo.goedhuys@kuleuven.be	
The principal investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015.			☒ YES ☐ NO
Co-Investigator – Co-promotor	Name	Marc Van Nuland	
	E-mail	marc.vannuland@kuleuven.be	
The co-investigator is a health professional according to the Law of 10 May 2015.			☒ YES ☐ NO
Sub-Investigator(s) – Student(s)	Name	Marlies Wuyts Melissa Popleu	
	E-mail	marlies.wuyts1@student.kuleuven.be melissa.popleu@student.kuleuven.be	
Additional information	☒ Non-commercial study ☐ Commercial study		
	☒ Monocenter research ☒ Belgium ☐ European Union country, specify: ☐ Non-European Union country, specify: ☐ Multicenter research ☐ Belgium ☐ European Union country, specify: ☐ Non-European Union country, specify:		
Leading Ethical Committee	☒ SMEC (KU Leuven is main institution) ☐ Local EC, specify: ☐ Other, specify:		
External partner(s)	☒ NO Name(s) and institution + explain how they are involved:		

Study rationale

Background

Explain the background and scientific relevance of the planned research so that readers can get a sufficient understanding of the performed research in the area and the research questions of this project.
De basisopleiding geneeskunde werd omgevormd naar een 6-jarige opleiding. Indien als specialisatie huisartsgeneeskunde gekozen wordt, volgt hierop nog een 3-jarige master na master. Dit onderzoek zal nagaan hoe de nieuwe lichting HAIO's (huisartsen in opleiding) het eerste jaar van de opleiding, meer bepaald hun seminaries en de bijkomende lesdinsdagen, ervaren. Ondervinden zij bepaalde lacunes in de opleiding? Komen er bepaalde aspecten zeer sterk naar voren?
Een ander MANAMA-onderzoek zal de visie van de STACO's op dit onderwerp nagaan.

Study objectives

Explain the aims and objectives of your study.
Hoe ervarende 1ste jaar HAIO's de HAIO-opleiding (seminaries en lesdinsdagen)?

Ethical justification

SMEC is looking for a strong ethical foundation of research proposals when working with human participants. Please provide a reflection on this ethical foundation with regard to your proposal. Ethical issues at stake may include, but are not narrowed to, the following principles: social value, scientific validity, fair subject selection, favorable risk-benefit ratio and respect for subjects.
Het doel is om via dit onderzoek de HAIO-opleiding te verbeteren, wat resulteert in beter opgeleide huisartsen en dus een betere zorgverlening. De vragenlijsten zullen via het HOP (HAIO Overleg Platform) en ICHO (Interuniversitair Centrum voor Huisartsen Opleiding) actua verstuurd worden. Op deze manier wordt een anonieme verwerking verzekerd.
Aan het begin van de vragenlijst zal een informed consent verschijnen. Indien men akkoord is met het informed consent start de vragenlijst.

Research protocol

Study type

☒ Prospective
☐ Retrospective
In case of a retrospective study, please explain how you obtained the permission to use the data and, if applicable, how participants gave their consent to use their data.

3.2. Research techniques, instruments & equipment

☒ questionnaire
- ☐ validated questionnaire (INCLUDE AS ANNEX), specify:
- ☒ non-validated questionnaire (INCLUDE AS ANNEX), specify : Bijlage 2

☐ interview
- ☐ validated interview (INCLUDE AS ANNEX), specify:
- ☐ non-validated interview (INCLUDE AS ANNEX), specify :

☐ participant observation, specify:
☐ behavioral experiments/manipulations; specify:
☐ electroencephalography, neuroimaging (e.g., EEG, MEG) or brain stimulation techniques, specify:
☐ tissue sampling (e.g. saliva), specify:
☐ video/audio recordings, specify:
☐ online/web-based activities, specify:
☐ other, specify:
☐ research equipment or experimental devices, specify:
Include CE certificates, safety procedures, homologation of equipment, etc. as ANNEX.

3.3. Research method

Present the methodologies and practical procedures.
Er werd geopteerd voor een kwantitatief onderzoek door middel van een vragenlijst. Deze zal worden doorgestuurd naar de 1ste jaar HAIO's van het nieuwe, 3-jarige, curriculum.

3.4. Expected start date and end date

Specify the expected start date of the experiment/study (should be in the future) as well as the end date for participants.

Start date: 1 juni 2019
End date: 30 september 2019

Data handling and management

4.1. Data type(s)

Explain which type of data you are using:

☒ Anonymized data, please specify: Via een link is de vragenlijst te bereiken en in te vullen. De antwoorden worden anoniem verwerkt, enkel de resultaten zijn zichtbaar voor de onderzoeker.

☐ Pseudonymized data, please specify:

☐ Non-coded data , please specify:

4.2. Data management

Explain how the privacy of the participants is being protected (e.g. coding or anonymization), how the data is safely stored, who has access to the data, and what will happen to the data at the end of the project.

De link van de vragenlijst wordt via het HOP en ICHOactua ter beschikking gesteld, er worden geen e-mailadressen of andere contactgegevens gevraagd of gebruikt. De (co-)promotor en onderzoekers zijn de enigen met toegang tot de data. Na verwerking worden de data verwijderd

5. Participants

5.1. Inclusion and exclusion criteria

List details such as age, sex, disease, characteristics etc., under which a participant is deemed to be suitable (eligible) to participate into the study. This also includes healthy volunteers, control groups, etc.
Indicate as well the anticipated number of participants.

Elke Belgische, Nederlandstalige 1ste jaar HAIO van het 3-jarig curriculum, dewelken zijn afgestudeerd aan een Vlaamse universiteit. Men moet beschikken over een digitaal device met internettoegang om de vragenlijst te kunnen beantwoorden.

5.2. Sample size

Please specify the number of participants enrolled in the sample(s) of your study.

300

5.3 Recruitment

Specify who will recruit the participants, how, where and by whom the participants will be approached for inclusion and obtainment of informed consent.

Langs het platform van ICHO en HOP wordt een link ter beschikking gesteld aan de doelgroep. Na klikken op de link verschijnt er een informed consent, pas na toestemming wordt overgegaan naar de vragenlijst

6. Participant information - Informed Consent procedure

INCLUDE YOUR IC FORM(S) AND INFORMATION LETTER(S) AS ANNEX

According to standard Informed Consent procedures & good scientific practices, participants should be informed as completely as possible about aims & practicalities of the study. All information should be individually provided, fully understandable, in written form & in the native language of the participants.

Informed consent forms are filled out in duplicate (i.e., for the participant and for the researcher).

As a general principle, the Board discourages passive informed (opt-out) consent procedures – especially in case of minors or otherwise vulnerable individuals.

Describe your Informed Consent procedure in detail. Specify which information will be provided to participants before the start of the study/experiment, how, etc.

Bij aanklikken van de link verschijnt als eerste het informed consent. Hierin wordt opgenomen dat er naar de mening en ervaring van participanten zal worden gepeild omtrent hun eerste jaar als HAIO. Anonimiteit wordt verzekerd. Er wordt verklaard dat de resultaten enkel tot doel hebben de onderzoekvraag van deze MANAMA-thesis te beantwoorden, waarna de data worden verwijdert. Contactgegevens worden vermeld in geval van vragen of wens tot bijkomende informatie. Bij goedkeuring start onmiddellijk nadien de vragenlijst.

7. Research-involved deception

Will participants be deceived?

☒ NO

☐ YES - explain why deception is necessary in this study and how participants will be deceived:

8. Debriefing

Which information is given to participants during debriefing and how will this be provided? De MANAMA-thesis zal nadien ter beschikking worden gesteld op de ICHO-website. Participanten worden niet individueel op de hoogte gesteld.

9. Risks, discomfort and counseling

Describe possible risks and whether participants might experience (physical or mental) discomfort, embarrassment, confusion, etc. during the course of the study. Er zijn geen risico's verbonden aan het deelnemen bij deze studie.
Is any support or counseling offered after participation? Neen

10. Remuneration, benefits and study outcome

Will participants receive a remuneration or compensation for their participation? ☒ NO – explain: Op vrijwillige basis. ☐ YES – cost reimbursement (i.e., food, drinks, transport, parking) – specify: ☐ YES – additional compensation (e.g., voucher, course credits, money) – specify:
Are there other benefits to participation in this project? (e.g., what can a participant learn from the study) ☐ NO ☒ YES – specify: Een goede opleiding vormt de basis voor het worden van een goede huisarts.
Which information is given to participants about the outcome of the study? Will participants receive their individual results or only the overall study results? How will this information be provided? De MANAMA-thesis zal nadien ter beschikking worden gesteld op de ICHO-website. Participanten worden niet individueel op de hoogte gesteld.

Checklist annexes (use clear names for all annexes)
☐ Participant information letter(s):
☒ Informed consent form(s): Bijlage 1
☒ Questionnaire(s) or interview format(s): Bijlage 2
☐ Other documents – specify:

Bijlage D: goedkeuring ethisch comité

Beste Onderzoeker,

Beste mevrouw Wuyts,

Uw onderzoeksproject "Hoe ervaren de 1ste jaar HAIO's het lessenpakket van het nieuwe curriculum?" werd gereviewd door de SMEC raad d.d. 19 maart 2019.

De raad concludeerde dat uw protocol voldoet aan de gestelde ethische normen met betrekking tot wetenschappelijk onderzoek.

Haar beslissing met betrekking tot dit protocol is daarom: **Gunstig**.

Uw protocol kreeg het volgende finale dossiernummer:

G- 2019 03 1592

Gelieve het G-nummer te vermelden bij verdere communicatie, dus bewaar deze e-mail goed. Deze goedkeuring is 4 jaar geldig.

SMEC beschouwt uw dossier bij deze als afgehandeld. Indien u bijkomende vragen heeft kan u ons steeds contacteren.

Vriendelijke groeten,

Fabienne Wijnants

Namens SMEC review board

Bijlage E: Gemiddelden van resultaten

		Lessen	Seminaries	Aanbod
Praktijkmanagement	*Gemiddelden*	2,98	3,43	2,90
	Deelnemen aan regelmatig praktijkoverleg rond beheer en onderlinge afspraken	2,56	3,75	
	Significant event/ critical incident analyse	2,71	4,06	
	Bespreking en implementatie van richtlijnen	3,63	4,79	
	Gebruik elektronisch medisch programma	3,33	2,75	
	Verbeterproject voor de praktijk opzetten	3,31	2,27	
	Deelnemen aan multidicsiplinaire teamvergadering over een patiënt	2,52	3,06	
	Zicht op het management van een praktijk	2,77	3,31	
Korte episodische zorg	*Gemiddelden*	3,04	3,65	3,23
	Dermatologie (urticaria, jeuk, rash, …)	2,56	4,17	
	Orthopedie (trauma, pijn, dysfunctie,…)	3,04	3,25	
	Kleine kwalen (wintertenen, zweetvoeten, …)	2,35	3,44	
	Luchtwegen (BLWI…)	3,35	3,96	
	Gastro-intestinaal (vomitus, diarree,…)	3,4	4,04	
	NKO (otitis, sinusitis,…)	3,06	3,62	
	Oftalmologie (rood oog, pijn, trauma,…)	2,98	3,04	
	Neurologie (hoofdpijn, duizeligheid,…)	3,60	3,65	
Chronische zorg	*Gemiddelden*	3,01	3,27	2,98
	Endocrinologie (schildklier, diabetes,…)	2,88	3,38	
	Luchtwegen (COPD, astma,…)	3,56	3,83	
	Hart- en vaataandoeningen (hypertensie, dyslipidemie, anti-coagulatie,…)	3,65	3,87	
	Neurologie (Parkinson, ALS, MS,…)	2,4	2,62	
	Nefrologie (Nierinsufficiëntie,…)	2,23	2,56	
	Muskuloskeletaal (reumatologie, rugproblemen, artrose,…)	3,35	3,37	
Spoedeisende zorg	*Gemiddelden*	3,15	3,44	2,96
	AMI, CVA, longembolen/DVT, acuut abdomen, hartritmestoornisen, reanimatie,…	3,15	3,44	
Ouderen en complexe zorg	*Gemiddelden*	3,48	3,41	3,37
	Polyfarmacie (interacties, over- en onderbehandeling…)	3,65	3,54	
	Polypathologie (fysiek, psychisch en sociaal functioneren)	4,06	4,04	
	Planning (organisatie thuishulp, mantelzorg, DNR, wilsbeschikking,…)	3,21	3,9	
	Dementie	3,42	3	
	Delier	3,04	2,56	
Zorg voor het kind	*Gemiddelden*	2,85	3,33	3,04
	Korte episodische zorg (koorts, BLWI, rash,…)	3,85	4	
	Chronische zorg (astma, eczeem, ontwikkelingsproblemen, aangeboren syndroom,…)	2,98	3,48	
	Communicatie (zelfbeschikking, ouders, …)	3,06	3,58	
	Kindermishandeling	2,15	2,71	
	Psychosociaal (samenwerking met CLB, school,…)	2,19	2,9	
Gendergerelateerde problematiek	*Gemiddelden*	3,13	2,9275	3,35
	Gynaecologie	3,48	3,75	
	Urologie (infecties, SOA, prostaat, urinaire klachten,…)	3,48	3,71	
	Grensoverschrijdend gedrag (misbruik,…)	2,29	2,52	
	Transgenderproblematiek	3,25	1,73	
Psychische klachten	*Gemiddelden*	3,17	3,22	3,19
	Sociale kaart en doorverwijzing	3	3,94	
	Burn-out en depressie	3,83	3,81	
	Slaapproblemen	3,38	3,52	
	Angststoornissen	3,21	3	
	Persoonlijkheidsstoornissen	2,38	2,52	
	Verslaving	3,54	3,21	
	Psychose	2,87	2,54	
SOLK	Gemiddelden	3,35	2,96	3,48
	Fibromyalgie, CVS,…	3,35	2,96	
Palliatieve en terminale zorg	*Gemiddelden*	3,35	3,37	3,15
	Algemeen: definiëren, herkennen symptomen,…	3,83	3,35	
	Samenwerking met andere medische disciplines (Panal, Zorg24,…)	3,4	3,58	
	Pijnmanagement	3,46	3,46	
	Management neuropsychologische symptomen (agitatie, depressie, dementie, delier,…)	3,08	3,08	
	Management andere symptomen (dyspnee, nausea, braken, constipatie, diarree, jeuk,…)	3,15	3,19	
	Ethische/wettelijke aspecten	3,27	3,23	
	Omgang met patiënten, mantelzorger	3,29	3,71	
Praktische vaardigheden	*Gemiddelden*	2,01	1,83	2,37
	Bloedafnames	1,35	1,54	
	Uitstrijkje	1,37	1,71	
	Neurologisch onderzoek	1,94	1,73	
	Locomotorisch onderzoek	2,87	1,96	
	Infiltraties	2,56	1,9	
	Kleine heelkunde (hechting, verwijdering lipoom, ingegroeide teennagels,…)	1,17	1,69	
	Spirometrie	1,62	1,44	
	Wondzorg	2,5	2,88	
	Taping	2,73	1,62	
Communicatie	*Gemiddelden*	4,24	4,022	4
	ICE bevragen	4,75	4,54	
	Beleid toelichten/informeren/shared decision making	4,63	4,44	
	Slecht nieuws gesprek	4,23	3,98	
	Conflicthantering	3,87	3,98	
	Motivationeel interview	4,02	3,38	
	Omgaan met diversiteit (verschillende culturen, andere talen,…)	3,94	3,81	

Bijlage F: Vergelijkende tabel tussen de gemiddelde scores per cluster en sub-thema gegeven door stagecoördinatoren (STACO's) en huisartsen in opleiding (HAIO's)

		Frequentie aan bod komen tijdens de seminaries		Beheersing volgens STACO's	Aan bod komen volgens de noden van de HAIO's
		STACO's	HAIO's		
Praktijkmanagement					
	Praktijkoverleg	3,5	3,8	3,3	
	Significant event/critical incident analyse	4	4,1	3,4	
	Richtlijnen bespreking/implementatie	4,7	4,8	4,6	
	Gebruik elektronisch medisch programma	3,1	2,8	4,3	
	Verbeterproject opzetten	2,1	2,3	2,8	
	Multidicsiplinaire teamvergadering	2,7	3,1	2,9	
	Management praktijk	2,7	3,3	2,7	
	Gemiddelde score cluster praktijkmanagement	**3,3**	**3,4**	**3,4**	**2,9**
Korte episodische zorg					
	Dermatologie	4,3	4,2	3,4	
	Orthopedie	3,9	3,3	4	
	Kleine kwalen	3,3	3,4	3,3	
	Luchtwegen	4	4	4,5	
	Gastro-intestinaal	4,1	4	4,5	
	Neus-Keel-Oor	3,7	3,6	4,3	
	Oftalmologie	3,3	3	3,3	
	Neurologie	3,9	3,7	3,9	
	Gemiddelde score cluster korte episodische zorg	**3,8**	**3,7**	**3,9**	**3,2**
Chronische zorg					
	Endocrinologie	3,9	3,4	4,1	
	Luchtwegen	4,1	3,8	4,2	
	Hart- en vaataandoeningen	4,2	3,9	4,2	
	Neurologie	2,7	2,6	3	
	Nefrologie	2,9	2,6	3,1	
	Musculoskeletaal	3,5	3,4	3,6	
	Gemiddelde score cluster chronische zorg	**3,6**	**3,3**	**3,7**	**3**
Spoedeisende zorg					
		3,7	**3,4**	**3,9**	**3**
Ouderen en complexe zorg					
	Polyfarmacie	3,2	3,5	3,2	
	Polypathologie	3,9	4	3,2	
	Planning	3,5	3,9	3	
	Dementie	3,1	3	3,1	
	Delier	2	2,6	2,6	
	Gemiddelde score cluster ouderen en complexe zorg	**3,1**	**3,4**	**3**	**3,4**
Zorg voor het kind					
	Korte episodische zorg	4	4	4,6	
	Chronische zorg	3,5	3,5	3,9	
	Communicatie	3,6	3,6	3,7	
	Kindermishandeling	2,9	2,7	2,6	
	Psychosociaal	3,1	2,9	2,6	
	Gemiddelde score cluster zorg voor het kind	**3,4**	**3,3**	**3,5**	**3**

Gendergerelateerde problematiek					
	Gynaecologie	4	3,8	4	
	Urologie	3,8	3,7	3,9	
	Grensoverschrijdend gedrag	3,2	2,5	2,7	
	Transgenderproblematiek	1,7	1,7	2,3	
	Gemiddelde score cluster gender gerelateerde problematiek	**3,2**	**2,9**	**3,2**	**3,4**
Psychische klachten					
	Sociale kaart en doorverwijzing	4,3	3,9	3,1	
	Burn-out/depressie	4,1	3,8	3,9	
	Slaapproblemen	4,2	3,5	3,6	
	Angststoornissen	3,6	3	3,1	
	Persoonlijkheidsstoornissen	3,1	2,5	2,7	
	Verslaving	3,9	3,2	3	
	Psychose	2,9	2,5	2,6	
	Gemiddelde score cluster psychische klachten	**3,7**	**3,2**	**3,1**	**3,2**
Somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten (SOLK)					
		3	**3**	**2,8**	**3,5**
Palliatieve en terminale zorg					
	Definiëren, herkennen symptomen	3,8	3,4	3,4	
	Samenwerking met andere disciplines	3,6	3,6	3	
	Pijnmanagement	3,1	3,5	3,1	
	Management neuropsychologische symptomen	2,8	3,1	3	
	Management andere symptomen	2,9	3,2	3,1	
	Ethische/wettelijke aspecten	2,9	3,2	3,4	
	Omgang met patiënt/femilie/ mantelzorger	3,7	3,7	3,5	
	Gemiddelde score cluster palliatieve en terminale zorg	**3,3**	**3,4**	**3,2**	**3,2**
Praktische vaardigheden					
	Bloedafnames	2,1	1,5	5,1	
	Uitstrijkjes afnemen	2,5	1,7	3,7	
	Neurologisch onderzoek	2,4	1,7	3,6	
	Locomotorisch onderzoek	2,5	2	3,9	
	Infiltraties	2,1	1,9	2,8	
	Kleine heelkunde	1,8	1,7	3	
	Spirometrie	2,1	1,4	2,7	
	Wondzorg	3,7	2,9	3,4	
	Taping	1,6	1,6	2,5	
	Gemiddelde score cluster praktische vaardigheden	**2,3**	**1,8**	**3,4**	**2,3**
Communicatie					
	ICE bevragen	5,2	4,5	4,4	
	Beleid toelichten/informeren/shared decision making	4,9	4,4	4,4	
	Slecht nieuws gesprek	4	4	3,5	
	Conflicthantering	3,9	4	3,3	
	Motivationeel interview	3,6	3,4	3,5	
	Omgaan met diversiteit	3,6	3,8	3,6	
	Gemiddelde score cluster communicatie	**4,2**	**4**	**3,7**	**4**

In deze tabel ziet men de vergelijking tussen de gemiddelde resultaten van de STACO's (stagecoördinatoren) en HAIO's.
De eerste kolom zijn de verkorte versies van de verschillende vragen die we gesteld hebben omtrent de opleidingsclusters (de volledige vragen vindt u terug in bijlage 2). De tweede en derde kolom bevatten de gemiddelde scores van respectievelijk de STACO's en HAIO's omtrent hoe vaak een onderwerp aan bod kwam tijdens de seminaries naar hun mening. De vierde kolom bevat de gemiddelde scores van de STACO's omtrent de beheersing van de verschillende thema's door de HAIO's naar hun mening. De vijfde en laatste kolom bevat de gemiddelde scores van de HAIO's op de vraag of zij vinden dat de clusters onvoldoende/voldoende/te veel aan bod kwamen naargelang hun behoefte.
De grijze vakken zijn voor ons de opmerkelijke verschillen tussen de resultaten van de STACO's en HAIO's, namelijk verschillen groter dan 0,5.