

# TOETSING KLINISCHE COMPETENTIE MOET BETER

*Directe observatie ontbreekt nog vaak*

Sinds 2004 toetst men in Leiden de co-assistenten interne geneeskunde door middel van de korte klinische beoordeling. Ook in de vervolgopleiding bestaat ruime belangstelling voor deze methode.

MARLOES LOUWERENS  
JAN BOLK

**K**linische competentie moet worden beoordeeld met behulp van een toets die aansluit bij het functioneren van de medische professional in de dagelijkse praktijk.

Voor deze beoordeling heeft Miller een raamwerk voorgesteld in de vorm van een piramide. De basis van de piramide is het beschikken over de noodzakelijke feitenkennis; het tweede niveau is het weten hoe die kennis moet worden toegepast; het derde niveau is het in een toetssituatie kunnen tonen van een vaardigheid; en de top van de piramide is het kunnen toepassen van een vaardigheid in de dagelijkse praktijk in al zijn facetten.<sup>1</sup>

Beoordeling van klinische competentie op het hoogste niveau van de piramide vraagt naast de voor de lagere niveaus geschikte kennistoetsen (die slechts één aspect van bekwaamheid beoordelen) om vormen van toetsing die recht doen aan het geïntegreerde karakter van de verschillende bekwaam-

heden in het handelen van de medische professional.<sup>1,2</sup>

In het algemeen gaat men ervan uit dat niet een enkele vorm van toetsing adequaat kan beoordelen op alle niveaus van de piramide, maar dat verschillende elkaar aanvullende methoden tegelijkertijd moeten worden toegepast. Een van die toetsvormen is de mini-Clinical Evaluation Exercise (mini-CEX),<sup>3</sup> waarvan de in Nederland toegepaste korte klinische beoordeling is afgeleid.

## MINI-CEX

Toen de American Board of Internal Medicine (ABIM) in 1972 het mondeling examen afschafte, werd de (lange) Clinical Evaluation Exercise (CEX) aanbevolen voor de beoordeling van assistent-geneeskundigen in opleiding tot internist. De toenmalige CEX was een twee uur durend patiëntexamen, waarbij de supervisor de assistent-geneeskundige observeerde bij het opnemen van de anamnese, het verrichten van

lichamelijk onderzoek en het uitwerken van de verdere diagnostiek en therapie.

De nadelen van deze wijze van beoordeling lagen vooral in de beperkte reproduceerbaarheid. Het betrof immers een momentopname, met observatie van één arts-patiëntcontact en één klinisch probleem, zonder variatie in klinische setting. Verder observeerde slechts één beoordelaar, hetgeen de betrouwbaarheid niet ten goede kwam.

In antwoord op de nadelen van de 'lange' CEX werd de mini-CEX geïntroduceerd. Hierbij vinden vaker beoordelingen plaats in sessies van kortere duur (15 tot 20 minuten) waarbij verschillende beoordelaars de contacten met diverse patiënten, met even zoveel klinische problemen kunnen observeren.

Op deze wijze is variatie mogelijk in klinische setting: polikliniek, kliniek, zaalvisite, spoedeisende hulp, diensten et cetera. Ook is het moment van beoordelen minder statisch en kan dit in onder-

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

ling overleg tussen beoordelaar en assistent-geneeskundige worden bepaald.

Uitgangspunten van de mini-CEX zijn de kortdurende directe observatie van een deel van het arts-patiëntcontact en het aansluitend geven van feedback daarop. De beoordeling kan worden weergegeven op een formulier in zakformaat waarop zeven onderdelen staan vermeld: anamnese, lichamelijk onderzoek, professioneel gedrag, klinisch redeneren, communicatie, organisatie en efficiëntie. Ten slotte volgt een algemeen oordeel over de klinische competentie.

Gebruikelijk is dat niet alle onderdelen bij elke gelegenheid worden beoordeeld. Norcini<sup>4</sup> geeft aan dat twaalf beoordelingen per jaar per assistent-geneeskundige optimaal kunnen zijn. Voor hen die ruim voldoende scores, volstaan vier beoordelingen per jaar, terwijl degenen over wie twijfel bestaat aanvullend moeten worden beoordeeld.

#### GEWIJZIGDE OPZET

Het Leidse Curriculum '99 gebruikt de mini-CEX in de vorm van de korte klinische beoordeling (KKB) met een enigszins andere opzet en een ander formulier bij de beoordeling van studenten tijdens hun co-assistentenschap. Het aantal KKB's dat een co-assistent moet verzamelen, is slechts globaal aangegeven (wekelijks of vaker) terwijl het initiatief voor het laten afnemen van een KKB bij de co-assistent ligt. Zowel stafleden als assistent-geneeskundigen treden op als beoordelaars.

De beoordelingschaal werd teruggebracht van een 9-puntsschaal tot een 3-puntsschaal (onvoldoende-voldoende-uitstekend).

Bij de implementatie van de KKB's in de co-assistentenschappen nieuwe stijl eind 2003 werd aangegeven dat deze ook zijn te gebruiken bij onderwijsmomenten, zoals bij de voordracht van een patiëntcasus door de co-assistent (klinisch redeneren) of tijdens *bedside teaching*. De KKB's waren vooral formatief (voor het geven van feedback en bevorderen van het leren), maar ook summatief (voor het geven van een oordeel over het functioneren) toe te passen.

#### BUITEN VERWACHTING

In het co-assistentenschap interne geneeskunde zijn inmiddels de voorlopige gegevens verkregen van de eerste 25 co-assistenten van het nieuwe curriculum dat in januari 2004 van start ging. Het aantal KKB's dat de co-assistenten verzamelden, overtrof onze verwachtingen.

Gedurende het tien weken durend co-assistentenschap interne geneeskunde werden ruim 800 KKB's ingeleverd; gemiddeld 32 KKB's en 19 verschillende beoordelaars per co-assistent.

De beoordelingen werden in de kliniek, op de polikliniek en op het Centrum Eerste Hulp afgenomen door assistent-geneeskundigen en, in geringere mate, stafleden. Ongeveer 10 procent van de KKB's betrof onderwijsmomenten.

Directe observatie van een gedeelte van het primaire arts-patiëntcontact

Zowel de co-assistenten als de beoordelaars hebben kritiek op de 3-puntsschaal. De co-assistenten vinden dat zij zich niet meer kunnen onderscheiden op grond van 'bovengemiddeld' functioneren. Vrijwel iedereen wordt beoordeeld met 'voldoende', terwijl 'uitstekend' is voorbehouden aan excelleren in diverse competenties. Voor de beoordelaars is het niet altijd duidelijk of er wordt getoetst naar de eindtermen van het co-assistentenschap of naar het verwachte niveau op dit moment in het co-assistentenschap. Een co-assistent in de tweede week van het

## Geschoolde docenten oordelen strenger

vormde echter in slechts 5 tot 10 procent van de beoordelingen het uitgangspunt. De KKB's bleken voornamelijk totstandgekomen op basis van de in de status verzamelde gegevens of doordat de beoordelaar de co-assistent had verzocht bij de nabespreking nog eens een deel van het lichamelijk onderzoek te demonstreren. Het opnemen van de anamnese werd vrijwel nooit geobserveerd.

#### KRITIEK

Op grond van de evaluatie van de eerste ervaringen met de KKB's in het co-assistentenschap verdient een aantal punten de aandacht.

co-assistentenschap zal anders functioneren dan bijvoorbeeld een co-assistent in de negende week. Als de eindtermen van het co-assistentenschap het uitgangspunt zijn, zal de tweedeweeks co-assistent een lagere beoordeling ontvangen dan wanneer wordt gekeken naar het in de tweede week verwachte niveau.

De co-assistenten waardeerden de KKB's als hierdoor het krijgen van feedback werd bevorderd. Waar dit niet het geval was, pakte de waardering minder positief uit.

Dat het initiatief voor de KKB in ons co-assistentenschap bij de lerende ligt, gaf geen aanleiding tot het verzamelen >>

*Directe observatie van het primaire arts-patiëntcontact vormde slechts in 5 tot 10 procent van de beoordelingen het uitgangspunt.*

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

<< van een gering aantal KKB's. Mogelijk is dit wel een factor die bijdraagt aan het geringe aantal directe observaties. Immers, de co-assistent is nu degene die de supervisor moet verzoeken hiervoor tijd vrij te maken.

#### ZORGELIJK

Het meest opvallende en tegelijk meest zorgelijke gegeven uit onze evaluatie is het veelal ontbreken van directe observatie. Onbekendheid van docenten met deze nieuwe vorm van beoordeling kan een oorzaak zijn. Docentprofessionalisering zou dan kunnen bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit van de beoordelingen. Cursussen als 'Teach the clinical teacher', 'Train the trainers' en dergelijke, zoals aangeboden op diverse locaties in het land, brengen (co-)assistenten opleiders en klinische docenten kennis bij over nieuwe onderwijskundige ontwikkelingen. Eén aspect daarvan is de beoordeling van klinische competentie en het oefenen daarmee. Een ander onderdeel vormt het leren geven (en ontvangen) van feedback.

Uit onderzoek blijkt dat geschoolde docenten zich beter toegerust voelen voor deze taak én dat zij vaker directe observaties uitvoeren; zij blijken ook strenger te oordelen dan de niet-geschoolden.<sup>5,6</sup>

Dan is er de factor 'tijd'. Voor directe observaties zal tijd moeten worden vrijgemaakt. Dat zou kunnen door in het reguliere spreekuur standaard ruimte te creëren. Ook lenen veel arts-patiëntcontacten op het Centrum Eerste Hulp en in dienstsituaties zich goed voor het verrichten van directe observatie zonder een beduidende extra tijdsinvestering.

#### VOORWAARDEN SCHEPPEN

De korte klinische beoordeling geniet op dit moment ruime belangstelling. Niet alleen door het gebruik ervan in de basisopleiding, maar ook door de toekomstige toepassing in de vervolgoopleidingen. Het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) buigt zich op dit moment over de uitwerking.

Op verzoek van dit college hielden wij op het congres van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) een workshop over de KKB.<sup>7</sup> Zowel de validiteit (meet het instrument wat het meten moet?) als de praktische uitwerking (welk formulier, welke schaalverdeling, waaraan toetsen?) van de KKB bleek onderwerp van interesse en discussie te zijn. Ons onderzoek zal zich de komende tijd met name richten

#### SAMENVATTING

- *Uitgangspunten van de zogeheten korte klinische beoordeling (KKB) zijn directe observatie van een deel van een arts-patiëntcontact en het aansluitend geven van feedback daarop.*
- *Bij de eerste ervaringen in de praktijk van het co-assistentenschap interne geneeskunde blijkt het instrument niet altijd te worden toegepast zoals beoogd; directe observatie vindt vaak niet plaats.*
- *Oorzaken zijn o.a. tijdgebrek en onvoldoende scholing van de opleiders.*
- *Voor een succesvolle implementatie van de KKB in de basisopleiding en binnenkort ook in de vervolgoopleidingen moeten meer mogelijkheden worden gecreëerd en benut.*

op de beantwoording van een aantal van deze vragen.

Inmiddels zullen wij door het bestuderen en uitwerken van de door ons opgedane ervaringen trachten de voorwaarden te scheppen voor toepassing van de KKB zoals bij de ontwikkeling daarvan werd beoogd. Daarbij zijn directe observatie en feedback de sleutelwoorden. Pas als aan deze voorwaarden is voldaan, zal duidelijk worden of de KKB een waardevol instrument is voor de toetsing van klinische competentie in de basis- en vervolgoopleidingen. ■

mw. M. Louwerens,  
internist, opleider en coördinator co-assistentenschap  
interne geneeskunde

prof. dr. J. H. Bolk,  
internist

afdeling Algemene Interne Geneeskunde en Onderwijs-  
centrum, Leids Universitair Medisch Centrum

Correspondentieadres: [m.louwerens@lumc.nl](mailto:m.louwerens@lumc.nl)

#### Literatuur

1. Miller GE. The assessment of clinical skills/competence/performance. *Acad Med* 1990; 65(9): S63-7.
2. Norcini JJ. Work based assessment. *BMJ* 2003; 326: 753-5.
3. Norcini JJ, Blank LL, Duffy FD, Fortna GS. The mini-CEX: a method for assessing clinical skills. *Ann Intern Med* 2003; 138: 476-81.
4. Norcini JJ, Blank LL, Arnold GK, Kimball HR. The mini-CEX (clinical evaluation exercise). A preliminary investigation. *Ann Intern Med* 1995; 123: 795-9.
5. Holmboe ES, Hawkins RE, Huot SJ. Effects of training in direct observation of medical residents' clinical competence. *Ann Intern Med* 2004; 140: 874-81.
6. Louwerens M, Bolk JH. Docentprofessionalisering leidt tot strengere beoordelingen bij directe observatie van klinische vaardigheden. *NTVG* 2004; 51: 2562-3.
7. Vleuten CPM van der, Louwerens M. Workshop Korte Klinische Beoordelingen. NVMO congres 2004.

#### ZORGESCHIL



### Nieuwe wet, oud probleem

Een jongetje van zes is heeft een ontwikkelingsstoornis van het totale functioneren (PDD). Continu toezicht is noodzakelijk. Sinds anderhalf jaar zit hij op een medisch kleuterdagverblijf. Moeder is 'ingestort', vader heeft zorgverlof opgenomen. Het RIO heeft ondersteunende begeleiding geïndiceerd. Deze is gericht op het handhaven van de zelfredzaamheid en op vermindering van de belasting van ouders/verzorgers. De vader maakt bezwaar: hij had activerende begeleiding gewenst en hij is het meer in het algemeen niet eens met aard en omvang van de geïndiceerde zorg.

De actuele medische situatie van verzekerde is helaas onvoldoende in kaart gebracht. Het CVZ kan daarom geen oordeel geven over de vraag of de gestelde indicatie juist is.

Complicerende factor: per 1 januari van dit jaar is de Wet op de jeugdhulpverlening vervangen door de Wet op de jeugdzorg. Niet langer bepaalt het RIO de indicatie voor jeugdigen met GGZ-problematiek, maar het bureau Jeugdzorg. Jeugdigen die op het tijdstip van inwerkingtreding van de wet op basis van de AWBZ aanspraak hadden op zorg, houden die tot het bureau daarover een besluit heeft genomen.

Het advies van het CVZ luidt: is er geen psychiatrische behandeling meer, dan valt het (leren) omgaan met de gedragsproblemen van een kind in beginsel onder de jeugdhulpverlening. Is er (nog) wel sprake van psychiatrische behandeling, dan adviseert het CVZ overleg met de behandelend psychiater om vast te stellen of ondersteunende of activerende begeleiding noodzakelijk is. Voorzover die ondersteunende begeleiding niet meer is dan oppassen, kan er geen indicatie worden afgegeven, tenzij er sprake is van overbelasting. Bij overbelasting kan er tijdelijk huishoudelijke verzorging worden geïndiceerd. << HM

In de rubriek Zorggeschil staan uitspraken van de geschillencommissie van het CVZ (zie MC 26/2004: 1069). De gehele uitspraak kunt u lezen op [www.medischcontact.nl/zorggeschil](http://www.medischcontact.nl/zorggeschil).

