

# Toetsing in de opleiding tot psychiater

door P. Zonneveld, Y.W.M.M. van den Berg en W.M.A Verhoeven

Gepubliceerd in 1995, no. 5

## Samenvatting

**In dit artikel worden theoretische achtergronden en ervaringen bij het gebruik van toetsing in de medische opleiding beschreven. Ook de wettelijke kaders waarin de opleiding tot arts en specialist zijn bepaald, komen ter sprake. Toetsing kan worden gebruikt om de kwaliteit van de opleiding tot psychiater te waarborgen en te vergroten. De competentie van de psychiater als medisch specialist ('de medische competentie') moet worden gedefinieerd, zodat adequate toetsen kunnen worden ontwikkeld. Verschillende toetsvarianten zijn denkbaar: o.a. voortgangstoets, opleidingstoets, certificatietoets en herregistratietoets. Door middel van een voortgangstoets met gesloten vragen kan het kennisniveau jaarlijks worden geëvalueerd. Toetsing van vaardigheden en attitude is mogelijk met gestructureerde klinische-observatie-examens. Zowel de individuele arts-assistenten als de voor de verschillende opleidingsinstituten verantwoordelijke opleiders dienen over de resultaten te kunnen beschikken. Een evaluatie van het opleidingsprogramma kan dan plaatsvinden. Bij gebrek aan een duidelijk omschreven normering - de gouden standaard ontbreekt - is het vooralsnog niet mogelijk om verdere consequenties te verbinden aan de resultaten.**

## Inleiding

In de opleiding tot basisarts bezitten de medische faculteiten een primaire verantwoordelijkheid: zij formuleren de eindtermen en toetsen deze. Een samenwerkingsverband van de verschillende universiteiten stelde op verzoek van bewindslieden van het ministerie van O & W en het toenmalige WVC een projectgroep samen, die een rapport produceerde, waarin eindtermen zijn geformuleerd: het Raamplan 1994 (Metz e.a. 1994). De faculteiten dienen zich tevens te houden aan de wet, het Academisch Statuut en de EG-richtlijn van 1975. In de wet BIG (Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg) wordt gesteld dat een individu zich in het artsenregister kan inschrijven, wanneer hij in het bezit is van een getuigschrift voor het met goed gevolg afleggen van het artsexamen (Doets 1994; Grunewold 1994). In de WHW (Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek) zijn geen specifieke eisen gesteld aan de inhoud van de opleiding en het niveau van het afsluitende examen (Meijers en Heijlman 1994). Specifieke eisen kunnen worden vastgelegd in een Algemene Maatregel van Bestuur. Mogelijk worden deze eisen gebaseerd op het Raamplan 1994. Voor de opleiding tot psychiater heeft het Centraal College in 1994 herziene opleidingseisen geformuleerd, gepubliceerd in *Medisch Contact* van 25 februari 1994. De opleidingseisen zijn aangevuld met het door het Concilium Psychiatricum opgestelde en door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie vastgestelde Huishoudelijk Opleidingsreglement mei 1994.

Toetsing kan worden gebruikt om de kwaliteit van de opleiding tot arts en specialist te waarborgen. In september 1992 werd door het Concilium Psychiatricum een Commissie Toetsing geformeerd met de opdracht tot 'het treffen van concrete voorbereidingen die zullen kunnen leiden tot het invoeren van

een kennistoets, bevattende de theoretische inhoud van de basisopleiding'. De Commissie Toetsing stond onder voorzitterschap van dr. W.M.A. Verhoeven en bestond verder uit mw. E. van Daalen en mw. A.C. van Reekum, arts-assistenten in opleiding; G. Bonroy, prof.dr. R.J. van den Bosch, dr. G. Hellinga, G. Janzen, dr. H.F. Kraan en R.B. Laport, psychiaters.

In het navolgende wordt het Rapport Commissie Toetsing verkort weergegeven, nadat dit in zijn volledige versie is besproken en geaccordeerd tijdens een vergadering van het Concilium Psychiatricum op 25 november 1994.

### **Theoretische beschouwing**

Bij bespreking van het thema 'toetsing' komt direct een aantal vragen naar boven. Bij het opzetten van een toets is het van belang uitgebreid de verschillende vragen te inventariseren om zo tot een optimale keuze en opzet te komen. De doelstelling moet worden gedefinieerd (waarom wordt er getoetst?). Vervolgens dient het te toetsen gebied te worden beschreven (wat wordt er getoetst?) en kan er een toetsvorm worden gekozen (hoe wordt er getoetst?). Tevens dient gedefinieerd te worden wanneer iemand met goed gevolg de toets aflegt (het aanbrengen van normering, de gouden standaard). Het toetsinstrument dient daarnaast geëvalueerd te worden (wat is de validiteit van de toets).

*Waarom toetsing?* - Toetsing kan om verschillende redenen in een opleidingsprogramma worden ingevoerd. Onderzoek toont aan dat toetsing het leerproces van studenten stuurt. Daarnaast kan, indien een juiste toetsingsprocedure wordt toegepast, door toetsing de effectiviteit van het onderwijsprogramma worden geëvalueerd en eventueel worden vergroot (Bender e.a. 1984; Van der Vleuten e.a. 1991, Van der Vleuten e.a. 1994). Er bestaan a) individuele voortgangstoetsen en b) onderwijs-evaluatietoetsen of opleidingstoetsen. In de Verenigde Staten bijvoorbeeld wordt de PRITE (Psychiatry Resident In-Training Examination) gebruikt om zowel de individuele student als het gehele onderwijsprogramma te evalueren (Webb e.a. 1992). Een toets kan eveneens gebruikt worden als wettelijk examen: de c) examentoets. Het afleggen van een geslaagde toets geeft dan recht op continuering van de studie of op het verkrijgen van een wettelijk erkende registratie als arts of specialist. Daarnaast kan een toets worden gebruikt als toelating tot een beroepsvereniging of als voorwaarde om het lidmaatschap te verlengen: de d) certificatioets en e) herregistratioets.

*Wat wordt er getoetst?* - Er dient een stofomschrijving te worden opgesteld zodat de student zich kan voorbereiden. Sinds 1973 luidt de formulering over het artsexamen: 'Het artsexamen omvat het onderzoek naar de bekwaamheid tot het uitoefenen van de geneeskunst'. Het begrip 'bekwaamheid' impliceert meer dan het bezitten van kennis alleen. Miller (1990) beschreef een competentiepiramide met aan de basis feitenkennis, dan de kennis om dit in concrete situaties te kunnen toepassen en vervolgens het handelen en het vermogen dit toe te passen in de praktijk. De definitie volgens Metz (1989) van medische competentie is: het complex van kennis, vaardigheden en attitude dat het vermogen vormt om de latere beroepstaak adequaat te vervullen. In de VS deden Langsley e.a. (1982, 1988) een enquête-onderzoek naar het belang dat opleiders en praktizerende specialisten hechtten aan een groot aantal vaardigheids- en kennisitems. Er werd een opmerkelijke stabiliteit geconstateerd in de rangorde van voor de beroepsidentiteit belangrijke professionele kwalificaties en attitudes. Als definitie van een psychiater hanteerden zij: 'een medisch specialist, gespecialiseerd in psychiatrische ziekten; van hem/haar kan verwacht worden dat hij/zij traditionele diagnostische vaardigheden bezit in de vorm van het doen van anamnese, lichamelijk onderzoek (waaronder neurologisch onderzoek), aanvullend onderzoek en in staat is een plan te ontwikkelen en te implementeren voor de behandeling van psychiatrische ziekten. Tevens dient hij of zij in staat te zijn acute situaties te beoordelen en de indicatie voor ziekenhuisopname te stellen.'

Naast een definiëring is het nodig te omschrijven over welke deelgebieden van het specialisme een psychiater ervaring dient te bezitten. In het voorbereidende examen in de VS, de PRITE, worden de volgende deelgebieden omschreven: 1. neurologie en neurowetenschappen, 2. groei en ontwikkeling, 3. volwassenen psychopathologie, 4. acute psychiatrie, 5. gedragswetenschappen en sociale psychiatrie, 6. psychosociale therapie, 7. somatische behandelmethoden, 8. patiëntenonderzoek en behandel mogelijkheden, 9. liaison- en consultatieve psychiatrie, 10. kinderpsychiatrie, 11. alcohol en middelenmisbruik, en 12. overige (Webb e.a. 1992).

De eindtermen voor het specialisme in Nederland zijn op dit moment vastgelegd in de vorm van globale opleidingseisen. Voor de ontwikkeling van toetsing in de Nederlandse opleiding tot psychiater is het dus van eminent belang dat er een door de beroepsgroep en overheid geaccepteerde omschrijving voor de functie van psychiater ontwikkeld wordt. Daarbij moet ook een omschrijving komen van deelgebieden en hun relatieve accent, waarvoor kennis, vaardigheid en attitude worden verwacht. In 1994 verscheen er een conceptnota *Profiel schets Psychiater* en een rapport van de Commissie Eindtermen, geïnitieerd door de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, respectievelijk het Concilium Psychiatricum, waarin tot deze omschrijving een aanzet wordt gegeven.

*Hoe kan er worden getoetst?* - Er bestaan vele toetsvormen: Multiple Choice of Meerkeuze (MC), Juist/Onjuist/Geen mening-vragen, Open Vragen, Gestructureerde Open Vragen (GOV), Modified Essay Question (MEQ), Patient Management Problem (PMP), Gestructureerde Mondelinge Examens (GME), Triple Jump Exam (TJE), Objective Structured Clinical Examination (OSCE), Standardized Patient, Computer Based Examination (CBX), Medisch Probleem oplossen, Diagnostisch Waarschijnlijkheidsprofiel (DWP), Voortgangstoets etc. (Van der Vleuten 1991, Van der Vleuten e.a. 1994; Imbos 1989; Van Hessen en Verwijnen 1988). Van der Vleuten e.a. (1994) beschreven een chronologische indeling: 1. Aanvankelijk werd medische competentie weinig gestructureerd getoetst, namelijk door middel van essays, mondelinge examens en patiënten-examens. In de jaren vijftig nam het gebruik van gesloten vragen (Multiple Choice, Juist/Onjuist/Geen mening) toe, als poging om te streven naar objectievere vraagvormen. 2. In de jaren zestig ging de aandacht meer uit naar de mogelijkheid om klinische redeneer- en probleemoplossingsvaardigheden te toetsen, om zo meer dan kennis alleen te meten (een trap hoger op de competentiepiramide van Miller). Voorbeelden: schriftelijke casussen, Patient Management Problem. 3. In de jaren zeventig en tachtig benadrukte men het streven naar een hoog realiteitsgehalte in toetsen. Er kwamen observatietoetsen, gestructureerde klinische examens en simulatiepatiënten.

*Normering, de gouden standaard* - Adequaat medisch handelen in de dagelijkse praktijk zou als gouden standaard kunnen dienen voor toetsvormen met een lager realiteitsgehalte (de hoogste trap op de piramide van Miller). De beoordeling van een klinisch examen wordt veelal door een onafhankelijke ervaren specialist verricht; hiermee wordt een sterk subjectief element aan de beoordeling toegevoegd. De beoordeling van gesloten vragen wordt vaak door statistische bewerkingen bepaald: men stelt dat een student is gezakt bij een bepaalde score, vergeleken met de gemiddelde score. Het is dus goed mogelijk het individuele kennisniveau af te zetten tegen het gemiddelde kennisniveau, maar het moge duidelijk zijn dat hiermee niet wordt beoordeeld welk kennisniveau een student nodig heeft voor een adequate medische competentie. Kortom: een gouden standaard ontbreekt.

*Validiteit/betrouwbaarheid* - De toets moet zo betrouwbaar en reproduceerbaar mogelijk meten, praktisch goed uitvoerbaar zijn, een bepaalde objectiviteit bezitten en voor de beroepsgroep acceptabel zijn. Diverse onderzoekers hebben verschillende toetsen op het gebied van medische competentie met elkaar vergeleken (Van der Vleuten 1991, Van der Vleuten 1994; Van Lunsen 1994; Imbos 1989; Norman e.a. 1991). Tussen MC-vragen en open-eindvragen werd een hoge correlatie gevonden, wat betekent dat op grond van de score op de ene toetsvorm met enige betrouwbaarheid voorspeld kan

worden wat de score op de andere toetsvorm zal zijn. Voor het toetsen van vaardigheid en attitude worden toetsen met een hoog realiteitsgehalte vaak wenselijk geacht, bijvoorbeeld toetsen met (simulatie)patiënten of observatietoetsen. Deze toetsen zijn minder objectief, wat onder meer blijkt uit een lage tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid. De objectiviteit is echter te vergroten door gebruik te maken van gestandaardiseerde lijsten (checklists) bij de beoordeling. Het probleem bij (simulatie)patiënten is dat de gemeten competentie zeer inhoudsspecifiek blijkt, zodat de score weinig generaliseerbaar is naar andere typen problemen. Om de geschiktheid van een toets te kunnen bepalen dient hierbij de doelstelling te worden betrokken. Zo moeten ‘examentoetsen’ en ‘onderwijsevaluatietoetsen’ met verschillende criteria worden beoordeeld.

### Ervaring met het gebruik van toetsing

Er bestaat nog geen consensus omtrent de toepassing van toetsing, toetsdoelstellingen en toetsvormen in de verschillende landen. Er bestaat geen uniform artsexamen: zo wordt er in Maastricht vier maal per jaar bij alle studenten een theoretisch eindexamen afgenomen, de ‘voortgangstoets’, terwijl er bij andere faculteiten andere toetsvormen bestaan.

In de opleiding tot psychiater wordt in een aantal landen gebruik gemaakt van nationale toetsing. In tabel 1 is een willekeurig aantal landen opgenomen met vermelding van hun aanwezige toetsen en de vorm en de doelstelling daarvan.

### Toetsing in de opleiding tot psychiater

Tabel 1: Gebruik van toetsing in een aantal landen

<i>Landen</i>	<i>Benaming</i>	<i>Vorm</i>	<i>Doel</i>
VS	ABPN PRITE	2 delen: MC/klinisch 1 deel: MC	certificatie ABPN evaluatie
Engeland	MRCPsych	2 delen: MC/open/klinisch/ mondeling	certificatie RCP
Canada	–	2 delen: MC/klinisch	certificatie RCPSC
Australië/ Nieuw-Zeeland	–	3 delen: open/klinisch	certificatie RANCP
Zuid-Afrika	–	2 delen: open/klinisch/ mondeling	registratie
België	geen toets	–	–
Duitsland	vakgesprek	1 deel: mondeling	registratie

#### Verklaring van gebruikte afkortingen

ABPN: American Board of Psychiatry and Neurology-examination;

PRITE: Psychiatry Resident In Training Examination;

RCP: Royal College of Psychiatrists;

RCPSC: Royal College of Physicians and Surgeons of Canada;

RANCP: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists.

In de Verenigde Staten worden twee toetsvormen toegepast, de PRITE en het ABPN-exam. In België daarentegen zijn er geen nationale toetsen. Het blijkt dat de status van een toets sterk kan verschillen: de doelstelling van de PRITE is evaluatie van de individuele assistent in opleiding en van het onderwijsinstituut in zijn geheel, de doelstelling van het vrijwillig af te leggen ABPN-exam is het verkrijgen van een certificering; de MRCPsych in Engeland dient om geregistreerd te kunnen worden bij het Royal College, en in Canada is er een nationaal examen (Webb e.a. 1992; Langsley 1981; Strauss e.a. 1982, 1984; McDermott e.a. 1991, 1993; Holden 1990; Patel en Hadi 1990; Poitras 1993; Kline en Fleming 1989). In 1980 was ongeveer 60% van de praktiserende leden van de APA (American Psychiatric Association) gecertificeerd. Het percentage gecertificeerden neemt toe, onder andere als waarborg voor het vertrouwen van het publiek. Daarnaast bestaan er ook economische redenen, zoals een betalingsregeling waarbij erkenning vereist is. De American Board of Psychiatry and Neurology heeft besloten dat na 1994 de certificatie tijdgebonden zal zijn. In de VS worden in het jaar 2000 recertificatie-examens ingevoerd (Annual Report 1990).

In Nederland werd door de Commissie Toetsing eind 1993 een niet-gewogen kennisproeftoets ontworpen. Deze toets bestond uit 75 juist/onjuist/geen mening-vragen en werd verzonden naar alle A- en B-opleiders van het specialisme Psychiatrie in Nederland, met het verzoek hem zelf in te vullen en hem door de stafleden/psychiaters en arts-assistenten te laten invullen en commentaar op de vraagvorm te laten geven. In totaal hebben 288 personen de kennistoets ingevuld geretourneerd. Op basis van de totaalscore op de volledige vragenlijst bleek het niet mogelijk te discrimineren tussen jongerejaars- en ouderejaarsassistenten, opleiders en stafleden. Het commentaar betrof voornamelijk onduidelijkheid omtrent de formulering van de vragen. Gezien de aard van deze proeftoets, is het niet mogelijk om conclusies te trekken over de uitslag van de totaalscore. Wanneer toch een poging wordt gedaan enige conclusies hieraan te verbinden, komen diverse methodologische beperkingen naar voren, waaronder: de toets is niet gestandaardiseerd afgenomen, diverse deelgebieden zijn niet voldoende gerepresenteerd en de toets is vermoedelijk te gering van omvang om voldoende te kunnen discrimineren.

### **Aanbevelingen voor toepassing van toetsing**

Aan de hand van de in de paragraaf 'Theoretische beschouwing' vermelde vragen worden de volgende aanbevelingen gegeven:

*Waarom toetsing?* - Het is aan te bevelen toetsing in te voeren om zowel de kwaliteit van de individuele psychiater als die van het opleidingsprogramma te bewaken en te verbeteren. De verantwoordelijkheid voor de specialistenopleidingen ligt op dit moment bij de KNMG, het Centraal College en de SRC. De wettelijke kaders zijn vastgelegd in de wet BIG en WHW. Mogelijk zullen er in de toekomst meer specifieke eisen omtrent de opleiding, toetsing en kwaliteitsbewaking worden ingesteld. De BIG-raad zal het ministerie van O&W en WVC adviseren de nadere invullingen door middel van Algemene Maatregelen van Bestuur (AMvB) vast te leggen. De BIG-raad maakt een conceptregeling en is verplicht de beroepsgroep te consulteren. In dit verband is het dus voor de beroepsgroep van eminent belang ervaring op te doen met methoden die de kwaliteit van de psychiater en de opleiding meten, zodat zij de BIG-raad adequate aanwijzingen met betrekking tot de conceptregeling kan geven.

*Wat moet er worden getoetst (definiëring van het te toetsen gebied)?* - Bij voorkeur wordt de competentie van een psychiater als medisch specialist getoetst. Deze vaardigheid zal dus expliciet moeten worden gedefinieerd met een omschrijving van de deelgebieden waarover de psychiater tot op een bepaald niveau kennis genomen moet hebben en waarop hij vaardigheid en attitude dient te hebben.

*Welke toetsvorm?* - Het kennisniveau dient bij voorkeur te worden getoetst door een voortgangstoets met schriftelijke gesloten vragen (MC- of juist/onjuist/geen mening-vragen). De keuze van de inhoud van de gesloten vragen is wellicht wat subjectief, maar verder is de toets objectief, efficiënt uit te voeren en helder voor de examinandus. Vaardigheid en attitude daarentegen dienen bij voorkeur door middel van gestructureerde klinische observatie-examens te worden getoetst.

Bij voorkeur wordt een nationaal toetsstelsel ontwikkeld en wordt ten minste één maal per jaar bij alle jaargroepen een toets afgenomen, zodat het landelijk niveau kan worden vastgesteld en er meer duidelijkheid ontstaat over het basisniveau van een psychiater in Nederland.

*Normering* - De individuele examinandus en de opleider dienen na afname van de toets te worden geïnformeerd over het bereikte niveau, uitgesplitst naar de verschillende deelgebieden. Het bereikte niveau kan worden afgezet tegen het gemiddelde niveau van de jaargroep van de eigen opleiding en van andere opleidingen. Wanneer tevens praktiserende psychiaters de toets afleggen, kunnen de resultaten ook hiertegen worden afgezet. De deelgebieden met minder dan gemiddelde niveauscores kunnen in kaart gebracht worden en geëvalueerd. Mogelijk heeft een individuele student zich op zo'n gebied onvoldoende ontwikkeld of misschien bestaat er een relatie met het opleidingsprogramma: het onderdeel is nog niet onderwezen of het onderwijs heeft onvoldoende niveau gehad. De verantwoordelijke opleider kan dan het opleidingsprogramma aanpassen.

*Validiteit/Betrouwbaarheid* - De toets dient voortdurend geëvalueerd te worden op betrouwbaarheid, reproduceerbaarheid, uitvoerbaarheid (praktische en financiële belasting) en de mate van acceptatie. Bij voorkeur dienen de uitslagen te worden vergeleken met een gouden standaard, maar deze ontbreekt. De toets kan wel worden vergeleken met buitenlandse toetsen. De interne consistentie kan worden bepaald en er kan worden onderzocht of alle deelgebieden met voldoende vragen worden gerepresenteerd. Het inschakelen van onderwijsdeskundigen is hierbij een absolute noodzaak.

### **Implementering en ontwikkeling van de toets**

Voor de verdere ontwikkeling van de toets zal door het Concilium Psychiatricum van de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie begin 1995 een nieuwe commissie worden ingesteld. Deze commissie dient te bestaan uit een vertegenwoordiging van psychiaters, arts-assistenten in opleiding en ten minste één onderwijskundige. Er moeten financiële randvoorwaarden worden vastgesteld. Deze commissie beschrijft helder de doelstelling van de toets en het te toetsen gebied, werkt de vraagvorm verder uit en evalueert de toetsresultaten en het toetsinstrument. De commissie laat zich voor wat het te toetsen gebied en de vraagvorm betreft leiden door de aanbevelingen van de Commissie Eindtermen en de Commissie Toetsing.

De toetsontwikkeling moet een continu proces zijn en kan bestaan uit het opzetten van een itembank per deelgebied met vragen aangeleverd door deskundigen van alle opleidingsinstituten. Per toets trekt de commissie bijvoorbeeld 400 vragen (de toets dient van voldoende omvang en afnameduur te zijn) en beoordeelt de vragen op een aantal omschreven criteria (relevantie, helderheid van formulering, etc.), zodat er uiteindelijk bijvoorbeeld 250 geschikte vragen in de toets kunnen worden opgenomen. Na afname van de toets worden de vragen teruggeplaatst in de itembank en ten minste vijf jaar niet gebruikt. Het Concilium Psychiatricum heeft aangekondigd in 1996 zo'n toets te willen invoeren.

### **Literatuur**

**Annual report of the American Board of Psychiatry and Neurology, Inc. (1990),  
*American Journal of Psychiatry***

, 147 (10), p. 1428-1430.

Batenburg, V., en J.G.M. Gerritsma (1990), Attitude, is dat aan te leren? Attitude- en persoonlijkheidsvorming in de medische opleiding. *Medisch Contact*, 45 (35), p. 1016-1020.

Bender, W., J. Cohen-Schotanus, T. Imbos e.a. (1984), Medische kennis bij studenten uit verschillende medische faculteiten: van hetzelfde laken een pak? *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 128 (19), p. 917-921.

Doets, J. (1994), Wetgeving gezondheidszorg, Wet BIG, consequenties voor de medische beroepsgroep. *Medisch Contact*, 49 (18), p. 617-618.

Grunewold, N. van 't (1994), Wetgeving gezondheidszorg, Wet BIG, wat er nog meer verandert. *Medisch Contact*, 49 (18), p. 619-620.

Hessen, P.A.W. van, en G.M. Verwijnen (1988), De konstruktie van juist/onjuist vragen. Interne publikatie, Medische Fakulteit Rijksuniversiteit Limburg.

Holden, N.L. (1990), MRCPsych parts one and two: the clinical examinations. *British Journal of Hospital Medicine*, 43, p. 466-468.

Imbos, T. (1989), Bijlage 2 de voortgangstoets. In: *Het gebruik van eindtoetsen bij aanvang van de studie*. Proefschrift, z.p.

Kline, S.A., en S. Fleming (1989), Passing the oral examination for specialist qualification in psychiatry: part II. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, p. 925-926.

Langsley, D.G. (1981), Changing Patterns of Psychiatry Specialty Certification in the English-speaking countries. *American Journal of Psychiatry*, 138 (4), p. 493-497.

Langsley, D.G., en M.H. Hollender (1982), The definition of a psychiatrist. *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), p. 81-85.

Langsley, D.G., en J. Yager (1988), The definition of a psychiatrist: eight years later. *American Journal of Psychiatry*, 145 (4), p. 469-475.

Lunsen, H.W. van (1994), Een adequate beroepshouding kan geleerd worden; training en toetsing van attitudes in het medisch onderwijs. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138 (26), p. 1333-1337.

McDermott, J.F., P.E. Tanguay, S.C. Scheiber e.a. (1991), Reliability of the Part II Board Certification Examination in Psychiatry: Interexaminer Consistency. *American Journal of Psychiatry*, 148 (12), p. 1672-1674.

McDermott, J.F., P.E. Tanguay, S.C. Scheiber e.a. (1993), Reliability of the Part II Board Certification Examination in Psychiatry: Examination Stability. *American Journal of Psychiatry*, 150 (7), p. 1077-1080.

Meijers, J.A., en J. Heijlman (1994), De consequenties van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek voor de opleiding geneeskunde. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138 (27), p. 1378-1380.

Metz, J.C.M. (1989), *Medische Competentie, een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van het gestructureerd klinisch examen*. Proefschrift, Nijmegen, p. 295.

Metz, J.C.M., E.H. Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip en B.W.M. van den Brand-Valkenburg (1994), *Raamplan 1994 artsopleiding, eindtermen van de artsopleiding*. Universitair publikatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen.

Miller, G.E. (1990), The assessment of clinical skills/competence/performance. *Academica Medica*, 65 (suppl), p. 63s-67s.

Norman, G.R., C.P.M. van der Vleuten en E. de Graaf (1991), Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of validity, efficiency and acceptability. *Medical Education*, 25, p. 119-126.

Patel, A.G., en K. Hadi (1990), MRCPsych part one: multiple-choice questions. *British Journal of Hospital Medicine*, 44, p. 64-67.

Poitras, R. (1993), L'examen oral de certification en psychiatrie. *Revue Canadienne de psychiatrie*, 38, p. 260-264.

Strauss, G.D., J. Yager en G.E. Strauss (1982), Assessing Assessment: the content and quality of the Psychiatry In-Training Examination. *American Journal of Psychiatry*, 139 (1), p. 85-88.

Strauss, G.D., J. Yager en E.H. Liston (1984), A comparison of National and In-House Examinations of Psychiatry knowledge. *American Journal of Psychiatry*, 141 (7), p. 882-884.

Vleuten, C.P.M. van der (1991), Toetsing van Medische Competentie: stand van zaken en ontwikkelingen. *Bulletin Medisch Onderwijs*, 10, p. 52-63.

Vleuten, C.P.M. van der, G.R. Norman en E. de Graaff (1991), Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability. *Medical Education*, 25, p. 110-118.

Vleuten, C.P.M. van der, S.J. van Luijk en L.W.T. Schuwirth (1994), Toetsing en toetsontwikkeling in het medisch onderwijs. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 138 (25), p. 1288-1292.

Webb, L.C., S. Sexson, J. Scully e.a. (1992), 'Training directors' opinion about the Psychiatry Resident In-Training Examination (PRITE). *American Journal of Psychiatry*, 149, p. 521-524.

### **Summary: Assessment of Medical Competence in the psychiatric training program**

**Theoretical backgrounds and experience with assessment of medical competence are described. Law and regulation for medical training in the Netherlands as well as assessment of medical competence can be used to supervise and improve the quality of training for psychiatrists.**

Medical competence for psychiatrists needs further definition before adequate assessment can be developed. Different methods of assessment are possible: continuous testing, training assessment, certification, registration assessment. Using a written form of continuous testing, the level of knowledge can be evaluated on a regular base. Assessment of skills and attitude is possible with the



use of Objective Structured Clinical Examination. Results need to be made available for the individual trainee and the responsible training directors. Consequently, evaluation of the training program will become possible.

**De auteurs zijn als psychiater in opleiding, respectievelijk research-psycholoog en zenuwarts/A-opleider werkzaam in het Vincent van Gogh Instituut te Venray. Correspondentieadres: P. Zonneveld, Vincent van Gogh Instituut, Postbus 5, 5800 AA Venray.**

Het artikel werd voor publikatie geaccepteerd op 4-11-1994.