

EEN ALGEMENE KLINISCHE VORMINGSPERIODE (1)

J.H. STEGEMAN

In het decembern timer (1989) van het Bulletin verscheen een bespreking van het rapport 'Voorstel tot het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode in het medisch onderwijs-continuum' door A.J.J.A. Scherpbier. Hieronder repliek en dupliek. De redactie van het Bulletin stelt ook andere reacties van lezers van dit rapport op prijs.

J.H. Stegeman
namens:
E. Borst-Eilders
A. Querido
J.A.C. de Cock van Leeuwen

Correspondentieadres:
Zwethkade 30
2641 SC Pijnacker

Het is verrassend dat zo snel al na het verschijnen van het 'voorstel tot invoering van een algemene klinische vormingsperiode' daarop een reactie is gekomen.¹

De basis voor een verdere bespreking is, naar wij hopen, de overeenstemming over het feit dat in de medische opleiding te weinig aandacht wordt besteed aan algemene klinische vorming. De oplossing die wordt aangedragen, namelijk het invoeren van een algemeen klinisch vormingstraject van 1 à 2 jaar tussen het einde van de basisopleiding en het begin van de beroepsopleiding wordt door Scherpbier niet zonder meer onderschreven.

De vraag waarom wij ons niet gericht hebben op voorstellen tot verbetering van co-assistentenschappen, die toch oorspronkelijk bedoeld waren voor het praktisch klinisch onderwijs ligt voor de hand. Het antwoord daarop is dat nieuwe inzichten in de wijze waarop leerprocessen verlopen, duidelijk maken dat de klinische vorming een langdurig ontwikkelingsproces is, dat in fases en niet zonder moeite verloopt.

De student moet een omschakeling maken naar een nieuw en ander cognitief proces dat eerder in de opleiding niet aan de orde kwam. De theoretische kennis waarover de student beschikt, is analytisch van aard, 'tweedimensionaal' zou men dat kunnen noemen. Het klinische denken daarentegen vereist beeldend denken, 'driedimensionaal' denken. Daarvoor is naast theoretische kennis en medische

vaardigheden ook het vermogen nodig om samenhang tussen de beelden aan te brengen. Deze samenhang tussen de verschillende beelden is aanleiding voor het vormen van vroege hypothesen. De vroege hypothesen sturen het verdere werkproces van de arts. Voor het kunnen synthetiseren van afzonderlijke gegevens tot een samenhangend patroon worden, naast kennis en vaardigheden, ook intuïtieve cognitieve mechanismen gebruikt. Het omschakelen van analytisch denken naar het genereren en toetsen van hypothesen is moeilijk en blijkt pas na langdurig oefenen geleerd te kunnen worden.

Daarbij speelt ervaringskennis een belangrijke rol. Voor het opdoen van ervaringskennis zijn veelvuldige patiëntencontacten een conditio sine qua non; steeds weer moet een nieuwe situatie in de praktijk worden geïnterpreteerd. Niet ziektebeelden worden behandeld, maar de mensen met hun ziektebeelden die zich in multiple vormen voordoen.

Een tweede element dat van wezenlijk belang is, is het feit dat dit leerproces niet vrijblijvend kan verlopen. Daarmee wordt bedoeld dat het dragen van een verantwoordelijkheid voor zieke mensen een essentieel en geïntegreerd deel vormt van het leerproces. Daarvoor is het nodig dat de arts volwaardig participeert in de zorg die geen specialistische activiteiten vereist, gesteund door de gestructureerde feedback tussen hem en de docenten. Het is juist het dragen van verantwoordelijkheid

dat het proces van versmelting van theoretische kennis en praktische ervaring stimuleert. Als gevolg van de steeds verder voortschrijdende specialisatie speelt een derde element een belangrijke rol: het ontwikkelen van een conceptueel kader en de introductie tot een bepaalde hoeveelheid kennis die alle artsen gemeenschappelijk moeten hebben. Men moet elkaars taal blijven spreken.

Een vierde element is, dat het nodig is meer aandacht te besteden aan het ontwikkelen van attitude en vaardigheden die borg kunnen staan voor een medische 'education permanente'. De snel in omvang toenemende specialistische kennis kan door niemand meer in zijn totaliteit worden beheerst. Een kritische houding ten aanzien van het eigen handelen in de praktijk, waarbij het evaluatieve element op de voorgrond staat, maakt het mogelijk door de bomen het bos te blijven zien.

Het gaat ons in ons voorstel niet zozeer om verlenging van de medische opleiding. Denkbaar zou zijn dat het curriculum van de basisopleiding wordt veranderd en dat er meer en intensiever aandacht wordt besteed aan het praktisch klinisch onderwijs. Misschien zelfs wel ten detrimente van het theoretisch onderwijs. Zeker zouden de co-assistentenschappen verbeterd kunnen worden. Maar ook dan zouden naar onze mening de vier hier genoemde elementen niet of onvoldoende tot hun recht komen. Met de door ons voorgestelde algemene klinische vorming hopen wij juist te bereiken: "connecting different holes together to create a pattern". Het zou teleurstellend zijn als er inderdaad alleen sprake was van "digging the same hole deeper".

LITERATUUR

1. Scherpbier A.J.J.A. Een algemene klinische vormingsperiode. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8 (4): 131.

A.J.J.A. SCHERPBIER

EEN ALGEMENE KLINISCHE VORMINGSPERIODE (2)

De reactie van Stegeman namens Borst-Eilders, Querido en de Kock van Leeuwen geeft mij de gelegenheid om ons verschil van opvatting nog eens duidelijk te verwoorden.

We zijn het eens over het probleem, namelijk dat er in de medische opleiding te weinig aandacht aan algemene klinische vorming wordt besteed, maar verschillen van inzicht over de oplossing.

A.J.J.A. Scherpbier
Arts-onderwijscoördinator,
Vakgroep Chirurgie

Correspondentieadres:
Vakgroep Chirurgie
Academisch Ziekenhuis
Groningen
Postbus 30.000
9700 RB Groningen

Ik heb bewust bij de bespreking van het rapport niet de vraag gesteld waarom de auteurs geen voorstellen tot verbetering van de co-assistentenschappen hebben gedaan.¹ Ik ben van mening dat alleen verbetering van de co-assistentenschappen een onvoldoende tegemoetkoming aan het door de auteurs geconstateerde tekort aan algemene klinische vorming zou zijn.

Voor mij betekent de constatering van het tekort dat de medische opleiding niet zozeer verlengd dan wel veranderd moet worden. Niet alleen de tweede fase - de co-assistent-

schappen - maar het hele curriculum. Zo zal onder andere mijns inziens de traditionele scheiding tussen eerste en tweede fase - studenten spreken ook wel van een kloof - losgelaten moeten worden, studenten moeten eerder in hun curriculum ervaring met patiënten opdoen.

Volgens de auteurs is door nieuwe inzichten in de wijze waarop leerprocessen verlopen duidelijk geworden dat klinische vorming een langdurig ontwikkelingsproces is dat in fasen en niet zonder moeite verloopt. De student, zo zeggen zij, moet een omschakeling maken naar