

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

een nieuw en ander cognitief proces. Van analytisch 'tweedimensionaal' denken naar klinisch 'driedimensionaal' denken. Ik onderschrijf dit door de auteurs genoemde omschakelingsprobleem'. In traditionele curricula is het 'schakelmoment' zelfs veelal exact te lokaliseren namelijk bij het overstappen van de eerste naar de tweede fase.

In het verleden is deze overgang een argument geweest voor een aantal opleidingen in het buitenland om hun curriculum te veranderen, zodat studenten van meet af aan 'probleemoplossend' 'patiënt-gericht' konden leren. In Nederland lagen dergelijke overwegingen ten grondslag aan het curriculum van de Medische Faculteit in Maastricht. Reflecties op deze ontwikkelingen mis ik helaas in het rapport en ook in de reactie.

Ik ben benieuwd welke nieuwe inzichten de auteurs bedoelen.

Het lijkt erop dat veel van de modellen voor 'probleemoplossen' uit de literatuur misschien wel voldoen voor theoretische discussies, maar echte modellen zijn, meer of minder verregaande abstracties van de werkelijkheid. De uitkomsten van dergelijke discussies zijn voor de werkelijkheid per definitie betrekkelijk. Zo blijkt dat het verschil tussen ervaren en onervarenen niet zo eenvoudig te analyseren is.² Ervaring is belangrijk, dat ben ik eens met de auteurs, daarvoor zijn veelvuldige patiëntencontacten belangrijk. Mijns inziens is dit een pleidooi om studenten zo vroeg en zoveel mogelijk met echte patiënten te confronteren en niet zozeer om de opleiding te verlengen.. Het lijkt mij daarbij van groot belang dat studenten geobserveerd worden en feedback krijgen. Het accent zal in het praktisch klinisch onderwijs moeten verschuiven van klinische patiënten naar poliklinische patiënten.³

Als tweede element dat van wezenlijk belang is voor het leerproces, noemen de auteurs het dragen van verantwoordelijkheid voor zieke mensen. Ik ben het daar geheel mee eens, studenten die een keuze co-assistentenschap hebben gevolgd, waarbij zij als 'zaalarts' fungeerden, ervaren het dragen van verantwoordelijkheid als zeer potentiërend voor het leren. Het lijkt mij van groot belang om een periode als 'zaalarts' in het basiscurriculum te incorporeren.

Door de auteurs wordt als derde genoemd: het ontwikkelen van een conceptueel kader en de

introdactie tot een bepaalde hoeveelheid kennis die alle artsen gemeenschappelijk moeten hebben. Ik ben het ermee eens dat artsen elkaars taal moeten blijven spreken. Geen argument voor verlenging maar een krachtig argument tegen vroege differentiatie in de basisopleiding. Een aanzienlijk deel van de basisopleiding, ook wel het kerncurriculum genoemd, moet voor alle artsen hetzelfde zijn.

Tenslotte noemen de auteurs meer aandacht voor het ontwikkelen van attitude en vaardigheden voor 'education permanente'. Weer ben ik het met de constatering eens, maar zie het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode niet als een oplossing. Wat zie ik dan als oplossing voor het geconstateerde tekort. Uit bovenstaande opmerkingen zal al wel duidelijk zijn, in elk geval curriculum herziening, en geen verlening. Het lijkt mij daarbij van groot belang dat ook de professie en diegenen die de vervolgopleidingen verzorgen, geconsulteerd worden. Een zeer belangrijk onderdeel van het proces dat tot een 'idealer' curriculum leidt, is mijns inziens een betere afstemming tussen de basisopleiding en de vervolgopleiding. Ongetwijfeld zal dat niet eenvoudig zijn, maar het lijkt mij beter om de energie aan curriculum herziening en afstemming tussen basisopleiding en vervolgopleiding te besteden dan aan het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode.

LITERATUUR

1. Scherpbier AJJA. Een algemeen klinische vormingsperiode. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8 (4): 131.
2. Snoek JW. Het denken van de neuroloog. Groningen, 1989. 460 pp. Proefschrift.
3. Mellinkhoff SM. The medical clerkship. N Eng J Med 1987; 317: 1089-91.