

Het BOC-rapport, waaraan dit symposium is gewijd, draagt als titel 'Basisarts: bevoegd en bekwaam'.¹ Deze titel probeert, omdat op dit moment de bevoegdheid van de basisarts is uitgehold en het met de bekwaamheid bedroevend is gesteld. Het BOC-rapport bevestigt dat de huidige artsopleiding - althans gemeten naar de oordelen van de afnemers - een flop is en suggereert dat het door de gezamenlijke inspanning van de faculteiten een top kan worden. Voor we echter van een top of een flop kunnen spreken moeten we weten wat we precies met de artsopleiding willen. De vraagstelling van dit symposium - 'Waartoe is de basisarts bekwaam?' - is kennelijk zo moeilijk, dat de medische faculteiten deze meestal maar uit de weg gaan.

Dr. C. Spreeuwenberg
Hoofdredacteur Medisch Contact
Voormalig hoogleraar
huisartsgeneeskunde Vrije
Universiteit

Correspondentieadres:
Lomanlaan 103
3526 XD Utrecht

De cyclisch ingestelde curriculumcommissies hebben hun handen zo vol aan het bewaren van vrede binnen onze faculteiten dat van hen onmogelijk kan worden verwacht dat ze een logisch en consistent curriculum construeren. Als ik de tijd had zou het niet moeilijk zijn te illustreren hoe historisch gewortelde posities het curriculum bepalen.

Tot 1973 stond het vast waartoe de net afgestudeerde arts geacht werd bekwaam te zijn: hij moest als algemeen arts, later huisarts genoemd, kunnen functioneren. Dáárvoor bestond immers geen vervolgopleiding en er waren destijds toch zo'n vier-en-een-half-duizend huisartsen werkzaam. Bekwaam om als huisarts te functioneren waren de afgestudeerde artsen na de oorlog echter niet meer. Als dat wel zo was, was de roep om een specifieke beroepsopleiding voor huisartsen immers nooit ontstaan. Dat de opleiding niet aansloot bij de praktijk was te begrijpen, want van de huisartspraktijk wisten de hooggeleerden die voor 1973 over het curriculum beslisten, niet zo veel af. Nog veel recenter heb ik mensen ontmoet die op grond van een stage van één week bij een huisarts meenden te weten wat er binnen de huisartsgeneeskunde te koop is. Trouwens: veel kennis en vaardigheden die ik tot de dag van heden in de praktijk gebruik, heb ik helaas niet in één of andere opleiding geleerd, maar gewoon bij elkaar 'ge-doe-het-zelfd'.

UITOEFENEN VAN DE GENEESKUNST

In 1973 is niet alleen de *duur* van universitaire opleiding met een jaar bekort; de opleiding kreeg door een wijziging van het Academisch Statuut ook een bredere doelstelling. Was het doel voorheen het verwerven van *kennis* om als arts te kunnen functioneren; vanaf dat moment moest *bekwaamheid* worden opgedaan om de geneeskunst uit te oefenen. Tijdens het arts-examen wordt onderzocht of de kandidaat deze bekwaamheid heeft. Let wel: dit onderzoek behelst dus niet het wetenschappelijk niveau van de kandidaat.

Met de *geneeskunst uitoefenen* wordt bedoeld dat de pas afgestudeerde arts de geneeskunst in praktijk moet kunnen brengen. Formeel moet hij - aangezien de wettekst niet rept over toezicht - zelfs zelfstandig kunnen praktiseren; een recht dat sommige charlatans ook in praktijk brengen.

Het valt op dat het Interfacultair Overleg Geneeskunde (IOG) met zijn Raamplan 1974 voor de artsopleiding helemaal geen zelfstandig functioneren voor ogen stond.² Het IOG beschreef immers drie situaties:

1. Het begin van de voortgezette opleidingen voor huisarts, specialist en sociaal-geneeskundige. Verpleeghuisartsen waren er destijds nog niet.
2. De werksituatie van de beginnende medisch-wetenschappelijk onderzoeker. Dit is een doelstelling die slaat op de eindtermen van de

eerste fase, maar die niet de beroepsvoorbereidende fase die met het artsexamen wordt afgesloten, betreft.

3. De werksituatie voor functies, waarvoor geen zelfstandige verantwoordelijkheid voor medisch handelen wordt vereist.

Impliciet gaat het Raamplan 1974 er dus van uit dat de arts na het artsexamen *niet zelfstandig* hoeft te kunnen handelen. Hoe is dat te rijmen met de eis dat elke arts moet kunnen praktiseren?

GEBREK AAN VISIE OP DE BASISARTS

Omdat we met de formele bevoegdheid van de basisarts slecht uit de voeten kunnen, komen we ook niet goed uit de eindtermen van de opleiding en de inhoud van het basisonderwijs. De logische weg immers zou zijn:

- formuleren wat een basisarts is;
- waartoe hij bevoegd is en
- aan welke eisen hij in verband met die bevoegdheid moet voldoen.

Uit de BOC-rapportage blijkt dat deze weg helaas geen consensus oplevert. Merkwaardigerwijs - en voor de BOC-begeleidingscommissie gelukkig - bestaat er bij de afzonderlijke disciplines wel een idee over datgene wat basisartsen van hun vakgebied moeten weten.

Over de vraag hoe deze discipline-gebonden eisen zich verhouden tot eindtermen gebaseerd op een visie op de basisarts, geeft het BOC-rapport geen uitsluitsel.

Uit pragmatische overwegingen hebben de schrijvers van het rapport het ontbreken van een geëxpliciteerde visie op de basisarts geaccepteerd. Echter, als de gezamenlijke faculteiten er in zouden slagen dat bij het artsexamen onderzocht wordt of kandidaten aan de eindtermen voldoen, is dit ten opzichte van de huidige situatie winst. In ieder geval is het dan voor de toekomstige collegae en de 'afnemers', vooral de vervolgoopleidingen, duidelijk waarin de basisarts bekwaam is en waarin niet. Maar voor het overige blijft het resultaat onbevredigend. Hiermee is ook gelijk de zwakte van het rapport gegeven. Vooral omdat ook een specificatie van de eisen ontbreekt is het moeilijk te beoordelen wat voor een profiel er uiteindelijk ontstaat. Het ware beter geweest als er niet binnen, maar tussen de disciplines overeenstemming over de eindtermen bestond. Het komt me dan ook

voor dat de internist de eindtermen van de chirurg moet beoordelen en vice versa.

Ik ga er hierbij maar van uit dat de verschillende disciplines *hun* idee over het profiel van de huisarts als uitgangspunt hebben genomen. Van het produkt 'basisarts' heeft immers niemand een idee. Dit betekent dat er mogelijk zowel te hoog is gegrepen als dat er inhoudelijke omissies zijn. De situatie is dus niet veel anders dan vóór 1973. De nu met huisartsen uitgebreide curriculumcommissies weten nog steeds niet waartoe ze opleiden.

SITUATIE IN HET BUITENLAND

Hoe is de situatie in het buitenland? In de Verenigde Staten en Canada duurt de opleiding korter, maar wordt een academische vooropleiding van twee jaren geverg'd. Hierdoor worstelt men daar minder met de pretentie de opleiding ook nog een wetenschappelijk karakter te moeten geven. De in het BOC-rapport genoemde statements uit het buitenland leveren geen duidelijk profiel op van de beginnende arts; ze pogen meer aandacht te vragen voor de verbreding van de oriëntatie van de opleiding; iets waar ik het mee eens ben, en dat bij een disciplinegewijze aanpak gemakkelijk tussen wal en schip kan vallen.

Het Amerikaanse rapport 'Physicians for the Twenty-First Century' concludeert dat de basisopleiding tot doel heeft het gemeenschappelijk fundament voor alle artsen te leggen: "...all physicians, regardless of specialty require a common foundation of knowledge, skills, values and attitudes".³

Naar wat dat gemeenschappelijk fundament zou moeten inhouden, mogen we echter raden.

In de Edinburgh Declaration wordt een aantal basale eigenschappen van elke arts vermeld: "a doctor should be trained as an attentive listener, a careful observer, a sensitive communicator and an effective clinician".⁴

De New Leeuwenhorst Group - een Europese groep van huisartsen die zich ten doel stelt de opleiding tot basisarts en huisarts te verbeteren - ziet voor de basisartsopleiding twee doelen: "The aim of Basic Medical Education is to produce graduates who have an understanding of the principles of medicine and who are capable of undertaking further training in a particular field".⁵

Een commissie van de Britse General Medical Council - let wel geen commissie van de gezamenlijke faculteiten - ziet het doel als: "... to enable him to assume the responsibilities of a preregistration house officer and to prepare him for vocational training for a specialty followed by continuing education throughout his professional career".⁶

EEN BEVOEGDHEID IS ALTIJD GELIMITEERD

Gemeenschappelijk aan deze statements is dat ze stellen dat het er in de basisartsopleiding *niet* om gaat dat de arts geheel zelfstandig kan praktiseren, maar *wel* om de beginnende arts in staat te stellen te functioneren als lid van de gemeenschap van artsen, die zijn verbonden door een set van kennisbestanddelen, vaardigheden, professionele codes, normen en waarden. Een onderdeel van die professionele code is dat men slechts bevoegd is datgene te doen waartoe men bekwaam is. Dat geldt niet alleen voor basisartsen, maar ook voor medische specialisten. Volgens de formele wetteksten mogen de rechten van de basisarts dan wel ruim geformuleerd zijn; in het tuchtrecht, in het strafrecht en in het civielrecht is deze bevoegdheid danig ingeperkt. Persoonlijk zou ik er voor zijn dat dit ook in de wet wordt uitgedrukt. In zo'n andere wetteksten zou moeten worden aangegeven dat het artsexamen het gemeenschappelijk traject van alle artsen markeert en dat men na het artsexamen bevoegd is die onderdelen van de geneeskunst uit te oefenen waarvan de bekwaamheid expliciet is aangetoond. Overeenkomstig de werkelijke gang van zaken krijgt men gedurende de beroepsopleiding een steeds toenemende bevoegdheid. Ook nu *doet* de oudste assistent-in-opleiding-tot-specialist niet alleen meer dan de jongste, maar *mag* hij dat ook. Het opgenomen zijn in één van de registers heeft vooral een sociaal-economische betekenis. Kortom, we moeten af van de fictie dat er tussen artsen geen verschillen zijn in niveaus van deskundigheid, vaardigheid en verantwoordelijkheid. Het artsexamen geeft toegang tot de vervolgoopleidingen *waarvoor men geschikt is*. De vervolgoopleidingen mogen additionele eisen stellen; iemand kan een uitstekend arts zijn en toch niet geschikt zijn voor het beroep van chirurg of dat van psychiater.

DE RAAD VOOR HET MEDISCH ONDERWIJS

Waarvan kunnen nu de eindtermen van de basisopleiding worden afgeleid? Een logische bepaling zal er nooit komen, maar we kunnen steun vinden bij het principe van de General Medical Council dat het inhoudelijk moet gaan om de aspecten die alle artsen binden: "The graduate's knowledge should include the basic principles underlying the subjects which he has been taught, but need not include detailed aspects which are more appropriate to specialized vocational training".⁶

Omdat de drie huidige Colleges (CC/SRC; CHVC/HVRC; CSG/SGRC) verantwoordelijk zijn voor de vervolgoopleidingen en het recht hebben ingangseisen te stellen, en deze Colleges in mijn optiek bovendien zullen moeten aangeven waartoe artsen in de verschillende fasen van de opleiding bevoegd zijn, is het verstandig hen bij het formuleren van de eindtermen te betrekken. Mijn voorstel is de eindtermen te laten bepalen door een analogon van de General Medical Council, de Raad voor het Medisch Onderwijs, samengesteld uit personen benoemd door de medische faculteiten en de Colleges. Om 'petten'-problemen te voorkomen moeten de colleges dan natuurlijk wel voorkomen dat hun vertegenwoordigers in deze Raad weer uit de faculteiten komen. Op basis van de ideeën van de universitaire klinische vakgroepen, waarover kennelijk behoorlijke consensus bestaat, en de eisen die de vervolgoopleidingen aan beginnende arts-assistenten willen stellen, bepaalt de Raad voor het Medisch Onderwijs de eindtermen. Deze eindtermen worden bij het artsexamen getoetst. Op grond van deze eindtermen omschrijft de Raad de bevoegdheid van de basisarts.

Ik ben er niet zo voor om al vóór het artsexamen de opleiding sterk te differentiëren. Dit neemt niet weg dat er plaats moet worden ingeruimd voor keuzestages en additioneel onderwijs op de wijze zoals dat in de aanbevelingen wordt voorgesteld.

Zolang bij het artsexamen de door de Raad geformuleerde eindtermen worden getoetst is er evenmin bezwaar tegen dat faculteiten onderling enigszins verschillen.

EEN ZELFSTANDIGE KLINISCHE PERIODE

Er is veel te doen geweest over het voorstel van mevrouw Borst-Eilers, Querido en De Kock van Leeuwen over de zelfstandige klinische periode.⁷

Niet bestreden is hun diagnose dat de algemeen klinische vorming te kort schiet, dat de aandacht van de vakgroepen is verschoven van onderwijs naar onderzoek en dat de totale klinische periode met de verkorting van de studieduur is verkort.

Wat betreft het tekortschieten in kennis en vaardigheden zal instelling van een klinische periode in de voorgestelde vorm weinig oplossen. Het expliciteren van de eindtermen en het nemen van maatregelen, zoals aantekeningen van aangetoonde vaardigheden en een landelijk basisartsexamen, om te verzekeren dat basisartsen de benodigde kennis en vaardigheden bezitten, zijn hiervoor meer geëigend.

Anders gesteld is het met de vraag of iemand die aan alle geëxpliceerde eisen voldoet daarmee ook een goed arts is. In de praktijk komt het immers ook op andere eigenschappen aan. Een arts moet op basis van summiere gegevens tot een verreikende beslissing komen. Terecht verwijzen mevrouw Borst-Eilers et al. naar Elstein, die aangeeft dat *ervaring* zo'n belangrijke rol speelt bij patroonherkenning, herkennen van de juiste sleutelgegevens, het vormen van de juiste vroege hypothesen, het verwerpen van hypothesen en het 'jumping to conclusions'.⁸

Het is niet erg dat de huidige basisopleiding nog geen ervaren klinici oplevert zolang we ons dat maar bewust zijn en we de toekomstige arts leren de geneeskunst uit te oefenen, wat heel iets anders is dan een co-assistent-schap te volgen. Natuurlijk, de co-assistent-schappen zijn belangrijk en vormend, maar ze worden geleid door andere, meer formele leerdoelen en zijn alleen al door hun lengte beperkt. Hoe men ook zijn best doet de co-assistent eigen verantwoordelijkheid te geven, praktisch ontbreekt het hem aan tijd om een afdeling en de gang van zaken in een ziekenhuis goed te leren kennen. Bovendien is de juridische positie van de co-assistent een

andere dan die van de beginnende arts. Misschien is twee jaar wel erg lang, maar een periode waarin men onder toezicht leert zelfstandig te werken en zelf verantwoordelijkheid te dragen lijkt mij een goede entree-eis te zijn voor de vervolgopleiding.

De tegenwerpingen zijn van verschillende aard:

- Vele kandidaten voor de vervolgopleidingen hebben al zo'n periode doorlopen. Het lijkt me beter als dit onder toezicht van een daartoe erkende opleider is geschied. Bovendien blijven er altijd mensen die niet zo'n periode hebben gevolgd.

- De studieduur wordt nog langer.

Ik zie eigenlijk niet goed waarom de periode voor het artsexamen geen vijf jaar kan duren, zoals in Groot-Brittannië het geval is. Door kritische evaluatie van de door de disciplines genoemde eindtermen, is er naar mijn mening ruimte te vinden voor bekorting van de studieduur.

- In de vervolgopleidingen krijgt men nog voldoende gelegenheid om de klinische competentie te verwerven.

Welnu, de vervolgopleidingen zijn specialistische opleidingen. In de algemene klinische vorming gaat het om het leggen van een fundament waarop de vervolgopleidingen kunnen voortbouwen. Wat men later ook gaat doen, zo'n algemene klinische stage helpt mensen verder te kijken dan hun neus lang is. Aanstaaende huisartsen zouden dan ook in het ziekenhuis werkzaam moeten zijn en aanstaande internisten misschien wel in de huisartspraktijk.

- Het instellen van een algemeen klinische vormingsperiode zal het moeilijk maken de opleidingsduur van huisartsen uit te breiden. Voorzover ik weet, wil men de assistent-in-opleiding-tot-huisarts juist pas later de klinische periode laten volgen, zodat hij met de bril van de huisarts naar de specialistische geneeskunde kan kijken. Dat is toch nog iets anders dan iemand zodanig te vormen dat hij in staat is toegerust als arts de opleiding te beginnen.

- Het plan doet te veel denken aan plannen met betrekking tot de house-staff.

Dit moge zo zijn, maar thans zijn velen ongestructureerd werkzaam als agnion en zullen we met dit gegeven moeten leven. Het

scheppen van een structuur met eisen aan de opleiding biedt meer voor- dan nadelen.

Mevrouw Stegeman, de secretaris van de commissie Borst-Eilers, Querido en De Kock van Leeuwen gaat in haar afstudeerscriptie over 'Intuïtie en het probleemoplossend denken door medici' van een interessante benadering uit.⁹ Ze behandelt daarin de theorie van Polanyi over Tacit Knowing (het onge-noemde weten) en die van Eisner over het connoisseurship (het vakmanschap is meesterschap) en laat zien hoe mensen het geheim van een vak kunnen leren. Niet voor niets waren de academische geneesheren bestand tegen het opheffen van de gilden. Door het gildesysteem - en wat is zo'n klinische periode anders? - leerde men een vakman te worden. Over de voorstellen van Borst-Eilers et al. is in onze kringen niet goed gediscussieerd. Iedere nuancering - zoals ik bijvoorbeeld in mijn hoofdartikel van 31 augustus 1990 heb aan-gebracht - wordt als verraad gekenschetst.¹⁰ Zo'n onwil om over iets vernieuwends te spreken is de academische wereld onwaardig en doet ons geen goed. Vanuit mijn visie op de basisarts is het zeer wel mogelijk om de lijnen genoemd in het BOC-rapport en die in het rapport Borst-Eilers, Querido en De Kock van Leeuwen met elkaar in overeenstemming te brengen.

AANBEVELINGEN

- Richt een Raad voor het Medisch Onderwijs op, samengesteld uit personen benoemd door de Medische Faculteiten en de Colleges. De taak van deze Raad is:
 - het benoemen van de eindtermen van de artsopleiding;
 - het vaststellen van de eisen van het landelijke artsexamen;
 - het houden van toezicht op het landelijk artsexamen.
- Stel een lijst vast van vaardigheden die iemand aangetoond moet beheersen om aan het artsexamen te mogen deelnemen.
- Bekort de opleiding tot basisarts met één jaar.
- Bepaal dat artsen pas tot vervolgoopleidingen worden toegelaten als ze gedurende een jaar onder toezicht zelfstandig in een 'klinische' situatie werkzaam zijn geweest.

Het programma van deze 'klinische' vormingsperiode behoeft de voorafgaande goedkeuring van de Raad voor het Medisch Onderwijs.

- Vast moet staan dat een arts niet bevoegd is tot het verrichten van geneeskundige handelingen die verder reiken dan het niveau en de reikwijdte van zijn aangetoonde bekwaamheid.
- De vervolgoopleidingen hebben het recht een nader onderzoek te verrichten naar de geschiktheid van de kandidaat om de betrokken opleiding met succes te beëindigen.

LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Interfacultair Overleg Geneeskunde. Raamplan 1974 Medisch Contact 1974; 29: 1017-21.
3. Association of American Medical Colleges. Physicians for the Twenty-First Century. Washington: Report of the panel on the general professional education of the physician and college preparation for medicine, 1984.
4. World Federation for Medical Education. The Edinburgh Declaration. Edinburgh, 1988.
5. The New Leeuwenhorst Group. Changing view of basic medical education: a view from general practice. Amsterdam, 1986.
6. Education Committee of the General Medical Council. Recommendations on Basic Medical Education. London: General Medical Council, 1980.
7. Borst-Eilers E, Querido A, De Kock van Leeuwen JAC. Voorstel tot het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode in het medisch onderwijscontinuüm. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.
8. Elstein AS, Shulman LS, Sprafka SA. Medical problem solving: an analysis of clinical reasoning. Cambridge/Massachusetts: Harvard University Press, 1979.
9. Stegeman JH. Intuïtie en het probleemoplossend denken door medici. (Afstudeerscriptie). Rotterdam: Erasmus Universiteit, 1990.
10. Spreeuwenberg C. Redactioneel commentaar. Medisch Contact 1990; 45: 1003.