

Prof. Dr. H.J. Huisjes,  
Hoogleraar obstetrie en  
gynaecologie  
Decaan Faculteit der  
Geneeskunde  
Rijksuniversiteit Groningen

Correspondentieadres:  
Faculteit der Geneeskunde  
Bloemsingel 1  
9713 BZ Groningen

*In deze bijdrage wordt ingegaan op de vraag of het resultaat van de tweede fase opleiding meer zou moeten zijn dan de som der stages. Zijn er ook discipline-overstijgende doelstellingen noodzakelijk, en zo ja, op welke wijze zijn deze te realiseren? Enkele denkbare discipline-overschrijdende doelen zullen de revue passeren, waarbij uiteraard geen compleetheid nagestreefd wordt. Daarbij wordt ervan uitgegaan dat discipline-overschrijdend betekent: niet discipline-specifiek. Volgens het BOC-rapport: "algemene vaardigheden en attitudes die ... niet bij één co-assistentenschap onder te brengen zijn".<sup>1</sup> De volgende doelstellingen zullen kort besproken worden: – zekerheid in het praktisch handelen, – stage-overstijgende disciplines, – communicatie, – weg weten.*

#### ZEKERHEID

Uit het onderzoek van Tan blijkt bij beginnende huisartsen-in-opleiding onzekerheid te bestaan bij een kwart van alle vaardigheden.<sup>2</sup> Is dat te wijten aan tekorten in de opleiding? Soms wel: sommige vaardigheden worden niet of onvoldoende geoefend. Maar onderzoekers hiernaar begeven zich op glad ijs indien ze als variabele kiezen het idee, het gevoel, de mening van de onderzochte proefpersoon over zijn/haar zekerheid. Sommige vaardigheden (handelingen, communicatie) dienen hic et nunc, dat wil zeggen zonder gerichte voorbereiding betoond te worden, zodat daarbij de kans op onzekerheid groot is, en dus ook de behoefte om de onzekerheid te wijten aan onvoldoende training. Het is maar de vraag of voldaan kan worden aan de eis dat onzekerheid na de opleiding niet meer mag bestaan, of althans minimaal moet zijn. Elke arts voelt zich onzeker zolang hij niet geroutineerd is. Dat is door training binnen een opleiding van twee jaren niet te voorkomen. De onzekerheid zal hij in de vervolgopleiding kwijt moeten zien te raken. Dat zal des te beter lukken omdat die altijd een beperkt scala aan vaardigheden per tijdseenheid omvat.

De discipline-overschrijdende doelstelling: "onzekerheid vermijden" is een schijn-doelstelling. Dat ligt eigenlijk ook wel voor de hand. Toch wordt onderzoek opgezet uitgaande van het tegenovergestelde. De conclusie moet dus zijn dat vooralsnog niet de opleiding tot basisarts verandert maar de onderzoeksmethode die gehanteerd wordt bij het bestuderen van de geschiktheid van die opleiding voor het zich eigen maken van vaardigheden.

#### STAGE-OVERSTIJGENDE DISCIPLINES

De aanbeveling in het BOC-rapport om disciplines als besliskunde, klinische epidemiologie, economie van de gezondheidszorg, gezondheidsrecht en medische ethiek op te nemen in het pakket, moet krachtig worden ondersteund.

De aanbeveling om het zwaartepunt van het onderwijs in deze vakken in de tweede fase te leggen brengt het gevaar met zich mee dat de toch al volle tweede fase overvuld raakt. Dat gaat dan ten koste van de klinische training. Het zou wellicht beter zijn het zwaartepunt in de eerste fase te leggen. Dat kan mogelijk worden gemaakt door de eerste fase te verrijken met meer patiëntgebonden onderwijs. Er moet dan wel voor gezorgd worden dat de aspecten van de gezondheidszorg die deze disciplines vertegenwoordigen, expliciet aan

de orde komen in de co-assistentstages. Een voorbeeld: in een modelstatus, te maken door de co-assistent, moeten rubrieken besiskundige aspecten, medisch ethische aspecten, etcetera worden ingevuld. De ervaring in de jaren zeventig bij de vakgroep Obstetrie en Gynaecologie, met het invoeren van een WIA-status met aparte kolommen voor waarneming (W), interpretatie (I) en actie (A) heeft ons geleerd dat deze systematische benadering van klinische problemen vruchtbaar is, niet alleen voor studenten, maar ook voor assistenten en docenten. Iets dergelijks zou kunnen gebeuren met de zojuist genoemde discipline-overschrijdende aspecten van de klinische training.

## COMMUNICATIE

Elke arts moet kunnen communiceren, in het bijzonder met patiënten en hun relaties, die van hem afhankelijk zijn omdat hij over existentiële zaken meer weet dan zij. Enige ervaring met klachten die door patiënten tegen artsen worden ingebracht, leert dat die meestal betrekking hebben op een combinatie van een medische fout of een ongelukkige afloop met communicatie-fouten. En het is, behalve de bedreigende aspecten van de medische technologie, het gebrek aan bedrevenheid in intermenselijk contact van de kant van de arts dat de patiënt het alternatieve circuit indrijft. Deze vaardigheid wordt niet alleen geleerd door gesprekstraining. Dat is niet meer dan een techniek zoals andere. De student moet leren begrijpen wat er gebeurt met en in mensen die geconfronteerd worden met het bolwerk van de beterswetters. Maar zelfs dat is niet genoeg: hij moet er bovendien van doordrongen zijn dat die processen meestal belangrijker zijn dan diagnose en therapie. Er is geen discipline die dit als onderwerp heeft. Wellicht is er een sporadische docent met voldoende vaardigheid en belangstelling om het, mits het curriculum hem de kans geeft, over te brengen.

## WEG WETEN

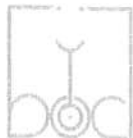
Het centrale probleem voor elke docent in de tweede fase is of zou moeten zijn: waartoe leid ik op. Het Raamplan 1974 heeft de beantwoording van die vraag niet eenvoudiger gemaakt, omdat daarin een grote variatie in de beroepsaanvang werd geëxpliciteerd.<sup>3</sup> Mijn eigen ervaring in het klinisch onderwijs heeft mij geleerd dat het enige bruikbare uitgangspunt is de patiënt en zijn problemen. Een basisarts dient, ongeacht zijn beroepsaanvang, weg te weten met elk patiëntenprobleem.

## PLAATS IN HET CURRICULUM

Discipline-overschrijdende doelstellingen als de hiervoor aangestipte kunnen slechts gerealiseerd worden in een leersituatie die patiëntencontact veronderstelt. Dat betekent niet dat ze alleen in de tweede fase kunnen worden gedoceerd. Wanneer het patiëntencontact in de eerste fase intensiever is dan in de traditionele opleiding, kan een voorbereiding daar plaatsvinden. Essentieel is dat in de tweede fase het geleerde geïntegreerd wordt in de stages.

## LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Tan LHC. Tekortkomingen in de opleiding tot huisarts. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 1989 205 blz. Proefschrift.
3. Interfacultair Overleg Geneeskunde. Raamplan 1974. Medisch Contact 1974; 29: 1017-21.



## DOEL EN INHOUD VAN DE TWEEDE FASE VAN DE ARTSOPLEIDING

De doelstellingen van de tweede fase van het medisch curriculum werden tot nu toe niet concreet vastgelegd. Zeker heeft dit te maken met het typisch karakter van de studie geneeskunde: sterk beroepsgericht met een - helaas vaak suboptimaal functionerende - meester-gezel structuur. Hierdoor ontstaat er een gedecentraliseerde verantwoordelijkheid bij de directe begeleider. Ook de eigen aard van onderwijs aan de hand van patiënten werkt dit in de hand door de relatieve onvoorspelbaarheid van de toevallige karakteristieken van de individuele patiënt, en de beperking in aantallen patiënten(contacten). De door externe beleidsorganen tweegebrachte onrust binnen het medisch onderwijscontinuüm - de afbakening van de tweede fase vormt immers de laatste in een reeks van wijzigingen in tijdsduur en inrichting van de studie geneeskunde - heeft het formuleren van definitieve en duidelijke doelstellingen evenmin bevorderd.

Onderwerpen die in de discussie naar voren werden gebracht, hebben vooral betrekking op de inhoud van het medische curriculum. Kennelijk bestaat er een zekere schroom om te discussiëren over doelstellingen waar wel een bepaalde voorstelling van bestaat, maar die nooit (gedetailleerd) werden geëxpliciteerd. Toch toont het aan het BOC-rapport ten grondslag liggende onderzoek, zowel bij enquêtering van de onderscheiden medische faculteiten als in de consensusprocedure onder vertegenwoordigers van medisch onderwijs en gezondheidszorg aan dat over een belangrijk deel der doelstellingen dezelfde verwachtingen blijken te bestaan, ook zonder dat deze eerder gedetailleerd werden geëxpliciteerd.<sup>1</sup> Zelfs ten aanzien van ontbrekende elementen in het huidige curriculum (bijvoorbeeld stage-overstijgende aspecten) bestaat opmerkelijke overeenstemming.

In de eerste bijdrage van het cluster "Doel en inhoud tweede fase" wordt geschetst hoe ontwikkelingen in het medisch onderwijs hebben geleid tot aanpassing van het eindniveau. Van een opleiding tot huisarts met mogelijkheid tot specialisatie, werd het doel gaandeweg verlegd naar de opleiding van een 'basisarts' vrijwel zonder professionele bevoegdheden en bekwaamheden maar met de potentie tot het completeren van de opleiding in iedere medische richting. Wat is datgene dat alle basisartsen nodig hebben om succesvol met - in principe - iedere vervolgopleiding te kunnen starten, is de vraag die primair beantwoord moet worden. Dit betekent overigens niet dat iedere basisarts geschikt is voor elke vervolgopleiding, maar wel dat hij/zij over een voldoende basis beschikt om bij gebleken geschiktheid de vervolgopleiding met succes af te kunnen ronden.

De meeste auteurs in dit cluster gaan ervan uit dat voor de tweede fase de eindtermen expliciet geformuleerd en vervolgens (onder) centraal (toezicht) getoetst moeten worden.

Explicitering van doelstelling en eindtermen is bovendien een noodzakelijke voorwaarde voor een zinvolle discussie over veranderingen in structuur of lengte van de basisartsopleiding, zoals door sommigen bepleit. Aangezien er consensus bestaat over het feit dat de eindtermen van de basisartsopleiding geen optelsom van de disciplinegebonden eindtermen mogen zijn, en er een zowel in grootte als betekenis omvangrijk discipline-overstijgend curriculum-onderdeel ontwikkeld moet worden, valt aan herstructurering van in ieder geval het tweede fase curriculum niet te ontkomen.

Uiteindelijk bepalen medisch-technische aspecten slechts een - zij het essentieel - deel van de kwaliteiten van medici. De kwaliteit van de beroepsbeoefenaar wordt mede bepaald door methodisch-technische kenmerken, organisatorische eigenschappen en attitude karakteristieken. De expliciete aandacht voor de ontwikkeling bij medisch studenten van deze capaciteiten, complementair aan de medisch-technische competentie, kan als een belangrijke doorbraak in de visie op het medisch onderwijs worden beschouwd.<sup>2</sup> Een van de auteurs in dit cluster pleit ervoor om een deel van deze discipline-overstijgende aspecten in de eerste fase onder te brengen. Vanuit onderwijskundig oogpunt is dit een aantrekkelijke gedachte. Hiervoor zouden aantal en intensiteit van de patiëntcontacten in deze fase dan wel moeten worden uitgebreid, ten koste van de tweede fase. Het is de vraag of hier ruimte voor gevonden kan worden. Bovendien bestaat er nu reeds een relatieve schaarste aan beschikbare patiënten(contacten) in de tweede fase.

Betwijfeld wordt door een der discussianten of de door het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen voor het wetenschappelijk onderwijs beschikbaar gestelde formatie ook ten volle voor het bestemde doel wordt ingezet. Ook een der auteurs constateert een verschuiving van de aandacht onder klinische docenten van onderwijs naar onderzoek. Bij het vaststellen van de inhoud van de tweede fase en het bepalen van de daarvoor benodigde inspanning, moet worden uitgegaan van de reël hiervoor beschikbaar gestelde menskracht. Vervolgens moet betwaaft worden dat deze ook daadwerkelijk wordt ingezet. Een instrument hiervoor kan worden gevonden in continue programma-evaluatie van het medisch curriculum, zoals aanbevolen in de BOC-rapportage.

Een andere auteur schetst de positieve impulsen die een continue programma-evaluatie heeft op de kwaliteit van het onderwijs in een niet-universitair ziekenhuis. Co-assistentschappen in geaffilieerde centra vormen een essentieel onderdeel van de vorming tot basisarts. Dit werd onder meer bevestigd tijdens de in de BOC-rapportage beschreven consensusprocedure.

Maar ook voor affiliatie-onderwijs geldt dat aan bepaalde condities voldaan moet worden wil het onderwijs succesvol kunnen zijn. De door de betreffende auteur gepresenteerde gegevens over het affiliatie-onderwijs aan de medische faculteit van de Rijksuniversiteit Limburg tonen aan dat bij een gestructureerde aanpak en continue kwaliteitscontrole ook in affiliatief verband de onderwijsdoelen en daarmee wellicht ook de eindtermen in gelijke mate bereikt kunnen worden.<sup>3</sup> De discussie tijdens dit symposium geeft eveneens steun aan de stelling dat onderwijs in geaffilieerd verband een wezenlijk onderdeel van de tweede fase vormt, mits van faculteitswege goede evaluatie van de kwaliteit plaatsvindt en er een adequate honorering geboden wordt.

Aan de inleidingen en de gevoerde discussie kan een aantal conclusies worden verbonden:

- Eenduidige formulering van de doelstellingen en eindtermen voor het academisch curriculum geneeskunde (eerste en tweede fase) heeft hoge prioriteit.
- Deze taak overstijgt de verantwoordelijkheid van de afzonderlijke faculteiten, en moet worden uitgevoerd in nationaal verband met betrokkenheid van de medische faculteiten, de universitaire klinische vakgroepen, de colleges voor de vervolgoopleidingen, de beroepsgroepen en mogelijk andere betrokkenen (studenten?, patiënten?), rekening houdend met de Europese richtlijnen zoals geformuleerd in artikel 1 van de Richtlijn van de Raad van de Europese Gemeenschappen nr. 75/363/EEG.
- Bij het bepalen van de met de doelstellingen samenhangende inhoud en structuur van de tweede fase moet duidelijk worden aangegeven waar de verantwoordelijkheid voor de onderscheiden curriculum-onderdelen (disciplinegebonden, -overstijgend, systematische vaardigheidstraining, niet-universitair gedeelte, examinering) is ondergebracht.
- Voortdurende evaluatie van en controle op de kwaliteit en kwantiteit van de onderwijsbijdragen van universitaire en geaffilieerde docenten is noodzakelijk.
- De kwaliteit(en) van de basisarts moet(en) bij het artsexamen onder centraal toezicht getoetst worden aan de eindtermen.

G.G.M. Essed  
J.C.M. Metz  
A.J.J.A. Scherpbier

## LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Reerink E. Medical care evaluation: the link between professional requirements in medicine and medical education. Allg Med Int Med gem Int 1977; 6(2): 59-62.
3. Wolfhagen HAP, Gijselaers WH, Stalenhoef BF, Essed GGM. Programma-evaluatie van de co-assistentschappen. Bulletin Medisch Onderwijs 1989; 8(4): 126-30.