

DE VORMING TOT ARTS EN DE MEDISCHE BEROEPSUITOEFENING

J. Verhoeff
Psychiater
Hoofddirecteur Gezondheidszorg
Ministerie van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur

Correspondentieadres:
Ministerie van Welzijn,
Volksgezondheid en Cultuur
Postbus 5406
2280 HK Rijswijk

BELEIDSGERICHT ONDERZOEK CO-ASSISTENTSCHAPPEN

De gesignaleerde knelpunten worden nog eens bevestigd door het door de Katholieke Universiteit Nijmegen op verzoek van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen uitgevoerde beleidsgericht onderzoek naar de co-assistentenschappen, (BOC).¹ In dit onderzoeksrapport, dat getuigt van een grondige aanpak, wordt een aantal belangrijke conclusies getrokken. De begeleidingscommissie, onder voorzitterschap van professor Stoelinga, heeft op grond van deze conclusies aanbevelingen gedaan teneinde de artsopleiding met name op het gebied van de co-assistentenschappen te verbeteren. Zo is een belangrijke conclusie dat er concreet geformuleerde eindtermen tot stand moeten komen waardoor de onderwijskundige structuur van de co-assistentenschappen verbeterd kan worden. Deze eindtermen hebben eveneens een functie in het kader van een goede afstemming tussen de artsopleiding en de daarop aansluitende medische beroepsopleidingen. De commissie Stoelinga acht het van belang dat tijdens de co-assistentenschappen een breed aanbod van patiëntgebonden opleidingsstages aanwezig is. Ook dient de kwaliteit van het onderwijs aan co-assistenten verbeterd te worden, en moet meer aandacht besteed worden aan de individuele begeleiding en supervisie van de co-assistenten. Dit zijn waardevolle aanbevelingen, die ik graag tot de mijne maak. Echter, ik vraag mij af of deze aanbevelingen, gezien ook de andere in het

In de afgelopen decennia zijn van verschillende kanten kritische kanttekeningen geplaatst bij de opleiding tot arts. Deze opleiding werd negatief beoordeeld op aspecten van inhoud, structuur en opzet, evenals op het aspect van aansluiting op de medische beroepsuitoefening en de medische vervolgopleidingen.

BOC-rapport opgenomen analyses en aanbevelingen, een afdoend middel vormen voor de kwaal waaraan de artsopleiding in Nederland lijdt. Is het werkelijk zo dat door alleen een verandering in de co-assistentenschappen aan te brengen, een arts wordt afgeleverd die bevoegd en bekwaam is om het medisch beroep in algemene zin daadwerkelijk uit te oefenen? Ontstaat zo de gewenste basisopleiding, die als vooropleiding een passende aansluiting biedt op de medische vervolgopleidingen? Is het vanzelfsprekend dan wel mogelijk dat de oplossing voor de tekortkomingen bij het opdoen van praktische vaardigheden gevonden wordt binnen de reeds lange tijd bestaande en naar velen menen verouderde structuur van de opleiding tot arts?

Een tweetal visies verdient in dit verband nadrukkelijk aandacht.

ALGEMENE KLINISCHE VORMINGSPERIODE

Eind 1989 bracht een drietal deskundigen op het terrein van het medisch onderwijs, te weten mevrouw E. Borst-Eilers en de heren Querido en De Kock van Leeuwen - ditmaal op verzoek van de Staatssecretaris van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de Minister van Onderwijs en Wetenschappen - een voorstel uit tot het invoeren van een "Algemene klinische vormingsperiode" in het medisch onderwijscontinuüm.² Deze periode van 'general clinical training', die anders dan het woord "klinisch" wellicht zou doen vermoeden intramuraal alsook extramuraal moet worden doorgebracht, komt te liggen tussen het einde van de opleiding tot arts en het begin van de medische vervolgopleidingen. Naar

de mening van Borst-Eilers et al. kan na beëindiging van deze algemene medische vormingsperiode, waarin de arts met verantwoordelijkheid en onder toezicht op afstand werkzaam is, registratie met civiel effect plaatsvinden. Naar de opvatting van deze drie deskundigen is een goede klinische vorming onder meer afhankelijk van de aanwezigheid van:

- docenten die de inhoudelijke aspecten van dit type onderwijs beheersen en voldoende tijd voor onderwijs hebben;
- een onderwijsmilieu waarin de arts in vorming onder toezicht verantwoordelijkheid draagt. Klinisch docent en student weten uit ervaring dat het toekennen van verantwoordelijkheid in deze fase van het leerproces noodzakelijk is.

Borst-Eilers et al. hebben aangegeven dat in de door hen voorgestane algemene klinische vormingsperiode ook een cursorisch gedeelte opgenomen dient te zijn. Hierdoor wordt de mogelijkheid geboden om dieper en breder in te gaan op een deel der algemene medische kennis. Anderzijds kan ook aandacht geschonken worden aan een aantal relevante specifieke aspecten van de medische beroepsuitoefening zoals gezondheidsethiek, gezondheidsrecht, gezondheidseconomie, medische technologie, management en farmacotherapie.

De probleemanalyses in dit rapport sluiten nauw aan bij de analyses van het BOC-rapport en vonden brede ondersteuning. Maar ook hier lijkt niet de meest wenselijke oplossingsstrategie te worden aangereikt. Deze zal recht moeten doen aan meerdere problemen en dat in onderlinge samenhang.

Voor genoemd voorstel, waarop door het medisch en onderwijskundig veld op uiteenlopende wijze is gereageerd, vormt momenteel nog onderwerp van bespreking bij de departementen van Onderwijs en Wetenschappen en van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Mogelijk ten overvloede moet opgemerkt worden dat het voorstel tot het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode nimmer de intentie heeft gehad om een wig te drijven tussen de medische faculteiten ener-

zijds en de medische beroepsgroep anderzijds. Het voorstel mag evenmin worden aangemerkt als een politiek stuk met de intentie een mogelijke verlenging van de huisartsopleiding tot drie jaar niet bespreekbaar te maken.

DIFFERENTIATIE

Als derde visie zou ik aandacht willen vragen voor het onlangs in Medisch Contact verschenen artikel van collega H.A. Verbeek, waarin op verfrissende wijze ideeën naar voren worden gebracht om door differentiatie via modulair onderwijs de medisch student de mogelijkheid te geven zich selectief en efficiënt op zijn toekomstige functie voor te bereiden.³

De voornoemde rapporten en de ideeën van Verbeek maken duidelijk dat thans meerdere relevante voorstellen voorliggen, die ieder vanuit een eigen invalshoek kunnen bijdragen aan een oplossingsstrategie voor de problemen bij de vorming tot arts.

DE VORMING TOT ARTS

Het voorgaande overziend en daarbij betrokken de recent in Medisch Contact verschenen artikelen over de medische opleiding kom ik tot het volgende.^{4,7}

Naar mijn mening dienen naast voldoende wetenschappelijkheid als eindtermen van de artsopleiding aangemerkt te worden de eis dat een arts wordt afgeleverd die zowel bevoegd als bekwaam is om daadwerkelijk zelfstandig algemeen medisch te kunnen functioneren in de zin van de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg en anderzijds dat voor degenen die zich willen specialiseren, een passende aansluiting op de begintermen van de medische vervolgopleidingen geboden wordt.

Om aan deze eindtermen te kunnen voldoen zal er een artsopleiding van verantwoord wetenschappelijk niveau aanwezig moeten zijn, die een gefaseerde opbouw van theorie en praktijk alsmede van bevoegdheid en bekwaamheid kent met daarbij behorende verantwoordelijkheid. Tevens zullen in deze artsopleiding verdisconteerd moeten zijn de aanbevelingen uit het BOC-onderzoek, in ieder geval die met betrekking tot:

- verbetering en intensivering van het onderwijskundig aspect in de co-assistentenschappen;
- het formuleren van eindtermen van de artsopleiding;
- het formuleren van disciplinegebonden en discipline-overstijgende leerdoelen tijdens de co-assistentenschappen;
- een artsexamen volgens een landelijk protocol.

Ook de aanbeveling van Borst-Eilers et al. inzake de algemene klinische vormingsperiode zal in de artsopleiding haar weerslag moeten hebben. Wil een verlenging van de bestaande artsopleiding voorkomen worden dan zal deze algemene klinische vormingsperiode ingebed moeten worden in de tweede fase van de artsopleiding, hetgeen zijn repercussies zal hebben voor de huidige opbouw van deze opleiding.

Essentieel voor elke oplossingsstrategie zal moeten zijn dat de overgangen tussen eerste en tweede fase alsmede die naar de vervolgopleiding onderwerp van continue uitwisseling en afstemming worden. Verschuivingen, eliminatie en toevoeging van aandachtsvelden zullen cyclisch aan de orde moeten worden gesteld door alle betrokken partijen. Dat moet ook consequenties kunnen hebben voor de duur van de onderscheiden opleidingsfasen.

Zonder uitputtend te zijn zouden theoretisch als mogelijkheden kunnen worden onderscheiden:

- de eerste fase bestaat uit drie jaar (zonder dat afbreuk wordt gedaan aan het wetenschappelijk karakter van de opleiding) gevolgd door een tweede fase van 2 jaar co-assistentenschappen en 1 jaar algemene klinische vorming;
- de eerste fase bestaat uit 4 jaar gevolgd door een tweede fase bestaande uit 1 jaar co-assistentenschappen en 1 jaar algemene klinische vorming;
- de eerste fase bestaat uit 5 jaar, waarin de co-assistentenschappen zijn verwerkt en een tweede fase van 1 jaar beroepsgerichte opleiding via de algemene klinische vorming.

Deze varianten van de artsopleiding zouden op een zeker moment, bijvoorbeeld tijdens de co-assistentenschappen en/of tijdens de algemene klinische vormingsperiode, een mogelijkheid moeten bevatten tot differentiatie via modulair onderwijs, waardoor de arts in opleiding reeds tijdens zijn basisopleiding de keuze kan maken tussen de einddoelen algemeen functionerend arts danwel specialisatie (inclusief huisarts/ verpleeghuisarts). Het curriculum en de eindtermen van een dergelijke artsopleiding dienen mede uit oogpunt van aansluiting tot stand te komen in samenspraak tussen de medische faculteiten en de medische beroepsgroep. De eerste blijven echter hun primaire verantwoordelijkheid voor de basisartsopleiding behouden zoals de medische beroepsgroep deze heeft voor de vervolgopleidingen.

Wil een passende aansluiting tussen artsopleiding en voortgezette medische opleidingen kunnen plaatsvinden dan is het uiteraard noodzakelijk dat de verschillende medische specialisaties voorzien worden van concreet geformuleerde begintermen.

De ideeën van Verbeek impliceren ook een reële mogelijkheid tot het formuleren van enkele clusters binnen de begintermen van de vervolgopleidingen, waarop de aankomend arts kan anticiperen. Dit zelfs zonder een dramatische terugval bij een eventuele switch

in de keuze. Deze differentiatie kan men op diverse momenten in de opleiding laten aanvangen en behoeft geen geweld te doen aan een algemene deskundigheid voor de arts of voor een generalist op enig niveau.

Indien de algemene klinische vormingsperiode niet in de artsopleiding wordt opgenomen, hetgeen niet mijn voorkeur heeft, dan heeft dat consequenties voor de eindtermen van deze opleiding en mogelijkserwijze eveneens voor de totale duur van de basisartsopleiding en de medische vervolgopleidingen tezamen. Dit laatste zou vermeden kunnen worden door de algemene klinische vormingsperiode te plaatsen tussen de artsopleiding en het begin van de medische vervolgopleidingen met een dienovereenkomstige korting van laatstgenoemde opleidingen dan wel inbedding van de algemene klinische vormingsperiode aan het begin van de medische vervolgopleidingen met dien verstande dat dit geen verlenging tot gevolg heeft. Wat de laatste mogelijkheid betreft dient bedacht te worden dat de arts dan pas bekwaam geacht kan worden op een moment dat hij in opleiding is tot specialist respectievelijk huisarts.

TENSLOTTE

In de afgelopen maanden zijn van vele zijden geluiden vernomen, die alle in enig opzicht indicaties vormden voor een herbezinning op de betekenis, inhoud en de structuur van de artsopleiding met name op het punt van het opdoen van medische bekwaamheid. Het belang van een goede artsopleiding rechtvaardigt, dat deze geluiden serieus worden genomen en dat in deze gezamenlijk actie wordt ondernomen.

LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentenschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Borst-Eilers E, Querido A, De Kock van Leeuwen JAC. Voorstel tot het invoeren van een algemene klinische vormingsperiode. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.
3. Verbeek HA. Gedifferentieerde opleiding efficiënter. Medisch Contact 1990; 45(35): 1143-4.
4. Spreeuwenberg C. De vorming tot arts. Medisch Contact 1990; 45(35): 1003.
5. Stegeman JH. Is het klinisch onderwijs aan verandering toe? Medisch Contact 1990; 45(35): 1007-8.
6. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Medisch Contact 1990; 45(35): 1009-11.
7. Greep JM. Schiet de klinische opleiding van de arts tekort? Medisch Contact 1990; 45(35): 1021-3.