

AFSTEMMING BASISOPLEIDING OP VERVOLGOPLEIDING

H.A. Verbeek, chirurg

Correspondentieadres:
Vakgroep Heelkunde
Postbus 9600
2300 RL Leiden

De opleiding tot praktiserend arts kunnen wij in vier etappes indelen. Ter vermindering van misverstanden wordt hier de voorkeur gegeven aan het begrip etappe boven het woord fase. De eerste etappe is de basisschool, de tweede het VWO, de derde de opleiding aan een medische faculteit en, tot slot, is de vierde etappe de opleiding tot praktiserend medicus, bijvoorbeeld huisarts, sociaal-geneeskundige, dermatoloog of psychiater. Er bestaat ook nog een vijfde etappe, de na- en bijscholing, die doorloopt tot aan het moment van neerleggen van de praktijk; deze mag zeker met nadruk worden vermeld, doch zal in dit betoog niet verder worden besproken.

Na voltooiing van de eerste etappe zijn er vele, onderling sterk verschillende, mogelijkheden van voortgezette opleiding voor de 12- of 13-jarige scholier. De verscheidenheid is zo groot dat het vrijwel onmogelijk is om in multilateraal overleg tussen eerste en tweede etappe gezamenlijk het gewenste niveau en inhoud van het eindprodukt der basisschool te bepalen. Het is daarom op praktische gronden een logisch besluit, dat iedere vorm van tweede-etappeonderwijs een basisscholier ontvangt zoals hij of zij is gevormd en vervolgens voortbouwend vanuit die kwaliteit de tweede-etappe opleiding begint. Mutatis mutandis geschiedt hetzelfde bij de overgang van tweede naar derde etappe, ook na het eindexamen gymnasium of atheneum is het aantal mogelijkheden in de derde etappe zo groot dat onderlinge afstemming nauwelijks mogelijk lijkt. Ook hier zal de derde etappe zich zonder veel overleg met de 'toeleverancier' dienen te richten op de kwaliteiten van het eindprodukt der tweede etappe zoals het wordt aangeboden.

Geheel anders is het bij de overgang van derde naar vierde etappe. Vrijwel 100% der opgeleiden in de derde etappe (de basisartsen) zullen één der vervolgopleidingen van de medische vierde etappe gaan volgen, omgekeerd heeft praktisch 100% van degenen die met een vierde medische etappe willen beginnen een derde etappe gevolgd aan één van de Nederlandse Faculteiten der Geneeskunde.

DE MEDISCHE OPLEIDING, EEN CONTINUÛM?

Gezien het bovenstaande zou men de gehele medische opleiding vanaf het eerste jaar aan een medische faculteit dan ook gaarne een continuüm willen noemen. Echter, verdient de opleiding in de huidige vorm deze kwalifi-

catie? Naar mijn mening bepaald niet; er is géén continuïteit want er is immers geen werkelijk overleg tussen derde en vierde etappe omtrent kwaliteit en inhoud van het eindprodukt der faculteiten. Vóórdat specialisatie een noodzaak was geworden leverden de faculteiten een volwaardig eindprodukt af. De laatste decennia wordt (met alle respect) een halffabrikaat geproduceerd dat verdere scholing in een vierde etappe nodig heeft om tot praktiserend medicus te worden gevormd. Met nadruk wil ik hier stellen dat ik in het kader van dit betoog de opleiding tot huisarts reken onder de specialisaties.

De stroom van basisartsen die de acht faculteiten verlaten, vormt (op een zeldzame uitzondering na) de totale instroom in de diverse vervolgopleidingen. Hier is een wezenlijk andere situatie dan bij de overgang van eerste naar tweede, respectievelijk van tweede naar derde etappe. De overgang van de opleiding tot basisarts naar de vervolgopleiding speelt zich geheel af binnen de medische wereld. Daarom lijkt het bij deze overgang wel praktisch uitvoerbaar dat toeleveranciers en afnemers van het halffabrikaat overleg plegen omtrent de eigenschappen waaraan de basisarts zou moeten voldoen. Alleen al om redenen van efficiency is een dergelijk overleg niet slechts gewenst, maar een noodzaak. De afwezigheid van dit overleg bij een vergelijkbare situatie in de industrie zou als een schoolvoorbeeld van slecht management worden gezien. Het is de hoogste tijd dat er een lichaam voor overleg wordt gecreëerd, waarin de medische faculteiten als toeleveranciers en de professie (opleiders) als afnemers gezamenlijk vaststellen aan welke normen de opleiding tot basisarts zal moeten voldoen. Ook de overheid en de Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) zouden, eventueel als waar-

nemers, een plaats in dit lichaam dienen te krijgen. Gelukkig begint de gedachte aan een dergelijke overlegstructuur reeds post te vatten, zij het nog uiterst schoorvoetend. Zo wordt in de conclusies van het BOC-rapport een wens in die richting uitgesproken.¹ Ook de KNMG heeft het streven naar gemeenschappelijk overleg tot één van haar beleidspunten gemaakt. De KNMG noemt de wenselijkheid van het op één lijn krijgen van de acht faculteiten, om vervolgens in overleg te treden met de professie. Deze volgorde lijkt mij niet de meest praktische. Men zou dan immers moeten beginnen met het inventariseren van de huidige curricula der acht faculteiten, na vermoedelijk lange discussies consensus bereiken over één gemeenschappelijk kerncurriculum, om vervolgens deze overeenkomst weer op te breken om tegemoet te komen aan eisen of wensen vanuit de professie. Het lijkt verstandig om deze toch al moeizame operatie in één keer af te werken. Met het oog op 1992 is zelfs te overwegen om tevens het overleg op Europees niveau te voeren.

AFSTEMMING BASISOPLEIDING EN VERVOLG-OPLEIDING

Het in te stellen overlegorgaan zal zijn eigen werkwijze bepalen. Eén van de mogelijkheden is het volgende scenario, dat in min of meer gemodificeerde vorm in overweging genomen zou kunnen worden.

Uitgaande van een afstemming van de eindtermen der opleiding tot basisarts op de gewenste begintermen van de vervolgopleiding, kan worden begonnen met een inventarisering van de wensen der vervolgopleidingen. De vervolgopleidingen bestaan uit een kleine dertig onderling sterk verschillende specialisaties. Het zuiverste beeld kan worden verkregen door ieder specialisme te vragen aan welke kenmerken qua kennis en vaardigheid een Assistent Geneeskunde in Opleiding (AGIO) zou moeten voldoen om te mogen beginnen aan die bepaalde opleiding. Deze voorwaarde voor het aangeven van de beginkenmerken is van het grootste belang. Bij een vroegere poging (omstreeks 1975) om op deze wijze te inventariseren mislukte deze opzet, omdat wij er niet in waren geslaagd deze voorwaarde duidelijk genoeg over te brengen. Daardoor beantwoordden de diverse specialismen de gestelde vragen vanuit de

gedachte waaraan naar hun mening 'iedere arts behoort te voldoen'. Zodoende ontstond een onbruikbare vergaarbak van nauwelijks onderbouwde opvattingen die 'iedereen had over de gewenste kenmerken van iedere arts'. Indien wij de vraag scherper omschrijven, zullen weliswaar verschillende antwoorden door de diverse specialismen worden gegeven, maar is het aannemelijk dat ieder van die antwoorden een betere opsomming der gewenste kenmerken geeft. Het is immers te verwachten dat de opleiders Dermatologie met meer zekerheid kunnen opgeven aan welke kenmerken een aankomend assistent in hun discipline moet voldoen om de opleiding met goede kans van slagen te volgen, dan dat zij kunnen opsommen wat iedere basisarts behoort te beheersen.

Op deze wijze ontstaan enkele tientallen beschrijvingen van gewenste beginkenmerken bij de aanvang van specialisaties (inclusief de opleiding tot huisarts). Wij zullen later aangeven hoe van deze veelheid aan gegevens tot een totaal is te komen.

Indien wij bijvoorbeeld aan de verschillende Concilia de bovengenoemde vraag omtrent de beginkenmerken zouden voorleggen in deze 'open-eind' vorm, zou een moeilijk te bewerken berg aan antwoorden het gevolg zijn. Een meer gestructureerde vraagvorm zal de betrouwbaarheid van de verkregen antwoorden en de bewerking daarvan ten goede komen. Een lijst van onderwerpen, waarvan kennis en/of vaardigheid al dan niet is gewenst alvorens met de opleiding tot een bepaald specialisme te beginnen, is een eerste stap in de richting van enige structurering. De opsomming van deze onderwerpen vormt slechts de breedte van het totale veld. Het is onmisbaar om ook per onderwerp de diepte aan te geven. In dit verband wordt niet gedacht aan een zeer gedetailleerde beschrijving van ieder onderwerp zoals in de Duitse 'Gegenstandskatalog'. Wel lijkt het mogelijk om normen te ontwikkelen die enigszins nauwkeurig beschrijven hoe globaal of hoe gedetailleerd men een bepaald onderwerp zou moeten beheersen. Reeds ontwikkelde systemen voor deze normbeschrijving kunnen als voorbeeld dienen.¹ Van ten minste één discipline (Chirurgie) is bekend dat een landelijke commissie consensus heeft bereikt over een lijst met minimumeisen voor doctoraal, respectievelijk arts-examen, waarin onderwerpen en kennisniveau per onderwerp zijn

opgenomen. Een zevental normen werd gegeven, het lichtste niveau (overzicht) werd gedefinieerd als: "onderwerp wordt zeer summier behandeld, de basisarts moet er van gehoord hebben" en het meest diepgaande niveau (therapeutische vaardigheid) als: "de basisarts dient inzicht in het onderwerp te hebben, de diagnose zelf te kunnen stellen en de behandeling zelfstandig te kunnen uitvoeren". Tussen deze beide uitersten lag een aantal geleidelijk opklimmende niveaus.

Voor preklinische onderwerpen zal een andere normering moeten worden opgesteld. Deze - ongetwijfeld lange - lijst van onderwerpen met de diverse niveaus zou dan per discipline door bijvoorbeeld het Concilium kunnen worden ingevuld waarbij, het zij nogmaals nadrukkelijk gesteld, naar eer en geweten uitsluitend wordt gekeken of genoemd onderwerpen niveau gewenst is bijaanvang der opleiding in het betrokken specialisme. In de kolommen waarin de invuller kan aangeven of een bepaald item meer of minder gewenst (of vereist) is, dienen terwille van de duidelijkheid niet te veel nuances tussen 'strikt vereist' en 'overbodig' te worden aangeboden. Ervaring heeft geleerd dat vooral de laatstgenoemde kwalificatie zelden wordt gegeven. Twee antwoordmogelijkheden lijken voldoende: "strikt gewenst bij aanvang van specialisatie in dit discipline" en "géén strikte noodzaak bij aanvang der opleiding in deze discipline". Het zal voor de invullers duidelijk moeten zijn dat aan deze laatstgenoemde kwalificatie twee verschillende motiveringen ten grondslag kunnen liggen. Ofwel de opleider vindt een bepaald item overbodig voor het volgen van de door hem verzorgde opleiding, dan wel de opleider is van mening dat het bedoelde item het beste kan worden geleerd tijdens de opleiding, eventueel in cursorisch onderwijs dat behoort bij deze opleiding of groep van opleidingen.

Nadat de lijsten van alle disciplines zijn verzameld, kunnen deze gegevens in principe op twee manieren worden bewerkt. Hoewel wiskundig niet correct, zij het voor een beschrijving daarvan toegestaan de begrippen kleinste gemene veelvoud (KGV) en grootste gemene deler (GGD) te gebruiken. Bij het KGV worden alle items die door ten minste één discipline als 'strikt gewenst' worden aangemerkt, opgenomen in het kerncurriculum. Dit model zou leiden tot de simplificatie: 'iedere dokter moet alles weten'.

Het andere uiterste (GGD) zou zijn om alleen die items op te nemen in het kerncurriculum die door werkelijk alle disciplines worden gewenst. Te verwachten is dat het model KGV niet praktisch uitvoerbaar zal zijn en dat het model GGD niet wenselijk is.

Een derde model, dat tussen deze beide uitersten in ligt, moet nader worden beschouwd. Men kan aan ieder der gegeven antwoorden op de lijst van onderwerpen een wegingsfactor toevoegen. Het zal immers duidelijk zijn dat aan een wens van de allergologen een andere waarde moet worden toegekend dan aan een wens van de internisten. De wegingsfactor kan worden gelijkgesteld aan het percentage van de basisartsen dat een bepaalde specialisatie in het recente verleden is gaan volgen. Nadat alle lijsten zijn verzameld en per item voorzien zijn van deze wegingsfactor kan een totaalbeeld der wensen worden verkregen door per item de gewogen antwoorden op te tellen. Komt bijvoorbeeld de vaardigheid 'meten van de bloeddruk' totaal op een score 100, dan betekent dit dat alle disciplines dit als een aanvangskenmerk wensen. Daarentegen, als het item 'kennis van de anatomie van de retina op niveau IV' een totaalscore van bijvoorbeeld 14 behaalt, geeft dit aan dat slechts enkele disciplines een dergelijke gedetailleerde kennis van dit onderwerp als beginkenmerk noodzakelijk achten.

De hierboven geschetste lijsten met de gewogen scores kunnen onder andere op de volgende wijze worden gebruikt ter beschrijving van het kerncurriculum.

Men stelt vast aan welke minimumwaarde een totaalscore zal moeten voldoen om te worden opgenomen in het kerncurriculum. Men zou kunnen besluiten om items met een score van minder dan (bijvoorbeeld) 60 niet in het facultaire kerncurriculum op te nemen. De items die op deze wijze niet in het kerncurriculum worden opgenomen omdat zij te weinig algemeen zijn, zullen dan gedoceerd moeten worden binnen alle vervolgopleidingen die betreffend item als 'strikt gewenst' hadden aangemerkt.

Een andere oplossing kan zijn om het bovengenoemde systeem van wegen in twee stappen toe te passen. Voor de eerste stap worden alleen de items die meer dan (bijvoorbeeld) 80 scoren, opgenomen in een kerncurriculum. Daarna worden enkele hoofdrichtingen bepaald (internistisch, chirurgisch, sociaal-geneeskundig, enzovoort) en worden de res-

terende items opnieuw gewogen naar hun relatieve belang. De wegingsfactor is thans een andere dan de hierboven beschreven; het gaat hierbij om een afweging ten opzichte van alle disciplines binnen een hoofdrichting. Een soortgelijke procedure wordt weer toegepast om te bepalen welke items in dit tweede 'gerichte' kerncurriculum geplaatst moeten worden. Moge de beschrijving van deze procedure gecompliceerd lijken, de gedachte die eraan ten grondslag ligt is eenvoudig en wel: differentiatie. Dit begrip staat centraal in mijn verdere betoog.

DIFFERENTIATIE

De gedachte aan differentiatie wordt thans nog niet door veel enthousiaste aanhangers gepropageerd. Bezwaren worden zowel van docenten als van studenten gehoord. Het financieringsmodel van de faculteiten maakt docenten beducht dat een op doelmatigheid gericht inkrimping van het kerncurriculum de financiële ruimte voor de faculteit nog verder zou inperken. Indien wij echter niet alleen het hierboven geschetste kerncurriculum tot de taak van de faculteit zouden rekenen, maar vooral ook het verzorgen van de gedifferentieerde curricula behorende bij de diverse hoofdstromen, zou de faculteit ten minste dezelfde hoeveelheid onderwijs moeten aanbieden. Belangrijk verschil zou echter zijn dat meer verfijnd onderwijs wordt aangeboden aan kleinere, geselecteerde groepen van studenten. Bovendien mag worden verwacht dat deze studenten over het algemeen meer gemotiveerd zullen zijn. Het volume van het te geven onderwijs in respectievelijk basis-kerncurriculum en in de gedifferentieerde curricula wordt in belangrijke mate bepaald door het stellen van de normen gebaseerd op de hierboven toegelichte gewogen totaal-scores.

Van studentenzijde wordt het bezwaar vernomen dat differentiatie dwingt om op een eerder moment beslissingen te nemen ten aanzien van de toekomstplannen, terwijl de vervulling van die plannen (het verkrijgen van een bepaalde opleidingsplaats) niet kan worden gegarandeerd. Men mag hierbij niet vergeten dat op het punt van onderwijskeuze reeds veel eerder besluiten moesten worden genomen (HAVO of Atheneum, pakketkeuze in het VWO, keuze van universiteit, faculteit

en studierichting). Ook dit zijn keuzes die bepaalde carrièremogelijkheden open houden of afsluiten en die evenmin garanties kunnen bieden voor latere arbeidsplaatsen.

Enkele consequenties van een gedifferentieerd curriculum zouden kunnen zijn:

- spiraalsgewijze opbouw; een bepaald onderwerp wordt in een lichter niveau aangeboden aan alle studenten in het begin der studie en komt later terug in een meer gedetailleerde vorm, maar dan slechts voor studenten in een bepaalde richting;
- spijtoptanten die alsnog van richting of van discipline willen veranderen kunnen door vergelijking van de studiepakketten het ontbrekende verschil inhalen en verliezen op die manier niet al te veel tijd;
- meer verfijnde kennis voor een beperkte groep belanghebbenden wordt aangeboden op een moment dat dichterbij, of zelfs tijdens de specialisatie ligt. Het uitslijten van gedetailleerde kennis door het tijdsverloop tussen aanleren als jongerejaars en het toepassen tijdens de specialisatie, wordt hierdoor in belangrijke mate beperkt;
- een brede algemene kennis, echter niet op alle punten tot een té diepgaand niveau, blijft behouden voor alle studenten.

TENSLOTTE

Differentiatie is zeker niets nieuws; universiteiten hebben hun faculteiten, faculteiten kennen diverse studierichtingen, doctoraal-examens worden door scriptie of afstudeeronderwerp nader genuanceerd.^{2,3} Ook de faculteiten der Geneeskunde hebben de noodzaak erkend om meerdere studierichtingen in te stellen. Differentiatie is een natuurlijk proces in het uitdijend heelal der wetenschappen. Pogingen om dit tegen te houden zullen slechts achterhoedegevechten opleveren en hooguit enig ongewenst uitstel kunnen veroorzaken. Gezien de complexiteit van de materie zal het zeker enkele jaren duren alvorens met de uitvoering van een goed doordacht plan kan worden begonnen. Het ware te wensen dat men de noodzaak van een werkelijk grondige herziening van het medisch curriculum spoedig gaat inzien en dan met voortvarendheid de bestudering van dit probleem ter hand zal nemen.

LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistent-schappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
2. Van der Werff ten Bosch JJ. Differentiatie in medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneesk 1973; 117(6): 230-3.
3. Verbeek HA. Gedifferentieerde opleiding efficiënter. Medisch Contact 1990; 39(45): 1143-4.