

DE ROL VAN DE DOCENT IN HET PRAKTISCH-KLINISCH ONDERWIJS CO-ASSISTENTSCHAPPEN IN ZIMBABWE EN NEDERLAND

D.K. Warndorff
Student geneeskunde
Faculteit der Geneeskunde

G.G.M. Esséd
Hoogleraar methodiek
klinisch onderwijs

Correspondentieadres:
G.G.M. Esséd
Vakgroep Obstetrie en
Gynaecologie
Faculteit der Geneeskunde
Rijksuniversiteit Limburg
Postbus 616
6200 MD Maastricht

Dit artikel handelt over het klinisch onderwijs in de co-assistentschappen. Daarbij wordt de Nederlandse situatie gespiegeld aan die in Zimbabwe, waar de eerste auteur als co-assistent werkzaam is geweest. Tevens wordt gerefereerd aan de opvattingen van Sir William Osler over medisch onderwijs. Vooral de betekenis van de klinisch docent als spil en inspirator wordt benadrukt. Ingegaan wordt op belemmeringen voor de ontwikkeling van een stimulerend onderwijsklimaat in de medische faculteiten. De huidige ongelijke invloed van onderzoeks- en onderwijsactiviteiten op de carrière-perspectieven belet klinisch docenten zich intensief te wijden aan de opleiding van co-assistenten. Gepleit wordt voor attitudevorming van studenten en docenten als vast onderdeel van het medisch curriculum. De noodzaak van didactische professionalisering van docenten in het universitair onderwijs wordt aangegeven.

INTERNE GENEESKUNDE IN ZIMBABWE

Het Department of Medicine van de medische faculteit van de Universiteit van Zimbabwe in Harare is ondergebracht in twee ziekenhuizen. Beide zijn topreferentiecentra. Elk ziekenhuis telt vijf afdelingen interne geneeskunde. De vaste staf bestaat uit tien internisten waaronder vier hoogleraren; daarnaast is er een wisselend aantal 'visiting professors'. Er zijn enkele subspecialismen (cardiologie, pulmonologie, gastro-enterologie, hemato-oncologie), maar alle internisten beoefenen de algemene interne geneeskunde plus neurologie. Het afdelingswerk rust op de schouders van 'house officers' en co-assistenten.

De co-assistentschappen beslaan, evenals in Nederland, de laatste twee jaar van een zesjarig curriculum. De werkzaamheden van de co-assistenten komen in grote lijnen overeen met die van hun Nederlandse collega's. De Zimbabweaanse studenten voeren bij 'hun' patiënten ook basaal laboratoriumonderzoek uit. Bij de visites dienen zij 'hun' patiënten aan de

specialist voor te stellen, differentiaaldiagnoses te beargumenteren en verder onderzoek te motiveren.

Het belangrijkste verschil tussen de Zimbabweaanse en de Nederlandse co-assistentschappen ligt in de begeleiding door senior stafleden. Deze bestaat in Harare uit vrijwel dagelijkse 'tutorials', referaten en klinische colleges van (gast)hoogleraren. Het meeste onderwijs wordt echter genoten op de ziekenhuisafdelingen en poliklinieken. Vrijwel iedere dag worden meerdere uren besteed aan uitgebreide 'bedside-teaching rounds'. De docent legt over het algemeen de nadruk op het stellen van de diagnose. Telkens opnieuw illustreert deze dat de arts door een gedegen anamnese en een zorgvuldig uitgevoerd lichamelijk onderzoek, in combinatie met helder denken, in het merendeel der gevallen de aard van de aandoening kan onderkennen. Van aan te vragen hulponderzoek moet eerst aannemelijk worden gemaakt dat de uitslag de waarschijnlijkheid van de diagnostische hypothese aanmerkelijk zal wijzigen. Eenmaal per week stellen co-assistenten onder begeleiding van een hoogleraar een selectie van 'hun' patiënten aan elkaar voor. Meestal gaat het om problematische casus, die dan ook veelal aanleiding geven tot het 'doorwerken' van hoofdstukken over differentiaaldiagnostiek.

De bezoekende Nederlandse co-assistent slaat dit alles met verbazing gade. De co-assistent-schappen draaien hier werkelijk om de co-assistent! Kennis, attitudes en vaardigheden worden hier zorgvuldig gecultiveerd. De professoren doceren! Zij dragen kennis en vaardigheden over, zij prikkelen de wetenschappelijke nieuwsgierigheid en door hun voorbeeld kweken zij denkwijzen en ethos. Er heerst een heel andere sfeer dan in de Nederlandse academische ziekenhuizen. Bij de gezamenlijke activiteiten van de staf, zoals de wekelijkse 'ward round' in elk van de twee ziekenhuizen, is het enthousiasme van de deelnemers opvallend. Op de röntgenbespreking worden regelmatig beelden enkel om hun educatieve waarde getoond, terwijl tijdens de visites de meest leerzame of ingewikkelde casus van iedere afdeling gezamenlijk worden onderzocht, waarbij gestreefd wordt naar consensus over diagnose en beleid. Steeds weer merkt men, dat het hier iedereen te doen is om het samen vermeerderen van kennis en kunde.

Het ligt geheel in de lijn van deze 'spirit of learning' dat de docent hoog in aanzien staat. Met name de hoogleraren worden in Harare op handen gedragen. Bij veel studenten en jongere stafleden kan men een sentiment jengens hun leraren bespeuren dat doet denken aan wat in Nederland vaak aan genegenheid voor de leermeester kan worden waargenomen bij collegae van de Borst - Biemond of de van Bouwdijk Bastiaanse - de Snoo generatie.

De onderwijskundig haast ideale situatie in Harare lijkt sterk op wat Osler noemde "the hospital as a college".

CO-ASSISTENTSCHAPPEN IN DE OSLERIAANSE SPIEGEL

Sir William Osler is ongetwijfeld een van de grootste artsen geweest die de medische professie heeft voortgebracht. Hij was de personificatie van de humane geneeskunde, een

zeer gecultiveerd mens, een onovertroffen clinicus en een hartstochtelijk onderzoeker. Maar bovenal was hij een fenomenaal leraar, die een revolutionair systeem van medisch onderwijs - volgens eigen zeggen de methode van Boerhaave - introduceerde aan de Johns Hopkins universiteit in Baltimore.^{1,2}

Wanneer men Osler's voordracht *The hospital as a college* leest, dan valt op dat veel van de onderwijskundige idealen die hij in Johns Hopkins verwerkelijkte, in Harare terug te vinden zijn. Centraal daarbij is het uitgangspunt dat medische studenten "learn for themselves, under skilled direction, the phenomena of disease". Het onderwijs aan de toekomstige arts begint in de praktijk: "Teach him to observe, give him plenty of facts to observe, and the lessons will come out of the facts themselves". Geliefd en vereerd door zijn leerlingen, was Osler zelf ook zijn studenten zeer genegen. Ooit stelde hij voor dat zijn grafschrift zou luiden: "I taught medical students in the wards".²

Houdt men de Nederlandse co-assistent-schappen de spiegel van het op Osler geïnspireerde Zimbabwaanse equivalent voor, dan is het meest opvallend de uiterst bescheiden rol die in de Nederlandse artsopleiding wordt ingenomen door de klinisch docent. Waar in Zimbabwe de hoogleraar daadwerkelijk het grootste deel van zijn tijd besteedt aan onderwijs - en dat hoofdzakelijk in de (poli)kliniek - is in Nederland de professor voor de co-assistent vaak een onbekende figuur, die één of tweemaal per week vluchtig op de afdeling verschijnt voor de visite, en die niet zelden kenbaar maakt de aanwezigheid van studenten op zijn polikliniek niet te kunnen waarderen. De Nederlandse co-assistent is in feite wat zijn educatie betreft voornamelijk aangewezen op door Bouman als "niet-gemotiveerd en onderwijskundig volstrekt ongeletterd" gekwalificeerde assistent-geneeskundigen.³

Dat zo'n situatie bestaat is onbegrijpelijk. Het standpunt indachtig, dat "medicine is an art based on science",⁴ is het hoogst curieus dat het in Nederland vanzelfsprekend wordt geacht dat aanstaande musici pas competentie bereiken wanneer zij zijn 'gevormd' door maëstro's, terwijl zij die zich wensen te bekwamen in de geneeskunst sinds jaren geacht worden het zonder leermeesters te kunnen stellen. Des te merkwaardiger is deze contradictie wanneer men beseft dat de medische wereld, in tegenstelling tot de gemeenschap der musici, in de eed van Hippocrates een beroepscode kent waarin - althans in de oorspronkelijke versie - een hele paragraaf aan de leermeester wordt gewijd.

De medisch student dient zich in de loop van de universitaire opleiding een bepaald conglomeraat aan kennis, attituden en vaardigheden eigen te maken. Vanzelfsprekend veronderstelt de ontwikkeling van bedrevenheid in theoretische en praktische vaardigheden, dat er gedurende de co-assistentenschappen sprake is van intensieve, deskundige en enthousiaste training en begeleiding van de student. Zeker nu het besef doordringt dat de universitaire opleiding niet veel meer kan zijn dan een "aanloop tot de sprong naar permanente zelfopvoeding"⁵ - "het basisartsexamen is het begin en niet het einde,"⁶ zoals een andere auteur het verwoordt - is het hoofdzaak dat de medische student een deugdelijk instrumentarium ontwikkelt voor zijn levensklus. Indien de medische faculteiten de arts van de 21ste eeuw willen vormen, dan is het hun eerste taak "the essential contributions of guidance, inspiration and leadership in learning" te leveren - zoals al bijna 60 jaar geleden werd gesteld door een Amerikaanse commissie voor de medische opleiding.⁷

BELEMMERINGEN BIJ DE VERBETERING VAN HET KLINISCH ONDERWIJS IN DE CO-ASSISTENTSCHAPPEN

De laatste tijd is er veel geschreven over de oorzaken van de huidige onderwijskundige malaise in de co-assistentenschappen.⁸⁻¹³ Daarbij zijn de deskundigen verdeeld over de vraag of de oplossing gezocht moet worden in de toevoeging aan de basisopleiding van een algemene klinische vormingsperiode,⁸ dan wel

in structurele aanpassing van de huidige basisopleiding.⁹

Het komt ons zinnig voor het probleem ook vanuit een ander perspectief te bestuderen. Waarom kan binnen de huidige structuur van de tweede fase het onderwijs niet tot zijn recht komen? Het antwoord op deze vraag moet naar ons oordeel enerzijds gezocht worden in de grote rol die het medisch-wetenschappelijk onderzoek aan onze medische faculteiten speelt, en anderzijds in de geringe motivatie bij degenen die belast zijn met een onderwijsstaak om deze verantwoordelijkheid serieus te nemen. Beide punten - die nauw met elkaar samenhangen - zullen in de volgende paragraaf besproken worden.

In dit verband vragen wij ons af in hoeverre weerstanden tegen het geven van patiënt-gebonden klinisch onderwijs door de betrokkenen worden vertaald in andersoortige bezwaren tegen deze vorm van instructie, zoals 'de gemiddelde co-assistent bezit onvoldoende kennis om met vrucht deel te kunnen nemen aan 'bedside teaching', en bovendien wensen veel patiënten dat niet (meer)'. Deze bedenkingen, die co-assistenten vaak moeten horen, zijn naar ons oordeel niet gefundeerd.

Een goede docent kan aan ieder publiek, ongeacht het kennisniveau, essentiële principes en inzichten overdragen. Borst gaf in zijn tijd met groot succes klinische patiëntendemonstraties aan - nota bene - eerstejaars studenten.¹⁴ Nu is het wellicht aannemelijk dat het kennisniveau van de huidige medisch doctorandus minder uniform en grondig is dan een generatie geleden. Immers, de leerstof is zowel toegenomen als gediversifieerd, terwijl de duur van de opleiding is verkort. Noodzakelijkerwijs, maar in Maastricht zeker ook vanuit een principiële keuze, is de nadruk in het curriculum dan ook steeds meer komen te liggen op het verwerven van begrip en analytisch vermogen. Het is dan begrijpelijk dat clinici die 'degelijke, ouderwetse' maatstaven aanleggen ten aanzien van het parate kennisniveau van co-assistenten veelal teleurgesteld worden en, indien zij deze maatstaven hanteren als 'toegangsbewijs' tot het klinisch onderwijs, de mening zijn toegedaan dat de gemiddelde co-assistent zich diskwalificeert voor het volgen van dit onderwijs. Deze instelling

is in het licht van het voorafgaande echter onredelijk.

Men kan met recht betwijfelen of patiënten in het algemeen niet (meer) gediend zijn van medewerking aan het onderwijs. De ervaring leert dat het maar zelden voorkomt dat een patiënt die op de hoogte is van de opleidingspositie van de co-assistent, weigert een bijdrage te leveren aan de ontwikkeling van aanstaande artsen. Eerlijke voorlichting en goede begeleiding zijn daarbij vereisten. Vanzelfsprekend is de co-assistent het aan de patiënt verplicht de methodiek van het lichamenlijk onderzoek in de vingers te hebben. De patiënt mag niet het gevoel krijgen te fungeren als oefenmateriaal voor dilettanten. Gelukkig wordt er thans aan vrijwel alle medische faculteiten in Nederland onderwijs in klinische vaardigheden gegeven, vóórdat de studenten de kliniek betreden.¹⁵

Patiënt-gebonden klinisch onderwijs is met andere woorden wat de instemming van de patiënt betreft in belangrijke mate afhankelijk van de attitude van de co-assistent en de docent. Medische faculteiten zouden zich ook om deze reden actief moeten bezighouden met de attitude-ontwikkeling van studenten en klinisch docenten. Patiënten zouden daarbij betrokken kunnen worden, bijvoorbeeld als (mede)beoordelaars.¹⁶

Indien het klinisch onderwijs tijdens de co-assistentschappen naar behoren wordt behartigd, komt dit de patiëntenzorg ten goede en niet ten kwade. Oslers stelling: "in a hospital with students in the wards the patients are more carefully looked after, their diseases are more fully studied and fewer mistakes made" is naar ons oordeel nog onverminderd van kracht.²

DE ROL VAN HET MEDISCH-WETENSCHAPPELIJK ONDERZOEK

Een belangrijk obstakel op de weg naar verantwoord klinisch onderwijs in de co-assistentschappen wordt gevormd door de buitensporige invloed die het wetenschappelijk onderzoek aan onze medische faculteiten heeft verworven. Het onderwijs lijkt bijgevolg in het takenpakket van klinisch docenten een ondergeschoven kind waar nauwelijks eer

aan te behalen valt. Het belang van de vakgroep wordt in de eerste plaats gediend door de verwerving van subsidies en formatieplaatsen, hetgeen wil zeggen: door maximalisering van de wetenschappelijke output. De carrière van klinici en de status van hoogleraren worden eveneens bepaald door aantallen publikaties en rangorde op citation indices. Zelfs arts-assistenten worden in toenemende mate toegelaten tot specialistenopleidingen op basis van aangetoonde kwalificaties op het terrein van wetenschappelijk onderzoek. Ofschoon in vacatures voor universitair klinisch personeel affiniteit voor onderwijs steeds in de profielschets is opgenomen, speelt deze functie-eis een geringe rol bij het benoemingsbeleid. Eigenlijk is het merkwaardig dat men bij toelating tot hogere functies in het wetenschappelijk onderwijs dient te beschikken over een *proeve* van bekwaamheid in het verrichten van wetenschappelijk onderzoek (*proefschrift*), maar niet in het geven van onderwijs.

Gevreesd moet worden dat er in bovengenoemde ontwikkelingen sprake is van een lawine-effect. Immers, universitaire docenten die aangetrokken werden wegens hun onderzoeksverdiensten, zullen op hun beurt geneigd zijn zich te omringen met medewerkers die eveneens in research-activiteiten naam hebben gemaakt.

Overigens moet benadrukt worden dat wetenschappelijk onderzoek geen luxe is, maar noodzaak, ook wat het onderwijs betreft. Onlangs heeft Van Gijn nog het belang onderschreven dat de (klinisch) docent van goede wetenschappelijke huize komt.¹⁷ Het lijkt dan ook geen bevredigende oplossing om stagebegeleiders en onderwijscoördinatoren van (alle) andere taken te ontheffen. Wel dient de op onderwijs gelabelde tijd daadwerkelijk ter beschikking van de klinisch docent te staan.

Aan degenen die aan het wetenschappelijk onderwijs participeren dient didactische professionalisering te worden geboden. Ook de meest gemotiveerde senior docent is onderwijskundig maximaal autodidact, vaker echter goedwillend amateur. Hoe lang zal het

nog duren voordat het duurste onderwijs in Nederland, het universitair en meer in het bijzonder het klinisch medisch onderwijs, in navolging van alle andere onderwijsvormen, didactische training van docenten invoert?

Een cruciale voorwaarde daarvoor is, dat er wegen gevonden worden om het geven van onderwijs aantrekkelijk te maken.⁶ "Carrière maken in het universitair rangenstelsel moet niet alleen via goede onderzoeksprestaties, maar ook door goede onderwijsprestaties mogelijk zijn."^{10 18} Hoe de kwaliteit van onderwijsprestaties te meten is, is vers twee. Zeker is, dat het subject van dat onderwijs - de co-assistent - daarbij betrokken dient te worden. Het uiteindelijke doel moet het scheppen van een stimulerend onderwijsklimaat zijn: *"the hospital as a college."*

LITERATUUR

1. Cushing H. The life of Sir William Osler. London: Oxford University Press, 1940.
2. Osler W. Aequanimitas: with other addresses to medical students, nurses and practitioners of medicine. 3rd ed. New York: Blakiston, 1953: 313-25.
3. Bouman LN. Klinische opleiding voor basisartsen. Ned Tijdschr Geneesk 1991; 135: 263-4.
4. Brownell Wheeler H. Shattuck lecture - Healing and heroism. N Engl J Med 1990; 322: 1540-8.
5. Dunning AJ. Dokteren aan de opleiding. Ned Tijdschr Geneesk 1983; 127: 637-8.
6. Nieuwenhuijzen Kruseman AC. Curriculumherziening: een nimmer eindigend verhaal? Medisch Contact 1991; 46: 44-5.
7. Association of American Medical Colleges. Physicians for the twenty-first century. Washington: Report of the panel of the general professional education of the physician and college preparation for medicine, 1984: xiv.
8. 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.
9. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
10. Scherpbier AJJA, Essed GGM, Metz JCM. Hoe nu verder? In: Essed GGM, Metz JCM, Scherpbier AJJA, eds. Basisarts: bevoegd, maar waartoe bekwaam? Speciale uitgave van het Bulletin Medisch Onderwijs 1990; 9(4): 180-1.
11. Van der Meer J. De klinisch docent: een bedreigde soort? Medisch Contact 1990; 45: 1012-3.
12. Greep JM. Schiet de klinische opleiding van de arts te kort? Medisch Contact 1990; 45: 1021-3.
13. Van Rossum HJM. Medische faculteiten en de artsopleiding. Medisch Contact 1989; 44: 1087-9.
14. Borst JGG. Ideeën over de medische opleiding aan het einde van een universitaire loopbaan. Ned Tijdschr Geneesk 1972; 116: 2315-8.
15. Metz JCM, Scherpbier AJJA. Systematische vaardigheidstraining als voorbereiding op de co-assistentschappen. Ned Tijdschr Geneesk 1989; 133: 561-4.
16. Essed GGM, Metz JCM, Scherpbier AJJA. Bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde. In: Essed GGM, Metz JCM, Scherpbier AJJA, eds. Basisarts: bevoegd, maar waartoe bekwaam? Speciale uitgave van het Bulletin Medisch Onderwijs 1990; 9(4): 147.
17. Van Gijn J. De ongedeelde faculteit. Medisch Contact 1990; 45: 1031-2.
18. Zwierstra RP, Scherpbier AJJA. Lacunes in de opleiding tot basisarts. Leidt verlenging van de opleiding tot verbetering? Medisch Contact 1991; 46: 46-7.

Dankwoord (D.K. Warndorff)
Dank ben ik verschuldigd aan Prof. J. Thomas (Department of Medicine, University of Zimbabwe) en aan de Stichting Wetenschappelijk Onderzoek Limburg.

DR. J.C.M. METZ BENOEMD TOT BIJZONDER HOOGLERAAR AAN DE KATHOLIEKE UNIVERSITEIT NIJMEGEN (KUN)

Vanwege de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) is per 1 augustus 1991 dr. J.C.M. Metz (51) benoemd tot bijzonder hoogleraar in de Ontwikkeling en het Onderzoek van het Medisch Onderwijs, in het bijzonder van het Praktisch-klinisch Onderwijs. De leerstoel is gevestigd aan de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Katholieke Universiteit Nijmegen.

Als nationale organisatie voor het medisch onderwijs heeft de NVMO als doel de bevordering van de ontwikkeling en het onderzoek van het medisch onderwijs. Zij doet dit onder meer door de vestiging van bijzondere leerstoelen. De Nijmeegse leerstoel is de eerste. Door de vestiging van leerstoelen aan een aantal Nederlandse medische faculteiten hoopt de NVMO enerzijds lokale ontwikkelingen te stimuleren, anderzijds een gecoördineerde, landelijke samenwerking op het gebied van vernieuwing van de artsopleiding te bevorderen.

De Nijmeegse leerstoel heeft als doel de ontwikkeling van het praktisch-klinisch onderwijs in alle fasen van het medisch onderwijscontinuüm te stimuleren en onderzoek op dat gebied te bevorderen, alsmede activiteiten te initiëren op het gebied van de onderwijskundige professionalisering van docenten in het medisch onderwijs.

De bezetter van de Nijmeegse leerstoel, dr. J.C.M. Metz, promoveerde in 1984 op een onderzoek naar de betrouwbaarheid en de validiteit van het Gestructureerd Klinisch Examen: een nieuwe benadering in de wijze van toetsen van medische competentie bij (a.s.) artsen.



Hij was nauw betrokken bij het tot stand komen in Nijmegen van het ALCO-schap (Algemeen Co-assistentschap): een systematische trainingscursus in medische vaardigheden. Dit ALCO-schap is een voorbereiding op de door medische studenten te volgen stages op ziekenhuisafdelingen, in de huisartspraktijk en in andere gezondheidszorginstellingen. Deze cursus, waarbij het gebruik van patiënt en docentsparende onderwijsvormen door een ruime toepassing van simulatie- en instructiepatiënten en van moderne onderwijstechnologie een belangrijke rol speelt, vindt plaats in een daartoe opgericht Klinisch Trainingscentrum, dat ook voor (na)scholing van andere doelgroepen (zoals huisartsen in opleiding, praktiserende huisartsen en (wijk)verpleegkundigen) ter beschikking staat.

De nieuwe hoogleraar is momenteel werkzaam als coördinator van de facultaire onderwijswerkgroep Praktisch-klinisch Onderwijs, een samenwerkingsverband tussen een aantal bij de klinische opleiding van a.s. artsen nauw betrokken vakgroepen ten behoeve van de innovatie van het praktisch klinisch onderwijs.

Hij is als projectleider nauw betrokken bij landelijk, in het verband van het Discipline Overlegorgaan Medische Wetenschappen van de VSNU plaatsvindende activiteiten op het gebied van de vernieuwing van het co-assistenten-onderwijs. In het kader daarvan wordt gewerkt aan een nieuwe formulering van de inhoud van de basisartsopleiding, aan de ontwikkeling van landelijke richtlijnen met betrekking tot het arts-examen en aan de opzet van een systeem voor onderwijskundige professionalisering van docenten werkzaam bij de artsopleiding.