

# KIEZEN VOOR DE KWALITEIT VAN HET MEDISCH ONDERWIJS

## EEN SYMPOSIUMVERSLAG

Th.J. ten Cate (red.)  
Onderwijskundige

E. Schadé (red.)  
Hoogleraar Huisartsgeneeskunde

*Correspondentieadres:*  
Faculteitsbureau  
Faculteit der Geneeskunde  
Universiteit van Amsterdam  
Meibergdreef 15  
1105 AZ Amsterdam

**N**a twaalf jaar voorzitter te zijn geweest van de Coördinatie Commissie voor het Onderwijs heeft prof. dr. Lennart Bouman deze functie vaarwel gezegd. Naar aanleiding hiervan heeft de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam het initiatief genomen op 28 maart 1991 een symposium te organiseren over de kwaliteit van medisch onderwijs en wel specifiek over de keuzes die daarin gemaakt moeten worden. De voorbereidingswerkgroep heeft voor vier controversiële onderwerpen gekozen.

Het eerste betreft de selectie van aanstaande studenten voor de medische basisopleiding. Thans gebeurt dat op kwantitatieve gronden door middel van een gewogen loting. De medische faculteiten dragen hierin geen verantwoordelijkheid; het aantal eerstejaars wordt in principe vastgesteld op basis van de te verwachten behoefte aan afgestudeerde basisartsen. Volgens goed Nederlands gebruik behoren de medische faculteiten niet of nauwelijks van elkaar te verschillen. De vraag is of dit nog wel een gerechtvaardigd streven is in een tijdsgewricht dat in toenemende mate competitie en individualiteit nastreeft. Het algemene karakter van de medische basisopleiding staat ook ter discussie in relatie tot de vervolgoopleidingen. Basisopleiding en beroepsopleiding worden meer dan voorheen gezien als twee elkaar opvolgende onderdelen van een onderwijscontinuüm. De eindtermen van de basisopleiding worden vastgesteld door de universiteiten, die van de vervolgoopleidingen door de beroepsgroepen. De recente discussie naar aanleiding van het Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentenschappen en de voorstellen voor een Algemene Klinische Vormingsperiode brengt de aansluiting tussen basis- en beroepsopleiding opnieuw ter discussie.<sup>1,2</sup> Is het nog reëel om bij de huidige ontwikkelingen in de basissetenschappen en patiëntenzorg het beoogde brede einddoel binnen zes jaar na te streven, of dient men uitsluitend de eindtermen te omschrijven

voor de beroepsopleidingen en het basisartsdiploma te beschouwen als niet meer dan een tussenstap? In het verlengde daarvan kan men zich afvragen of het de kwaliteit van de opleiding niet ten goede komt vóór het basisartsexamen een vorm van specialisatie in te voeren.

Het tweede onderwerp betreft de selectie van docenten. De eisen die aan de universiteiten worden gesteld inzake de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek worden steeds zwaarder. De universiteiten moeten zich profileren. Dit leidt ertoe dat de kwaliteit van het wetenschappelijk onderzoek in het universitaire beleid een belangrijker rol kan gaan spelen dan de kwaliteit van het medisch onderwijs. Van universitaire docenten wordt geëist dat zij zowel bekwaam zijn in onderwijs als in wetenschappelijk onderzoek. Worden deze onderwijs- en onderzoekseisen ook werkelijk gesteld bij selectie van medewerkers en meegewogen bij het carrièrebeleid? Is het nodig om bij het aanstellingsbeleid voor senior-stafmedewerkers onderwijskwaliteiten even zwaar te laten wegen als die in het wetenschappelijk onderzoek, of is het niet veel reëler om te streven naar een typisch onderwijskader naast een onderzoeksstaf?

Deze vragen zijn mede ingegeven door de discussie over de plaats en positie van de medische faculteit binnen een universiteit. Hierop sluiten het derde en het vierde onderwerp aan: *is een prespecialisatie voor het doctoraal-examen wenselijk en dient de opleidingsinhoud meer bepaald te worden door de eisen vanuit de gezondheidszorg?*

Uitgaande van de continuïteitsgedachte dient een medische faculteit te streven naar optimale bindingen met het gezondheidszorgveld. Dit geldt niet alleen de menskrachtplanning en daardoor het aantal in te stromen dan wel af te studeren basisartsen, maar zeker ook de inhoud van het onderwijs. De gezondheidszorg verandert: we moeten ons voorbereiden op een toenemend aantal oudere mensen, waardoor begeleiding een grotere plaats gaat innemen naast de op genezing gerichte activiteiten. Dit vereist meer aandacht dan thans het geval is voor thuiszorg met de daaraangekoppelde heroriëntatie op taakomschrijving en taakafbakening tussen de verschillende groepen beroepsbeoefenaars. Daarvoor moet nu al de basis worden gelegd in het universitaire onderwijs. Het is de vraag in hoeverre de vaak strakke regelgeving en krappe financiering van het Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen ruimte geeft aan nieuwe, door het zorgveld ingegeven ontwikkelingen. Ook hierin moeten keuzen worden gemaakt.

Het door de medische faculteit georganiseerde symposium: 'Kiezen voor de kwaliteit van het medisch onderwijs' heeft niet de pretentie gehad op de bovengenoemde vragen een antwoord te geven, wel een aanzet tot discussie. Wij hebben gekozen voor een discussie rond stellingen. De hierboven genoemde probleemvelden zijn vervat in stellingen. Telkenmale zijn twee personen uitgenodigd deze in een openbaar debat te bespreken, waarbij de sprekers is verzocht voldoende controversiële punten in hun voordrachten op te nemen. Voorafgaand aan en na afloop van ieder debat had het publiek de gelegenheid een standpunt over het onderwerp te bepalen via een bij de zitplaatsen aanwezige stemvoorziening, niet zozeer met de bedoeling consensus te bereiken, maar zoals gezegd veeleer om een discussie op gang te brengen. Publikatie van de samenvattingen van de voordrachten naar aanleiding van de stellingen kan daaraan een bijdrage leveren.

Hieronder volgen de stellingen, waarna steeds de visie van de twee discussianten, in principe in hun eigen bewoordingen, zijn weergegeven. Aangegeven wordt hoe het publiek, bestaande uit circa zestig docenten, studenten en andere belangstellenden, reageerde op de stellingen en de discussies.

## SELECTIE VAN STUDENTEN

### STELLING A:

Op grond van de verantwoordelijkheid die de faculteit geneeskunde draagt voor de aflevering van zoveel mogelijk basisartsen van kwalitatief hoog niveau behoort selectie van aanstaande medisch studenten, op grond van door de faculteit te bepalen criteria, tot de taken van de faculteit.

*Standpunten van het publiek voorafgaande aan de discussies*

Eens met de stelling:	48%
Oneens met de stelling:	52%
Geen mening over de stelling:	0

### VISIE-I

Welke omstandigheden geven aanleiding tot een discussie over selectie met betrekking tot medisch studenten? Er heeft in onze maatschappij een ontwikkeling plaatsgevonden waarbij steeds meer technieken voor selectie beschikbaar zijn gekomen en geaccepteerd zijn geraakt en er omstandigheden zijn ontstaan waardoor selectie noodzakelijk is geworden.

Maar wat is het voordeel voor de faculteit om zelf haar studenten te selecteren? Het is onmiskenbaar dat de overheid een beleid stimuleert waarin kwaliteit voorop staat. Faculteiten worden gedwongen tot het kiezen voor zwaartepunten en het leveren van kwaliteit.

En het lijkt daarom logisch dat, als je topmensen wilt aantrekken om toponderzoek te doen, je moet besluiten om ook topstudenten te selecteren. Daarnaast zal het zichtbaar maken van je beleid en de keuzes daarbinnen tot uitdrukking komen in de selectiecriteria voor de aan te trekken student. De grote winst is dan dat de faculteit zich op deze wijze profileert en zich tegelijkertijd kwetsbaar opstelt in een discussie met betrekking tot haar kwalitatieve doeleinden. Maar er zijn ook redenen om studenten te selecteren, die meer psychologisch van aard zijn. Bent u ooit wel eens een student tegengekomen die er trots op was dat hij of zij aan uw universiteit studeerde? Een goede en juiste selectie van studenten zou dit tot gevolg moeten hebben. Het belangrijke idee van 'ze wilden mij graag hebben'. In het bedrijfsleven wordt dit 'corporate identity' genoemd en het wordt algemeen erkend als een belangrijke factor bij inzet en verantwoordelijkheid voor het werk.

Op dit moment is de faculteit geneeskunde een soort 'moederkloek', die aan het begin van de studie de studenten onder haar hoede neemt, er vervolgens een flink aantal jaren op broedt in de hoop na die inspanning goede basisartsen af te leveren. Het enige selectie-criterium aan het begin van deze lange inspanning is het gemiddelde cijfer, behaald voor de schoolonderzoeken en het centraal schriftelijk eindexamen aan het eind van het voortgezet onderwijs. Verder durven wij in Nederland niet te selecteren voor een universitaire opleiding.

In tegenstelling hiermee is het leven na de basisartsopleiding een aaneensluiting van selectie en sollicitatie. Om in opleiding te komen tot bijvoorbeeld internist, huisarts of kinderarts ondergaat de basisarts een vaak harde en vanzelfsprekende selectie, die in schril contrast staat tot de minimale selectie voor de toelating tot de medische faculteit. Bij de selectie voor de vervolgoopleidingen kunnen allerlei extra-facultaire inspanningen zoals wetenschappelijk onderzoek, bestuurlijke activiteiten en persoonlijke ontplooiing een rol spelen.

Ook voor de faculteiten zelf is een verdere profilering en selectie gaande. De hele operatie van het realiseren van onderzoeksinstituten en zwaartepunten betekent op zich al een keuze en betekent ook het uitspreken van de wens zich toe te leggen op bepaalde gebieden binnen de geneeskunde. Deze profilering zal ook invloed uitoefenen op het onderwijs aan medisch studenten.

Sprekend over selectie moet niet worden vergeten dat het voortgezet onderwijs in de afgelopen tien jaar een ontwikkeling heeft doorgemaakt die nu ook de universiteiten te wachten staat. De terugloop van leerlingen heeft een enorme invloed gehad op de manier waarop scholen voor voortgezet onderwijs zich presenteren aan de toekomstige leerling. Het aantrekkelijk maken van de school, door een breed keuzepakket aan te bieden of door nadruk te leggen op persoonlijke ontwikkelingsmogelijkheden, is een geaccepteerde opstelling.

De eerste tekenen dat universiteiten zich, evenals de scholen voor voortgezet onderwijs, aan het profileren zijn, kunnen we regelmatig zien in de kranten en op de televisie. De Rijksuniversiteit van Limburg prijst haar onderwijsmethoden aan, die van Groningen de gezelligheid van de stad, om maar enkele voorbeelden te noemen.

In de jaren zestig en zeventig hebben vooral het gelijkheidsprincipe en de gelijke kans op vorming in het onderwijs de basis gelegd voor ons onderwijssysteem. Door saamhorigheid zou het niveau beter worden, niet door primaire aandacht voor de persoonlijke belangen. In de jaren tachtig is er sprake geweest van het ik-tijdperk met aandacht voor het individu en zijn ontplooiing. Eigenbelang was niet meer synoniem met asociaal. Deze ontwikkeling kwam overigens maar langzaam tot uiting in het onderwijs. De jaren negentig kenmerken zich door begrippen als keuze en kwaliteit in het onderwijs. Waar in het verleden het proces van onderwijs zelf belangrijk was, is vandaag de dag het produkt het belangrijkste. Kwaliteit en service zijn trends die overal in de samenleving worden waargenomen. De privatisering van zulk een onneembare overheidsinstelling als de PTT benadrukt het belang dat gehecht wordt aan serviceverlening en inspraak van de gebruiker, zonder al te veel overheidsinmenging. Eenzelfde privatisering van het onderwijs zal zich mijns inziens in Nederland voor het einde van deze eeuw voltrekken.

Om als faculteit kwalitatief goede basisartsen op te leiden, is selectie van aanstaande studenten door de faculteiten om verschillende redenen onontkoombaar. In eerste instantie zal de faculteit haar profiel goed moeten kiezen; het evenwicht tussen zwaartepunten, onderzoeksscholen en de steeds mondiger en naar kwaliteit zoekende student. Een belangrijk argument is het psychologisch effect van 'het uitgekozen zijn om een medische opleiding aan deze faculteit' te volgen. Een zogenaamde 'corporate identity', het gevoel van 'mijn' universiteit, zal positief uitwerken op de studie.

Om het gekozen profiel goed tot zijn recht te laten komen, zouden wij moeten komen tot de instelling van een 'recruiting officer' of 'admissions office' die de verantwoordelijkheid heeft om in samenwerking met de faculteit die studenten aan te trekken die een opleiding nastreven die aansluit bij de expliciete zwaartepunten en profilering van de faculteit. Het spreekt vanzelf dat hierbij de opleiding tot basisarts niet in gevaar mag komen. Bij deze selectie zou een weging van drie factoren van belang moeten zijn: de eerste wordt bepaald door het cijfer voor het centraal schriftelijke indexamen, het tweede door motivatie en persoonlijke ontwikkeling en het derde door belangstelling voor de zwaartepunten en/of onderzoeksinstituten van de faculteit. Door deze ontwikkeling wordt kenbaar gemaakt op welke aspecten de faculteit tijdens de opleiding nadruk zal leggen en is expliciet een verbinding tot stand gekomen tussen de opleiding tot basisarts en de andere activiteiten en hoofdlijnen van de faculteit en het academisch ziekenhuis. Zo vormt de opleiding tot basisarts een continuüm met de verdere medische opleidingen.

Dr. H. Büller, kinderarts

## VISIE II

Het is de verantwoordelijkheid van de faculteit basisartsen af te leveren van kwalitatief hoog niveau. Dit houdt in dat de faculteit moet zorgen voor een goed curriculum, een goede organisatie van het onderwijs, goede docenten enzovoorts. Als voorzitter van de Plaatsingscommissie Geneeskunde werk ik mee aan het selectiesysteem zoals dat in Nederland al jaren toegepast wordt. Selectie is nodig omdat het aantal gegadigden voor de medische studie de capaciteit van de opleiding verre overtreft. Deze capaciteit is overigens afgestemd op de vastgestelde, of veronderstelde behoefte aan jaarlijks af te studeren basisartsen. Deze is indertijd becijferd op 1200. Rekening houdend met een 'uitval' (studiestakers, studenten die besluiten na hun doctoraal onderzoeker te worden, enzovoorts) van 20% werd en wordt een instroom van circa 1500 eerstejaars nodig geacht om aan de maatschappelijke behoefte te kunnen voldoen. Bij een jaarlijkse aanmelding van  $\pm 3500$ , dit jaar mogelijk 4000, betekent dit dat er selectie plaats moet vinden.

Indien een faculteit van mening is dat zij zelf de studenten moet selecteren die onder haar verantwoordelijkheid een opleiding gaan volgen, betekent dit dat men niet instemt met de selectie zoals die tot nu toe plaatsvindt.

Zoals bekend wordt thans een stelsel van gewogen loting toegepast, dat wil zeggen dat niet iedere kandidaat een zelfde kans op plaatsing heeft. Abituriënten met een goed eindexamenresultaat hebben een hogere kans op inloting, maar iedereen heeft in principe een kans. Bij dit systeem wordt ervan uitgegaan dat eindexamencijfers een zinvol selectie-instrument vormen. Er is wel enig onderzoek verricht naar de samenhang tussen de resultaten van het VWO en de resultaten van de medische opleiding. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er een verband bestaat tussen eindexamencijfers en vooral propeuseuseresultaten, maar dat de correlatie afneemt gedurende de doctoraalfase. Kennelijk

spelen in de latere fasen van de studie andere factoren een rol, die voor verschillende studenten een verschillend effect hebben; bijvoorbeeld toets- en examenprocedures, inspiratie die van docenten uitgaat, gebeurtenissen in de privésfeer, gemotiveerd zijn voor en door de studie. Natuurlijk is het van belang dat men geschikt is om de studie te volbrengen, maar een andere vraag is of men geschikt is om later het artsberoep uit te oefenen. Daarvoor leidt de faculteit immers op. Een groot probleem is echter dat de kenmerken van een goed arts nog nooit eenduidig zijn omschreven en in onderwijskundige doelstellingen zijn geformuleerd. Dit is ook moeilijk; immers, de voorwaarden waaraan bijvoorbeeld psychiater, chirurg of sociaal geneeskundige moeten voldoen lopen sterk uiteen. De specialistenopleidingen stellen hun eigen selectiecriteria vast. Van de faculteit wordt slechts verlangd dat ze goede, bij voorkeur excellente basisartsen aflevert.

Hoe selecteer je dan? Met toelatingsonderzoek, psychologische test, interview? Voor elke methode zijn voorstanders en tegenstanders te vinden. Ook bij deze selectiemethoden zal het onvermijdelijk zijn dat er vele 'missers' gescoord worden, zowel vals-negatieve als vals-positieve. Vermoedelijk leveren ze geen betere resultaten op dan de huidige selectiemethode. Vast staat wel dat de andere selectiemethoden allemaal erg duur, arbeidsintensief en tijdrovend zijn. Indien ook nog eens iedere faculteit haar eigen selectie wil doen, betekent dit voor de middelbare scholier die zich bij verschillende faculteiten aanmeldt een zeer tijdrovende bezigheid. En dat in een periode waarin schoolonderzoek en eindexamens al veel aandacht opeisen.

Mijns inziens kan de faculteit het geld en de menskracht beter aanwenden voor:

1. Voorlichting aan aanstaande studenten over studie, niet alleen over de inhoud maar ook over de zwaarte, over de eisen die aan de student gesteld worden, en de eisen die aan de arts en het beroep gesteld worden. Daarmee kan de aanstaande student beter en meer verantwoord kiezen.

2. Voor een intensievere studiebegeleiding en verbetering van onderwijs voor de 'zittende studenten'. Zorg bijvoorbeeld voor goede, inspirerende docenten. Dit kan meewerken om de studiemotivatie hoog te houden.

Als geld en menskracht zo aangewend worden, kan de uitval gering blijven en kan de faculteit zoveel mogelijk basisartsen van een kwalitatief hoog niveau afleveren. In verband met de output-financiering kan dat zeer gunstig zijn voor een faculteit.

Drs. A. Bastiaans, studieadviseur

#### STELLING A:

Op grond van de verantwoordelijkheid die de faculteit geneeskunde draagt voor de aflevering van zoveel mogelijk basisartsen van kwalitatief hoog niveau behoort selectie van aanstaande medisch studenten, op grond van door de faculteit te bepalen criteria, tot de taken van de faculteit.

#### Standpunten van het publiek na de discussies

Eens met de stelling:	29,5% [was: 48%]
Oneens met de stelling:	70,5% [was: 52%]
Geen mening over de stelling:	0 [was: 0]

#### Meningswijzigingen:

Eens naar Oneens:	10
Oneens naar Eens:	3
Eens naar Geen mening:	0
Oneens naar Geen mening:	0
Geen mening naar Eens:	0
Geen mening naar Oneens:	0

Om als faculteit kwalitatief goede basisartsen op te leiden, is selectie van aanstaande studenten door de faculteiten om verschillende redenen onontkoombaar. In eerste instantie zal de faculteit haar profiel goed moeten kiezen; het evenwicht tussen zwaartepunten, onderzoeksscholen en de steeds mondiger en naar kwaliteit zoekende student. Een belangrijk argument is het psychologisch effect van 'het uitgekozen zijn om een medische opleiding aan deze faculteit' te volgen. Een zogenaamde 'corporate identity', het gevoel van 'mijn' universiteit, zal positief uitwerken op de studie.

Om het gekozen profiel goed tot zijn recht te laten komen, zouden wij moeten komen tot de instelling van een 'recruiting officer' of 'admissions office' die de verantwoordelijkheid heeft om in samenwerking met de faculteit die studenten aan te trekken die een opleiding nastreven die aansluit bij de expliciete zwaartepunten en profilering van de faculteit. Het spreekt vanzelf dat hierbij de opleiding tot basisarts niet in gevaar mag komen. Bij deze selectie zou een weging van drie factoren van belang moeten zijn: de eerste wordt bepaald door het cijfer voor het centraalschriftelijke indexamen, het tweede door motivatie en persoonlijke ontwikkeling en het derde door belangstelling voor de zwaartepunten en/of onderzoeksinstituten van de faculteit. Door deze ontwikkeling wordt kenbaar gemaakt op welke aspecten de faculteit tijdens de opleiding nadruk zal leggen en is expliciet een verbinding tot stand gekomen tussen de opleiding tot basisarts en de andere activiteiten en hoofdlijnen van de faculteit en het academisch ziekenhuis. Zo vormt de opleiding tot basisarts een continuüm met de verdere medische opleidingen.

Dr. H. Büller, kinderarts

## VISIE II

Het is de verantwoordelijkheid van de faculteit basisartsen af te leveren van kwalitatief hoog niveau. Dit houdt in dat de faculteit moet zorgen voor een goed curriculum, een goede organisatie van het onderwijs, goede docenten enzovoorts. Als voorzitter van de Plaatsingscommissie Geneeskunde werk ik mee aan het selectiesysteem zoals dat in Nederland al jaren toegepast wordt. Selectie is nodig omdat het aantal gegadigden voor de medische studie de capaciteit van de opleiding verre overtreft. Deze capaciteit is overigens afgestemd op de vastgestelde, of veronderstelde behoefte aan jaarlijks af te studeren basisartsen. Deze is indertijd becijferd op 1200. Rekening houdend met een 'uitval' (studiestakers, studenten die besluiten na hun doctoraal onderzoeker te worden, enzovoorts) van 20% werd en wordt een instroom van circa 1500 eerstejaars nodig geacht om aan de maatschappelijke behoefte te kunnen voldoen. Bij een jaarlijkse aanmelding van  $\pm 3500$ , dit jaar mogelijk 4000, betekent dit dat er selectie plaats moet vinden.

Indien een faculteit van mening is dat zij zelf de studenten moet selecteren die onder haar verantwoordelijkheid een opleiding gaan volgen, betekent dit dat men niet instemt met de selectie zoals die tot nu toe plaatsvindt.

Zoals bekend wordt thans een stelsel van gewogen loting toegepast, dat wil zeggen dat niet iedere kandidaat een zelfde kans op plaatsing heeft. Abituriënten met een goed eindexamenresultaat hebben een hogere kans op inloting, maar iedereen heeft in principe een kans. Bij dit systeem wordt ervan uitgegaan dat eindexamencijfers een zinvol selectie-instrument vormen. Er is wel enig onderzoek verricht naar de samenhang tussen de resultaten van het VWO en de resultaten van de medische opleiding. Uit deze onderzoeken komt naar voren dat er een verband bestaat tussen eindexamencijfers en vooral prope-deuseresultaten, maar dat de correlatie afneemt gedurende de doctoraalfase. Kennelijk

## SELECTIE VAN DOCENTEN

### STELLING B:

Bij de selectie van docenten voor de basisartsopleiding dienen kwaliteiten in het wetenschappelijk onderzoek even zwaar te wegen als onderwijskwaliteiten.

*Standpunten van het publiek voorafgaande aan de discussies*

Eens met de stelling:	50,0%
Oneens met de stelling:	37,5%
Geen mening over de stelling:	12,5%

### VISIE-I

Waarom dienen bij de selectie van docenten voor de basisartsopleiding kwaliteiten in het wetenschappelijk onderzoek even zwaar te wegen als onderwijskwaliteiten?

Mijn argumenten voor deze stelling zijn de volgende:

1. Omdat het onderwijs gericht moet zijn op het verwerven van klinisch-medische competentie.
2. Omdat het onderwijs gericht moet zijn op het verkrijgen van wetenschappelijke vorming.
3. Omdat het onderwijs potentiële onderzoekers moet motiveren.

De opleiding tot basisarts heeft primair tot doel de klinisch-medische competentie van de student op een zodanig peil te brengen dat zij voldoende is om één van de specialistische vervolgoopleidingen met vrucht te kunnen volgen. Dat betekent dat het onderwijs gericht moet zijn op het leren oplossen van medische problemen, dat wil zeggen het leren van wat wel 'clinical reasoning' genoemd wordt. Het gaat, kort samengevat, om het proces van de medische besluitvorming, opgevat als een hypothese-toetsend proces. Opvallend is dat dit pas in het laatste decennium in het geneeskundig onderwijs een echt 'eigen' thema is geworden. Dat heeft ongetwijfeld in de eerste plaats te maken met de toegenomen reflectie in onderwijskringen op de doelmatigheid van het onderwijs in het medisch curriculum van de laatste jaren; het is meer en meer duidelijk geworden, dat het overdragen van hoogwaardige kennis niet voldoende is om van de student een competente arts te maken. De toekomstige clinicus moet leren om zich te redden in de onzekere

situatie die de confrontatie met de problemen van de patiënt nu eenmaal betekent. Het is de confrontatie met wat (de Leidse) Querido, genoemd heeft "De binnenkant van de geneeskunde". Het is het grondkenmerk van de geneeskunde dat geprobeerd moet worden om deze problemen op zo rationeel mogelijke wijze, dat wil zeggen door zoveel mogelijk gebruik te maken van wetenschappelijk verantwoorde argumenten, te helpen oplossen. Het leren ontwerpen van relevante hypothesen en het systematisch toetsen ervan is daarbij de centrale, zij het niet de enige, maar voor het onderwijs wel meest bruikbare methode. Het is opvallend dat deze methode ook een hoofdrol speelt bij de meeste soorten wetenschappelijk onderzoek. Vermoedelijk zal er altijd wel iets overblijven als de rol van intuïtie of klinische blik, maar het is belangrijk om de student van meet af aan te leren, dat hij zich daarop niet beroepen kan, dat de medische besluitvorming zo rationeel mogelijk verantwoord moet worden. Dowie en Elstein typeren het professioneel klinisch oordeel daarom dan ook als "the art and science of uncertainty". Klinische epidemiologie is een van die moderne wetenschappen die hierbij onontbeerlijk zijn.

Het gaat, in de tweede plaats, bij deze ontwikkeling echter niet om een modegril van onderwijsfanatici. Veel belangrijker is, dat de medische besluitvorming al lang maatschappelijk onder vuur is komen te liggen. Meer en meer wordt de dokter al of niet in het openbaar door zijn cliëntèle of zijn financiers ondervraagd over de rationaliteit van zijn besluitvorming. Waarom deze diagnostische verrichting, wat is de effectiviteit van een bepaalde therapie, hoe verhouden zich kosten en baten bij een bepaald behandelbeleid etcetera? De belangstelling voor 'clinical reasoning' in onderwijskringen weerspiegelt ook een maatschappelijke behoefte aan medici die hun beleid rationeel kunnen verantwoorden. Ik denk dat de moderne medici in dat opzicht niet zo goed zijn opgeleid. Wel-

licht hangt hiermee de toenemende belangstelling, ook onder professionals, voor de zogenaamde alternatieve geneeskunst samen. Het zal duidelijk zijn dat docenten in 'clinical reasoning' in staat zullen moeten zijn een voorbeeldfunctie te vervullen in het demonstreren van de wijze waarop men rationeel tot besluitvorming komt. Zij moeten niet alleen de methode demonstreren, maar ook de relevante wetenschappelijke kennis kunnen overdragen. Dit kan niet aan anderen worden uitbesteed. Voor de co-assistent bijvoorbeeld is de opleidende specialist het voorbeeld bij uitstek; dié is zijn model in de onzekere situatie, aan wie hij zich vastklampt. Dié laat zien hoe je in de concrete situatie verschillende soorten kennis en vaardigheden rationeel integreert. Alle anderen die wellicht eerder in het curriculum deelaspecten hebben onderwezen, vallen bij deze figuur in het niet. Juist deze docent en opleider zal daarom ook over evenveel wetenschappelijke als onderwijskundige kwaliteiten moeten beschikken. Anders verwordt bijvoorbeeld een co-assistentchap van een kritische confrontatie met de praktijk van de geneeskunde tot een vermoeiende initiatierite in weinig doordachte routine-procedures.

Er gebeurt in het curriculum uiteraard meer dan het onderwijs in 'clinical reasoning' in engere zin. Er vindt onderwijs in kennis en vaardigheden plaats, dat als voorwaarde kan worden beschouwd voor het onderwijs in 'clinical reasoning'. In de meest brede zin zou men dit kunnen typeren als geneeskundig-wetenschappelijke vorming, dat wil zeggen het zich eigen maken van de wetenschappelijke basis van de geneeskunde. Tenslotte is het kenmerk van de moderne geneeskunde haar wetenschappelijke basis. De aandacht voor 'clinical reasoning' is zelfs eenvoudigweg het gevolg van het doortrekken van deze lijn naar een aspect van de geneeskunde dat vroeger eigenlijk aan de intuïtie werd overgelaten. Het is duidelijk dat dit onderwijs alleen

tot zijn recht kan komen in een context van bredere wetenschappelijke vorming. Het afgrenzen van wat wetenschap is en inhoudt, is niet zo gemakkelijk als het lijkt. Vandaar wellicht dat de afgrenzing tussen reguliere en alternatieve geneeskunde niet altijd zo eenvoudig is. Wetenschap verwijst mijns inziens naar een rationele en systematische analyse, naar een verklaring waarbij generaliseerbaarheid, het streven naar algemene verstaanbaarheid en het aansluiten bij het scheppen van een vruchtbaar en voor de meesten van ons bruikbaar theoretisch kader centraal staan. Ofom Querido nogmaals te citeren: "een goede vraagstelling bekoort esthetisch en kan aanleiding zijn tot het openbreken van een kennisgebied dat velen jarenlang werk bezorgt". Door deze begripsbepaling kan men een eerste, zij het niet geheel waterdichte, scheidingslijn trekken tussen de reguliere en de alternatieve geneeskunde. Wetenschappelijke activiteiten moet men voorts niet beperken tot experimenteel onderzoek in engere zin. Ook epidemiologie, beschrijvend onderzoek, zelfs case histories, maar ook meta-analyses, conceptuele analyses en wetenschapsfilosofische activiteiten vallen hieronder. De docent moet in staat zijn niet alleen het wetenschappelijke kennisbestand, voorzover relevant, over te dragen, maar ook de grenzen van die kennis, de methoden waardoor zij verkregen is en de beperkingen en mogelijkheden daarvan. Een docent kan zich aan een dergelijke kritische bespreking en overdracht alleen maar wagen als hij zelf wetenschapper is in bovengenoemde brede zin.

Nu meer dan ooit plaats, taak en grondslagen van de geneeskunde onderwerp van discussie zijn in onze maatschappij, is het zeer gelukkig dat de geneeskundige opleiding plaatsvindt aan een universiteit, zoals dat in Nederland althans het geval is. Aan de universiteit is de geneeskunde ingebed in vele andere uiteenlopende wetenschapsgebieden. Dat weerspiegelt de huidige vervlochtenheid van de geneeskunde met alle aspecten van het menselijk bestaan en deze situatie kan alleen maar stimuleren tot de zo noodzakelijke kruisbestuiving tussen docenten en studenten. Het eerste hoofdstuk van het reeds genoemde boek van Querido 'De binnenkant van de geneeskunde', dat verplichte literatuur zou moeten zijn voor elke medisch student, heeft als titel 'Door onderzoek gegrepen' en demonstreert op welke unieke wijze de wetenschappelijk



gekwalficeerde docent de begaafde en gemotiveerde student kan stimuleren tot het doen van baanbrekend onderzoek. Dat is toch één van de doelstellingen van ons onderwijs. Samenvattend meen ik te mogen stellen, dat het eigenlijk vreemd is dat men de stelling die nu aan de orde is, nog voor discussie vatbaar vindt. Het verwerpen ervan zou een aanzienlijke stap terug betekenen in het geneeskunde-onderwijs.

Prof. dr. W. van Tilburg, psychiater

## VISIE-II

In de stelling wordt gesproken over 'kwaliteiten' en niet over 'prestaties'. Dat betekent dat het accent gelegd wordt op het vermogen om problemen op wetenschappelijk verantwoorde wijze te definiëren en op te lossen, niet op het aantal publikaties. En ook dat de nadruk ligt op het vermogen om kennis efficiënt over te dragen en het verwerven van inzicht te stimuleren, niet op het aantal colleges en practica dat gegeven wordt. De stelling is zodanig geformuleerd dat zij niet vastlegt welke van de twee kwaliteiten het best ontwikkeld dient te zijn. Ook dat lijkt mij juist, omdat de ene docentplaats overwegend onderwijsgerichte activiteiten met zich brengt en bij een andere plaats het wetenschappelijk onderzoek de hoofdzaak zal zijn. Wanneer in de stelling in plaats van "de basisartsopleiding" zou staan "een universitaire opleiding", dan zou zij zinvol zijn, omdat zij een voor de selectie van universitaire docenten relevant criterium vaststelt, om het even of het de opleiding van theologen betreft, of die van astronomen, kunsthistorici of basisartsen. Wanneer wij voor de opgave staan om door middel van discussie tot voorstellen te komen voor een verbetering van de basisartsopleiding, dan is de constatering dat deze moet voldoen aan de algemene eisen van elke universitaire opleiding geen hulp bij de definitie van criteria die specifiek zijn voor de selectie van docenten voor de basisartsopleiding. Het doel van de basisartsopleiding is moeilijk te realiseren. Er is geen andere universitaire studie waarbij van het eindproduct een dergelijke combinatie van intellectuele, gevoelsmatige en sociale vaardigheden geëist wordt als van de basisarts. Het belang-

rijkste probleem van het curriculum is dan ook hoe wij in de zes jaar die ter beschikking staan de vele kennis uit zo verschillende vakgebieden als bijvoorbeeld moleculaire biologie, epidemiologie en psychiatrie zinvol combineren met zo verschillende vaardigheden als bij voorbeeld microscopiseren, een anamnese afnemen en het begeleiden van een ongeneeslijk zieke patiënt. Dat vraagt de medewerking van vele docenten uit zeer verschillende vakgebieden, en dus dreigt bij voortduring het gevaar dat de aanstaande arts de samenhang van dit alles uit het oog verliest en daarmee het doel van zijn/haar medische studie. Dat kan alleen worden voorkomen wanneer de studenten de vele noodzakelijke kennis en vaardigheden gedurende de hele studie krijgen aangeboden vanuit het perspectief van de zieke mens, en de individuele en maatschappelijke consequenties van diens ziek zijn.

Het is de niet geringe opgave van de onderwijscommissies en de faculteit om dit 'Leitmotiv' vorm te geven in een efficiënt curriculum. Maar hoe goed het curriculum ook wordt ontworpen, het succes ervan staat of valt met de bereidheid van de afzonderlijke docenten om hun specifieke bijdrage aan te passen aan het door het curriculum nagestreefde einddoel. Alleen dan is het mogelijk om de beschikbare tijd optimaal te benutten, en alleen dan kan de aankomend student ondanks de uiteindelijk vereiste veelzijdige kennis en vaardigheid toch in zes jaar werkelijk gevormd worden tot een competent basisarts, een basisarts die door ons curriculum reeds Algemeen Klinisch gevormd is...

Daarom zou ik stelling B als volgt willen amenderen:

Bij de selectie van docenten voor de basisartsopleiding dienen kwaliteiten in het wetenschappelijk onderzoek even zwaar te wegen als onderwijskwaliteiten. Het zwaarste dienen echter te wegen het vermogen en de bereidheid om deze kwaliteiten in dienst te stellen van (ondergeschikt te maken aan?) de facultaire opdracht studenten tot basisarts te vormen.

Prof. dr. A.M. van Leeuwen, internist

### STELLING B:

Bij de selectie van docenten voor de basisartsopleiding dienen kwaliteiten in het wetenschappelijk onderzoek even zwaar te wegen als onderwijskwaliteiten.

#### *Standpunten van het publiek na de discussies*

Eens met de stelling:	34,0% [was: 50,0%]
Oneens met de stelling:	43,5% [was: 37,5%]
Geen mening over de stelling:	22,5% [was: 12,5%]

#### *Meningswijzigingen:*

Eens naar Oneens:	7
Oneens naar Eens:	3
Eens naar Geen mening:	7
Oneens naar Geen mening:	1
Geen mening naar Eens:	0
Geen mening naar Oneens:	0

## PRESPECIALISATIE VOOR HET BASISARTSEXAMEN

### STELLING C:

Omdat een curriculum van zes jaar te kort is voor het bereiken van het beoogde, brede einddoel van de opleiding, is het gewenst om een prespecialisatie vóór het basisartsexamen in te voeren.

#### *Standpunten van het publiek voorafgaande aan de discussies*

Eens met de stelling:	4%
Oneens met de stelling:	85%
Geen mening over de stelling:	11%

### VISIE-I

De visie van prof. dr. H.A. Verbeek over deze stelling heeft hij weergegeven in een artikel in het Bulletin Medisch Onderwijs.<sup>3</sup> Hier wordt volstaan met een samenvatting.

Het (medisch) onderwijscontinuüm kan opgebouwd gedacht worden uit vier 'etappen': de basisschool, het voortgezet onderwijs (VWO), de basisartsopleiding en de medische vervolgopleiding. Het resultaat van de derde etappe (de basisarts) moet worden gezien als een 'halffabrikaat', dat in het huidige tijdsgewricht weinig waarde heeft zonder medische vervolgopleiding.

Een probleem dat zich thans voordoet, is dat de kennis en vaardigheden van dit halffabrikaat onvoldoende aansluiten op de vervolgoopleidingen. Hoe is dit probleem op te lossen? Voorgesteld wordt alle vervolgoopleidingen ingangseisen te laten expliciteren, waarbij wordt aangegeven op welk beheersingsniveau de kennis en vaardigheden gewenst zijn. De combinatie van al deze lijsten van gewenste ingangskennissen zou moeten leiden tot een beeld van de eindtermen van de basisartsopleiding. Omdat verwacht mag worden dat deze eisen sterk uiteen zullen lopen, zal het noodzakelijk zijn een gewogen combinatie van de belangrijkste eisen samen te stellen tot een pakket dat richting geeft aan de inhoud van de kern-basisartsopleiding. De overige eisen kunnen een plaats krijgen in differentiatierichtingen binnen de opleiding. De basisartsopleiding zal dan bestaan uit een 'spiraals-

gewijze' curriculumopbouw, waarbij op een lichtniveau alle belangrijke onderwerpen voor alle studenten aan de orde komen en op een gedetailleerd niveau voor diegenen die kiezen voor de betreffende differentiatierichting; het verfijnde kennispakket wordt verkregen in de specialistenopleiding. Een voorwaarde voor dit model is wel dat 'spijtoptanten' nog zonder al teveel tijdverlies kunnen overstappen naar een andere differentiatierichting. Differentiatie in de opleiding tot basisarts moet worden beschouwd als een consequentie van de groei in het medisch kennen en kunnen van de afgelopen tijd.

Prof. dr. H.A. Verbeek, chirurg  
(samenvatting TC/S)

## VISIE-II

In vergaderingen van examencommissies hoor je wel eens van docenten, meestal ter verdediging van een (te) hoog percentage gezakten: "De opleiding tot arts kan niet in zes jaar, ik heb meer tijd nodig voor mijn vak, vroeger, toen de opleiding nog zeven jaar was, was het veel beter." Verbeek stelt onder meer voor: "verkort de basisopleiding aan de faculteiten met twee jaar, waardoor er ruimte ontstaat voor verlenging van de vervolgopleiding met één jaar.....". In de discussie over de zelfstandige klinische vormingsperiode is door meerdere auteurs de suggestie gedaan om de basisopleiding in te korten tot vijf jaar. Zowel diegenen die voor een verlenging van het curriculum zijn, als diegenen die een verkorting haalbaar achten, redeneren uiteraard vanuit een eigen referentiekader over de basisarts. Dat betekent, mijns inziens, dat ze nog heel lang langs elkaar heen kunnen discussiëren. De lengte, maar ook de inhoud van het curriculum is afhankelijk van wat voor soort basisartsen we willen opleiden. Alvorens we de vraag over het eerste gedeelte van de stelling, de duur van het curriculum, zinnig kunnen beantwoorden, moeten we dan ook eerst eindtermen vaststellen.

Gedachten over prespecialisatie of differentiatie zijn niet nieuw. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen interne en externe differentiatie. Met prespecialisatie wordt hetzelfde bedoeld als externe differentiatie, namelijk het invoeren van een aantal afstudeerrichtingen. Het tweede gedeelte van de stel-

ling, de vraag of er wel of niet verschillende afstudeerrichtingen moeten komen, is ook al niet te beantwoorden zonder dat we de eindtermen van de opleiding tot basisarts kennen. Opmerkelijk vind ik dat we discussiëren over ingrijpende voorstellen in het curriculum, terwijl we weinig weten over de kwaliteit van de basisarts. Er is weinig onderzoek gedaan naar 'de basisarts'. Hoe functioneert zij/hij na het artsexamen? Zijn er redenen om het curriculum aan te passen?

De voorstanders van differentiatie noemen onder andere als argument dat het curriculum overvol raakt. Het onvermogen van ons allen om de leerstof te beperken, pleit op zich niet voor differentiatie. Ook binnen afstudeerrichtingen zal immers hetzelfde probleem zich voordoen.

Als argument tegen differentiatie wordt wel genoemd het afnemen van "de onderlinge verstaanbaarheid van de verschillende categorieën artsen". Dit argument lijkt mij van groot belang bij de discussie over differentiatie. Naarmate meer dokters in vervolgopleidingen specifieke deskundigheid op een beperkt gebied verkrijgen ('superspecialisten'), wordt het belang van de onderlinge verstaanbaarheid groter. Dat betekent een brede basisopleiding, een curriculum waarvan verreweg het grootste deel, het kerncurriculum, voor alle basisartsen hetzelfde is. Vele vragen, vele antwoordmogelijkheden, echter weinig antwoorden die gebaseerd zijn op onderzoeksgegevens. Vooralsnog zie ik geen enkele reden om het curriculum te kort te vinden om voor differentiatie te pleiten. Eerst moet worden afgesproken wat een basisarts moet kennen en kunnen, en moet er meer onderzoek gedaan worden naar het functioneren van de basisarts.

A.J.J.A. Scherpbier, onderwijscoördinator

### STELLING C:

Omdat een curriculum van zes jaar te kort is voor het bereiken van het beoogde, brede einddoel van de opleiding, is het gewenst om een prespecialisatie vóór het basisartsexamen in te voeren.

#### *Standpunten van het publiek na de discussies*

Eens met de stelling:	4%	[was: 4%]
Oneens met de stelling:	91%	[was: 85%]
Geen mening over de stelling:	5%	[was: 11%]

#### *Meningswijzigingen:*

Eens naar Oneens:	0
Oneens naar Eens:	0
Eens naar Geen mening:	0
Oneens naar Geen mening:	0
Geen mening naar Eens:	0
Geen mening naar Oneens:	3

### ZEGGENSCHAP GEZONDHEIDSZORG OVER DE OPLEIDING

### STELLING D:

Het beleid rond de inhoud en vormgeving van de Nederlandse basisartsopleiding moet meer dan tot nu toe het geval is bepaald worden door de kwalitatieve en personele behoeften in de gezondheidszorg.

#### *Standpunten van het publiek voorafgaande aan de discussies*

Eens met de stelling:	38%
Oneens met de stelling:	38%
Geen mening over de stelling:	24%

### VISIE-I

In Nederland leggen jaarlijks ongeveer 1.200 doctorandi het basisartsexamen af. De noodzaak om voor vrijwel iedere vorm van beroepsuitoefening een vervolgopleiding te kiezen veroorzaakt een onzeker arbeidsperspectief. Het aanbod aan opleidingsplaatsen in verschillende klinische specialismen is met het oog op een onzekere markt beperkt. Er heeft zich een stuwmeer gevormd van wachtenden die, of werkeloos of tijdelijk bezig, uitzien naar verdere opleidingsmogelijkheden. De aanvang van de feitelijke beroepsuitoefening wordt daardoor tot ver na het dertigste jaar opgeschoven. Onzeker is welk deel van de vrouwelijke basisartsen geheel of gedeeltelijk werk zal zoeken dat te combineren valt met huwelijk en gezin, omdat ook de kinderwens pas laat wordt vervuld. Het gegeven dat vrouwen in de meerderheid zijn bij de jongerejaars studenten, maakt een schatting van omvang en aard van de gezochte opleiding en arbeid extra moeilijk.

De lange totale beroepsopleiding, zes jaar tot basisarts, twee tot zes jaar tot specialist met daarin of daartussen wachttijden van maanden tot jaren, maakt een berekening van menskracht vrijwel onmogelijk wanneer de inhoud van een specialisme verandert. Op het oorspronkelijke terrein van de heelkunde hebben niet-invasieve behandelingen met endoscopische interventie, steenvergruizing en endovasculaire ingrepen als angioplastiek de scheidslijnen tussen snijdende en niet-snijdende specialismen ingrijpend verlegd. Binnen de interne geneeskunde zijn de deelspecialisaties

gastroenterologie en cardiologie tot volwaardige, grote vakgebieden met interventietechnologie uitgegroeid.

Aan het begin van de medische opleiding zal vermoedelijk het aantal studenten door de daling van het geboortecijfer in de zeventiger jaren afnemen, zeker wanneer nieuwe studierichtingen met een beter arbeidsperspectief zullen concurreren.

Het lijkt er dus niet op dat de menskrachtplanning in onze gezondheidszorg mogelijk is als het gaat om de artsenbehoefte van de toekomst. Dit is bij korte opleidingen en overzichtelijke problematiek zoals in de verpleegkunde evenmin uitvoerbaar gebleken, vermoedelijk omdat onze instrumenten om te meten en te sturen ongeschikt zijn. De vraag is dan of we juist kwalitatieve aspecten van onze gezondheidszorg van de komende jaren moeten meewegen in onze opleiding tot basisarts. Dat antwoord zou om twee redenen positief moeten luiden.

De huidige omschrijving van de basisartsopleiding is eerder gericht op een proces dan op een produkt. Het gaat om kennis, vaardigheid en houding, die een grondslag moeten vormen voor de verdere beroepsopleiding en beroepsuitoefening, een tamelijk vage verlanglijst. Juist in die verdere beroepsopleiding wordt een verlenging aangebracht door het aanvullen van vermeende of geconstateerde gebreken, vooral in kennis en vaardigheid. Cursorisch onderricht in basis- en brugvakken vindt dan ook in allerlei klinische specialismen plaats, terwijl er een aanzienlijke vraag is naar training in methodologie, medische statistiek, kritische literatuuranalyse en de psychologie van het arts-patiëntencontact. De afgestudeerde specialist komt bij zijn beroepsuitoefening bovendien tot de erkenning dat hij vrijwel onbekend is met het stelsel van de gezondheidszorg waarbinnen zich zijn beroepsarbeid afspeelt. Zelfs binnen de als proces gestuurde opleiding tot basisarts zouden door terugkoppeling van ervaringen binnen de vervolgopleiding en de beroepsuitoefening verbeteringen kunnen worden aangebracht om latere deficiënties te vermijden.

Belangrijker is dat overheid en professie zich een redelijk beeld kunnen vormen van de dominante factoren van onze gezondheidszorg in de nabije toekomst. In het herziene stelsel van zorg zal de professionele autono-

mie niet worden aangetast, maar zich voortdurend moeten verantwoorden inzake de kwaliteit van het medisch handelen. Dat handelen zal door vier belangrijke, met elkaar samenhangende factoren worden bepaald, te weten vergrijzing, chronische ziektelast, nieuwe medische technologie en de toeneemende vraag in de samenleving naar allerlei vormen van zorg, voor zieken zowel als gezonden. Waar kennis veroudert en vaardigheden vernieuwd moeten worden, blijft het aankweken van een houding tegenover een veranderende gezondheidszorg essentieel. In ons onderwijs en onze opleiding komen de specifieke problemen van veroudering, met verschuiving van 'cure' naar 'care' weinig aan de orde. Geriatrie is een nauwelijks bestaand specialisme en de stage verpleeghuiskunde zou, beter laat dan vroeg in het curriculum, als co-assistentenschap aan de opleiding kunnen worden toegevoegd. Het zinnig en kritisch waarderen en toepassen van nieuwe technologie, van geneesmiddel tot laboratoriumonderzoek of geavanceerde ziekenhuisgeneeskunde, zou in het onderwijs niet alleen als methodologie maar ook als houding geleerd kunnen worden.

De last van chronische, moeilijk te behandelen ziekten en gebreken is een minder spectaculair onderwerp dan de geslaagde en gecompliceerde interventie bij acute ziekte, maar het is van groot belang voor de volksgezondheid dat basisartsen daarmee leren omgaan. De druk vanuit de samenleving, ziek en gezond, op allerlei gebieden van medische en paramedische zorg, is een kenmerk van een gezondheidsstreven zonder einde wat een groot beslag legt op de collectieve middelen. Medicalisering van de samenleving is niet alleen een zaak van medici, maar draagt, hoe dan ook, aanzienlijk bij tot een beleving van niet gezond zijn in één van de, statistisch gezien, gezondste landen ter wereld. Het zou onbillijk zijn te menen dat de huidige basisartsopleiding daarvoor geen aandacht heeft, maar de plaats van de opleiding, de medische faculteit en het academisch ziekenhuis, is niet neutraal door het accent op technologie, vaar-

digheid en nieuwe kennis waarbij de aandacht voor zorg, gebrek en chronische klacht naar de achtergrond verschuift. De realiteit van academische geneeskunde komt daarmee ver af te liggen van het gebied van de alledaagse zorg. "Een goede opleiding", schreef Osler al honderd jaar geleden, "laat veel te wensen over". Hij bedoelde daarmee dat een opleiding nooit klaar is. Dat geldt ook voor de opleiding tot basisarts, die niet langer, maar anders gestructureerd zou kunnen zijn met het zicht op de toekomst die we ten dele kunnen verkennen.

Die kwalitatieve verandering zou door kennismaking met andere facetten van de beroepsuitoefening wellicht ook in personeelsopzicht verandering kunnen brengen, omdat aanstaande basisartsen zich bij de keuze van een vervolgopleiding dan door andere aspecten van de beroepsuitoefening zullen laten beïnvloeden.

Opleiding tot het artsexamen hoort niet te geschieden in een luchtledig, maar binnen de verwachtingen van ziekte en gezondheid in de Nederlandse samenleving en binnen het stelsel van zorg. Dat die maatschappelijke realiteit wordt teruggekoppeld naar de basisartsopleiding en haar vormgeving lijkt me een noodzaak, wil het water tussen beide niet te diep worden.

Prof. dr. A.J. Dunning, cardioloog

## VISIE-II

De passage uit de stelling die nu aan de orde is, te weten: "Het beleid rond de inhoud en vormgeving van de Nederlandse basisartsopleiding moet meer dan tot nu toe het geval is ..." suggereert dat er beleid is. Er is echter geen beleid. Veranderingen worden doorgevoerd zonder toetsing en evaluatie: veel activiteit, veel strijd, maar geen beleid.

De aansluitende passage: "... bepaald worden door de kwalitatieve en personele behoeften in de gezondheidszorg" suggereert dat er in de gezondheidszorg een behoefte is aan facultaire producten met gegarandeerde kwalitatieve specificaties, die volgens contract

moeten worden opgeleverd aan afnemers die precies weten wat ze hebben willen, een soort Russische plan-economie.

Ik heb hierbij twee opmerkingen.

1. Het facultaire 'produkt' zal pas 6-8 jaar na afstuderen zelfstandig werken in de gezondheidszorg. Er is dus een groot tijdsverloop tussen het einde van de facultaire opleiding en het moment dat behoeften in de gezondheidszorg vervuld moeten worden. Het inspielen op recent veranderde behoeften in de gezondheidszorg hoort dus vooral thuis in de vervolgopleiding. De conclusie luidt dan ook dat de faculteit zich meer moet richten op de fundamentele, niet snel veranderende professionele kenmerken en waarden, en op een zekere mate van wetenschappelijke vorming.

2. De faculteiten leveren geen produkt af met gegarandeerde specificaties (er is immers geen eindmeting), maar wel vele basisartsen die zich individueel hebben geprepareerd op de sollicitaties in de volgende ronde. Het zijn de persoonlijke kwaliteiten van de sollicitanten die van belang zijn.

De conclusie luidt dan ook dat de faculteit ervoor moet zorgen dat haar abituriënten voldoende zijn toegerust voor de sollicitatierondes. Hoe moet de faculteit dat doen? Antwoord: met driemaal een M.: een Model voor het eindprodukt, Methoden van onderwijs en Meting van het resultaat (= doel, middel en toets). Een basisarts moet dan in staat zijn onder begeleiding te werken. De faculteit kiest op basis van dit model de geëigende onderwijsmethoden en tenslotte meet zij of de studenten het vereiste niveau halen in elk van de aandachtsgebieden. De faculteit zorgt voor een basisgarantie aan kwaliteiten en kwaliteit, de student zorgt voor persoonlijke profilering hier bovenop, op basis van eigen keuzes binnen het onderwijs. Studenten willen zich op grond van individuele motieven voorbereiden op een plaats in de gezondheidszorg. Van belang is dus een tijdige afstemming van mogelijkheden daarin en strevingen van studenten. Opleiders en beslissers over banen zullen daarom goed zichtbaar moeten zijn voor studenten in de basisopleiding en duidelijk moeten aangeven wat voor kwaliteiten zij in de vervolgoopleidingen wensen. Met andere woorden: de faculteit moet zich niet richten op doelen die zij niet kan beïnvloeden, maar zich concentreren op de essenties van de professie. Wetenschappelijke vorming en de studie zelf moeten zo zijn ingericht

dat studenten met een duidelijk toekomstbeeld voor ogen studeren en voldoende keuzes hebben om zich te profileren.

De vraag is of de faculteiten dit wel aankunnen. Het moet wel, maar er zijn belemmerende factoren, zowel buiten als binnen de faculteit.

Extern is de faculteit in het nauw gebracht door een teveel aan beleid. Zij is nu het achtergebleven neefje van het echtpaar vB: College van Bestuur en Raad van Bestuur. Daarnaast ligt een horde afkortingen op de loer om te zeggen wat de faculteiten moeten doen: WVC, SRC, SGO, KNMG en uiteraard O&W. Intern is er verdeeldheid en belangenstrijd onder vakgroepen.

Belangrijker is dat het onderwijs in de faculteit een lage status heeft en een lage prioriteit. Het carrière-perspectief van de wetenschappelijke staf richt hen niet op onderwijs, maar op het bedrijven van geneeskunde en, vooral, publiceren. Hier is sprake van een monsterverbond tussen bureaucratie en wetenschap waardoor kwantitatief, dus objectief, vastgesteld wordt wie goed onderzoek levert. Ditzelfde kan uiteraard ook voor onderwijs geschieden, alleen wat eenvoudiger: je vraagt het gewoon aan de studenten.

Het klinisch afdelingshoofd heeft vaak een dubbelfunctie als opleider van assistenten en eindverantwoordelijke van de studentenopleiding. Andere werkzaamheden (management van onderzoek en het zich te weer stellen tegen beleidsmaatregelen) kunnen het hem moeilijk maken zich in te zetten voor het studentenonderwijs. Het is dan verleidelijk te volstaan met het scouten van studenten die passen in 'het team' als AIO of AGIO en de rest te zien als noodzakelijke, maar niet benodigde passanten.

Hoe verder?

Het zijn vooral de interne factoren, waarvoor de faculteiten zelf orde op zaken moeten stellen. Dus: staak de stammenstrijd tussen vakgroepen en breng de status van het onderwijs omhoog. Daarna kunnen de faculteiten een zelfbewuste houding aannemen en bij het onderwijs hun aandacht richten op de essenties van de medische professie in relatie tot de maatschappij. Dat is een klassieke universitaire taak, die niet door eindeloos afstemmingsbeleid kan worden verkregen, wel door

verantwoord gedrag van individuen die hun verantwoordelijkheid nemen binnen de facultaire gemeenschap.

Samengevat moeten de faculteiten zich niet laten dwingen in de rol van mede-onderhandelaar over vorm en inhoud van de basisartsopleiding en zeker niet in een coördinerend beleidsorgaan. De faculteiten zijn mans genoeg hun eigen visie te ontwikkelen en vorm te geven, rekening houdend met: ontwikkelingen in de geneeskunde; ontwikkelingen in wetenschap; ontwikkelingen in de maatschappij.

Hiervoor is nodig een verdere bewustwording van de medische faculteiten, die begint met een eigen standpuntbepaling.

Dr. H.J.M. van Rossum, onderwijscoördinator

#### STELLING D:

Het beleid rond de inhoud en vormgeving van de Nederlandse basisartsopleiding moet meer dan tot nu toe het geval is bepaald worden door de kwalitatieve en personele behoeften in de gezondheidszorg.

#### *Standpunten van het publiek na de discussies*

Eens met de stelling:	33%	[was: 38%]
Oneens met de stelling:	67%	[was: 38%]
Geen mening over de stelling:	0	[was: 24%]

#### *Meningswijzigingen:*

Eens naar Oneens:	9
Oneens naar Eens:	4
Eens naar Geen mening:	0
Oneens naar Geen mening:	0
Geen mening naar Eens:	3
Geen mening naar Oneens:	8

## NABESCHOUWING

De gekozen onderwerpen bleken controversieel. Niet alleen waren de meningen uiteenlopend, ook bleken velen vatbaar voor de overredingskracht, of misschien het gebrek hieraan, van de discussianten.

Na een bezinning over selectie blijkt een meerderheid van het publiek een facultaire selectie van studenten bij de toegang tot het onderwijs af te wijzen.

Bij het onderwerp selectie komt ook nog de vraag op naar de consequenties van selectie door de faculteiten. Zou het een verdienste van een faculteit zijn als studenten van een gemiddeld niveau of minder daar niet zouden binnenkomen? En in hoeverre strijkt zo een faculteit de eer op die bestemd zou moeten zijn voor haar studenten? Een faculteit die haar best doet studenten van een gemiddeld niveau tot goede basisartsen op te leiden doet misschien beter werk dan een faculteit die haar naam en faam laat afhangen van de kwaliteit van studenten die zo goed zijn dat ze het misschien ook zonder de inspanning van het docentencorps wel zouden redden.

De selectie van docenten heeft andere reacties bij het publiek opgeroepen. De discussie heeft een deel van het publiek duidelijk aan het twijfelen gebracht, vooral diegenen die het oorspronkelijk met de stelling eens waren. Misschien heeft de formulering van de stelling daaraan bijgedragen, zoals de tweede

discussiant, Van Leeuwen, verondersteld zal hebben. Door de formulering van de stelling is niet duidelijk of diegenen die het oneens zijn met de stelling nu onderzoeks- of onderwijskwaliteiten zwaarder willen laten wegen. Van Tilburg beargumenteert vooral waarom wetenschappelijke kwaliteiten voor de medisch docent van belang zijn; Van Leeuwen ontkent dit niet, maar benadrukt het feit dat docenten hun aandacht moeten richten op een brede vorming tot basisarts.

De vraag is dan hoe men zou kunnen bevorderen dat het onderwijs een zodanige 'zuigkracht' uitoefent dat de energie van de docent zich meer gaat richten op het verwerven en hanteren van didactische kwaliteiten passend bij de genoemde doelstelling.

Van de noodzaak tot het invoeren van een prespecialisatie of differentiatie vóór het basisartsexamen blijkt vrijwel niemand overtuigd. Van de kleine groep die hierover eerst zei geen mening te hebben, verklaart na de discussie de helft zich alsnog tegenstander.

Had het publiek over het onderwerp 'zeggen-schap van de gezondheidszorg over de opleiding' vóór de discussie een sterk verdeelde mening, na afloop bleek de helft van het publiek zich bedacht te hebben. De slotsom was dat een duidelijke meerderheid zich schaarde achter het standpunt dat de faculteit zich niet door de gezondheidszorg moet laten voorschrijven hoe de opleiding in elkaar moet steken. Wellicht heeft Van Rossum het publiek kunnen overtuigen van het feit dat de faculteiten "mans genoeg zijn om een eigen visie te ontwikkelen en vorm te geven, rekening houdend met ontwikkelingen in de geneeskunde, de wetenschap en de maatschappij".

## LITERATUUR

1. Metz JCM, Bulte JA, Van Paridon EJM. Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport Beleidsgericht Onderzoek Co-assistentschappen. 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 in het medisch onderwijscontinuüm. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1989.
3. Verbeek HA. Afstemming basisopleiding op vervolgopleiding. Bulletin Medisch Onderwijs 1991; 10(1): 30-3.



Bij discussie over patiëntenbelasting wordt vaak gezegd dat de afdeling gynaecologie bijzonder is.

Gynaecologische patiënten moeten ontzien worden, lijkt een wijdverbreide opvatting. Is dat wel terecht? Is het voor gynaecologische patiënten vervelender dat er een co-assistent is dan voor een mannelijke urologische patiënt? Maakt het verschil of de co-assistent mannelijk of vrouwelijk is? Eigenlijk weten we daar weinig van, althans er is weinig over gepubliceerd. Zou het ook zo kunnen zijn dat mannelijke dokters hun schroom wat betreft het gynaecologisch onderzoek projecteren?

In de feministische literatuur wordt dat ook wel paternalistisch gedrag genoemd. Dat gaat mij wat ver, het klinkt zo negatief. Hoe het ook zij, op meerdere plaatsen mogen co-assistenten het gynaecologisch onderzoek niet doen, omdat het te belastend zou zijn voor de patiënt.

Moeten we niet weten wat de patiënt daar zelf van vindt? Het lijkt mij van wel, zeker als jonge aanstaande collegae geen ervaring kunnen opdoen. Als het nu om een onbelangrijk onderzoek ging. Maar dat is niet zo, heb ik begrepen.

Wat mij interesseert is, of er langzamerhand een verschuiving gaat optreden, nu de vrouwelijke studenten steeds duidelijker in de meerderheid zijn. Mag op de afdeling urologie of algemene chirurgie het rectaal toucher straks niet meer verricht worden omdat het te belastend is?

Het zal wel niet, denk ik.

Waarom dan deze bladvulling? Onderwijsbeleid moet mijns inziens ondersteund worden door onderzoek, zeker als het gaat om onderwijs aan een wetenschappelijke instelling.

Net zoals we ons medisch handelen gedegen trachten te funderen, zou ook ons handelen in het onderwijs bepaald moeten worden door behoorlijk onderzoek en niet door opvattingen en vooronderstellingen.

Nu het praktisch medisch onderwijs terecht meer aandacht krijgt, dient onderzoek naar ervaringen van patiënten daarmee geëntameerd te worden.

A.J.J.A. Scherpbier