

FLEXNER OVER HET MEDISCH ONDERWIJS IN EUROPA



W. Bender
Faculteit der Geneeskunde
Rijksuniversiteit Groningen

Correspondentieadres:
W. Bender
Bureau Onderzoek van Onderwijs
Geneeskunde (Boog)
Ant. Deusinglaan 1
9713 AV Groningen

In een eerder artikel ben ik ingegaan op het Flexner rapport uit 1910, dat de basis vormde voor de grote hervorming van het medisch onderwijs in de Verenigde Staten aan het begin van deze eeuw.¹ Ik heb daar ondermeer laten zien dat 'het' Flexner rapport in feite de eerste van een reeks van drie is bevattende het visitatieverslag van het medisch onderwijs in de Verenigde Staten van Amerika en in Canada.² Het tweede rapport gaat over het medisch onderwijs in Europa, terwijl het derde rapport de gevisiteerde landen onderling vergelijkt. Ook deze rapporten zijn nog opvallend actueel en bevatten vele behartigenswaardige opmerkingen.

De tweede grote studie van Flexner uit 1912, nu over het medisch onderwijs in Europa (lees: Engeland, Duitsland en Frankrijk), wordt opnieuw voorafgegaan door een uitvoerig voorwoord van Pritchett.³ Net als in het eerste rapport laat hij er geen gras over groeien. Het medisch onderwijs in de USA verkeert in een impasse; het curriculum is overvol, en de docenten deugen niet. Het geven van onderwijs moet niet langer een karweitje zijn dat een druk bezet practicus er wel even bij doet. Amerika neemt wat dat betreft volgens Pritchett een bijzondere plaats in.

"(...) faults of one sort or another may indeed be found with the medical schools of England, Scotland, France, Germany, and Austria. But scandals in medical education exist in America alone. In no foreign country is a medical school to be found whose students do not learn anatomy in the dissecting-room and disease by the study of sick people. It has remained for the United States to confer annually the degree of doctor of medicine upon, and to admit to practice, hundreds who have learned anatomy from quiz-compends, and whose acquaintance with disease is derived not from the study of the sick, but from the study of text-books." Pritchett acht hervorming van het onderwijs overigens wel degelijk een haalbare kaart. Zijn optimisme in dezen ontleent hij eveneens aan de vergelijking met Europa.

"In the process of reconstructing medical education, which wise benefaction could now so readily bring about, we in America are luckily free from the most serious obstacle that reformers abroad encounter: we have so brief a history that no very stubborn traditions have been created."

Al eerder is opgemerkt dat Flexners opvattingen over de hervorming van het medisch onderwijs in de USA niet steeds conform zijn bedoelingen zijn doorgegeven.² Maar het met name door Engel gesignaleerde misverstand over het naar voren schuiven van de basisvakken⁴, is wellicht in de hand gewerkt door Flexner zelf. In zijn studie uit 1912 krijgen namelijk de anatomie, fysiologie, farmacologie en pathologie een prominente plaats toebedeeld in de hoofdstukken over 'Medical Sciences'. Bovendien worden mijns inziens de methodische aspecten minder benadrukt dan in de eerste studie het geval was.

Over het medisch onderwijs in Duitsland is Flexner overwegend himmelhoch jauchzend, al is hij niet zonder kritiek. Zo noemt hij de opbouw van de preklinische fase van de studie chaotisch, en de onderdelen niet op elkaar afgestemd. Daardoor hebben docenten geen weet van wat de student al weet. Verder omschrijft hij de dominantie van het hoorcollege als een onmiskenbare tekortkoming. "Science is method, - a method of doing; it is primarily practical, rather than speculative or theoretical." Maar lyrisch is Flexner over het klinisch klassikaal onderwijs, dat vooral

bestaat uit patiënten-demonstraties van een zeer hoog niveau. Na de uitvoerige bespreking van een klaarblijkelijk grondig voorbereid college geeft hij aan waar die hoge kwaliteit uit bestaat; het is "clear, logical, comprehensive, and at every step concrete. A master mind at work is exhibited daily to two hundred students or more." Die hoge kwaliteit van het klinisch onderwijs in Duitsland wordt naar zijn oordeel voor een belangrijk deel teweeg gebracht door de grote mobiliteit van de hoogleraren. Herr Professor anno 1912 is een Wanderer, en universiteiten azen op de besten.

Flexners bevindingen inzake het medisch onderwijs in Engeland (en trouwens ook Frankrijk) geven een opmerkelijk contrast te zien met de Duitse situatie.

"(...) in respect to the student, nowhere else in the world are conditions so favorable. In our discussion of Germany, we pointed out that its clinical instruction was overwhelmingly demonstrative; that the student saw and heard, but almost never did. Clinical education in England has completely avoided this wasteful error. It is primarily practical."

Aldus rijst het beeld van een wetenschappelijk Duitsland met voor studenten weinig mogelijkheden voor het opdoen van praktische ervaring, en het omgekeerde beeld in Engeland en Frankrijk. De colleges in Engeland zijn schools, met presentielijsten, en met nauwelijks meerwaarde ten opzichte van studieboeken. "In general, it is hardly an exaggeration to say that the didactic lecture might drop out perhaps almost entirely without seriously crippling the instruction."

De lyriek die in Duitsland de patiënten-demonstratie gold, betreft in Engeland het praktisch klinisch onderwijs. "In all that pertains to the relation of the student to the hospital, the English model deserves to be universally copied."

Er is overigens één aspect waarin Engeland en Duitsland elkaar evenaren: in beide landen is sprake van ongestructureerde curricula. Er is niet een duidelijk voorgeschreven studieprogramma, en Flexner (zelf een uitgespro-

ken voorstander van een flexibele opzet) zegt zelfs dat het bestuderen van het rooster niet leidt tot het ontdekken van voorschriften op dit punt. Maar de achtergrond van het ontbreken van een vast patroon is verschillend. In Duitsland wordt de vrijheid van de student gezien als een noodzakelijke voorwaarde voor de ontplooiing van persoonlijke capaciteiten en belangstelling. In Engeland gaat het veel meer om het bestaan van verschillende mogelijkheden naast elkaar, waaruit de student een keuze kan maken; in feite is deze veelheid aan keuzemogelijkheden alleen maar een weerspiegeling van het feit dat er vele - binnen bepaalde grenzen autonome - examencommissies zijn. Flexner beschrijft uitvoerig de werkwijze van één van die commissies (the Conjoint Board), en gezegd moet worden dat de formele aspecten voldoen aan de eisen die daaraan gesteld mogen worden. Er zijn per student steeds twee externe examinatoren van verschillende scholen, en geen student krijgt een eigen docent als examiner. Het examen duurt een aantal dagen, en bevat schriftelijke, mondelinge en praktisch-klinische onderdelen op het gebied van chemie, fysica, fysiologie, anatomie, interne geneeskunde, obstetrie/gynaecologie, en chirurgie. Elke examiner neemt ten minste drie patiënten uit zijn eigen ziekenhuis mee naar de Examination Hall. Het schriftelijk werk wordt door twee beoordelaars nagekeken, het mondeling examen wordt door twee andere examinatoren in elkaars aanwezigheid afgenomen en beoordeeld. Over het schriftelijk deel van het examen is op voorhand, en soms naderhand, overleg geweest tussen de verschillende examinatoren.

In weerwil van de betrouwbaarheid van de examens, zoals in het voorgaande geschetst, zijn de zakpercentages niet kinderachtig: getallen van 30, 40 of zelfs 50% zijn niet ongebruikelijk. De factor die volgens Flexner verantwoordelijk is voor deze resultaten, is het onderwijs zelf.

"A good result may be measured by reasonable, not too numerous or too prolonged examinations; it cannot be forced by them. That, in the end, depends on antecedent factors, - adequate preliminary training, proper facilities, competent and devoted teachers, and the right atmosphere; and to the provision of these, effort must in the first instance devote itself."

HET MEDISCH ONDERWIJS IN NEDERLAND VOLGENS FLEXNER

De derde publikatie van Flexner uit 1925 is een vergelijkende studie van het medisch onderwijs in Europa en Amerika.⁵ Veel nieuws biedt het niet, voor wie de vorige publikaties heeft gelezen. Het is vooral een samenvatting, uitgebreid met de situatie in meer Europese landen dan alleen Duitsland, Engeland en Frankrijk. Voorts wordt meer aandacht geschonken aan het onderwijs dat voorafgaat aan de medische studie. Nederland wordt er ook - zij het spaarzaam - in opgevoerd (als een van de Germaanse landen, gelijk Zweden, Denemarken en Zwitserland). Van de Leidse klinieken wordt vermeld dat zij over een groot terrein verspreid liggen, en aldus te ontoegankelijk zijn. Utrecht en Leiden hebben een laboratorium-cursus farmacologie opgezet. Het gebouw van de pathologie in Utrecht heeft grote indruk op Flexner gemaakt, evenals in Leiden Einthovens laboratorium en de verlaten kerkgebouwen in Utrecht waarin de experimentele farmacologie van Magnus onderdak heeft gevonden. Het fysiologisch laboratorium in Amsterdam wordt excellent genoemd. Ook met name wordt genoemd de neurologische kliniek van Winkler in Utrecht. Groningen wordt wel als zetel van een medische faculteit vermeld, maar daar blijft het dan ook bij. Mogelijk heeft Flexner deze parel van het noorden links laten liggen, op weg naar Duitsland. Verder worden enkele pikante bijzonderheden over onze nationale situatie vermeld. Zo wordt het gymnasium omschreven als "the most conservative secondary school in Western Europe".

De Nederlandse student is dociel en ijverig, en volgt een door anderen gebaand pad met grote nauwgezetheid, niettegenstaande het feit dat de volgorde niet dan in zeer algemene termen is aangegeven. In het voorwoord wordt Professor Storm van Leeuwen uit Leiden als enige Nederlander met name genoemd, dus deze informatie zal wel uit die hoek zijn gekomen.

"The Dutch scheme is peculiar in its total divorce of theoretical clinical instruction from practical experience from whatever kind. The student, having successfully passed his laboratory subjects, enters the clinical division, where he endures two years of unrelieved demonstrative lecturing. (...) The student is, of course, surfeited with lecturing - all students apparently, in so far as they attend, hearing the same lectures. Small wonder that complaint is rife that students are passive, and that, up to this point in their training at least, individuality does not disclose itself. At the conclusion of this prolonged exposure to theory, the student is examined on his knowledge of theory (...) As "co-assistant," he serves three months in medicine, two and a half months in surgery, six weeks in obstetrics and gynecology, six weeks in psychiatry. During these periods, which fortunately come in no fixed order, the co-assistants rotate at regular intervals through the services, in-patients, out-patients, men, women, etc."

Weinig nieuws onder de zon dus, of het moest zijn het ontbreken van een vaste volgorde in de co-schappen. Dat Flexner daar waardeerend over spreekt, hoeft inmiddels geen verbazing meer te wekken.

FLEXNER ALS ONDERWIJSKUNDIGE

In een eerder artikel is opgemerkt dat Flexners gedachten over medisch onderwijs naar vorm en inhoud modern en actueel zijn.² Wellicht ten overvloede wil ik dat nogmaals illustreren aan de hand van twee onderwijskundige thema's, te weten de rol van de docent, en het wezen van het medisch onderwijs.

Flexner heeft uitgesproken ideeën over de rol van medische docenten en professoren. Natuurlijk is een hoogleeraar in de interne geneeskunde of in de chirurgie een arts, maar dat feit is in het onderwijs van secundair belang.

"He is first of all a university professor; that title indicates his dominant and consuming interest. If, now, the teacher of medicine is a teacher in precisely the same sense in which the chemist or the mathematician is a teacher, then his workshop, the hospital, is only another sort of laboratory."

Flexners opvattingen over de aard van het medisch onderwijs worden wellicht het beste geïllustreerd door de volgende passages.

"What can be fairly expected of a medical education? (...) Medicine involves the intelligent application of knowledge, method and experience to the problems of disease. It is a profession, rather than a craft, because of the emphasis which it places upon intelligence as against mechanism. Now, situations that must be resolved by intelligence can never be exhaustively foreseen or provided for. The agent destined to act in them may at the most have become familiar with the more important data they are sure to contain and with the more important instrumentalities he is bound to employ in dealing with them; the knowledge and practical skill thus severally acquired he may have used under disciplinary supervision in typical and characteristic situations, calling for the sort of response that he must eventually make. Obviously, these selected situations need be of no precise character; they need only be sufficiently numerous and sufficiently diverse to require varied and accurate knowledge and to form and to test a habit of action. When the medical school has done so much, it has done its all: critical and conscientious experience in the widest sense must fill in the outline thus drawn. Education has equipped the student with his tools. It has trained him to use them; it has provided some opportunity in which he may demonstrate his capacity to use them."

Het bovenstaande weerlegt de noodzaak van een rigide en uniform curriculum, en Flexner is daar dan ook zeer op tegen. In dit verband wijst hij op wat hij een absurditeit noemt van het uniforme curriculum. Een curriculum dat voor iedereen gelijk is, is ofwel te veel voor de gemiddelde student ofwel te weinig voor de beste. "Four or five years of compliance with prescription will result in the atrophy of the voluntary powers".

Flexner benadrukt op talloze plaatsen dat het in het medisch onderwijs meer gaat om leren (van de student) dan om doceren. Aangezien het curriculum al overvol is, moet je bijvoorbeeld niet aankomen met oplossingen als een 'cursus toegepaste anatomie' in het chirurgie-onderwijs, als de klacht is dat studenten te weinig weten van anatomie, en daar te weinig de relevantie van inzien in de eerste jaren. De fout is dat al dergelijke oplossingen

"seek to achieve by manipulation and machinery what can be achieved only by effort, mainly the student's own effort. We have made it harder to achieve than need be by overloading the curriculum. The remedy is to do less for the student rather than to do more for him. But when the curriculum has been simplified, defects and disappointments will not disappear; these, due largely to human frailty, cannot be exorcised by jugglery. Far more wholesome would it be to admit once and for all the difficulty of learning medicine, and the impossibility of teaching it."

Met deze zinnen, die wel uit Chestertons pen lijken te zijn gevloeid, schaart Flexner zich definitief in de rijen der fundamentele onderwijsvernieuwers.

LITERATUUR.

1. Flexner A. Medical education in the United States and Canada - a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin number four. Boston: Updike, The Merrymount Press, 1910.
2. Bender W. Flexner - Een eenmansvisitatiecommissie avant la lettre. Bulletin Medisch Onderwijs 1992; 11(1): 8-13.
3. Flexner A. Medical education in Europe - a report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching. Bulletin number six. Boston: Updike, The Merrymount Press, 1912.
4. Engel GL. Biomedicine's failure to achieve Flexnerian standards of education. J Med Educ 1978; 53: 387-92.
5. Flexner A. Medical education - a comparative study. New York: The Macmillan Company, 1925.

Dit artikel behandelt het werk van Flexner in een vrijwel chronologische volgorde. Dat geldt ook voor de citaten, enkele kleine uitzonderingen daargelaten. Wie het echter tot op de bladzijde nauwkeurig wil weten, kan zich wenden tot de auteur.