

Het 12e jaarlijkse congres van de Association for Medical Education in Europe (AMEE), 14-16 september 1983 te Praag.

Dat het AMEE-congres ditmaal in Praag werd gehouden, was niet uit toeval of alleen omdat Praag zoveel stedschoon te bieden heeft, nee: deze plaats was - zoals Walton, de voorzitter van AMEE, bij de opening van het congres al verwoordde - om een uitwisseling van gedachten over het medisch onderwijs te bevorderen tussen allen die hierin geïnteresseerd zijn, of zij nu aan deze of aan gene zijde van het ijzeren gordijn wonen. Daarbij kunnen meteen vraagtekens geplaatst worden. Zo'n uitwisseling kan alleen gedijen indien ook na zo'n congres vrije contacten mogelijk zijn en dát is nu juist wat een land als Tsjechoslowakije wil verhinderen, zoals ons uit persoonlijke ervaringen tijdens ons verblijf daar duidelijk is geworden. Het is tekenend dat het congres in een oostblokland moest plaatsvinden om collega's uit de socialistische landen meer bij AMEE te kunnen betrekken. Een bewijs voor de tact en de diplomatieke gaven van Walton is, dat het congres gevrijwaard is gebleven van politiek geharrewar, zodat zelfs Prywes uit Israel tot Tsjechoslowakije werd toegelaten en een belangrijke lezing kon geven. Wie overigens nog van de werkelijk schitterende stad Praag wil genieten, moet vlug zijn: het verval grijpt snel om zich heen, menig trottoir is met een houten afdakking beschermd tegen vallend puin, in een wereldbekaamd barok monument als de Loretakerk heeft de wind vrij spel en zijn de ingangen grofweg dichtgemetseld als betreft het een kraakpand.

Het congressthema luidde: de componenten van het basisonderwijs in de geneeskunde. De vorm waarin het congres plaatsvond was als vanouds: een serie lezingen op invitatie en een aantal discussiegroepen. Vrije voordrachten op inschrijving worden niet getolereerd bij AMEE, hoewel - als het zo uitkwam - lezingen op instigatie van Walton on-

aangekondigd werden tussengevoegd; één van de sprekers bestond het zelfs op te merken, dat hij zijn voordacht 'the other day' had voorbereid. Het congres droeg dus weer sterk het stempel van 'Walton and friends', een steeds minder boeiende 'act'. Maar hierover straks meer. Eerst over wat er op het congres verteld is, waarbij we de vrijheid nemen weg te laten wat onverstaanbaar, volslagen oninteressant of een zowat letterlijke herhaling van een vroegere lezing was. Onder de laatste categorie laten we Fülöp vallen.

Walton stipte in zijn inleiding de urgente keuze aan waarvoor het medisch onderwijs nu gesteld wordt, nadat het decennia lang naar de eisen van de techniek geluisterd heeft: of zelf aanpassing zoeken aan wat het publiek verwacht, of op de ingeslagen weg doorgaan met het gevaar dat straks het publiek zelf wel uit zal maken hoe de medische opleiding moet worden. Nog steeds worden artsen ziekte-georiënteerd opgeleid, terwijl de oriëntatie meer op gezondheid, b.v. preventie, gericht zou moeten worden. Verwant hieraan is het probleem hoe de opleiding vanaf het begin op de eisen van de praktijk te richten is.

De Tsjechische kinderarts Houstek vertelde over de speciale faculteit kindergeneeskunde, die in Praag bestaat naast de medische faculteit. Deze faculteit kindergeneeskunde geeft weliswaar een algemene medische opleiding, maar deze is van het allereerste moment gericht op een taak in de kindergeneeskunde binnen het Tsjechische gezondheidssysteem. Deze taak is voor het grootste deel van de afgestudeerden in sterke mate preventief; zij krijgen b.v. elk een wijk toegewezen, waarbinnen zij verantwoordelijk zijn voor alle kinderen, gezond of ziek. De afgestudeerden kunnen ook intramurale taken krijgen, maar die vereisen verdere praktische studie. Ook studenten van de algemene medische faculteiten kunnen zich trouwens tot kinderarts specialiseren, net zoals studenten van de faculteit kindergeneeskunde zich in een andere richting kunnen

specialiseren. Overigens bleek in Tsjechoslowakije al tien jaar een genormaliseerd curriculum te bestaan, althans in grote lijnen. Bij navraag bleek - tot ieders verbazing - dat de problemen die bij de opzet van zo'n curriculum ontstonden in een socialistisch land dezelfde waren als in de westelijke wereld, zoals het voor het eigen vak opeisen van uren en de 'resistance to change'.

Oriol Bosch, vroeger hoogleraar experimentele endocrinologie in Madrid, nu adviseur bij de medische onderwijsvernieuwing in Barcelona, ging in algemene zin in op de reacties die uitgelokt kunnen worden door de invoering van onderwijsvernieuwingen binnen een bestaand curriculum. Ten eerste is als antwoord zonder meer 'nee' mogelijk, vooral bij oude, gevestigde universiteiten met een groot prestige, waardoor de afgestudeerden makkelijk een plaats kunnen vinden. Ten tweede 'nee, tenzij'. Als tegenwerping wordt b.v. aangevoerd dat het curriculum niet verlengd mag worden of dat andere vakken niet aangetaast mogen worden wegens hun historische of wetenschappelijke waarde. Ten derde 'ja, maar'. Hierbij wordt de vernieuwing gezien als een mogelijkheid om de bestaande orde te bevestigen en meer prestige te geven, b.v. doordat de vernieuwing aanleiding kan geven tot eisen voor meer ruimte en personeel. De spreker gaf drie methoden aan om binnen een bestaand curriculum vernieuwingen door te voeren. Allereerst door aanpassing van het beslissingsproces, b.v. door cursussen steeds meer interdisciplinair te maken, zodat geen individuele hoogleraar het vak kan opeisen. Ten tweede door staf te vervangen, b.v. door een conservatieve hoogleraar bij zijn pensioen te vervangen door één die meer geïnteresseerd is in sociale aspecten. De derde mogelijkheid, die door de spreker duidelijk de ideale gevonden werd, is om de gehele universiteit verantwoordelijk te maken voor een stuk algemene gezondheidszorg en de studenten vanaf het begin te plaatsen op plekken waar die gezondheidszorg gegeven wordt. Men kan zich afvragen of deze

derde oplossing, behalve ideaal, ook niet erg ideëel is en praktisch slechts te bereiken door eerst één van beide eerder genoemde methoden toe te passen!

Areskog uit Uppsala in Zweden berichtte over een experimenteel curriculum bestaande uit blokken, waarvan enkele zowel door studenten geneeskunde, als door studenten van andere gezondheidszorgvakken zoals verpleegkunde, gevolgd kunnen worden. Met name was zorg besteed aan het vereffen van verschillende beginniveaus en aan de overgang van het student zijn naar een professioneel rolpatroon. Behalve ideële doelen, zoals een eenvormige houding ten opzichte van de patient en een beter onderling begrip tussen de verschillende werkers in de gezondheidszorg, heeft dit experiment, dat nu twee jaar loopt, ook een praktisch doel: opleidingen efficiënter maken door minder doublures in docenten, gebouwen, lesmateriaal, enz.

Professor Lopukhin uit de Sovjet Unie veroorzaakte enige hilariteit in de zaal met zijn oplossing voor het probleem van de controverse tussen praktisch arts en wetenschapper. Hij vertelde, overigens aan de hand van volstrekt onleesbare dia's, over een nieuwe faculteit die was opgericht in antwoord op dit probleem en slechts opleidt in 'biologische' vakken, nl. de drie grote groepen biofysica, biochemie en medische cybernetica. De studenten van deze faculteit worden een soort overgangsfiguur tussen de praktisch arts en de basiswetenschapper. Zij zullen vooral een plaats vinden in kliniek-laboratoria, enz. en passen binnen de eisen die door de staat gesteld zijn in het kader van een nieuw preventief gezondheidsprogramma.

Waarlijk in contrapunt was het optreden van Forgacs uit Hongarije, die verantwoordelijkheid centraal stelde in het curriculum. Verantwoordelijkheid ten opzichte van de patient zag hij niet alleen als iets juridisch, maar in een veel breder verband. Een probleem is, dat de preklinische wetenschappen de student die verantwoordelijkheid niet leren en de klinieken, die meer gericht zijn op de medische wetenschap dan op het medisch

onderwijs, ook niet. Aan de top van de machtspyramide binnen een kliniek is er een geringe rechtstreekse verantwoordelijkheid tegenover de patient en juist een grote verantwoordelijkheid voor technische zaken. Forgacs liet zien hoe de medische studenten bij hem in het eerste jaar al in contact komen met de patienten (als verpleegkundigen) en hoe hun verantwoordelijkheid in de loop van de studie steeds meer toeneemt. Helaas werd het verzoek om een openbare gedachtenwisseling tussen Lopukhin en Forgacs door de voorzitter afgewimpeld (er volgden huishoudelijke mededelingen!). Was dit om politieke redenen? Of was dit weer een testimonium paupertatis van de AMEE-organisatie?

D'Ivernois uit Bobigny, Frankrijk, gaf nog eens een overzicht van de verschillende vormen van curriculumintegratie. Ten eerste de horizontale integratie, b.v. tussen anatomie en fysiologie. Ten tweede de verticale integratie, b.v. tussen anatomie en chirurgie. Ten derde: de probleem-georiënteerde integratie: het probleem wordt de student aangeboden en vervolgens moet hij dat oplossen door gebruikmaking van allerlei vakken. Een groot voordeel van integratie is, dat docenten gaan samenwerken. Bij integratie kan men zich trouwens afvragen wat geïntegreerd wordt, de studie of de docenten. Vaak blijkt er een zeer grote discrepantie te bestaan tussen de preklinische en de klinische studieperiode: lukt de integratie in de eerste periode nog wel eens, in de tweede gaat dat moeilijk doordat men daar te maken krijgt met talloze subspecialisten.

Guilbert van de WHO kwam, niet in het programma aangekondigd, als een duveltje uit een doosje tevoorschijn, om speels een door hem ingediende nota toe te lichten. De quintessens van zijn verhaal was, dat je geen goede opleiding krijgt door aan een tekortschietend curriculum nog eens een aantal jaren toe te voegen, die van hetzelfde laken een pak zijn. Onverwacht was er ook nog een lezing van een Rus wiens naam we niet hebben verstaan, terwijl ook zijn betoog ons ontgaan is, aangezien hij kennelijk

Engels Russisch-fonetisch uitsprak.

Metcalf uit Manchester gaf de huisartsgeneeskunde (hij sprak van 'primary care') een centrale plaats bij de onderwijsvernieuwing, namelijk als trait d'union tussen de eisen van de maatschappij en de eisen van de intramurale zorg. Schematisch liet hij dit zien door de huisartsgeneeskunde als verbindend puzzelstukje te tekenen tussen de puzzelstukjes 'our changing society' en 'hospital-based specialist medicine'. De 'primary care' heeft daarbij het grote voordeel dat zij weinig kost aan geld en personeel, niet hiërarchisch is (vaak zelfs solistisch) en door haar specifieke eigenschappen een 'sociomedical interface' vormt. De algemeenheid van de 'primary care' voorkomt ook dat de student al vroeg op een bepaald spoor gezet wordt en in een vroeg stadium voor een bepaalde carrière moet kiezen. Metcalf's schema van puzzelstukjes gaf ook een verhelderend beeld van waar en hoe 'overcare' en 'undercare' kunnen ontstaan. Zijn bijdrage zal overigens uitgebreid in het tijdschrift 'Medical Education' verschijnen.

De laatste ochtend vond de afsluiting plaats van de conferentie. Er werd gerapporteerd vanuit de werkgroepen (zie verder), waarna Prywes uit Israël optrad. Een aangekondigde voordracht van Greep moest vervallen, omdat die Praag overhaast had moeten verlaten wegens 'a most urgent situation in the Netherlands' (bij onze terugkomst in Nederland bleken er gelukkig toch geen dijkdoorbraken te hebben plaatsgevonden). Hoe 'alarmerend' de situatie in Europa op dat moment wel was werd verder benadrukt door het feit dat één der WHO-groten onverwacht was weggeroepen door 'the King of Spain', zodat ook hij de conferentie niet kon bijwonen.

Prywes is een groot verteller, hoewel argumentatie soms ontbreekt en de tijdsoverschrijding afbreuk doet aan de vaak indringende boodschap(pen). Twee thema's stonden centraal: 1. de medische opleiding als resultante van invloeden uit universiteit, maatschappij en regering. Hij bepleitte een medische opleiding die inhoudelijk wordt bepaald door wetenschap

en technologie, de sociale en menselijke implicaties daarvan en politieke machtsfactoren, waaronder de publieke opinie. Inhoudelijk kunnen drie gebieden binnen het curriculum worden onderscheiden, die ongeveer in gelijke mate aandacht zouden moeten krijgen: klinische wetenschap en ervaring, fundamenteel onderzoek en gezondheidszorg; de rol van de student tijdens de studie: de activiteiten die de faculteit aan de student toebedeelt, zouden gebaseerd moeten zijn op twee principes, het erkennen van wetenschappelijke nieuwsgierigheid en het toekennen van verantwoordelijkheid vanaf de eerste dag van de studie. Als altijd werden goede raadgevingen voor het doorvoeren van veranderingen verpakt in enkele slogans:

- Versterk goede elementen in het onderwijs, wat die ook maar inhouden,
- vermijd onnodige veranderingen ('plus ça change, plus ça reste le même chose!'), - betrek studenten bij veranderingen, wat 'the problem is not making the revolution, but maintaining the momentum' en juist daarbij kunnen de studenten zo'n grote rol spelen!

Tijdens het congres hielden acht werkgroepen discussies. Behalve twee werden deze werkgroepen staande het congres gevormd, dus niet op voorintekening, terwijl de te bestuderen onderwerpen ook andere bleken te zijn dan in het programma stonden aangegeven. Eén werkgroep, die over de rol van het onderzoek in het medisch onderwijs, had reeds voorafgaand aan het congres vergaderd en was van plan na het congres te blijven bestaan. Deze werkgroep vond, dat de onderzoeksmethodologie verplicht in het medisch curriculum dient te worden onderwezen en door de student praktisch te worden toegepast. De andere permanente werkgroep, die over attitude, wil proberen fondsen te mobiliseren om haar werk ook met empirisch materiaal te ondersteunen. De werkgroep over de rol van de huisartsgeneeskunde zal voor dit vak een aparte rol binnen het curriculum, met name om aspecten te onderwijzen die bij andere vakken weinig prioriteit hebben, zoals vroege tekenen

van ziekten, natuurlijk beloop, sociale implicaties. De huisartsgeneeskunde is geen mengpot van andere vakken en moet een plaats hebben vroeg in het curriculum, gedurende tenminste vier weken. De werkgroep over de basiswetenschappen voelde de noodzaak tot verticale integratie, wat impliceert dat de basiswetenschappen ook binnen het klinische onderwijs een plaats krijgen en niet alleen omgekeerd. De basisvakken moeten klinisch relevant gegeven worden en dienen hun onderwijs te beginnen met een algemene inleiding. De werkgroep die bestudeerde hoe verandering verkregen kan worden in het medisch onderwijs, zat er vooral mee, dat er geen definitie is van een capabele arts en nodigde AMEE uit hieraan te gaan werken. Deze werkgroep vond in elk geval, dat de basisopleiding een zekere hoeveelheid aan praktische vaardigheden dient aan te leren. De werkgroep die nagegaan was hoe de basisopleiding te evalueren is, meende dat evaluatie de katalysator kan zijn van veranderingen. Evaluatie dient van hogerhand te worden geëist, zowel van studenten als van docenten.

De werkgroep over de invloed van examens suggereerde om gecombineerde types examens te laten afleggen, waarbij b.v. ook probleemoplossende vaardigheden getest worden. De examens moeten in vorm en inhoud overeenkomen met de leerdoelen van het onderwijs. Er zou meer gebruik gemaakt kunnen worden van door de studenten gesuggereerde vragen. Er zou goed gedefinieerd moeten worden wat het minimale en wat het gewenste niveau is. De werkgroep over de niet-medisch afdelingen was verstrikt geraakt in de tegenstelling: moeten de onderwerpen van deze afdelingen door de niet-medici van deze afdelingen -experts dus- onderwezen worden, of door artsen, die echter niet expert zijn?

Tot slot ons eindoordeel over deze conferentie. Men kan zich langzamerhand afvragen welke binding jonge docenten en onderzoekers nog met AMEE kunnen voelen, waarin de dienst volledig lijkt te worden uitgemaakt door een aantal arrivé's en bureaucraten, die op zijn hoogst in een ver verleden praktisch iets voor

het medisch onderwijs hebben betekend. Nadat vorig jaar in Cambridge een wending ten goede leek te zijn ontstaan, had de Praagse conferentie weer de kenmerkende oubolligheid van vroeger. AMEE-congressen zijn geen fora waar gedachten en ideeën kunnen worden uitgewisseld, zij lijken meer op een familiereunie. Europa moet toch in staat zijn jaarlijks iets te organiseren als de AAMC/RIME-congressen in de VS of de ANZAME-congressen in Australië, waarop honderden docenten, onderzoekers en bestuurders intensief met elkaar in contact komen en informatie uitwisselen over specifieke zaken en niet slechts in algemene zin. Maar daar worden dan ook niet alleen 'feestredenaars' uitgenodigd, doch worden lijnen aangegeven in overzichtslezingen, vinden talloze parallelle werkgroepen plaats waarbij men in en uit kan lopen en worden gigantische 'poster sessions' gehouden. Dit alles volgens een strikt -en niet geïmproviseerd- programma en begeleid door schitterende documentatie.

De 13e AMEE-conferentie zal van 19-21 september 1984 plaatsvinden te Oslo.

F.C. Bleys  
H.J.M. van Rossum

---

## verenigingsnieuws

De jaarvergadering van de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO) zal op maandag 28 november 1983 om 17.00 uur gehouden worden in het cursuslokaal (kamer 123) van de afdeling Onderzoek en Ontwikkeling van het Medisch Onderwijs van de Faculteit Geneeskunde Utrecht, Bijlhouwerstraat 6, te Utrecht.

In aansluiting daarop zal een inleiding worden gehouden door Prof.Dr.Ir. J.H. van Bommel, hoogleraar in de medische informatica aan de VU, getiteld: Medisch Onderwijs en Informatica.

Aankondigingen zijn ook reeds separaat aan de leden van de NVMO verzonden.

---