

Curriculumherzieningen - 2 - Een inhaalmanoeuvre: Nijmegen, Leiden, Groningen

J. Moll, J.C.M. Metz, namens de redactie van het BMO

In een vorig artikel bespraken we de antwoorden vanuit vijf faculteiten, Vrije Universiteit en Universiteit van Amsterdam, Utrecht, Rotterdam en Maastricht, op vragen betreffende curriculumherziening, voorgelegd door de redactie van het Bulletin Medisch Onderwijs (BMO).¹ Inmiddels zijn ook berichten binnengekomen uit Nijmegen, Leiden en Groningen, de faculteiten waarover nog geen gegevens beschikbaar waren bij het afsluiten van het eerdere artikel over dit onderwerp. Deze nieuwe gegevens werpen licht op aspecten van curriculumherziening die nog niet aan de orde kwamen.

Nijmegen

Vanuit Nijmegen ontvingen wij drie rapporten (in totaal 163 pagina's) die betrekking hebben op de curriculumherziening aldaar, vergezeld van een brief. De tweede auteur van dit artikel, werkzaam te Nijmegen, schreef uit de aard der zaak niet mee over de ontwikkelingen aldaar.

De Nijmeegse berichten vestigen er nogmaals onze aandacht op dat curriculumherziening een moeizaam en tijdrovend proces is. Vanuit Nijmegen schreef men ons: "De Nijmeegse curriculumherziening geneeskunde kent deze keer wel een zeer lange aanloop. De "unfreezing" periode begon reeds in het voorjaar van 1987 met een voorbereidingsproject "optimalisering curricula". Via allerlei tussenstappen kan dan in 1994 (inmiddels 1995 geworden, red.) naar alle waarschijnlijkheid het nieuwe curriculum starten." Verder: "Dezelfde uitgangspunten vigeerden althans in Nijmegen ook reeds rond 1970 en 1980. (...) De materie is kennelijk uiterst weerbarstig. Blijven veranderingen steken in papieren voornemens? Wat moet je doen om dat te voorkomen?", vragen die de briefschrijver onbeantwoord laat. Een officieel document spreekt over " (...) in 1972 en 1982 geformuleerde maar slechts zeer ten dele gerealiseerde voornemens."

De drie Nijmeegse rapporten bieden een kijkje in de keuken van de curriculumherzie-

ning aldaar, vooral bij zorgvuldig lezen. Er moet wel een uitvoerige discussie ten grondslag hebben gelegen aan de navolgende, aansluitende maar ietwat tegenstrijdige alinea's uit het hoofdstukje Toetsing van het rapport van november 1992. "Als algemeen uitgangspunt wordt gehanteerd dat de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van het onderwijsproces in al zijn facetten (dus ook voor de toetsing) in principe ligt bij de docent." Dan volgt, het bovenstaande inperkende: "Als dat om redenen van kwaliteitsbewaking of efficiëntie nodig is zal de docent zich moeten voegen naar de facultaire onderwijsorganisatie die staat voor een hoger belang. Dat geldt ook voor de toetsing." Een fraaie illustratie van de spanning tussen de autonomie van de docent en de vakgroep en het faculteitsbeleid, die beslissingen over het onderwijs vaak diepgaand beïnvloedt.

Tot zover de Nijmeegse berichten over het proces van curriculumherziening aldaar. Meer inhoudelijk nu: men is in Nijmegen voornemens te gaan werken met een voortgangstoets à la Maastricht en deze programma-onafhankelijke toets wil men evenals in Maastricht gebruiken voor wat men noemt studievoortgangsbepalingen, in wat alledaagser Nederlands, voor overgaan en blijven zitten. Men wil bij het gebruiken van een voortgangstoets samenwerken met de Maastrichtse faculteit. Het

opzetten van een dergelijke samenwerking kan men als procesmatig aspect van curriculumherziening beschouwen, maar ook als inhoudelijk aspect: het gaat immers over het invoeren van een nieuwe wijze van toetsing.

Hierna enkele zuiver inhoudelijke elementen van de in Nijmegen geplande curriculumherziening. Men spreekt zich heel expliciet uit tegen het huidige grote aantal docenten, zoals zich dat vermoedelijk vooral in de periode 1950-1960 ontwikkeld heeft. Zo vindt men in "26 conclusies en aanbevelingen van de werkcommissie heroriëntatie curriculumstructuur" (mei 1990): "1 - Stel facultair een maximaal aantal docenten per onderwijsblok vast; de commissie denkt aan de vuistregel van maximaal 6 docenten per blok van 4 studiepunten" (= vier onderwijsweken, red.) en verder: "4 - Stel een maximaal aantal docenten per vakgroep binnen een onderwijsblok vast, de commissie denkt daarbij aan maximaal 2 docenten, die elkaar bijvoorbeeld bij ziekte over en weer kunnen vervangen." En heel treffend: "5 - Stel vast dat superspecialistische (vak) groepen geen inbreng hebben bij het onderwijs in het kerncurriculum van de eerste fase." (kerncurriculum = het onderwijs met uitzondering van het keuze-onderwijs)

Nijmegen gaat mee in een aantal algemene trends: zoals een curriculum, opgebouwd uit multidisciplinaire onderwijsblokken en met een verplicht programma naast een keuzeprogramma, 75% tegenover 25%. Verder bepleit men: "(...) vermindering van het aantal hoorcolleges met bijvoorbeeld 30 tot 40%." Ook docententraining hoort tot de desiderata van de commissie voor curriculumherziening. Trouwens, in welke faculteit heeft docententraining zich ontwikkeld tot een element dat zich gestabiliseerd heeft en waarover zowel cliënten als ook trainers en niet-direct betrokken geïnteresseerden zich tevreden tonen?

Interessant is het algemene schema voor blokbeschrijving uit het (3^e) rapport betreffende curriculumherziening van mei 1993. Dit vermeldt achtereenvolgens voor elk blok een

bloktitel, globale doelstelling, veronderstelde voorkennis (bijvoorbeeld in de vorm van een vermelding als: blok sluit aan op blokken no.x en no.y), globale inhoudsaanduiding, onderwijsvorm(en), met daarbij keuze uit 19(!) mogelijkheden, toetsingsvorm, participerende disciplines met daarbij de vermelding, letterlijk citeren waard: "impliceert nooit automatisch feitelijke docentaak." Dit schema voor beschrijving van de onderwijsblokken is stellig zozeer algemeen bruikbaar dat elke faculteit het zou kunnen hanteren.

Kijkt men naar de beschrijvingen van de afzonderlijke blokken, 35 stuks, naast tien keuzeblokken, dan rijst de vraag die in de Nijmeegse stukken niet beantwoord wordt, of en zo ja in hoeverre, men bewust vastgehouden heeft aan de duidelijk zichtbare traditionele opzet met, in tijd op elkaar volgend, eerst de biologie van de normale mens (prekliniek in een ander taalgebruik) en pas daarna de pathobiologie (kliniek).

Opvallend in de Nijmeegse geschriften zijn de uiterst kritische geluiden over de traditionele practica: "(Deze) practica zijn nauwelijks op elkaar afgestemd en zijn grotendeels los van het theoretisch onderwijs geprogrammeerd. (...) Een logische samenhang tussen het theoretisch onderwijs en de idealiter daarop aansluitende illustrerende practica is daardoor geheel zoek. De doelmatigheid van dit type onderwijs is daarmee twijfelachtig geworden."

Ook (verbetering van) het onderwijsmanagement krijgt in de Nijmeegse rapporten over curriculumherziening aandacht. Zo pleit men voor het instellen van een onderwijsbestuur, met hiërarchische plaats onder het faculteitsbestuur. De hierbij gegeven argumentatie laat zich het beste beschrijven met een citaat: "Het welslagen van een nieuw curriculum, waarvan de directe verantwoordelijkheid voor inhoud en uitvoering niet ligt bij de afzonderlijke vakdisciplines zal in hoge mate afhankelijk zijn van een goed onderwijsmanagement."

Over de Nijmeegse curriculumherziening staat in een rapport van april 1992: "In de aanvang werd nog gesproken over "bijstelling" van de curricula. Na de visitatie geneeskunde en gezondheidswetenschappen in 1991 is de taakopdracht van de commissie (voor curriculumherziening, red.) verbreed tot een volledige herziening van het curriculum geneeskunde (...)"

De buitenstaander krijgt de indruk dat men in Nijmegen inderdaad een brede en volledige herziening van de eerste vier jaar van het curriculum voorbereidt.

Leiden

Onze Leidse respondent gaf ons minder te lezen dan de Nijmeegse, slechts 22 pagina's tegenover 163, en terwijl we uit Nijmegen behalve een brief van drie kantjes uitsluitend officiële rapporten kregen, ontvingen we uit Leiden overwegend speciaal naar aanleiding van de oproep van de BMO-redactie geschreven berichtgeving.

Een greep nu uit de berichtgeving uit Leiden, die natuurlijk ook al een selectie is, een selectie uit wat onze respondent kenmerkend acht voor het Leidse curriculum, in het bijzonder wat betreft recent ingevoerde en voorgestelde veranderingen. In Leiden is geen sprake van een totale curriculumherziening of plan daarvoor. Het zal van plaatselijke omstandigheden en de aard van het functionerende curriculum afhangen of een continu proces van beperkte bijstellingen of een ingrijpende, totale herziening van het curriculum de voorkeur verdient. Daarbij speelt (als het goed is!) ook een rol wat grotere inspanning vraagt: eenmalige, totale herziening of voortdurend kleine stappen. In het eerste geval wordt wellicht een dusdanige inspanning gevraagd dat daarna geen tijd en energie meer beschikbaar is voor kleine aanpassingen die, zo leert de ervaring, na een ingrijpende curriculumherziening toch vaak noodzakelijk blijken.

Wat opvalt is dat er zo weinig overlap is tussen de onderwerpen in de berichtgeving uit

Nijmegen en uit Leiden. Enige overlap is er wel. Vanuit Nijmegen sprak men zich, zoals vermeld, in algemene zin uit voor inperking van het aantal docenten en in het bijzonder tegen een rol van superspecialisten in het kerncurriculum. Vanuit Leiden horen we bij het onderwerp "Klinische demonstratie colleges", te weten colleges geïnitieerd en oorspronkelijk slechts gegeven vanuit de Algemene Interne Geneeskunde: "Aankankelijk was er weerstand, nog niet geheel verdwenen, van de kant van de deelspecialisten uit de Interne Geneeskunde: bijvoorbeeld demonstratie van een "endo" patiënt of een "cardiologische" patiënt door de hoogleraar Algemene Interne Geneeskunde was moeilijk te accepteren, dit zou de endocrinoloog of de cardioloog zelf beter kunnen doen (...) Maar gaandeweg is deze vorm van college ingeburgerd, en het enthousiasme groeit nog." Ook vanuit de Neurologie en Chirurgie worden nu dergelijke colleges, gericht op alle studenten vanaf het derde jaar, gegeven.

Interessant is voor ons de bevestiging vanuit Leiden van inzichten uit de onderwijskunde, namelijk dat het zinloos is te discussiëren over voorkeuren voor bepaalde onderwijsvormen zonder daarbij te betrekken welke onderwijsdoelen nagestreefd worden. Dat houdt in dat, afhankelijk van de beoogde onderwijsdoelstellingen, traditionele en nieuwere onderwijsvormen heel goed naast elkaar toegepast kunnen worden. Dit blijkt bij vergelijking van de genoemde klinische demonstratiecolleges en de plannen voor herziening van het farmacotherapie-onderwijs, die nog ter sprake zullen komen.

De besproken klinische demonstratiecolleges berusten natuurlijk op de onderwijsvorm van het eeuwenoude college, maar - en ook dat lijkt ons vermeldenswaard - in gemoderniseerde opzet: de student niet uitsluitend als passief publiek, maar ook als medespeler. "De studenten worden zoveel als mogelijk bij de bespreking betrokken."

Over het farmacotherapie-onderwijs, hierboven al genoemd als voorbeeld van een andere onderwijsaanpak dan die bij de klinische demonstratiecolleges, horen we dat men in Leiden dit onderwijs wil vernieuwen en dat men streeft naar "een inhoudelijk verantwoorde leerstof die in een goede onderwijsvorm wordt gebracht. Gedacht wordt aan zoveel mogelijk onderwijs in werk- en discussiegroepen, zodat op een interactieve manier praktijk- en patiënt-gerichte training wordt gerealiseerd."

Over het farmacotherapie-onderwijs wordt verder vermeld dat men bezig is eindtermen voor dit onderwijs te formuleren. Daarbij wordt niet gesproken over eindtermen per discipline: treffend voorbeeld van de wijze waarop in alle Nederlandse medische faculteiten de binding van het onderwijs aan specifieke disciplines of vakgebieden losser wordt.

Veel aandacht is er in de berichtgeving uit Leiden voor kwaliteitsbewaking. Men werkt daarbij, "al lange tijd", zo wordt gezegd, met - in intern jargon - GOES enquêteformulieren (GOES, Geautomatiseerd Onderwijs Evaluatie Systeem). Dit "al lange tijd" lijkt vermeldenswaard omdat zo vaak een bepaalde soort onderwijstechnologie met enthousiasme wordt binnengehaald en met even groot enthousiasme in artikelen wordt beschreven, terwijl deze na enige tijd geruisloos verdwenen blijkt te zijn, zonder dat ook dat resulteert in artikelen. De redactie van het BMO zal een artikel 'Verdwenen onderwijsvernieuwingen' hartelijk verwelkomen, vooral als daarin ook de reden van dit verdwijnen wordt geanalyseerd.

Sinds 1991 kent men in Leiden ook een andere vorm van kwaliteitsbewaking: visitatie van de co-assistentschappen volgens een gedetailleerd uitgewerkte procedure. Men werkt met visitatiecommissies bestaande uit twee docenten, één uit de faculteit, één uit een geaffilieerd ziekenhuis. Een van hen komt niet uit het vakgebied waarop de visitatie betrekking heeft. De overige twee leden van de visitatiecommissie zijn co-assistent. Deze visitatiecommissies ressorteren onder een Commissie

Kwaliteitsbewaking Co-assistentschappen. Voorafgaande aan de eigenlijke visitatie worden de meningen van de co-assistenten over een bepaald co-assistentschap geënuquêteerd met geprecodeerde zowel als open vragen, die vele aspecten van co-assistentschappen bestrijken. Een gelukkige greep lijkt het ons daarbij dat de co-assistenten die samen een bepaald co-assistentschap lopen, ook gezamenlijk het enquêteformulier invullen. Zo kan immers een totaalbeeld ontstaan van dat co-assistentschap, zoals gezien door de betreffende groep studenten, vermoedelijk goed doordacht omdat het als regel zal berusten op uitvoerige onderlinge gedachtenwisseling.

Nog weer een ander aspect van de aandacht in Leiden voor kwaliteitsbewaking heeft betrekking op het artsexamen, stellig een aandachtspunt van grote waarde. Er kan in herinnering geroepen worden dat in 1987 in het BMO beschreven werd dat in Groningen een onderzoek betreffende het artsexamen tot de conclusie leidde dat bij het artsexamen chirurgie "(...) de prestaties van de kandidaat minder belangrijk zijn voor het uiteindelijke cijfer dan de toegewezen examiner." ² Twee van de vier wat betreft hun examineergedrag bij het Groningse onderzoek van het artsexamen chirurgie bestudeerde examinatoren gaven namelijk nooit een onvoldoende. Verder kwamen de correlaties tussen de cijfers, gegeven voor het klinisch examen, het poliklinisch examen en de scriptie niet boven 0,12 met andere woorden er was geen correlatie.

In Leiden staat voor het artsexamen het navolgende voor de toekomst op het programma. De prestaties van co-assistenten tijdens co-assistentschappen die langer dan drie weken duren, resulteren in een praktijkcijfer, praktijkcijfer 1 geheten. Aan het eind van het co-assistentschap heeft een patiëntexamen plaats, waarbij de examiner "ten minste het onderzoek observeert." "Bij de observatie wordt een checklist van criteria voor vaardigheden en voor attitude gebruikt." Zo komt

praktijkcijfer 2 tot stand. Dit heeft een gewicht, de helft van praktijkcijfer 1.

Op vergelijkbare wijze wordt volgens dit Leidse voorstel het kennisniveau van de co-assistent tijdens zowel als aan het einde van een co-assistentenschap beoordeeld, theoriecijfer 1 en theoriecijfer 2. Een schriftelijke toets als uitgangspunt voor de kennisbeoordeling wordt ontraden want dan ontbreekt de mogelijkheid van een "discussie met argumenten." Maar hoe het eindcijfer tot stand moet komen wordt in de voorstellen (het gaat nog maar om voorstellen) niet vermeld.

Tenslotte valt bij deze plannen voor herziening van het artsexamen op: "Simulatiepatiënten dienen zoveel mogelijk te worden vermeden." Waarom? Dat wordt niet gezegd.

In de Leidse berichtgeving blijven de eerste vier jaar vrijwel geheel onbesproken. Onze Leidse respondent (werkzaam in jaar vijf en zes) vermeldt dat ook expliciet en zegt: "Ik kan niet het gehele curriculum overzien." Wie van de Leidse BMO-lezers vult deze lacune aan?

Onvoldoende overzicht over het gehele curriculum bij de docentengroep is mogelijk de oorzaak van een treffende uitspraak in de berichtgeving uit Leiden: "De studenten beschikken (bedoeld is in de postdoctorale fase waarin, zoals vermeld, onze respondent werkzaam is) wel over kennis, maar hebben deze niet altijd paraat." Dit wijst toch op onvoldoende aansluiting tussen de eerste en tweede fase. Een uitspraak als de geciteerde kennen de oudste BMO-lezers stellig al sinds hun studietijd, maar deze is blijkbaar nog steeds juist, ondanks de vele curriculumherzieningen. Is er nog steeds een te grote cesuur tussen wat traditioneel prekliniek en kliniek heet ondanks de introductie vroeg in de studie in Leiden en ook elders van elementen als klinische demonstratiecolleges?

Groningen

Groningen krijgt in dit artikel wellicht wat disproportioneel veel aandacht. Er is daar dan ook een ingrijpende curriculumherziening gaande, die een interessante fase bereikt heeft: herfst 1993 zijn eerstejaars binnengekomen die nu het nieuwe programma volgen. Ook is de faculteit met haar plannen gevorderd tot het artsexamen: men werkt aan een nieuw programma voor de laatste twee jaren van het curriculum. Spijtig is het dat er voor deze schets van wat er in Groningen gaande is, op dit moment alleen gegevens beschikbaar zijn afkomstig van de 'curriculumherzieners'. Met spanning wacht de redactie van het BMO op berichten uit studentenkring. Bij voorkeur zouden die natuurlijk afkomstig moeten zijn van studenten met uitgebreide contacten met oudere collegae. Zijn die collegae jaloers op hun jongere medestudenten die studeren volgens wat in Groningen de naam heeft gekregen van 'Curriculum 2000'?

Het nieuwe Groningse curriculum afficheert zichzelf als een "patiënt-georiënteerd medisch curriculum." Dit is een nuttige karakterisering, maar men vraagt zich wel af: zijn de andere Nederlandse curricula dan niet patiënt-georiënteerd? De Groningse 'curriculumherzieners' wegen hun woorden in het algemeen niet op een goudschaaltje. Een voortvarende woordkeus maakt hun geschriften veroverend, maar prikkelt ook wel eens tot tegenspraak en noodt soms tot ironie bij de bespreking van wat voorgesteld wordt of tot een "is dat wel zo?" Zo bijvoorbeeld wanneer in de voorstellen voor het sterk ziektebeeld-georiënteerde programma voor het derde en vierde jaar gezegd wordt: "De studenten grijpen steeds terug op basiskennis uit eerdere jaren." Gezien de gebruikelijke wijze van studeren van de Nederlandse student is dit toch wel een erg optimistische uitspraak.

De globale opzet van het curriculum, zoals die in 1992 voor het eerst uitgebreid werd vastgelegd, heeft men inderdaad uitgevoerd. "(...) drie compartimenten: in de eerste twee

jaren komen de relevante kennisgebieden van de geneeskunde aan de orde binnen de context van geselecteerde casus, in het derde jaar en in het eerste trimester van het vierde jaar wordt de klinische werkwijze geoefend aan de hand van een serie patiënten-besprekingen; (...) De laatste twee trimesters van het vierde jaar zijn bedoeld voor differentiatie en afronding van de wetenschappelijke vorming. De tweede fase bestaat uit een aantal stages (voorheen co-assistentenschappen) (...)"

De afzonderlijke studiejaren.

Jaar 1 en 2

Op het moment van schrijven van deze rapportage over de Groningse curriculumherziening zijn de eerstejaars Groningse studenten gevorderd tot Trimester 1.3, 'Gedrag en gezondheid' met een duur van vijftien weken. Dit trimester hier nu als illustratie van het nieuwe Groningse programma voor de eerste twee studiejaren. Deze periode kent een duidelijke trimestersgewijze opbouw. In Trimester 1.3 worden drie cursussen gegeven. Ook dit is een vaste structuur, de onderverdeling van een trimesteronderwerp in enkele cursussen met een zekere zelfstandigheid. Het aantal van dergelijke cursussen per trimester wisselt evenals de tijdsduur. In het geval van Trimester 1.3 zijn er de cursussen 'Gevoel en verstand', zes weken, 'Seksualiteit', drie weken, 'Inleiding wetenschapsbeoefening', vijf weken. Eén week is gewijd aan toetsing.

Het rooster van 'Gedrag en gezondheid' laat verdere details zien van de voor de eerste zes trimesters gekozen opzet. Het eerste uur van de eerste dag van de eerste week van 'Gedrag en gezondheid' is - hoe zou het ook anders kunnen - een inleiding op dit trimester en het wordt - ook dit is niet verrassend - gegeven door een medisch psycholoog, die het rooster ook vermeldt als docent van de week. Daarna komt een huisarts aan het woord, deels met een patiëntendemonstratie. Vervolgens wordt het

'moderner': eerst vragen uit de zaal als expliciet in het rooster vermeld programmadeel, vervolgens bespreking van de "leerdoelen van de week" (ik citeer letterlijk) en opdrachten, uitgangspunten voor (kenmerkend voor het nieuwe Groningse programma) discussie in tutorgroepen. Na 10.30 is het rooster van deze dag verder leeg.

De volgende dag begint met bijeenkomsten van de tutorgroepen; 's middags is het multidisciplinair (ook interdisciplinair?) met - fors contrast - eerst 'De fysiologie van de stressrespons' met daarna 'Het sociale zekerheidsstelsel'. De volgende dag komen de tutorgroepen opnieuw bijeen, wat snel na de vorige keer lijkt ons, maar dat zal wel liggen aan het feit dat deze week met daarin Goede Vrijdag kort is. Meestal ligt er een dag tussen de tutorbijeenkomsten van één week. De week wordt afgesloten met een responsiecollege waarvoor als docent "Allen" vermeld staat, en een 'Magistraal College' van een medisch psycholoog. Magistraal College is de term die in het nieuwe Groningse programma gebezigd wordt voor een afsluitend en omvattend college als besluit van de week.

Sommige weken hebben een op marginale punten ietwat andere opbouw. Zo zijn er weken met een programma gewijd aan communicatievaardigheden. Bij elke week vermeldt het rooster het aantal contact-uren en soms het aantal pagina's verplichte literatuur. Het patroon van één bepaalde week, hier geschetst, wordt steeds vastgehouden, ook als een cursus ten einde is gekomen en een volgende begint.

De trimesterthema's, die dus samen de eerste twee studiejaren vullen, omvatten in totaal: Cellen en weefsels, Metabolisme en transport, het hiervoor als voorbeeld besproken Gedrag en gezondheid, Homeostase en afweer, Het brein en het zijn, Groei, ontwikkeling en veroudering. Steeds is zo'n trimesterthema uitgesplitst in cursussen. Er zijn buiten het programma, zoals hierboven geschetst, extra's: een stage verpleegkunde van twee weken, twee

keuzeprojecten van twee weken elk, practica en een studievaardigheidsprogramma.

Veel gehoorde kritiek op de traditionele medische curricula is dat er een teveel is aan colleges en daardoor een tekort aan actieve, zelfstandige kennisverwerving. Anderzijds is het college een onderwijsvorm met unieke potenties. Het nieuwe Groningse programma voor de eerste twee studiejaren bevat zes uur college per week, dit lijkt een goede dosering.

Het is verleidelijk een oordeel te geven over het nieuwe Groningse programma voor de eerste twee studiejaren. Het lijkt een strak programma: elke week heeft een doelstelling die de student dient te vervullen. Afdwalen naar een niet geprogrammeerd terrein van interesse binnen of buiten de medische studie zal de studievoortgang onherroepelijk schaden. Dat althans sommige Groningse docenten geloven in een strikt volgen door de studenten van een strak studieprogramma blijkt onder andere uit materiaal voor trimester 1.2. Daarin staat tot op de pagina nauwkeurig aangegeven wat uit een bepaald leerboek bestudeerd moet worden. Ook de aanwezigheid van leerstofomschrijvingen per week bieden de student weinig flexibiliteit om een gerezen belangstelling te volgen. Ergens in de stukken over de Groningse curriculumherziening wordt zelfs gezegd dat een bepaalde activiteit bij de student "ingetraind" zal worden. Dit woordgebruik ervaren we als alarmsignaal voor een te strakke onderwijsaanpak.

Jaar 3 en 4

Een probleem van elke ingrijpende curriculumherziening is: hoe blijven we de studenten vóór, of, anders geformuleerd: met een nieuw programma klaarstaan voor een (nieuw) eerste studiejaar, dat lukt wel, want daar heeft men de tijd voor genomen. Maar voor elk volgend studiejaar wordt dat moeilijker; de hoeveelheid beschikbare voorbereidingstijd ligt onwrikbaar vast, en correcties in de al

werkelijkheid geworden nieuwe studiejaren nemen meer tijd dan men dacht.

In Groningen heeft men in ieder geval al vrij duidelijke plannen voor de jaren 3 en 4. Deze plannen hebben wat betreft jaar 4 in feite slechts betrekking op het eerste trimester; het tweede en derde hebben een al vermelde andere bestemming. In de dus beschikbare vier trimesters wil men twaalf ziektebeeld-georiënteerde cursussen van drie tot vijf weken geven. Twee voorbeelden hiervan zijn een cursus "cardio-vasculaire aandoeningen" en een cursus "aandoeningen van bovenste en onderste luchtwegen."

Over de aard van deze cursussen is het navolgende binnen de faculteit voorgesteld: "Twee à drie patiënten worden gedemonstreerd op de maandagochtend (men spreekt van het ziektebeeld van de week), de studenten werken aan de hand van studie-opdrachten en bespreken de resultaten in tutorgroepen. (...) De docent kan aan het eind van de week in het magistrale college terugblikken op hetgeen is bestudeerd. De leerstof is te vinden in boeken en syllabi."

Nog niet erg duidelijk is in hoeverre de student in deze cursussen al 'meedoktert'. Wat op dit moment over deze fase van de studie bekend is, wijst er op dat er dan meer sprake zal zijn van meepraten-met-de-dokter dan van meedokteren. Het echte dokteren, dat lijkt wel duidelijk, komt pas aan de orde in het ALCO-schap, dat direct daarna volgt of, op grond van roosterproblemen, na de geplande keuzecursussen en/of de eveneens geplande wetenschappelijke keuzestage.

Jaar 5 en 6

Voor de jaren 5 en 6 zijn de plannen vanuit Groningen op dit moment bepaald minder duidelijk dan voor de jaren 3 en 4. Dat 'mag', men heeft nog drie jaar de tijd en voor de co-assistentenschappen is er, gezien hun aard, niet zoveel keuze wat betreft hun opzet.

De co-assistentschappen zullen worden voorafgegaan door een ALCO-schap dat voor sommige studenten al zal beginnen onmiddellijk na het eerste trimester van het vierde jaar. Het ziet er naar uit dat het ALCO-schap in aard niet ingrijpend zal afwijken van wat inmiddels in vele faculteiten gebruikelijk is. De omvang is gepland op twaalf à veertien weken, eventueel op grond van programmeringsproblemen opgesplitst.

Over het huidige denken in Groningen over de eigenlijke co-assistentschappen kan het volgende vermeld worden. "Als leidraad voor zowel co-assistent als de begeleidende docenten zal (...) elke co-assistent een verrichtingenlijst en een takenboek bijhouden, waarin staat vermeld welke ingrepen moeten zijn bijgewoond, welke ziektebeelden moeten zijn meegemaakt en welke taken de co-assistent onder supervisie moet hebben volbracht." Verder: "Aan het begin van elke stage en halverwege de stage maakt de co-assistent samen met een docent-begeleider de balans op en bepalen zij samen welke lacunes er nog zijn en hoe deze zijn te repareren." Nog een citaat: "Na afloop van de laatste stage vindt het artsexamen plaats. Onderdelen hiervan zijn een verantwoording door de co-assistent over een door hem geschreven klinische les en een twee dagen durend gestructureerd klinisch examen in het academisch ziekenhuis."

Een eerstelijnsstage is gepland als voorlaatste van de reeks stages. "De studenten zelf hebben het volle profijt van deze stage als ze 'van alle markten thuis' zijn, dus alle andere stages hebben doorlopen." Na deze stage volgt nog een keuze-co-assistentschap. Dit "moet gezien het karakter de laatste der co-assistentschappen blijven als bekroning van de medische professionele vorming."

Tenslotte

Het nieuwe Groningse curriculum is in vele opzichten een exponent van een ontwikkelingsproces van de medische curricula dat al

zo'n 25 jaar gaande is. Daarmee wordt natuurlijk in geen enkel opzicht een waardeoordeel gegeven. Wat in het nieuwe Groningse curriculum opvalt is: aanwezigheid, vroeg in de studie, al in het eerste jaar van de patiënt; thema's als uitgangspunt van het onderwijs, niet de traditionele disciplines; het stimuleren van actieve kennisverwerving door de studenten, onder andere door hen te laten werken in tutorgroepen met, als logische tegenhanger van de introductie van deze onderwijsvorm, reductie van het aantal colleges.

Ook valt op een heldere structuur in de tijd met als voorbeeld de vaste opbouw van elke week in de eerste twee studie jaren.

Bepaald genoemd moet hier nog worden de gedeeltelijk al in werking getreden nieuwe opzet van de toetsing met drie elementen: schriftelijke toetsing van de kennis van stof die recent aan de orde is geweest, niet verrassend, niet nieuw; programma-onafhankelijk voortgangstoetsen, waarbij gekeken wordt in hoeverre de student al gevorderd is wat betreft het verwerven van kennis die hij of zij aan het einde van de studie moet bezitten; tenslotte, voor ons een interessant element van het nieuwe Groningse curriculum, wedergeboorte van de mondelinge toetsing. Het - ongetwijfeld juiste - uitgangspunt daarbij is dat men de ontwikkeling van de student, wat betreft kennis, maar vooral ook wat betreft het kunnen studeren, houding ten opzichte van de studie en het medisch beroep, en wat betreft medisch probleem-oplossen, alleen goed kan peilen in een gesprek, in een mondelinge toets. Voor dergelijke toetsen heeft men in Groningen een zorgvuldige opzet ontwikkeld en al met succes in praktijk gebracht. Eén element van deze opzet is dat de student één uur voor de toets zogenaamde startvragen voorgelegd krijgt, zodat hij of zij geen risico loopt het gesprek overrompeld te moeten beginnen.

Het nieuwe Groningse curriculum kent allerlei speciale functionarissen en groepen met speciale taken, het projectteam, speciaal belast met de curriculumherziening, allerlei coördi-

natoren, waaronder vroeg in het programma trimester-coördinatoren en in de slotfase van het curriculum stagecoördinatoren, verder cursuscoördinatoren, weekcoördinatoren, de docent van de week, trimestercommissies. Is dit niet wat veel, vraagt men zich wel eens af, de geschriften van de Groningse 'curriculumherzieners' lezende. Wellicht moet men direct betrokken zijn bij het nieuwe Groningse programma om een goed oordeel te hebben of hier wel of niet van een teveel sprake is.

Curriculumherzieningen hebben een zekere neiging zichzelf ongedaan te maken doordat men bij tegenslagen terugvalt op het oude en bekende. Het nieuwe Groningse curriculum is

een zo ingrijpende herziening dat alleen al daardoor terugvallen op het oude en bekende bemoeilijkt wordt, een factor die zal bijdragen tot de stabiliteit van dit van veel durf getuigende curriculum.

Literatuur

1. Moll J, Metz JCM. Enkele vragen en antwoorden over curriculumherzieningen. Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12(3): 123-6.
2. Scherpbier AJJA. Het artsexamen: de Nederlandse situatie. Bulletin Medisch Onderwijs 1987; 6(1): 3-4.