

14

Amerikaanse schetsen

Inleiding

Najaar 1983 maakte ik een studiereis naar de Verenigde Staten. Een speurtocht naar nieuwe ontwikkelingen in het medisch onderwijs en het onderzoek op dat gebied. Deze bleken nauw samen te hangen met de huidige grote veranderingen in de Amerikaanse gezondheidszorg in het algemeen, zodat die ook mijn aandacht kregen. Ik maakte de reis samen met Dr. J. Gerritsma van de Afdeling Ontwikkeling en Onderzoek van medisch onderwijs, Rijksuniversiteit Utrecht. Professor Jack Maatsch, de Director van het Office of Medical Educational Research and Development (OMERAD) van de Michigan State University (MSU) had een programma voor ons voorbereid, waarin OMERAD uiteraard een belangrijke rol speelde. Verder bezochten wij gezamenlijk de 26e jaarlijkse vergadering van de Association of American Medical Colleges (AAMC) in Washington D.C.

Twee curricula

Allereerst over OMERAD. Dit bureau is één van de mekka's van het medisch onderwijs. Aanvankelijk heeft het zich beziggehouden met de ontwikkeling van onderwijsprogramma's voor de vrij jonge medische faculteit van MSU. Deze universiteit werd in de vorige eeuw opgericht als landbouwhogeschool, kreeg in de loop des tijds steeds meer faculteiten, maar pas na de tweede wereldoorlog een medische. Zonder gehinderd te worden door tradities, konden de onderwijsontwikkelaars er iets bijzonders van maken.

Uit het oogpunt van onderwijsresearch was het een slimme zet om het curriculum grotendeels in twee parallel aan elkaar lopende studiemogelijkheden te splitsen, waaruit de studenten kunnen kiezen: één traditionele, één probleem-georiënteerde. Bij het opmaken van de balans na ruim 10 jaar kan toch niet geconcludeerd worden, dat het probleem-georiënteerde curriculum verreweg superieur is. Art Elstein uitte zelfs hevige kritiek op het probleem-georiënteerde onderwijs: Hoewel in naam het meest innovatieve van de twee curricula, blijkt het - op het eerste gezicht paradoxaal - het meest versteende te zijn geworden, dat niet of nauwelijks veranderingen toelaat. Terwijl in het traditionele, verbrokkelde curriculum zonder veel pijn beperkte verbeteringen kunnen worden aangebracht, zoals de vervanging van een obsoleet vakgebied door één met meer relevantie, kent het probleem-georiënteerde curriculum een onoverkomelijke 'resistance to change'. Door de grote samenhang binnen dat curriculum noodzaakt elke kleine wijziging immers tot volledig omgooien van het geheel.

Een wijze les voor een ieder die probleem-georiënteerd onderwijs als panacee ziet!

Besliskunde

Professor Arthur Elstein heeft, samen met Lee Shulman en Sarah Sprafka de naam OMERAD in de jaren 70 internationale bekendheid gegeven door onderzoek naar de werkwijze van de arts. Zij maakten duidelijk dat medici-practici niet inductief te werk gaan, maar hypothetico-deductief: artsen verzamelen niet gedachtenloos gegevens om pas daarna tot conclusies te komen, nee - zij hebben meteen al bij het allereerste contact ideeën (hypothesen) over wat er met de patient aan de hand zou kunnen zijn, om die vervolgens te testen op waarheid. Velen in de medische wereld hebben hier nog moeite mee: ten onzent is Prof. Vreeken een bekend bestrijder van de opvatting dat de conclusies uit dit onderzoek consequenties moeten hebben voor het medisch onderwijs, namelijk dat studenten zich in een vroeg stadium het hypothetico-

deductieve denken moeten aanwennen.

Ook Elstein stelt zich tegenwoordig normatief op ten opzichte van het medisch onderwijs. Maar terwijl Vreeken van pathofysiologische groepen uitgaat, vindt Elstein dat de medische besliskunde de basis moet worden van het onderwijs in de geneeskunde. Wij konden er uitvoerig met hem over praten. Als het onderwerp ter sprake kwam, vertoonde hij een bijna religieuze bewogenheid. Hij is één van de voormannen van dit nieuwe 'vak' en geeft er aan de MSU schitterende doch zeer pittige cursussen in. Door middel van de medische besliskunde kan voor elke medische beslissing plus de daardoor uitgelokte verdere beslissingen vooraf de risico's, baten en kosten berekend worden en tegen alle mogelijke alternatieven van die beslissing afgezet worden (zie ook de recente artikelen in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde en Medisch Contact). Rijst bijvoorbeeld bij een 82-jarige patiënt met een maagzweer de vraag: opereren of medicamenteus behandelen, dan kan in maat en getal vastgelegd worden welke van de twee mogelijkheden de grootste kans op herstel geeft en het minste kost. Of welke van de twee het beste overeenkomt met de wensen van de patiënt. Hecht die bijvoorbeeld sterk aan de komende twee jaar van zijn leven, dan kan dat - uitgedrukt in een getal - in de beslissingsprocedure worden ingebracht, waarna een besluit uit de bus komt met weinig risico op korte termijn.

Elstein is een typische Oostkust-intellectueel, die wat verdwaald lijkt in het provinciale East Lansing, waar MSU gevestigd is. Af en toe doet hij enigszins aan Woody Allen denken! Toen hij tijdens een wijnfeest ontdekte dat hij vroeger in een voorstad van Boston een paar huizen van mijn vrouw gewoond had, schoot zijn gemoed vol en was het ijs tussen hen onmiddellijk gebroken. Daar MSU van agrarische afkomst is, werd tijdens het wijnfeest trots een eigen specialiteit geserveerd: chocoladekaas. Een kwestie van beleefd blijven en snel doorslikken!

OMERAD

OMERAD kent momenteel een aantal onderzoeksrichtingen. Opvallend vond ik hoezeer de medewerkers binnen die verschillende richtingen geabsorbeerd werden door hun eigen onderzoek en weinig interesse toonden voor andermans zaken. Zo groot is OMERAD tenslotte ook weer niet. Een tweede opvallende zaak is, dat OMERAD zich heeft afgekeerd van onderzoek van medisch onderwijs in engere zin. Ik bedoel het analyseren van lesmethoden, enz. Daarop zijn ze daar wat uitgekeken. Met enthousiasme namen ze een slagzin over, die ik en passant lanceerde: 'je hoeft eigenlijk ook niet te bewijzen dat water nat is'. De interesse van OMERAD gaat tegenwoordig meer in de richting van het functioneren van de arts. Begrijpelijk, want bij het medisch onderwijs draait het steeds toch weer uit op de vraag: wat is een goede arts, wat behoort een arts te kunnen en kennen, wat is zijn plaats binnen de maatschappij. Een andere factor bij de keuze van de research-onderwerpen is dat maatschappelijk engagement wordt beloond met financiële toelagen. Een belangrijk deel van de tijd van Amerikaanse onderzoekers wordt opgeslokt door het verwerven van grants. Ook het toekomstbeeld in Nederland...?

Ik zal enige belangwekkende onderwerpen aanstippen waarmee OMERAD zich verder bezighoudt. Jack Maatsch, in Nederland vooral bekend door het door hem ontwikkelde Patient Game (zie Snellen, Bull.Med.Onderw., 2/1, 1983), houdt zich al jarenlang bezig met de examinering van de 'emergency'-specialisten. Emergency Medicine is in de VS een apart specialisme. Het houdt zich bezig met acute hulpverlening op een breed terrein - van kindergeneeskunde tot neurologie en reanimatie - maar draagt zijn patiënten voor voortgezette behandeling over aan andere specialisten. Het is jong en heeft de kans gegrepen om bij het opzetten van de registratie van de vakuitoefening verregaand innovatief te werk te gaan. De examens omvatten niet slechts kennisinhoud, maar ook klinische vaardigheden, die met behulp van simulaties getest worden. Voor

de hand ligt, dat patient games hierbij een belangrijke rol spelen. Die zijn ook makkelijk normatief toepasbaar voor dit vak, omdat de bemoeienissen van de emergency specialist met zijn patiënten kortdurend zijn met een duidelijk resultaat, waardoor de patient games ongecompliceerd en eenduidig kunnen zijn.

De verstrengeling van OMERAD met de Emergency Medicine is zo sterk, dat John Wiegenstein - een van de 'godfathers' van het vak - bij OMERAD is ingetrokken en het hoofdkantoor van de vakorganisatie zich vlakbij gevestigd heeft. Wij konden uitvoerig met Wiegenstein spreken en het geheel gecomputeriseerde examenregistratiesysteem bewonderen. In principe hebben de emergency specialisten besloten dat de registratie als specialist slechts tien jaar geldig zal zijn, waarna die opnieuw met pittige examens verworven moet worden. Een bezoek is een must voor ieder die nadenkt over verandering in de specialistenregistratie.

FECs

Binnen de Emergency Medicine is een revolutionaire ontwikkeling aan de gang, waarover we op OMERAD veel hoorden. Die betreft de zogenaamde Freestanding Emergency Centers (FECs). Terwijl de emergency-specialisten vroeger de eerste hulpposten en de intensive care-afdelingen van ziekenhuizen als werkterrein hadden, zijn zij zich sinds 1975 in toenemende mate vrij gaan vestigen. Uit onvrede met de bureaucratische gang van zaken in hospitaals maar ook - en in de VS wordt zo iets openlijk toegegeven - uit geldgewin. FECs zijn volledig toegeruste, los van ziekenhuizen gevestigde eerste hulpposten, die de hele week door een groot deel van het etmaal open zijn en zich vooral concentreren op het verlenen van service, die bij de Amerikaanse ziekenhuizen en huisartsen nogal te wensen overlaat. Ze zijn vaak gevestigd bij die typisch Amerikaanse inkoopcentra aan de rand van de stad met veel parkeergelegenheid, die zo essentieel is voor de aan zijn auto verknochte Amerikaan. De dokter naast Albert Heijn!

Er is een explosieve groei van FECs, waardoor zij een geduchte concurrent zijn van zowel huisarts als eerste hulppost van het ziekenhuis. Infiltratie van de eerste door de tweede lijn, tot volle tevredenheid van de cliënt. Want de FECs kennen geen afspraakstelsel, maar evenmin lange wachttijden; zij zijn goedkoop en goed bereikbaar. Deze ontwikkeling was mogelijk doordat de Amerikaanse overheid zich nauwelijks regulerend inlaat met de organisatie van de gezondheidszorg. Wel wat anders dan in Nederland! Binnenkort is hierover meer te lezen in Medisch Contact.

DRGs

In schijnbare tegenspraak met de deregulerende houding van de Amerikaanse overheid staat de sinds eind 1983 in werking zijnde wet op de Diagnosis Related Groups (DRGs). Het onderzoek naar de effecten hiervan wordt een belangrijke taak van OMERAD. We kregen zelfs het aanbod voor een vergelijkende studie in Nederland. Een illusie gezien de beperkingen die in Nederland nu aan wetenschappelijk onderzoek worden opgelegd. DRGs regelen de betaling van de ziekenhuiskosten van een belangrijk deel van de Amerikaanse burgers, namelijk zij die onder het sociale voorzieningsfonds Medicare vallen. Dat zijn de ouden van dagen en de chronische hemodialysepatiënten, samen goed voor 30% van de inkomsten van de ziekenhuizen. In het vervolg krijgen de ziekenhuizen per patiënt een van te voren vastgesteld bedrag, dat alleen afhangt van de gestelde diagnose en niet van de werkelijk gemaakte kosten. Is het ziekenhuis zuiniger, dan mag het het verschil in zijn zak steken, is het duurder, dan moet het zelf bijpassen. De DRGs hebben niet als doel het medisch handelen op zich te betuttelen, maar willen de ziekenhuizen dwingen efficiënter te zijn. De DRGs zijn dan ook niet in tegenspraak met het in de VS gehuldigde vrije marktprincipe maar bevestigen dat juist doordat de overheid als beheerder van de Medicare-gelden zich keihard zakelijk opstelt in een proces van loven en bieden, waarbij het die overheid niets kan schelen dat honderden ziekenhuizen hierdoor kunnen sneuvelen. Ook over de

DRGs wordt binnenkort in Medisch Contact uitgeweid.

Lezingen

Op uitnodiging hebben wij voor OMERAD twee lezingen gehouden. Dr. Gerritsma over de werkwijze van huisarts en internist, naar aanleiding van zijn samen met Dr. Smal geschreven proefschrift, ikzelf over self-assessment (zelfbeoordeling) door medische studenten. Het laatste een onderwerp dat in de wereld weinig belangstelling geniet en door OMERAD ook met enige kilte werd ontvangen. De medewerkers deden voorkomen alsof keiharde beoordeling van studenten en artsen in de VS geen enkel probleem is, zodat 'half-zachte' zelfbeoordeling hun niet zo zinvol toescheen. Wel een beetje ongegrond, ontdekte ik later tijdens het AAMC-congres in Washington, want daar hoorde ik heel andere geluiden.

Ontmoeting

Wat zijn instellingen als OMERAD, die openstaan voor korte of langdurige bezoeken en daarvoor enig geld fourneren, toch nuttig! Wij liepen er de bescheiden Australische neuroloog Balla tegen het lijf, die er ogenschijnlijk wat doelloos rondscharrelde. Bij nader inzien bleek hij echter sublieme ideeën te hebben over de bestudering van de werkwijze van artsen, ideeën waarop wij in Nederland zullen gaan voortborduren.

Arts-assistent

Bijzonder interessant was dat ik de gelegenheid kreeg 'als assistent onder de assistenten' aan een deel van de specialistenopleiding tot internist deel te nemen. Enige dagen liep ik in mimicry mee in een aan MSU verbonden perifeer opleidingsziekenhuis. MSU kent geen academisch ziekenhuis, maar besteedt zijn studenten uit aan ziekenhuizen door de hele staat Michigan. De klinische stafleden van de medische faculteit, ook de professoren dus, hebben geen eigen ziekenhuis maar bezoeken bij toerbeurt deze perifere klinieken om de opleiding te verzorgen. Deze duurt in de VS vier jaar.

In Nederland meent men dat uitbreiding tot zes jaar noodzakelijk is, onder het mijns inziens foute adagium: meer van hetzelfde lost de problemen op. Ik heb nooit vernomen dat hier de Amerikaanse specialistenopleiding deficiënt gevonden wordt. 17

Terwijl die opleiding in Nederland hoofdzakelijk blootstelling aan een klinische omgeving inhoudt, is die in de VS intensief en zelfs schools. Op een middag viel ik bijvoorbeeld midden in een colloquium waar vierdejaars assistenten op pinnige wijze over hun kennis onderhouden werden. Ik was blij dat mijn deelname niet zover gevoerd werd, dat ook van mij antwoorden verwacht werden. De gang langs bedden samen met de opleider - in Nederland wat in de versukkeling geraakt - werd nog als in de tijd van Osler beoefend en bepaald niet op zachtzinnige wijze. Ik raakte zeer onder de indruk van de medische en didactische gaven van twee jonge internistenopleiders, die een in Nederland nauwelijks waar te nemen betrokkenheid bij het onderwijs lieten zien. Let wel, dat het hier om een uiterst innovatieve opleiding gaat. De probleem-georiënteerde verslaglegging was bijvoorbeeld consequent doorgevoerd.

Ann Arbor

Dat de medische opleiding niet in de hele VS zonneschijn is, bleek tijdens een kort bezoek aan de 'prestigieuze' University of Michigan in Ann Arbor, niet te verwarren met MSU. Een bijzonder gezellige campus, Engels bijna, met reminiscenties aan Oxford en Cambridge. Ik had gelegenheid in een ontspannen sfeer - tijdens een vegetarische maaltijd in een commune - studenten te horen spreken over hun preklinische curriculum, dat meer rammelt dan welke Nederlandse faculteit ook zich zou kunnen permitteren. De anatomie wordt er zeer traditioneel onderwezen door derderangs docenten, waarbij zowat elk orgaan door een andere docent gegeven wordt.

Een steeds weerkerend thema tijdens gesprekken met medische studenten was de gigantische schuld die zij tijdens hun studie opbouwen; \$ 10000 per jaar alleen voor het onderwijs - dus exclusief levensonderhoud - is heel gewoon.

Na twee welbestede weken in Michigan gingen wij naar Washington D.C. (13 uur rijden!) voor het 26e AAMC-congres (Association of American Medical Colleges). Hierin is het RIME-congres opgenomen (Research in Medical Education). Het thema was dit keer 'creativiteit'. Humbug natuurlijk, maar elk jaar moet nu eenmaal een titel gevonden worden die zo veelomvattend is, dat hij dit gigantische congres dekt. Het programma was dermate overweldigend, dat wij - de taken verdeelend - maar een fractie konden volgen. Dagenlang was het enorme congrescomplex van Washington Hilton - het hotel waarvoor Reagan werd neergeschoten - in vol bedrijf. Gewoonlijk zes parallelle zittingen en satellietcongressen in omringende hotels. Er was één Nederlandse bijdrage, uit Maastricht, over toetsing. Naast het officiële congres werden talloze party's en lunches gehouden om informele ontmoetingen te bevorderen. Eén grote informatieuitwisseling. Daarom is uit zo'n congres moeilijk een boodschap voor de toekomst te destilleren.

Een van de interessantste congresonderdelen was de tentoonstelling. Onafzienbare rijen stalletjes in een enorme ruimte, waar informatie was op te doen op elk denkbaar gebied van het medisch onderwijs. Op de directe, open Amerikaanse manier. Deze tentoonstelling overziend was wel een trend te ontdekken: meer dan twee 'straten' waren gereserveerd voor het gebruik van de computer in het medisch onderwijs.

Binnenkort zal een aflevering van het Bulletin Medisch Onderwijs gewijd zijn aan het gebruik van de computer in het medisch onderwijs
