

## Kanttekeningen bij het profiel van de arts in het Raamplan 1994

### Uitgaande van het functioneren van de arts in de 21e eeuw

N. Klazinga

#### Samenvatting

*Het Raamplan 1974 bevat naast een overzicht van de eindtermen van de artsenopleiding in Nederland, een beschrijving van een aantal algemene gewenste karakteristieken waaraan de arts aan de einde van de opleiding zou moeten voldoen. Hiertoe worden in hoofdstuk 6 van het Raamplan een zestal belangrijke eigenschappen/kenmerken van de arts aange-reikt met betrekking tot het vermogen tot me-disch probleem oplossen, een breed kennis- en vaardighedenpakket, wetenschappelijke vor-ming, de juiste attitudes, flexibiliteit en wette-lijke bevoegdheid en bekwaamheid. In dit ar-tikel wordt bij deze eigenschappen van de arts een aantal kanttekeningen geplaatst. Daarbij is het de voorziene functioneren van de arts in de 21e eeuw uitgangspunt van beschouwing.*

#### Inleiding

De ideale arts bestaat niet, maar hoe deze er ongeveer uit zou moeten zien wordt beschre-ven in het Raamplan 1994.<sup>1</sup> Bij de poging om de eindtermen van de artsenopleiding in Ne-derland nader te expliciteren is ook geprobeerd een aantal algemene gewenste karakteristieken van de arts aan het einde van de opleiding te schetsen. Dit gebeurt in hoofdstuk 6 van het raamplan waarin een zestal belangrijke eigen-schappen/kenmerken van de arts worden aan-gereikt. In dit artikel worden bij deze “deug-den” van de arts een aantal kanttekeningen geplaatst. Daarbij is het de voorziene functio-nen van de arts in de 21e eeuw uitgangspunt van beschouwing.

#### Medisch probleem oplossen

Volgens het Raamplan 1994 dient iedere afge-studeerde arts zich het proces van medisch probleemoplossen te hebben eigen gemaakt. Hij/zij moet beschikken over zodanige kennis en vaardigheden (conform de eindtermen) dat alle patiëntenproblemen kunnen worden aan-gepakt. Dit “aanpakken” wordt vervolgens be-schreven voor de individuele situatie van het arts/patiënt contact en mondt uit in gerichte behandeling of verwijzing. Een dergelijke tra-ditionele “aanpak” komt echter onvoldoende tegemoet aan de complexe randvoorwaarden waarbinnen de arts heden ten dage het medi-sche probleem moet oplossen. Het lijkt daarom zinvol het probleemoplossendvermogen niet alleen te richten op het specifieke patiënten-probleem maar bij de oplossing ook rekening te houden met de organisatorische en maat-schappelijke context. Daarvoor is het noodza-kelijk dat de arts voldoende wordt voorbereid op de gevolgen van het werken binnen een organisatorisch verband (zoals een ziekenhuis, groepspraktijk of GGD), en binnen de econo-mische en ethische beperkingen die de maat-schappij aan de te kiezen oplossingen stelt. Naast overwegingen van medische effectiviteit dienen ook doelmatigheids- en ethische over-wegingen een integraal onderdeel van het me-disch besluitvormingsproces uit te maken. In het toekomstig medisch onderwijs zou deze samenhang sterker tot uiting moeten komen.

## Een breed kennis- en vaardighedenpakket

Volgens het Raamplan dient het kennis- en vaardighedenpakket van de artsopleiding dusdanig breed te zijn dat met elke vervolgopleiding in principe kan worden begonnen en samenwerking met andere disciplines/hulpverleners goed kan verlopen. Met name dit laatste punt lijkt voor het toekomstig functioneren van de arts essentieel. Steeds meer wordt gezondheidszorg een groepsprodukt. Door de complexiteit van zowel de expertise als de zorgprocessen zal deze trend alleen maar toenemen en zal de arts van de toekomst veelal lid van een team zorgverleners zijn. Dit vereist wel dat men in staat moet zijn in een team te werken. Ook hieraan kan reeds binnen de opleiding de nodige aandacht worden besteed. Door studenten in groepjes gezamenlijk verantwoordelijk te maken voor het oplossen van een probleem, casu quo de uitwerking van een casus, wordt bijgedragen aan een cultuur van onderlinge samenwerking in plaats van onderlinge competitie. Het kan zelfs overwogen worden bij de examinering in daarvoor geschikte situaties een groepscijfer in plaats van een individuele beoordeling te geven. Ook zou wat vaker geëxperimenteerd kunnen worden met onderwijsvormen waarbij studenten uit verschillende studierichtingen (bijvoorbeeld paramedische en verpleegkundige opleidingen, farmacie, gezondheidswetenschappen) gezamenlijk een blok volgen en in werkgroepen vanuit aanvullende expertise aan opdrachten werken.

## Wetenschappelijke vorming

De wetenschappelijke vorming van de arts is vanouds een populair onderwerp van discussie. Juist omdat de opleiding geneeskunde zowel een academisch als een praktijkgericht karakter heeft, bekleedt zij een aparte positie ten opzichte van academische studies waar de wetenschappelijke vorming voorop staat. Wetenschappelijke vorming wordt in dergelijke dis-

cussies veelal verengd tot het opdoen van ervaring met wetenschappelijk onderzoek. Veelmeer lijkt echter voor de toekomst van belang dat de student de methoden en denkwijzen van wetenschappelijk onderzoek leert beheersen. De laatste tien jaar valt waar te nemen dat binnen de geneeskunde de “evidence based medicine” steeds meer terrein wint.<sup>2</sup> Eisen voor het publiceren van wetenschappelijke studies worden stringenter en met het opkomen van het vakgebied klinische epidemiologie sinds halverwege de jaren zeventig krijgen artsen steeds meer oog voor de wetenschappelijke onderbouwing van hun handelen. Discussies over de voorspellende waarde van diagnostische testen en de meerwaarde van therapieën ten opzichte van elkaar, zoals geëxpliciteerd in medisch-besliskundige modellen, lijken steeds meer een normaal onderdeel van de geneeskunde te worden en vinden hun neerslag in het ontwikkelen en gebruiken van richtlijnen en protocollen. Deze trend onder de praktiserend artsen lijkt echter nog maar in beperkte mate doorgedrongen in het medisch onderwijs. Evidence based medicine lijkt nog niet overal faculty based. Juist in het kader van de wetenschappelijke vorming van de arts lijkt het van belang aan deze onderwerpen aandacht te besteden, bijvoorbeeld in de vorm van onderwijs in het ontsluiten en beoordelen van medisch wetenschappelijke literatuur en onderwijs in de klinische epidemiologie, medische besliskunde en kwaliteitszorg.<sup>3</sup>

## De juiste attitude

In het Raamplan wordt op veel plaatsen aandacht besteed aan de attitude van de arts. Te recht worden zaken als verantwoordelijkheidsgevoel, communicatieve vaardigheden, inlevings- en relativeringsvermogen diverse malen genoemd. Het probleem is echter niet zozeer dat het belang van de attitude van de arts niet zou worden onderkend maar dat het moeilijk is hieraan binnen het onderwijs concreet vorm

te geven Een attitude lijkt veeleer te worden gevormd dan geleerd. Derhalve zal naast het gericht aandacht besteden in de opleiding aan zaken als communicatietraining, ontwikkelen van een eigen visie op de betekenis van ziekte voor een individu en een persoonlijke visie op de rol van de arts, ook naar het medisch onderwijs moeten worden gekeken als een vormingsproces. Voor de individuele student is het van belang dat hij/zij in een vroeg stadium feedback krijgt over het persoonlijk functioneren in relatie tot patiënten en collega's. Tijdens de co-assistentenschappen, waarin zo duidelijk de medische socialisatie plaatsvindt, zou voldoende aandacht moeten worden besteed aan de individuele vorming. Bijvoorbeeld door regelmatige gesprekken met de verantwoordelijke mentor/opleider waarbij ook de persoonlijke beleving van de student bespreekbaar gemaakt moeten worden en wezenlijk op het eigen functioneren in de rol van arts moeten kunnen worden ingegaan.

### **Flexibiliteit**

De arts uit het Raamplan is flexibel en weet adequaat in te spelen op nieuwe ontwikkelingen. Deze eigenschap zal in de toekomst alleen maar belangrijker worden. Een flexibele werkhouding is echter niet iets wat even kan worden aangeleerd. Het is veeleer een grondhouding van waaruit tegen nieuwe ontwikkelingen wordt aangekeken. De ideaaltypische arts zou veranderen dan ook steeds als een uitdaging moeten zien in plaats van een bedreiging. Een flexibele houding impliceert dan ook dat de arts wordt geleerd hoe om te gaan met bestaande onzekerheid en het eigen handelen te relativiseren.

### **Wettelijk bevoegd en bekwaam**

De arts is bij wet bevoegd om de geneeskunde uit te oefenen maar de eigen bekwaamheid vormt de grens waarbinnen dit handelen dient

plaats te vinden. De wettelijke omschrijving in "Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg" (BIG) is echter geen stuur voor goede beroepsuitoefening maar eerder een vangnet voor slechte beroepsuitoefening. Er wordt van uitgegaan dat de arts voldoende zelfinzicht heeft om de grenzen van de eigen bekwaamheid niet te overschrijden. Het ontwikkelen van dit zelfinzicht is mede een taak van de opleiding en in dat opzicht sluit deze karakteristiek nauw aan bij hetgeen onder het punt inzake de juiste attitude reeds is beschreven.

### **Tenslotte**

De ideale arts bestaat niet, maar voor de medische faculteiten dient deze wel richtpunt te zijn. In de eindtermen is voor een groot aantal vakgebieden geëxpliciteerd welke kennis, vaardigheden en attitude aan het einde van de opleiding vereist zijn. Naast deze specifieke onderdelen dient er echter sprake te zijn van een meer generiek profiel waarin alle andere onderdelen samenkomen. Met de hierbij gegeven kanttekeningen en aanvullingen lijkt hoofdstuk 6 van het Raamplan hiervoor de contouren te schetsen. Het valt te hopen dat het niet bij contouren en een profiel blijft maar dat de hier genoemde zaken feitelijk hun verankering in het medisch onderwijs vinden en daarmee ook het gezicht van de arts van de toekomst gaan bepalen.

### **Literatuur**

1. Metz JCM. Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BWM van den. Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publicatiebureau KUN, 1994.
2. Broucke van den JP. De Cochrane Collaboration en evidence-based medicine, Ned Tijdschr Geneesk 1995; 139 (29): 1476-77.
3. Klazinga NS. Onderwijs in kwaliteitszorg, Bulletin Medisch Onderwijs 1993; 12: 43-49.

*DE AUTEUR*

*N.S. Klazinga, arts, is als wetenschappelijk stafmedewerker verbonden aan het Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing te Utrecht en het Instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.*

*Correspondentie-adres:*

*N.S. Klazinga, CBO, Postbus 20064, 3502 LB Utrecht.*

*Dit artikel is een bewerking van een voordracht gehouden voor de Interfacultaire Werkgroep Praktisch Medisch Onderwijs.*