

Studeerbaarheid en doelmatigheid van het Medisch Onderwijs

Nog te veel 'stampen' en te weinig 'vorming'

A.L.C. de Vries

Op 27 april 1995 heeft ter gelegenheid van het lustrum van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU) en het Discipline Overleg Medische Wetenschappen (DMW) een symposium plaatsgevonden rondom het thema studeerbaarheid in het hoger onderwijs. Een van de sprekers was Annelou de Vries, co-assistent. Gezien het belang van haar lezing heeft de redactie van het BMO haar gevraagd de voordracht te bewerken tot een artikel.

Samenvatting

De commissie Wijnen noemt als voorwaarden voor studeerbaarheid duidelijke eindtermen en een samenhangend en consistent studieprogramma dat overzicht en actieve betrokkenheid waarborgt. Dit artikel kijkt kritisch naar de studeerbaarheid van de huidige basisartsopleiding in het licht van de eindtermen uit Raamplan 1994. Het profiel van de arts uit het Raamplan impliceert de volgende kernpunten voor het onderwijs: medisch probleemoplossen, breed kennis- en vaardighedenpakket, wetenschappelijke vorming en juiste attitudes. Medisch probleemoplossen blijft nu vaak beperkt tot de differentiaal diagnose. Bij kennis ligt het accent te sterk op de disciplinegebonden eindtermen met veel - makkelijk toetsbare - feitenkennis en weinig zicht op hoofdlijnen. De algemene, discipline-overstijgende eindtermen verdienen meer aandacht evenals het geohserveerd oefenen van vaardigheden en wetenschappelijke en attitudevorming.

Inleiding

Medicijnen studeren betekent vanouds veel feitjes stampen. Toch is een goede arts meer dan een wandelende encyclopedie. Hij moet zich ook het proces van medisch probleemoplossen eigen hebben gemaakt, met patiënten

kunnen omgaan en zijn eigen beperkingen kennen. Vreemd genoeg is het trainen van die houding en vaardigheden nog te vaak een ondergeschoven kind in de opleiding.

Als medisch student die bijna aan het eind van de lange weg naar het artsexamen staat, associeerde ik *studeerbaarheid* (nog niet in de 'Van Dale' opgenomen) met het binnen de vastgestelde tijd behalen van voldoende studiepunten. In de krant wordt het 'nieuwe' woord studeerbaarheid, door minister Ritzen veelvuldig genoemd met betrekking tot het hoger-onderwijsbeleid, aan de lezers ook wel als volgt uitgelegd: de mogelijkheden voor de gewone studenten om hun studie binnen de officiële studietermijn af te ronden. De hoge doorstroomcijfers bij de studierichting geneeskunde zouden erop kunnen wijzen dat er op de studeerbaarheid van het geneeskundecurriculum niet veel aan te merken is.

Studeerbaarheid heeft echter behalve deze kwantitatieve interpretatie gelukkig ook een kwalitatieve betekenis. Dit wordt duidelijk uit het in opdracht van minister Ritzen onder leiding van professor Wijnen tot stand gekomen rapport 'Te doen of niet te doen?' waarin de volgende definitie wordt gegeven:

"We spreken van een studeerbaar programma wanneer er geen belemmeringen vallen te constateren in de afstemming op de aanleg, voorkennis en leervermogen, op de interesse

en eigen doelen van studenten en als er voldoende rekening is gehouden met omgevingsfactoren”.¹

De commissie-Wijnen noemt in haar rapport een aantal voorwaarden voor een studeerbaar studie-programma. Een daarvan is het bestaan van duidelijke eindtermen. Het doel van de medische opleiding lijkt duidelijk, namelijk dokter worden. Eindtermen zouden garantie moeten bieden voor de vorming van een goede arts.

De *doelmatigheid* van het onderwijs wordt bepaald door de mogelijkheden die het studie-programma biedt aan studenten om aan het eind van de opleiding te voldoen aan de eindtermen. De eindtermen van de artsopleiding zijn in het vorig jaar uitgekomen Raamplan 1994 voor het eerst op een zo duidelijk mogelijke wijze omschreven.² Doelmatig betekent volgens Van Dale “geschikt voor het doel waartoe het bedoeld is”. Een studeerbaar programma dat niet opleidt voor datgene waartoe het bedoeld is streeft zijn eigen doel voorbij. Het onderwerp studeerbaarheid moet dus bekeken worden in het kader van doelmatigheid. De hoge doorstroomcijfers bieden namelijk geenszins garantie voor de kwaliteit van het medisch onderwijs en daarmee voor de kwaliteit van de arts aan het eind van de opleiding.

Dat niet iedereen verrukt is van de doelmatigheid van de geneeskunde-opleiding blijkt bijvoorbeeld treffend uit een citaat van Bert Keizer, verpleeghuisarts, uit de roman “Het refrein is Hein” waarin hij het volgende zegt over de medische studie:

“Alsof je iemand de namen van de schoonvaders van alle brug- en sluiswachters in Europa uit zijn kop laat leren ter voorbereiding op zijn werk als binnenvaartschipper, om hem op het examen te vragen binnen veertig seconden twintig namen te noemen waarin drie a's voorkomen, en hij is geslaagd indien meer dan

vijftig procent van de aldus genoemden nog in leven blijkt te zijn”.³

In de afgelopen jaren is in verschillende discussies naar voren gekomen dat de tevredenheid over het eindprodukt van de medische studie, de huidige basisarts, niet altijd even groot is. De studeerbaarheid van de medische opleiding lijkt bedreigd door een gebrek aan doelmatigheid. Aan de hand van het Raamplan 1994 zullen in dit artikel een aantal aspecten van studeerbaarheid en doelmatigheid worden beschreven.

De disciplinegebonden eindtermen

De disciplinegebonden eindtermen vormen het zwakste deel van het Raamplan 1994. Zij beslaan ettelijke bladzijden uit het rapport en zijn ingedeeld naar 'kerndiscipline'. Men heeft geen duidelijke keuze durven maken en de traditionele co-assistentenschappen als kerndiscipline aangemerkt, daarmee voorbijgaand aan de steeds belangrijker wordende extramurale en preventieve geneeskunde, waar veel meer dan de helft van de artsen uiteindelijk in werkzaam zal zijn. Veel van de items genoemd in de disciplinegebonden eindtermen zijn in deze toekomstige werkvelden nauwelijks meer van belang dan dat je ze na moet kunnen zoeken in een handboek. Het leren omgaan met handboeken is echter in de meeste medische curricula niet het best ontwikkelde studie-onderdeel.

Door de steeds verder gaande fragmentatie en specialisatie van de discipline geneeskunde wordt de opleiding door vele verschillende vakgroepen verzorgd, met ieder weer een eigen visie op wat noodzakelijke en onmisbare kennis en vaardigheden zijn voor de arts. De curriculumvernieuwingen van de afgelopen jaren hebben vaak slechts geleid tot een nog voller programma. Alles moet erin, men heeft het idee van de alwetende, encyclopedisch gevormde arts nog lang niet los durven laten. Ieder specialisme met eigen inbreng in de opleiding ziet het deel dat hij verzorgt als onmisbaar. Een

eenduidig beeld van de eindtermen op hoofdlijnniveau lijkt te ontbreken. Zo wordt bijvoorbeeld, in een overigens verder uitstekende doctoraalsyllabus neurologie, het ziektebeeld 'Slowly progressive apraxia' behandeld. In de eerste zin staat reeds dat er van dit ziektebeeld tot op heden pas twee patiënten zijn beschreven. Moet de medische student daarvan dan weten dat een belangrijk symptoom is dat deze patiënten bepaalde handelingen niet in de juiste volgorde kunnen uitvoeren terwijl er geen paresen of coördinatiestoornissen zijn? De lijsten disciplinegebonden eindtermen kunnen helpen bij het voorkomen van dit soort excessen. Het zijn echter nog steeds zeer lange lijsten waarbij het gevaar levensgroot aanwezig is dat men tevreden is als studenten deze 'kennen'. Waarschijnlijk bestaat er binnen de geneeskunde nog zoveel nadruk op de medische feitenkennis omdat men denkt dat deze kennis makkelijk te toetsen is.

De probleemlijst

Door de lijst problemen uit het Raamplan 1994 als uitgangspunt voor het onderwijs te nemen hoeft het misschien niet meer tot de co-assistentenschappen te duren voordat studenten de moeizame en eigenlijk onnodige omslag maken van theoretische kennis naar de praktijk.² Ook het einddoel van de studie, patiënten met hun problemen helpen, en de relevantie van kennis blijft zo beter in zicht. Waarschijnlijk moet er met een kennismaking met de praktijk ook niet gewacht worden tot de co-assistentenschappen maar moeten er al veel eerder contacten met patiënten zijn waarbij een actieve houding van de student gevraagd wordt. Volgens de commissie-Wijnen verhogen een actieve betrokkenheid en zelfstudie de studeerbaarheid. Echter in het medisch onderwijs worden veel massale hoorcolleges gegeven waarin de belangrijk geachte stof in zo pasklaar mogelijke brokken wordt opgediend. Het blijkt erg moeilijk afstand te doen van deze vertrouwd-

de onderwijsvorm. Tezamen met de vele practica die de meeste medische curricula rijk zijn, blijft er nog maar weinig tijd over voor zelfstudie en leren studenten zichzelf snel een pragmatische maar passieve studeerhouding aan. Ook het feit dat een werkweek in de co-assistentenschappen de 38 uur vaak overschrijdt, bevordert de studeerbaarheid van een studie-programma niet, zeker als men daarbij bedenkt dat in het rapport "Te doen of niet te doen?" wordt geadviseerd de studielast de 38-urige werkweek inclusief niet te vermijden vertraging niet te laten overschrijden.¹

De algemene eindtermen

In het Raamplan 1994 vormen de algemene kennis, vaardigheden en attitudes de kern van het rapport.² Deze discipline-overstijgende eindtermen heeft iedere arts nodig om goed te kunnen functioneren. Hier wordt het beeld van de arts geschetst zoals we die ons als patiënt allemaal wensen, met zeer veel sociale vaardigheden en een breed scala aan kennis en kunde. Veel van wat in deze algemene eindtermen genoemd wordt is geen kennis die te leren is uit een boek. Het lijkt veel meer te gaan om een vormingsproces, dat zich alleen in de goede richting kan ontwikkelen als er constante persoonlijke begeleiding en een duidelijke structuur bestaat. Het medisch curriculum is nu vaak nog zo onsamenvattend dat het hiervoor geen waarborg biedt. Te veel is afhankelijk van het toeval, die ene uitstekende opleider en vooral de goede wil van de medische student.

Nu er vanuit de overheid en patiënt steeds meer druk op de geneeskunde is, moeten aankomend artsen kennis hebben van het gezondheidssysteem waarin zij werkzaam zullen zijn, van kostenaspecten, van belangrijke ethische kwesties en van de wettelijke voorschriften met betrekking tot het beroep. In de opleiding worden deze zaken echter meestal in een apart los blokje gestopt en komen vervolgens nooit meer aan bod.

Ook de eisen die er in de huidige maatschappij aan de persoonlijke eigenschappen van een arts gesteld worden zijn steeds veelomvatter. Het is op dit moment echter nog geheel niet duidelijk wat te doen met de studenten die niet aan die eisen kunnen voldoen. Misschien omdat men eenvoudig niet weet wat te doen met de studenten die tekortschieten in het opbouwen van een goede arts-patiënt relatie? Men mag het er dan over eens zijn dat je als arts bepaalde attitudes en sociale vaardigheden moet bezitten, het is nog onduidelijk hoe die onderwezen en getoetst moeten worden. Voor het goed functioneren van artsen lijkt het van essentieel belang dat zij zich de persoonlijke eigenschappen hebben verworven die hen in staat stellen om te gaan met onzekerheid, acute situaties, stress, het dragen van verantwoordelijkheid, het onderkennen van eigen beperkingen en onmachtgevoelens, allemaal zo mooi genoemd in het Raamplan 1994. Zolang dit in de studie echter geen plaats krijgt, kunnen artsen hierop helaas niet aangesproken worden.

Dat de medische opleiding zeer veelomvattend probeert te zijn blijkt ook uit het feit dat artsen ook nog wetenschapper dienen te zijn. Nu, zij proberen het misschien, maar zij zijn niet als zodanig getraind en opgeleid. De tijd die er gewoonlijk door studenten besteed kan worden aan een wetenschappelijke stage is daarvoor eenvoudig niet lang genoeg. Het zou al mooi zijn als geleerd werd wetenschappelijke artikelen kritisch te lezen en een weg te vinden door de wetenschappelijke literatuur. Dat zijn vaardigheden die eigen gemaakt kunnen worden door training. Dat betekent dat medisch studenten er zich meer dan eenmalig in zouden moeten verdiepen.

De medische aspecten van het Raamplan 1994 lijken in de studie nog wel aan bod te komen. In de co-assistentenschappen wordt geleerd een anamnese af te nemen en lichamelijk onderzoek te doen. Wonderlijker is dat deze te leren vaardigheden na het ALCO eigenlijk zelden door een opleider geobserveerd worden

maar alleen aan de hand van de status beoordeeld worden. Zo kan het voorkomen dat co-assistenten in hun laatste stage, bij ons de huisartsgeneeskunde, erachter komen dat ze nog steeds niet routinematig een schouderonderzoek kunnen doen terwijl schouderklachten vaak voorkomen.

De kern van het medisch beroep, het medisch probleemoplossen, stopt tijdens de opleiding meestal bij de differentiaal diagnose, die het liefst zo lang en compleet mogelijk is en niet in een zakboekje is opgezocht maar uit het hoofd wordt gedicteerd. Van epidemiologische kennis wordt door studenten maar mondjesmaat gebruik gemaakt omdat ze het eigenlijk niet leren. Het interpreteren van aanvullend onderzoek en het maken en uitvoeren van een beleidsplan blijven in de medische opleiding steeds ver van de co-assistent af staan. Deze ziet het natuurlijk wel gebeuren maar wordt er zelden actief bij betrokken. Het lijkt soms alsof opleiders niet begrijpen dat de co-assistent van nu straks hun beginnend assistent is.

Representatieve examens

Volgens het rapport van de commissie-Wijnen zijn representatieve tentamens een voorwaarde voor een studeerbaar studieprogramma.¹ De huidige examens richten zich dan ook in het algemeen op medisch-technische feitenkennis. Zelfs de praktijkexamens van de co-assistentenschappen gaan eerder over boekenkennis dan over de patiënt die gezien is. Die kennis zakt echter vaak snel weer weg en biedt vaak geen garantie voor het functioneren als goede arts. Dit lijkt maar moeilijk tot docenten door te dringen.

In de medische basisopleiding zouden de disciplinegebonden eindtermen eigenlijk met grote terughoudendheid behandeld moeten worden. Het opbouwen van vakinhoudelijke parate kennis komt zeker in de verdere specialisaties aan bod.

Toch wordt er steeds weer geklaagd over de beperktheid van kennis bij studenten. Als je echter de hoeveelheid pagina's ziet die de meeste medische studenten in hun studietijd tot zich nemen, is er waarschijnlijk een probleem met het beklijven van die kennis. Juist door de manier van leren en tentamineren wordt keer op keer de hoofdlijn gemist. Vaak hebben studenten na vier jaar collegebanken het gevoel dat ze nog steeds niets weten. Dit wordt duidelijk bij de eerst echte kennismaking met het vak, de co-assistentschappen. Zo dacht een studente, die in het doctoraal zeker geen slechte resultaten behaalde, dat zij bij het begin van haar co-assistentenschap Interne Geneeskunde voor het eerst van Angina Pectoris hoorde. En ook ik heb ervaren, net als veel beginnende heelkunde co-assistenten, niet te weten wat een Sinus Pilonidalis is, terwijl dat tot de dagelijkse praktijk van de chirurgie behoort.

Conclusie

In het Raamplan 1994 wordt een profiel van een arts geschetst die zich het proces van medisch probleemoplossen in al zijn facetten eigen heeft gemaakt, een breed kennis- en vaardighedenpakket bezit, wetenschappelijk gevormd is, de juiste attitudes bezit, flexibel is en daarbij wettelijk bevoegd en bekwaam is om onder eigen verantwoordelijkheid medisch te handelen met inachtneming van de eigen grenzen. In de medische opleiding wordt echter voornamelijk aandacht besteed aan het brede kennispakket. In de overvolle medische opleiding lijkt niemand, student noch docent, het overzicht te hebben en wordt het einddoel te vaak uit het oog verloren. De rond een orgaan- of functioneel systeem geïntegreerde blokken zijn dat vaak slechts op papier. Dat maakt dat studenten de feitjes voor het tentamen van morgen leren, maar de grote lijnen voor het uitoefenen van het beroep van later missen. Hoofd- en bijzaken kunnen niet meer van elkaar onderscheiden worden. Er gaat zo veel

energie verloren aan het stampen van medische feitenkennis dat er nog maar weinig aandacht kan worden besteed aan de aanpak van een medisch probleem en aan het proces van het oplossen.

Aan het medisch onderwijs wordt door zeer veel verschillende vakgroepen een bijdrage geleverd. Dat geeft een indruk van hoe veelomvattend er over het vak gedacht wordt. Vergeten wordt dat het opstapelen van veel verschillende informatie in de medische student geen enkele garantie biedt voor het functioneren als goede arts.

In het Raamplanprofiel spreekt men over het eigen maken van een proces en vorming. Woorden die om actieve betrokkenheid vragen van studenten en van docenten. Een student kan niet aan de eindtermen voldoen door passief op zijn of haar stoel in de collegezaal of het krukje in de spreekkamer te blijven zitten. De huidige medische opleiding, ondanks de verschillende curriculumvernieuwingen, nodigt echter te weinig tot activiteit uit.

Het wordt tijd dat men echt keuzes durft te maken in het medisch onderwijs. Studenten moet inzicht en overzicht bijgebracht worden. De vakgroepen hebben tot nu toe niet laten zien dat ze in staat zijn tot het verzorgen van een samenhangend en consistent studieprogramma dat overzicht en actieve betrokkenheid waarborgt, volgens de commissie-Wijnen voorwaarden voor studeerbaarheid. Juist het medisch onderwijs lijkt, ondanks alle schijnbare vernieuwingen, hoofdzakelijk vorm gegeven door starre tradities en niet uit te roeien vooronderstellingen van docenten.¹ Omdat de medische beroepsgroep en de medische faculteiten niet bekend staan om hun revolutionaire karakter kunnen we misschien niet wachten op vernieuwende krachten van binnenuit. Mooie plannen in het medisch onderwijs sneuvelen te vaak op degenen die ze praktisch uit moeten voeren. Te vaak wordt aan het oude onderwijs alleen een nieuwe naam gegeven. Te lang wordt er ook al gepraat over de professional-

sering van docenten zonder dat daarin echt verandering komt. Door de uiterst gebrekkige samenwerking tussen vakgroepen slaan niet alleen veel studenten maar ook docenten helaas te vaak de plank mis.

Het is nu echter de hoogste tijd voor werkelijke vernieuwing. Een nieuwe generatie artsen moet opgeleid worden die voldoet aan de eisen die de huidige complexe maatschappij stelt. De discipline-overstijgende eindtermen uit het Raamplan 1994 bieden daartoe een prima uitgangspunt. Het lijkt er echter op dat de vakgroepgebonden docenten nauwelijks in staat zijn deze vernieuwing uit te voeren. Misschien moeten er speciale Teaching Professionals opgeleid worden die de durf hebben het onderwijs echt te integreren en zich op de hoofdlijnen van inzicht en overzicht toe te leggen. Zij zouden een studieprogramma moeten durven verzorgen waarin keuzes zijn gemaakt en waarin aanstaande artsen op gestructureerde wijze gevormd en getraind worden voor hun latere taken. Het zal een uitdaging zijn zo'n studieprogramma te verzorgen.

Literatuur

1. Wijnen WHFW, Wolfhagen HAP, De Bie D, et al. "Te doen of niet te doen?" Advies over studeerbaarheid van onderwijsprogramma's in het hoger onderwijs. Leiderdorp: Graficon Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, november 1992.
2. Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Van den Brand-Valkenburg BWM. Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publikatiebureau KUN, 1994.
3. Keizer B. Het refrein is Hein. Dagen uit een verpleeghuis. Nijmegen: SUN-literair, 1994.

DE AUTEUR

drs. Annelou L.C. de Vries studeert geneeskunde aan de Vrije Universiteit van Amsterdam en loopt momenteel co-assistentschappen.

Correspondentie-adres

A.L.C. de Vries, Fokke Simonszstraat 86 hs, 1017 TK Amsterdam.