

## Medische faculteiten, onverenigbare doelstellingen?

J. Moll

Denken en discussiëren over vernieuwingen binnen het Medisch Onderwijs typeren Han Moll. In zijn afscheidscollege in 1986 in Rotterdam als hoogleraar anatomie (1966-1981) en humane biologie (1981-1986) ging Han Moll in op wat is veranderd én op wat zou moeten veranderen binnen het medisch onderwijs. Een bewerking van deze rede is indertijd opgenomen in Medisch Contact (1986; 30 (41): 945-7), getiteld 'Medische faculteiten, onverenigbare doelstellingen?'. De onderwerpen en dilemma's die Moll hierin aan de orde stelt, zijn nog steeds actueel. Daarom heeft de redactie dit artikel integraal overgenomen met toestemming van Medisch Contact. De onderwerpen hebben als vertrekpunt gediend voor de samenstelling van dit themanummer.

Er is veel geschreven over het medisch onderwijs, over het medisch-wetenschappelijk onderzoek aan de medische faculteiten en over de patiëntenzorg aan de met de faculteiten nauw verbonden academische ziekenhuizen, maar over de medische faculteiten in hun totaliteit is weinig geschreven. Hier een poging om dit 'gat in de markt' te vullen.

Ik wil daarbij naar het heden kijken, maar ook naar de voorgeschiedenis daarvan, die - zoals steeds - bijdraagt tot begrip van het heden en ik waag het ook enige toekomst-wensen te formuleren. Het navolgende is sterk persoonlijk getint. Dat brengt met zich mee dat vooral de Groningse en Rotterdamse faculteiten illustraties voor mijn betoog leveren. Mijn blik achterom reikt een vijftig, zestig jaar terug, een periode waarover ik eigen kennis heb, grotendeels direct, deels indirect vanuit persoonlijke contacten met ouderen.

### In vogelvlucht

Vanuit dit gezichtspunt kijkende is het onvermijdelijk met een wel heel weinig verrassende waarneming te beginnen: de Nederlandse medische faculteiten zijn in de periode, die ik hier tracht te overzien sterk gegroeid. De jaren twintig kenden soms jaarklassen met de nu geheel onvoorstelbaar geworden omvang van ongeveer dertig studenten. Kijken we minder ver terug, dan zien we dat, ondanks de in 1972

ingevoerde instroombeperking, tussen 1960 en nu een royale verdubbeling van het studentenaantal is opgetreden.

Minder bekend is dat de personeelssterkte van de medische faculteiten nog sterker is gegroeid dan de studentenaantallen. Vanwaar deze groei van het aantal personeelsleden van de medische faculteiten? Een globaal antwoord is niet moeilijk. We zien hier het gevolg van een sterk toegenomen diversificatie in het medisch handelen met ontwikkeling van nieuwe klinische specialismen. Men is ervan uitgegaan dat deze diversificatie tot uitdrukking diende te komen in de personeelsformatie van elke faculteit. Enig rekenwerk, met bij twijfel afronding naar beneden, geeft aan dat bijvoorbeeld het aantal stafleden voor het totale terrein van de interne geneeskunde in de naoorlogse periode tot een vijftienvoud van het oorspronkelijke aantal is gegroeid. Maar er is ook diversificatie opgetreden in de zogenaamde basisvakken. We horen ook in Nederland klachten, zoals ik er onlangs één hoorde van een commissie in Zwitserland op zoek naar een hoogleraar fysiologie, tevens afdelingshoofd voor de afdeling Fysiologie van de faculteit: 'Er zijn geen fysiologen meer, alleen zintuigfysiologen, voortplantingsfysiologen, neurofysiologen, enz. De bezetting van zo'n vacature is daardoor een vrijwel onoplosbare puzzel'.

Deze groei en diversificatie hebben de faculteiten in hun totale functioneren sterk beïn-

vloed. Zij hebben geleid tot een belangrijke mate van onbestuurbaarheid, waaraan nog twee andere factoren hebben bijgedragen. Een medische faculteit is geen hiërarchische organisatie waarin aan de top besluiten worden genomen die aan de basis netjes worden uitgevoerd: iedereen die een paar jaar meeloopt acht zich op zijn terrein de meest deskundige (heeft daarin vaak nog gelijk ook!) en ontleent daaraan het recht over alles wat hem maar enigszins raakt mee te praten en mee te beslissen. De tweede factor die naar ik meen aan de onbestuurbaarheid van onze medische faculteiten bijdraagt sluit hierbij aan. Het is de in onze samenleving sterk groeiende tendens om regels waarvan men de waarde niet inziet, niet te volgen. Is bewijsmateriaal nodig? Elke dag in het wegverkeer lijkt me voldoende.

In 1947, twee jaar na het einde van de oorlog, slaagde de nog kleine Groningse faculteit erin, naast de forse taak van herstel van oorlogsschade en naast het verwerken van een stuwmeer van studenten van alle jaarklassen, een ingrijpende curriculumverandering tot stand te brengen. Een dergelijke besluitvaardigheid is in onze huidige faculteiten ondenkbaar. Met onderwijsaanpassingen, met benoemingsprocedures en met beperkte, maar hoogst wenselijke reorganisaties kunnen nu jaren zijn gemoeid. Dit verlies aan besluitvaardigheid in de Nederlandse medische faculteiten acht ik een ernstige zaak, vooral omdat men hier zo zelden bij stilstaat, hoewel er zo vaak grote schade ontstaat; voor individuen, voor de faculteiten en voor delen van de facultaire organisatie.

Is er niets gedaan om dit verlies aan besluitvaardigheid op te vangen? We hebben faculteitsbureaus gekregen. Groningen zag ik omstreeks 1960 het begin van deze ontwikkeling: één heer in een heel klein kamertje. Nu heeft in Rotterdam het faculteitsbureau twintig medewerkers, meer dan de grootste afdelingen in het begin van de jaren vijftig hadden. Ook hebben we gecompliceerde netwerken gekregen van besturen, raden en commissies. Ver-

moedelijk hebben deze ontwikkelingen een nuttig conflictdempend effect, maar dat ze de besluitvaardigheid verhogen lijkt mij twijfelachtig.

Zou het beter kunnen? Als er gemakkelijke oplossingen waren, dan waren ze gevonden en ingevoerd. De enige oplossing lijkt mij die van een scherpere afgrenzing van bevoegdheden: volledig beslissingsbevoegdheid voor een zeer beperkt aantal werkelijk fundamentele onderwerpen, zoals het onderwijsprogramma, bij kleine (verkleinde!) centrale organen van de faculteit. Daarnaast voor de overige terreinen: beslissingsbevoegdheden uitsluitend bij de direct betrokken organisatieonderdelen, met alleen bij ernstig falen een mogelijkheid van ingrijpen van de centrale faculteitorganen. Een verder reikende (nog verder reikende?) utopie zou zijn: opsplitsing van elk van de zo in omvang gegroeide faculteiten in twee of drie kleinere faculteiten. Tot slot een schrale troost bij het verdriet over de onbestuurbaarheid van onze medische faculteiten: daarbuiten is het niet anders: vijftien jaar is er gepraat over een herziening van de indeling van Nederland in provincies, eindresultaat: alles blijft zoals het was.

### Ander onderwijs

Er is in de periode die we hier bezien stellig sprake van beweging in het onderwijs. Met grote regelmaat komen er uit de Nederlandse faculteiten berichten over curriculumherzieningen. Merkwaardigerwijze is dit een vrij nieuw verschijnsel. Bij het tot stand komen van de medische opleiding in Nijmegen heeft men, zo leert de geschiedschrijving, zonder veel discussie het patroon van de curricula van de bestaande faculteiten overgenomen. Op dit moment zou zoiets ondenkbaar zijn. Er is nu sprake van aanvaarding, met enthousiasme bij sommigen, met tegenzin bij anderen, van curriculumherziening als een proces met een welhaast autonome dynamiek.

Zit er enige lijn in deze curriculumveranderingen? Ja, in de regelmatige stroom van curriculumveranderingen zijn twee *doelstellingen* te herkennen:

- Door de groei en diversificatie van de wetenschappelijke staven van de faculteiten is verboddeling van het onderwijs opgetreden. Vanuit Groningen werd in 1979 gemeld 'dat een medisch student in Groningen in de eerste vier cursusjaren tweehonderd (!) verschillende docenten kan aanhoren'. In curriculumveranderingen wordt als verweer tegen deze verboddeling gestreefd naar het gebruik van grotere bouwstenen voor de opbouw van het totale onderwijsprogramma. Deze bouwstenen hebben vaak de vorm van zogeheten themablokken, bijvoorbeeld: 'Groeï en ontwikkeling', 'De mens als psycho-sociaal systeem', 'Bloedverlies'.
- Daarnaast is er in de curriculumveranderingen een streven zichtbaar de opleiding sterker te richten op de beroepspraktijk, deels door, anders dan in de traditionele curricula, ziekte en ziekten al in de eerste jaren aan de orde te stellen. Ditzelfde is ook zichtbaar in curriculumonderdelen als bijvoorbeeld een cursus Klinische Vaardigheden. In toelichtingen op curriculumherzieningen wemelt het trouwens van het woord 'vaardigheden', evenals van het woord 'attitude'. Tot in de jaren zestig waren dit onbekende termen in het vocabulaire van het medisch onderwijs. Deze koers is stellig gefundeerd. De vele in de jaren vijftig en zestig aan het curriculum toegevoegde vakgebieden en vakgebiedjes brachten overwegend nieuwe terreinen van wetenschappelijke kennis aan, terwijl het in de geneeskunde om handelen gaat, al is dat handelen met gebruik van kennis. Uitbreidingen op het terrein van de biologische vakken, de zogeheten basisvakken, betekenden bovendien overwegend een uitbreiding van het kennisbestand van het medisch onderwijs waarin bijzonder weinig relevantie voor het medisch handelen was te vinden. De klacht van een

Rotterdamse studente, niet lang geleden: 'Het lijkt wel of je hier geen geneeskunde studeert maar biologie', is alleszins begrijpelijk. Men zou ook kunnen zeggen dat in het onderwijs de handelingsgerichte geneeskunde verdrongen raakte door kennisgerichte biologische en patho-biologische wetenschap. Dit alles betekent dat de doelen van de curriculumherzieningen gerechtvaardigd waren en zijn. Er komt dan echter de vraag op: worden deze doelen bereikt? Enige scepsis lijkt hier op zijn plaats. Curriculumveranderingen zijn veranderingen in de dozen waarin het onderwijs is verpakt, maar het gaat erom wat er in die dozen zit! Het ziet ernaar uit dat individuele docenten overwegend geïnteresseerd zijn en blijven in hun eigen vakgebied en weinig aandacht hebben voor de bijdrage van dat vakgebied tot de opleiding en vorming tot arts.

'Wat te doen?', om een boektitel van Lenin te citeren. Doorgaan met deze curriculumveranderingen! Het is immers ondenkbaar dat ze geen enkele correctie betekenen ten opzichte van het recente verleden.

Een wat magere wens voor de toekomst? Er zou aan kunnen worden toegevoegd dat het wenselijk is het totale aantal docenten terug te dringen door middel van een duidelijkere taakverdeling binnen de wetenschappelijke staven: een differentiatie in onderwijs- en onderzoek-medewerkers, maar met een ruime mogelijkheid na een aantal jaren werk op één van deze twee terreinen over te steken van onderwijs naar onderzoek en vice versa. Er zou ook veel kunnen worden gewonnen als docenten tijd, nu besteed aan het vergaderen over het onderwijs, zouden omruilen voor het bijwonen van elkaars onderwijs; dat zou de eenheid in het onderwijs sterk ten goede komen.

### Ander onderzoek

Twee geheel ongelijksoortige veranderingen hebben zich voorgedaan op het terrein van het

wetenschappelijk onderzoek in de medische faculteiten.

Allereerst: er heeft zich vanaf ongeveer 1965 een ontwikkeling voorgedaan waarbij een individualistische, libertijnse wetenschapsbeoefening plaats heeft gemaakt voor een strak georganiseerde, *gebureaucratiseerde wetenschapsbeoefening*. Onderzoekprogramma's moeten worden uitgeschreven, later volgen voortgangsverslagen, daarna eindverslagen en kwaliteitsbeoordelingen als basis voor krappe of ruimere geld-en personeelstoewijzingen voor verder onderzoek. Soms vraagt men zich af wanneer het onderzoek tot stilstand zal komen, doordat alle tijd en middelen in beslag zijn genomen door het beoordelen en het voorbereiden van beoordeeld worden. Waarschijnlijk is een ander toekomstbeeld - vaker geschetst, ik weet het - waarbij de onderzoekers terugdeinzen voor geheel nieuwe, nog niet ggeëxploreerde terreinen van onderzoek, omdat zij vrezen dat de beoordelaars daarmee mogelijk niet goed raad weten. Een treffend voorbeeld, dat de realiteit van een dergelijke ontwikkeling aantoon, is een recente uitspraak van de onderzoekcommissie van de Rotterdamse faculteit: over een onderzoek gericht op 'Invloed van levenshouding en wil op ontstaan en verloop van ziekten' - kan het medischer? - schreef zij: 'De commissie heeft zich afgevraagd of dit onderzoek wel binnen een medische faculteit dient plaats te vinden'.

Wat zou ik voor de toekomst wensen? Géén terugkeer naar de vrijwel volledige afwezigheid van sturingsmechanismen voor het medisch-wetenschappelijk onderzoek. Wél tenminste een uiterst ruimhartig beheerde experimentenpot voor onderzoek langs ongebaande wegen; financiële steun deels voor gedurfde plannen, deels - persoonsgericht - voor onderzoekers die al herhaaldelijk met succes gedurfde plannen hebben uitgevoerd. Ruimhartig beheer dient onder meer in te houden: beheer, niet gebonden aan de grenzen van de traditionele wetenschappelijke disciplines.

Het terrein van de wetenschapsbeoefening binnen de medische faculteiten laat ook een geheel andere ontwikkeling zien. Er heeft een aantasting plaatsgevonden van de alleenheerschappij van het natuurwetenschappelijke onderzoekmodel, het model dat door Van Zetten is aangeduid als dat van 'mensen die vanuit een gecamoufleerde schuilhut dieren bespieden'. Gedragswetenschappers zijn de medische faculteiten binnengekomen met vraagstellingen als: 'In hoeverre is het resultaat van chirurgische behandelingen van wervelkolomafwijkingen afhankelijk van de persoonlijkheid van de patiënt?' Hoe verloopt de anamnese in afhankelijkheid van de persoonlijkheden van arts en patiënt?' en: 'In hoeverre verschilt de werkwijze van de huisarts van die van de internist?'

De *infiltratie van gedragswetenschappers* in de medische faculteiten roept tenminste twee vragen op. Hoe kwam deze infiltratie tot stand? En: wat heeft deze infiltratie opgeleverd?

Vermoedelijk is deze ontwikkeling deels tot stand gekomen doordat een sterk gegroeid aantal gedragswetenschappers werk zoekt. Daarnaast lijkt van belang dat in de 'gevestigde' terreinen van medische wetenschapsbeoefening het natuurwetenschappelijke model steeds strakker toepassing heeft gevonden. In dit model is - zoals hierboven aangeduid - de mens een natuurwetenschappelijk benaderd object; de mens als medemens heeft daarin geen plaats. Men heeft dan ook gesproken van het 'verdwijnen van de patiënt'. Dit is echter slordig taalgebruik, wanneer men niet aangeeft of men het heeft over een 'verdwijnen van de patiënt' uit de geneeskunde of uit het medisch-wetenschappelijk onderzoek: deze twee terreinen zijn fundamenteel verschillend van aard, zoals toegelicht in de paragraaf 'Ander onderwys': hier spreek ik uitsluitend over het onderzoek. In sommige kringen van de faculteiten, vooral bij de huisartsen die zich omstreeks 1965 'binnenvochten', stuitte dit 'verdwijnen

van de patiënt' op verzet. Het waren dan ook onder meer de huisartsen die de gedragswetenschappers de faculteiten binnenhaalden.

Onze tweede vraag luidde: hoe blij moeten we zijn met de infiltratie van de gedragswetenschappers? Een diplomatiek antwoord: wanneer we ons realiseren dat de bloei van de anatomie in de 16e eeuw begon, die van de fysiologie in de 17e eeuw en dat medisch-wetenschappelijk onderzoek direct gericht op de medische praktijk omstreeks 1800 begon, dan is wat de gedragswetenschappelijke nieuwkomers onder de medische wetenschappen in enkele decennia hebben bijgedragen heel wat.

En de toekomst van de gedragswetenschappen? Zal hun positie marginaal blijven of zal deze groeien en zo bijdragen tot een genuanceerde visie op de mens bij de onderzoek-, onderwijs- en patiëntenzorgactiviteiten in en vanuit de medische faculteiten? Hun vaak uiterst ondoorzichtige interne machtsstrijd, gevoerd met zowel ideële als zelfzuchtige doelen, zal het antwoord op deze vraag leveren.

### Andere geneeskunde

De faculteiten leven in een geneeskundige wereld die de afgelopen vijftig jaar sterk is veranderd. Ik doel daarbij niet op de komst van nieuwe diagnostiek en therapie, maar op een veranderde visie op de geneeskunde in haar totaliteit, een ontwikkeling waaraan in de faculteiten in hun dagelijks bedrijf merkwaardig weinig aandacht is geschonken. In uiterst grove contouren:

We kenden een niet-controversiële geneeskunde, niet controversieel voor de beroepsbeoefenaren en zonder kritiek van de zijde van de cliënten. Dit was een geneeskunde, gebaseerd op een strikt natuurwetenschappelijk denkkader, maar humaan gepraktiseerd. Deze geneeskunde heeft plaats gemaakt voor een controversiële geneeskunde, met een *richtingstrijd* waaraan zowel de beroepsbeoefena-

ren als de cliënten deelnemen. Enige toelichting: het leerboek 'Interne geneeskunde' van Hijmans van den Bergh uit 1940 biedt een goede illustratie van de geneeskunde van het recente verleden. Het natuurwetenschappelijke denkkader, in sterke mate een pathologisch-anatomisch denkkader, is onmiskenbaar aanwezig in de wijze waarop ziekteprocessen worden beschreven. De patiënt is daarbij in de woorden van Foucault de blauwdruk van zijn toekomstige obductie. Maar we vinden in dit leerboek ook liefdevol geschreven portretten van individuele patiënten met hun ziek-zijn naast aanwijzingen hoe de dokter door maatregelen zonder werkelijke therapeutische waarde toch het welzijn van zijn patiënten kan bevorderen.

Op het ogenblik zien we een geneeskunde waarvan een in 1983 in 'Medisch Contact' gevoerde discussie een goed beeld geeft. Niet-artsen spraken daarin over het voorkomen in de geneeskunde van 'mensontluisterende en demonische neveneffecten voor lichaam en geest van de patiënt en over 'mensen die als machines worden behandeld'. De kritiek lokte twee duidelijk verschillende replieken van artsen uit: in de ene werd de noodzaak van een strikt natuurwetenschappelijke geneeskunde verdedigd, in de andere werd (woordkeuze van de schrijver) erop gewezen dat de arts naast de natuurwetenschappelijke benadering de patiënt en de context waarin deze leeft nooit uit het oog mag verliezen.

Zal de 'richtingstrijd', zoals die in deze discussie tot uitdrukking komt, eindigen in een overwinning van één van de partijen? Ik vermoed het niet. Ik hoop het ook niet. Met gebruik van de wat tendentieuze woordkeus die in deze richtingstrijd wel wordt gebruikt: er dient plaats te zijn voor reparatiegeneeskunde, die de mens als biologische machine ziet, en wel om de eenvoudige reden dat deze geneeskunde bijzonder doeltreffend kan zijn. Er zijn ook situaties waarin de arts te hulp wordt geroepen, maar waarin reparatiegeneeskunde

niets deugdelijks kan bieden. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij somatische klachten zonder of met heel geringe somatische afwijkingen bij mensen die niet opgewassen zijn tegen de taken waarvoor zij in hun leven worden gesteld. Natuurlijk is hiermee de vraag welke wijze van medisch handelen passend is bij de grote verscheidenheid van 'medische situaties' niet beantwoord, hoogstens verduidelijkt.

Is het hier aangeduide probleem voor onze medische faculteiten van belang? Ik meen van wel, zowel voor het onderwijs als voor het onderzoek. Bij meer aandacht in het onderwijs voor de vraag waar een strikt biologische geneeskunde wel en niet op haar plaats is zouden situaties kunnen worden voorkómen als het in

1980 door Slob en Pisa-Minderman beschreven tragikomische geval van de jongen die bij masturbatie niet tot ejaculatie kon komen; Hij was bijna drie jaar uitvoerig internistisch, urologisch en endocrinologisch onderzocht zonder dat afwijkingen werden gevonden; na één voorlichtend gesprek echter was zijn probleem opgelost.

In het onderzoek van de medische faculteiten zou bovendien meer ruimte moeten worden gemaakt voor onderzoek naar de concepten en gezondheidsbevorderende bijdragen van diverse vormen van medisch handelen, reikende van het handelen van de huisarts tot dat van de kinder-endocrinoloog, van de acupuncturist tot de neurochirurg.