

## Belangen bij de selectie van de artsopleiding

### Commentaar bij het rapport van de commissie Drenth

Th.J. ten Cate, H.J.M. van Rossum, C.P.M. van der Vleuten

*Dat medische studenten via loting worden geselecteerd lijkt vreemd, maar Nederland vertoont wel vaker een gegronde eigenwijsheid. Th.J. ten Cate, H.J.M. van Rossum en C.P.M. van der Vleuten geven aan waarom de voorstellen van de Commissie Drenth overbodig zijn. In het NRC-Handelsblad van 12 april 1997 is deze bijdrage verschenen onder de titel 'Huidige lotingsysteem is het beste'. Gezien de actualiteit van deze thematiek heeft de redactie deze bijdrage integraal met toestemming van het NRC-Handelsblad overgenomen.*

Geneeskunde is een universitaire opleiding waarvoor zich meer kandidaten aanmelden dan er plaatsen beschikbaar zijn. Daarom moet er selectie plaatsvinden. Nu moeten de VWO-ers die geneeskunde willen studeren loten. Een aspirant-student met hogere eindexamencijfers heeft daarbij een grotere kans om aangenomen te worden dan iemand met een lager gemiddelde. Omdat er tegen loting bezwaren bestaan, heeft de minister van OCW een commissie ingesteld om een alternatief uit te werken waarin meer sprake is van 'lot in eigen hand', 'werkervaring' en 'decentrale uitvoering'. De belangrijkste voorstellen van deze Commissie Drenth zijn: alleen VWO-ers die alle voor de studie verplichte vakken in hun pakket hebben gehad mogen worden toegelaten; de helft van de beschikbare plaatsen is zonder loten bestemd voor VWO-ers met de hoogste cijfers (de A-categorie); 40 procent van de plaatsen wordt toegewezen via gewone, ongewogen loting (B-categorie); en een kandidaat mag slechts twee maal meeloten. De resterende 10 procent (C-categorie) mogen universiteiten zelf selecteren op grond van

werk- of onderzoekservaring en boven deze capaciteit wordt ten slotte 5 procent toegewezen aan bijzondere gevallen zoals vluchtelingen.

Het is niet verstandig dit advies over te nemen. Waarom niet? Een selectiemethode moet een belang dienen. Er zijn in principe vier partijen die belang hebben bij de selectie: de aankomende studenten zelf, de gezondheidszorg en de zieke mens die van artsen afhankelijk is, de wetenschap die de geneeskunde vooruit moet helpen, en de universiteit. De belangen van deze partijen lopen niet altijd parallel en hoeven ook niet even zwaar te wegen. Waar het nu om gaat is de verschillende belangen, in een adequate afweging, zo goed mogelijk te dienen. Wat de studenten betreft is iedere VWO-er die geneeskunde wil studeren teleurgesteld als dat niet (meteen) kan. Het is echter niet eenvoudig om aan te geven waarom de een meer recht zou hebben dan de ander. Heeft iemand die makkelijk hoge cijfers haalt meer recht dan iemand die daarvoor veel inzet moet tonen? Heeft iemand met veel sociale vaardigheid meer recht dan iemand die individualistisch is? En wat te doen met een VWO-er uit een kansarm milieu, die gemotiveerd wordt door het vooruitzicht van een economisch respectabele toekomst? Als je nagaat voor wie de teleurstelling bij een afwijzing het grootst is, of voor wie het belang om geneeskunde te studeren het zwaarst weegt, speelt de hoogte van de behaalde cijfers geen doorslaggevende rol. VWO-ers die dolgraag arts willen worden, kunnen lagere cijfers hebben dan anderen. Wellicht kan gekeken worden of iemand naast de verplichte vakken natuur- en scheikunde ook het niet verplichte vak biologie heeft ge-

kozen. Maar of dit iets zegt over de motivatie van een VWO-er die juist sociaal-geneeskundige wil worden, is de vraag. Tastbare blijken van een juiste motivatie zijn er dus eigenlijk niet. Er kan alleen gekeken worden hoe de VWO-er zijn best doet om aan de toegangs-kwalificaties te voldoen, en hoe hij volhardt. Wie boven alles arts wil worden zal zich dan ook niet door enkele malen uitloten laten afschrikken. De maatschappij is daarentegen vooral gebaat bij kundige artsen. Voor haar is het belangrijk dat de kundigsten (de meest efficiënte, vakkundige, betrouwbare, communicatief vaardige en liefst zuinige artsen) in de gezondheidszorg terecht komen. Deze kundigheid wordt echter vooral opgedaan tijdens de opleiding en de specialistische vervolgoopleidingen. Enige medisch relevante kennis en vaardigheid is misschien te toetsen in een toelatingsexamen, maar wie die voorkennis niet heeft, kan ze later makkelijk inhalen en wordt waarschijnlijk een gemiddeld even kundige arts. Zo'n examen is dus verspilde energie. Nog moeilijker is het om te selecteren op andere eigenschappen. Wie de klachten van patiënten over artsen kent, vaak in de communicatieve sfeer, zou hierop willen selecteren. Maar dan gaat het om eigenschappen die voor de opleiding nauwelijks waarneembaar zijn. Zij openbaren zich pas in de klinische fase van de opleiding, en goede voorspellers zijn niet voorhanden. Ook tijdens de opleiding worden studenten niet of nauwelijks op hun omgang met patiënten beoordeeld. Vanuit het perspectief van de patiënten kan nooit een groep kandidaten worden geselecteerd die betere artsen zullen worden. Het enige wat kan worden nagegaan is of de gezondheidszorg bepaalde categorieën artsen nodig heeft, zoals vrouwen of allochtonen. Maar het probleem hierbij is dat er een lange periode ligt tussen het signaleren van deze behoefte en de vervulling: 6 tot 12 jaar. Na zoveel tijd kan de behoefte verdwenen zijn. Voor het derde belang, de wetenschap, geldt dat de artsopleiding een universi-

taire studie met een wetenschappelijk karakter is. Niet dat zij tot onderzoeker opleidt - de meeste artsen worden geen biomedisch onderzoeker. In Nederland worden artsen opgeleid door onderzoek bedrijvende academici. Het is begrijpelijk dat zij een academische houding van studenten van groot belang achten: creativiteit, een kritisch en analytisch vermogen en een grote studie- en schrijfvaardigheid. Studenten die hoge cijfers voor tentamens halen en geïnteresseerd zijn in onderzoek zijn voor hen de krenten in de pap. Maar ook hier geldt dat eindexamencijfers niet alles zeggen. De creatieve onderzoeker die later tot bloei komt, hoeft geen briljante VWO-er zijn geweest, en omgekeerd. Ten slotte de universiteit. Die heeft nog weer een ander belang: dat studenten vlot studeren. Studenten die veel onvoldoendes halen zijn belastend voor de organisatie, zij doen een beroep op herkansingsmogelijkheden, inhaalonderwijs, aanvullende studiebegeleiding, leveren minder rijksbijdrage op, en geven de docenten minder arbeidsvreugde. Voor de onderwijsinstelling is het dus belangrijk om te selecteren op variabelen die de studiesnelheid en de hoogte van cijfers voorspellen. Tot op zekere hoogte doen eindexamencijfers dat. Dit pleit ervoor om studenten met de hoogste cijfers de beste kansen te geven om toegelaten te worden, via een gewogen loting of door het a priori toelaten van studenten met hoge cijfers.

De Commissie Drenth heeft een advies geleverd dat in een aantal opzichten verschilt van het huidige systeem. Laten we de voorstellen wegen tegen het licht van de vier belangengroepen. Het laten meedingen van alleen die studenten die het juiste vakkenpakket hebben is een aanmerkelijke verbetering. Van VWO-ers zonder het juiste pakket kan niet worden aangenomen dat zij al lang gemotiveerd waren om geneeskunde te studeren. Het voorstel om 50 procent van de instroom zonder loting te reserveren voor VWO-ers met de hoogste cijfers en 40 procent te reserveren voor de overige

gekwalficeerde studenten via ongewogen loting is echter betwistbaar. Het laat niet meer VWO-ers toe die dit moreel verdienen dan nu. Het levert waarschijnlijk geen betere artsen op en waarschijnlijk niet meer goede onderzoekers. Immers, de studenten met de hoogste cijfers loten nu ook vrijwel allemaal binnen twee keer in terwijl het de VWO-ers tekort doet die net niet in de A-categorie vallen. Voor hen zal het moeilijk verteerbaar zijn dat zij een zoveel kleinere kans maken dan hun klasgenoten die automatisch in de prijzen vallen. Voor de patiëntenzorg hoeft het niet veel uit te maken of de VWO-er met gemiddeld een 6 evenveel kans maakt als de VWO-er met gemiddeld een 7.3. Maar het is denkbaar dat bij sollicitaties wordt gevraagd of men destijds wel of niet heeft moeten loten. Dit kan een niet gerechtvaardigd stigma opleveren dat de studenten bij specialisten- en onderzoekersopleidingen blijft achtervolgen. En ook de universiteit zal een tweedeling kennen van de betere A-studenten en de mindere B-studenten. Vijftig procent A-studenten is prettig voor het onderwijs, maar de 40 procent B-studenten zullen meer problemen opleveren, omdat er relatief veel '6-jes' bij zitten. Het onderwijs is niet voorbereid om met deze tweedeling van de instroom om te gaan. De Commissie Drenth stelt ook voor om 10 procent van de plaatsen te reserveren voor kandidaten die niet direct konden instromen. Daarbij wordt gelet op ervaring in onderzoek of werk. Is de VWO-er daarbij gebaat? Het is een strohalm die de afgewezen kandidaat niet veel oplevert. Bij studenten die niet in de eerste categorie vallen is relevante onderzoekservaring waarschijnlijk niet aanwezig. De circa 170 plaatsen die hieronder vallen moeten verdeeld worden over enkele duizenden (!) kandidaten, waarbij verschillende maatstaven kunnen optreden en een twijfelachtige willekeur een rol kan spelen. Voor de patiëntenzorg zijn dit soort schermutselingen bij de opleidingspoort van weinig betekenis. De wetenschap zal waarschijnlijk recruter

uit de A-categorie. En de universiteiten zitten met een probleem. Met de te verwachten aanvragen voor de restcategorie kost een goede selectie veel energie met weinig opbrengst. De selectie moet plaatsvinden binnen een relatief homogene categorie kandidaten. Een mogelijke rivaliteit tussen universiteiten kan het proces verder bemoeilijken. Het zou weinig verbazing wekken als de universiteiten na een jaar zouden besluiten om al deze plaatsen toe te voegen aan de B-categorie. De 5 procent die is gereserveerd voor bijzondere gevallen die niet aan de normale selectie kunnen meedoen is voor de betreffende kandidaten mooi. De gezondheidszorg en de wetenschap worden er niet wijzer van en de universiteit heeft er iets meer werk aan. Maar een maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel kan dit idee zeker rechtvaardigen. Het advies het aantal lotingspogingen te beperken tot twee is te verdedigen om het stuwmeer van meeloters te verkleinen. Er is echter een principieel probleem, omdat hiermee de mogelijkheid voor de niet-briljante, maar sterk gemotiveerde en tweemaal uitgelote kandidaat om arts te worden, wordt afgesneden. Voor de pech-student kan zo'n tweede uitloting als een zware klap ervaren worden, terwijl deze thans het lot nog in eigen hand kan houden door mee te blijven loten. De conclusie moet zijn dat de Commissie Drenth heeft gedaan wat er van haar gevraagd is. Een efficiënter en eerlijker toelatingssysteem heeft dit echter niet opgeleverd, omdat de uitgangspunten (lot in eigen hand, werkervaring meewegen en decentrale uitvoering) op zichzelf nog niet tot een beter selectiesysteem leiden. De door frustraties ingegeven wens om een eind te maken aan het huidige - in de wereld unieke -systeem van loting heeft nuttige exercities opgeleverd, al was het maar omdat de argumenten weer eens op een rij zijn gezet. Maar wie de belangen van de betrokken partijen bekijkt, ziet dat de huidige selectie via gewogen loting uitstekend te verdedigen is, gezien het betrekkelijk homogene niveau dat

het Nederlandse VWO-examen oplevert. Nederland mag er trots op zijn dat er goede artsen en onderzoekers worden afgeleverd, dat het VWO van een behoorlijk niveau is, en dat alle artsopleidingen dezelfde einddoelen nastreven. Bijna iedere gekwalificeerde VWO-er kan nu opteren voor de artsopleiding en kan deze, soms na enkele jaren wachten, ook volgen. Dat loting het systeem domineert, mag het buitenland verbazen, maar Nederland vertoont wel vaker een gegronde eigenwijsheid. Wil men de kwaliteit van de artsen of onderzoekers verder vergroten, dan kan er beter gesleuteld worden aan de artsopleiding zelf dan aan de instromende student. Wil men VWO-ers die moreel het meest recht hebben om geneeskunde te studeren meer toelatingskansen geven,

dan moet vastgesteld worden dat hiervoor geen onbetwiste instrumenten bestaan, omdat niemand hun motieven objectief kan wegen.

*DE AUTEURS*

*Th.J. ten Cate is medisch onderwijskundige aan Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam.*

*H.J.M. van Rossum is hoogleraar medische onderwijskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen.*

*C.P.M. van der Vleuten is hoogleraar onderwijskunde aan de Universiteit Maastricht.*

*Correspondentieadres:*

*Th. J. ten Cate, Onderwijsinstituut Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, Meidbergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.*