

Profilering van medisch onderwijs, onder voorwaarden

R.S.G. Holdrinet

Samenvatting

De vraag naar de noodzaak tot profilering van het onderwijs binnen een medische faculteit zal in deze bijdrage worden beschouwd vanuit de samenhangende functies van een medische faculteit. In exemplarische zin zullen in deze bijdrage ook de ervaringen met de curriculumvernieuwing, zoals die momenteel in Nijmegen plaatsvindt, kort worden geschetst.

De medische faculteit en academisch onderwijs

De functie van de medische faculteit is primair een academische, namelijk het geven van wetenschappelijk onderwijs in directe samenhang met het verrichten van wetenschappelijk onderzoek. Deze samenhang van onderzoek en wetenschappelijk onderwijs is een vanzelfsprekende. Immers, het zoeken en vinden van nieuwe kennis vindt logischerwijze zijn vervolg altijd in rapportage ervan, terwijl omgekeerd een goed overzicht van bestaande kennis snel relevante onderzoeksvragen helpt ontstaan. Goed onderwijs is dus een voedingsbodem voor goed onderzoek, terwijl goed onderzoek een bron is van goed onderwijs.

Aan een medische faculteit zijn onderwijs en onderzoek tezamen in belangrijke mate gericht op de ziektekunde (oorzaken, diagnostiek, behandeling en preventie van ziekten), gekoppeld aan hieruit voortvloeiende taken in de directe patiëntenzorg. Aan deze patiëntenzorgactiviteiten ontleent een medische faculteit ook haar positie om onderzoek te doen en onderwijs te geven met hulp en medewerking van patiënten. Het verzamelen van onderzoeksgegevens, het doen van extra ingrepen omwille van wetenschappelijk onderzoek, het

ongemak dat klinisch onderwijs voor een patiënt niet zelden oplevert, dat alles wordt alleen mogelijk en is alleen te rechtvaardigen als dit ook werkelijk samengaat met optimale zorg voor deze patiënten. Op deze wijze dragen onderwijs en onderzoek bij tot optimalisering van patiëntenzorg, terwijl ook omgekeerd attente patiëntenzorg bijdraagt tot een optimale kwaliteit van medisch wetenschappelijk onderzoek en kwaliteit van geneeskunde-onderwijs. Medisch onderwijs, medisch wetenschappelijk onderzoek en patiëntenzorg zijn dus nauw verweven activiteiten aan een medische faculteit. Gaat een van deze onderscheiden functies autonoom functioneren, dan dreigt de functie van een medische faculteit in haar wezen te worden aangetast.

Onderwijs aan een medische faculteit moet ook *academisch* zijn. Voor sommigen betekent dit dat het gekenmerkt is door een hoge graad van ondoorzichtigheid en gebrek aan organisatie. Daardoor zijn bij de student, wil deze de studie succesvol doorlopen, naast goede cognitieve eigenschappen vooral zelfredzaamheid, zelfstandigheid en handigheid noodzakelijk. Het bestaan van zo'n ondoorzichtige 'onderwijscultuur' aan Nederlandse universiteiten wordt nogal eens gerechtvaardigd met deze verholde selectiecriteria. Een onderwijscultuur ook die vaak wordt geromantiseerd en verluchtigd met talrijke leuke studieverhalen over bijvoorbeeld exotisch docerende en onredelijk examinerende hoogleraren, et cetera. Het kan niet worden ontkend dat zo'n sfeer soms een kleurrijke en bijzondere was, maar ze paste in een tijd waarin het studentenaantal een fractie was van het huidige, terwijl tegelijkertijd ook de studieduur daarbij belangrijk langer mocht zijn. De maatschappelijke drang naar efficiëntie in

goed geoliede studieprogramma's is dus even modern als terecht. Maar is daardoor het academisch onderwijs ons ontvallen? Waarin schuilt het 'academische' van ons onderwijs eigenlijk?

Kennis neemt dagelijks toe en ontwikkelt zich bij voortduring in verschillende (deel)richtingen. Een van de taken van academische opleidingen is studenten zodanig op te leiden dat ondanks specialisatie en subspecialisatie een goed beeld ontstaat van de relatie van nieuw ontstane kennis met de reeds eerder verworven kennis, casu quo de bronnen van onze kennis en onze ervaring. Een academische studie moet dus op de eerste plaats een brede oriëntatie bieden en een bepaalde minimale kennisbreedte doen ontstaan zodat de student ook een kritische en reflectieve attitude ontwikkelt van waaruit nieuw verworven kennis beschouwd kan worden vanuit verschillende perspectieven. Het is deze attitude die op termijn de basis is voor wetenschappelijke creativiteit en die houvast biedt voor een goede, zich voortdurende wijzigende wijze van beroepsuitoefening als arts. Veranderende vakinhoudelijke kennis kan dus langs deze weg naar waarde (voor zorg, praktijk en wetenschap) worden geschat.

Desintegrerende factoren aan een medische faculteit

Binnen de medische faculteiten wordt de laatste jaren om een aantal redenen de roep om een sterkere profilering van onderwijs groter, vooral omdat de onderscheiden activiteiten van onderzoek en patiëntenzorg in de laatste decennia zich sterk hebben kunnen ontwikkelen. Beide hebben een, deels van elkaar onafhankelijke, sterke dynamiek gekend. Voor wat betreft het wetenschappelijk onderzoek is dit ontstaan onder invloed van wetenschappelijke verenigingen, afzonderlijke financieringsbronnen en samenwerkingsverbanden en zeer in het bijzonder ook door inzichtelijke syste-

men voor waardering en beloning van wetenschappelijke activiteit en productiviteit. Voor de patiëntenzorg zijn het deels soortgelijke impulsen geweest die hebben geleid tot topklinische zorg met daarbij passend zich sterk specialistisch ontwikkelende academische ziekenhuizen. Bijkomende factoren zijn hier vigerende financiële honoreringssystemen, belangenbehartiging van patiëntenverenigingen, de sterke kracht van het medisch-industriële complex en tenslotte, algemeen menselijke overwegingen van prestige en macht. Naast de genoemde factoren moet wellicht paradoxaal ook de factor 'beheer en bestuur' als bron van verlies aan samenhang niet worden onderschat. In complexe instituten als academische ziekenhuizen en medische faculteiten is er een toenemende invloed van personen met een marktgeoriënteerde werk- en denkwijze, die inhoudelijk vaak geheel losstaat van kennis en functies binnen de medische faculteit en het academisch ziekenhuis. Patiënten en studenten zijn voor sommigen 'consumenten', en zorg en onderwijs zijn 'producten' die tot stand komen langs verschillende productielijnen in verschillende beheersbare, liefst overzichtelijke organisatie-eenheden.

Het is duidelijk dat het onderwijs binnen de medische faculteit in dit beschreven krachtenveld geïsoleerd is geraakt. Er zijn immers buiten de overheid geen afzonderlijke financieringsbronnen of prestigieuze netwerken die onderwijs macht, geld en status verlenen, vooral ook omdat het lastig is om onderwijskwaliteit goed te kwantificeren. Het onderwijsveld mist dus deels een sterke interne dynamiek. De vraag om herstel van het verstoorde evenwicht is dus terecht en begrijpelijk. Maar betekent dit dat, naast het wetenschappelijke onderzoek en de patiëntenzorg, op zijn beurt ook het onderwijs binnen de medische faculteit zich moet profileren? Voor we deze vraag verder pogen te beantwoorden zullen we schetsen wat geconcentreerde aan-

lacht voor het onderwijs de laatste jaren in Nijmegen heeft betekend.

De Nijmeegse curriculumherziening

Reeds vanaf 1991 zijn voorbereidingen getroffen voor een omvangrijke curriculumvernieuwing, die de gehele facultaire organisatie raakte. De vernieuwing richtte zich in hoofdzaak op een overgang van een klassiek 'docent-centraal' curriculum naar een 'student-centraal' programma. In de constructiefase van dit curriculum zijn vooral de tevoren centraal geëxpliciteerde doelstellingen van het onderwijs uitgangspunt en referentiepunt van het gehele proces ('*doelstellingengestuurd onderwijs*'). Deze doelstellingen boden de mogelijkheid op centraal, vakgroep-overstijgend niveau enerzijds de globaliteit en het inleidend karakter van de leerstof af te dwingen en anderzijds de inhoudsdeskundigheid van de verschillende docenten en vakgroepen te waarborgen. Vooral dit laatste element verdient extra aandacht. In het handhaven en het geven van een docerende rol aan inhoudsdeskundigen onderscheidt zich het nieuwe Nijmeegse onderwijs in belangrijke mate van het probleemgestuurd onderwijs (PGO), waarin docenten veelal een vakinhoudelijk neutrale tutorpositie moeten innemen en vooral procesbewakers zijn. Vooral ook door het feit dat in het nieuwe Nijmeegse curriculum veel ruimte wordt gegeven aan een keuzecurriculum met daarin thematiek die samenhangt met onderzoekszwaartepunten en gespecialiseerde patiëntenzorg, is het merendeel van de facultaire en ziekenhuisgemeenschap bij dit onderwijsproces betrokken.

Het nieuwe curriculum is in september 1995 gestart. Na één jaar ervaring blijken bij studenten het studieplezier en de studiemotivatie verbeterd, hetgeen ook geresulteerd heeft in een sterk verbeterd studierendement. Bij docenten worden de verbeterde persoonlijke interactie met studenten in de veelal kleine werkgroepen en het algemeen verbeterde on-

derwijksklimaat als zeer positief en stimulerend ervaren.

Onderwijsvernieuwing, zoals hier globaal geschetst, is een tijdverslindende bezigheid. De werkzaamheden van een centrale curriculumcommissie, het in beweging brengen van de gehele facultaire gemeenschap, met onder andere onderwijsconferenties, het formeren en vervolgens aansturen van blokcommissies, het concretiseren van leertrajecten, het maken van blokboeken, het ontwikkelen van toetsen, het uitvoeren van zorgvuldige evaluaties, dat alles kost zeer veel tijd. Zijn al deze extra bestede tijd en ruime aandacht voor onderwijs nu niet hetzelfde als onderwijsprofilering?

Profileren

Profileren betekent letterlijk 'het eigen karakter doen uitkomen' of 'typerende kenmerken naar voren brengen' van iets. Profilering is dus een woord met een inhoud welke niet vanzelf spoort met een evenwichtige samenhang maar die, integendeel, eerder neigt naar eenzijdigheid. Het effect van profilering van een organisatie als een medische faculteit hangt sterk af van het organisatieniveau waarbinnen profilering wordt nagestreefd. Betreft het het niveau van de individuele medewerker, de vakgroep of zelfs de faculteit?

Profilering (als eenzijdige ontwikkeling) in een van de deeltaken kan nooit de totaalfunctie van een faculteit of vakgroep dienen. Een faculteit of vakgroep die zo'n eenzijdigheid nastreeft, houdt in wezen op met het uitoefenen van haar wezenlijke functie. Daarentegen is profilering in de betekenis van meer of minder gerichte tijd en *persoonlijke* aandacht voor onderzoek, onderwijs danwel patiëntenzorg voor de individuele medewerker wél noodzakelijk om kwaliteit op termijn te garanderen. Deze 'individuele' profilering kan voor kortere of langere periode (en wellicht in een bepaalde fase van de persoonlijke loopbaan)

een belangrijk positief kwaliteitseffect hebben. Vooral de factor tijd is hier van belang.

Onderzoeksactiviteiten vragen tijd voor studie, planning, organisatie, uitvoering, het leggen en onderhouden van contacten, het voorbereiden van voordrachten en het schrijven van publicaties, et cetera. Hetzelfde geldt mutatis mutandis voor goede patiëntenzorg én voor goed onderwijs. Tijd besteed door de individuele medewerker of door de vakgroep is de dominante factor, die (gekoppeld aan interesse en engagement) maakt of kwaliteit wordt geleverd of niet. Het is daarbij duidelijk dat de voor onderwijs beschikbare tijd in competitieve zin moet worden gedeeld met tijd voor taken besteed aan wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg en beheer. Een competitie die dus moet worden aangegaan met een ongelijke wijze van meten en honoreren. Het is déze ongelijkheid, deze dysbalans in de honorering van verschillende taken welke de kwaliteit van het onderwijs de laatste decennia aan onze faculteiten zo sterk negatief heeft beïnvloed.

Betere registratie van en betere waardering voor onderwijsactiviteiten is dus geboden voor herstel van een goed evenwicht van onderscheiden functies binnen een medische faculteit. Profilering in de zin van eenzijdige aandacht voor onderwijs *los van patiëntenzorg en/of onderzoek* is naar mijn mening een potentieel gevaarlijke ontwikkeling. Het onderwijs moet niet streven naar een eigen, op zichzelf staande cultuur binnen de medische faculteit. Onderwijs moet over iets gaan, en onderwijs moet tot iets leiden; de inhoudsdeskundigheid blijft in sterke mate de kwaliteit van het onderwijs mede bepalen. Onderwijsdeskundigheid zonder overige inhoudsdeskundigheid is alleen aan een onderwijskundige faculteit te rechtvaardigen.

Het belang van de sterk inhoudelijke deskundigheid wordt ook bevestigd in het Nijmeegse proces van curriculumvernieuwing. Het zijn vaak de goede en actieve onderzoe-

kers met een brede kritisch-reflectieve casu quo academische attitude die open staan voor onderwijsvernieuwing. Zij leveren snel goede werkzame producten en worden door studenten ook positief beoordeeld voor wat betreft hun onderwijsuitvoering. Curriculumvernieuwing lijkt daarentegen eerder te stagneren bij mensen die zich vroeg in hun loopbaan vakinhoudelijk hebben 'geprofileerd' en vernauwd in subspecialistische patiëntenzorg zonder voeling te houden met de algemene aspecten van hun vakgebied. Bij zulke personen kan nauwelijks een beroep gedaan worden op algemeen geneeskundige en algemeen wetenschappelijke kennis. Vooral het academisch ziekenhuis dreigt, door verdere ontwikkeling in de richting van subspecialistische (top?) klinische zorg, het ontstaan van dit soort klinici te bevorderen en daardoor de aansluiting met algemeen facultaire doelstellingen te missen en zijn traditioneel academische positie te verliezen. Goed medisch onderwijs is gebaat met het stimuleren van een goede harmonie tussen wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en patiëntenzorg vanuit een voortdurende reflectie op de academische functie van medische faculteit en academisch ziekenhuis.

Conclusies

Profilering in onderwijs is nuttig en nodig als daarmee bedoeld wordt dat binnen de samenhangende taken van medische faculteiten de onderwijstaak beter zichtbaar gemaakt en gehonoreerd wordt. Individuele profilering kan kwaliteitsimpulsen bieden (door persoonlijke accentuering van de onderwijstaak) mits die onderwijstaak niet geïsoleerd komt te staan van patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek.

Profilering van onderwijs is gevaarlijk als het onderwijs potentieel ontkoppeld wordt van de inhoud. Medisch onderwijs blijft alleen academisch als het verbonden blijft met de inhoud van wetenschappelijk onderzoek én

zowel algemene als specialistische patiënten-zorg.

In het belang van het onderwijs moet het academische ziekenhuis zich bezinnen op de tendens zich te 'profilieren' (eenzijdig te ontwikkelen) tot een centrum met vooral topklinische, casu quo deelspecialistische, functies. In het verlengde van de facultaire taken moet het academische ziekenhuis zich vooral ook toeleggen op de meer generalistische en meer vormende taken ten aanzien van aanstaande artsen.

In het krachtenveld van faculteit en academisch ziekenhuis rust ook op de faculteit de

verantwoordelijkheid de kwaliteit van het academisch ziekenhuis voor het algemene onderwijs tot basisarts bijzonder te bewaken.

DE AUTEUR

Dr. R.S.G. Holdrinet, internist-hematoloog, voorzitter Bestuurscommissie Herziening Curricula (BCHC), Faculteit der Medische Wetenschappen, Katholieke Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres:

Dr. R.S.G. Holdrinet, afdeling Bloedziekten, Academisch Ziekenhuis Nijmegen, Geert Grooteplein 8, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.