

DE TRIOMF VAN DE NON-STRUCTUUR IN HET MEDISCH ONDERWIJS

A. van Staa, student, redactie Verband, Academisch Medisch Centrum,
Amsterdam,

L. Fraza, student, redactie Verband, Academisch Medisch Centrum,
Amsterdam.

De discussie over het medisch onderwijs is springlevend onder de medische studenten. Van lijdend voorwerp naar actief onderwerp, dat is de gedachte die de redactie van het Amsterdamse faculteitsblad Verband ertoe bracht om een speciale uitgave te wijden aan dit onderwerp. Tot onze eigen verrassing bleek de belangstelling van studenten en docenten in het hele land groot. Een dozijn studenten uit Amsterdam, Groningen en Rotterdam reisden naar de gaarkukens van het medisch onderwijs op zoek naar de identiteit van de verschillende medische opleidingen. Als een keurcommissie van de Consumentenbond werd er wat geknepen, gesnuffeld en gekeken, professoren aan de tand gevoeld, studenten ondervraagd, met als resultaat acht reportages. Dit artikel is een bewerking van het inleidende overzichtsartikel uit de Verband-special, waarin we tot enkele voorzichtige conclusies komen.

Oneindige eindtermen

Acht faculteiten, acht verschillende visies over hoe je studenten opleidt tot basisarts. Toch zijn er gemeenschappelijke kenmerken. De studieduur is in principe overal zes jaar en met het daarmee behaalde papiertje staat iedereen op dezelfde hoogte, basisarts. Maar wat is nu een basisarts? Een poging tot definitie: een basisarts zou vaardigheden, kennis en attitude ten aanzien van de medische beroepsuitoefening moeten bezitten voor hij/zij op patiënten wordt losgelaten. Maar hoe kom je nu tot een ideale verdeelsleutel van deze heilige drie-eenheid? De vaardigheden blijken in de praktijk bijna overal gedefinieerd te zijn en alle acht faculteiten kennen sinds lan-

gere of kortere (meestal het laatste!) tijd eindelijk een praktische voorbereiding op klinische vaardigheden aan het einde van de eerste of aan het begin van de tweede fase, in de vorm van een Introductiecursus of Alcoschap. Attitude-onderwijs heeft ook wel overal zijn intrede gedaan, maar met uitzondering van Maastricht lijkt het er niet op dat het overal serieus wordt genomen. Hoe kweek je een "goede" attitude en wat is "goed"? Ook blijkt het niet zo eenvoudig te definiëren wat voor een kennis een basisarts in zijn koffer moet hebben. Leg deze vraag maar eens voor aan een KNO-arts, een psycholoog en een fysioloog. Hun antwoorden zullen waarschijnlijk meer op de lachspieren werken dan bijdragen tot een serieuze discussie. Met de huidige wildgroei aan vakken lijkt het concept basisarts niet te definiëren. Bovendien heeft er in de afgelopen twintig jaar een ware revolutie plaatsgevonden in de biomedische wetenschappen en is onze kennis exponentieel toegenomen. Moeten al deze nieuwe ontwikkelingen in de medische opleiding en dus in de hoofden van de aanstaande basisarts worden gestouwd? Is het bovendien wel relevant dat een basisarts de gehele citroenzuurcyclus uit zijn hoofd leert? Het is duidelijk, dat in alle faculteiten (met uitzondering van alweer Maastricht) de laatste noot hierover nog niet is gekraakt. Bijna overal is het doctoraal programma sinds 1982 (invoering Twee Fasen Structuur) met een jaar ingekort, maar is er nauwelijks stof verdwenen uit de programma's. Overal wordt geklaagd: het programma is VOL, OVERVOL. En als we sommige docenten moeten geloven, is het allemaal nog niet genoeg.

Het mes moet erin.

Uit de onderstaande tabel blijkt, dat er in de eerste fase program-

ma's aanzienlijke verschillen bestaan in de hoeveelheid onderwijs die wordt gegeven.

Overzicht van de studiebelasting van de eerste fase geneeskunde, uitgedrukt in percentages van $4 \times 1.700 = 6.800$ studielasturen

	RUU %	EUR %	UvA %	RUL %	KUN %	RUG %	VUA %	RULi %
Medisch-biologische vakken	28.9	38.1	27.7	28.9	27.3	33.0	32.0	16.7
Paraklinische vakken	17.8	15.5	10.5	13.7	13.1	9.8	10.1	11.4
Gezondheidszorg-wetenschappen	12.6	9.0	12.4	9.5	12.0	8.8	16.2	21.1
Klinische vakken	33.5	32.7	39.5	36.8	38.0	27.5	30.9	26.0
Diversen	1.8	0.3	0.6	2.6	2.6	3.0	4.2	6.1
Keuze-onderwijs	5.4	4.2	8.8	8.5	7.0	12.2	6.6	17.7
	100	100	100	100	100	100	100	100

Toelichting

Onder medisch-biologische vakken wordt verstaan: anatomie/embryologie, histologie, biochemie, fysiologie en medische fysica, informatica en statistiek.

Paraklinische vakken zijn: antropogenetica, farmacologie, medische microbiologie en pathologie.

Gezondheidszorg-wetenschappen omvat: medische psychologie, medische sociologie, sociale geneeskunde, huisartsgeneeskunde en epidemiologie en metamedica (filosofie en wetenschapsleer).

Onder diversen wordt in de eerste fase gerekend: inleiding, EHBO-cursus en verpleegstage, vaardigheidsonderwijs voor zover niet geïntegreerd in andere vakken.

Bron: tabel uit Onderwijsplan van Decanen Overleg Geneeskunde, augustus 1985; de cijfers hebben dus betrekking op de programma's vòòr 1985.

In Maastricht wordt gemiddeld de helft minder tijd en aandacht besteed in vergelijking met de andere faculteiten aan histologie, biochemie enzovoort; Rotterdam daarentegen spant de kroon met bijna 40% medisch-biologische vakken. Dat met name in Rotterdam het onderwijs vastgelopen is op de ijsberg van een overvol programma hoeft de oplettende lezer niet te verbazen. Omdat de totale studielast van de eerste fase in Rotterdam te zwaar is, is er door de Faculteitsraad in principe besloten het kerncurriculum met 20% te verminderen. De onderwijscommissie ziet als voornaamste oorzaak van dit overvolle programma dat er teveel feitenkennis wordt bijgebracht. Dit komt door het "gemis aan een expliciete omschrijving van de eindtermen van de opleiding tot basisarts". Men hoopt een oplossing te vinden door het kerncurriculum in te korten door veel strakker te formuleren wat een basisarts minimaal van een vak moet weten. Dat in de preklinische vakken de hardste klappen gaan vallen, is in Rotterdam geen geheim meer. Volgens Prof. Visser, decaan, moeten we er allemaal aan wennen dat we geen all-round artsen kunnen opleiden in zes jaar. Daarom is hij een voorstander van keuze-onderwijs (dus een vroegere specialisatie).

Maar ook op andere faculteiten begint men te ontdekken dat men niet straffeloos door kan gaan met het volproppen van het programma. De faculteiten met de zwaarste programma's hebben een lager rendement. In Groningen is het rendement van de propedeuse na één jaar bijna 20% lager dan aan de UvA.

De tijden veranderen, het mes moet erin. Vooral de preklinische vakken zullen moeten inleveren; daarover is men het eens in medisch onderwijsland, al heeft Utrecht nog heimwee naar de goede, oude tijd van het bio-medische cluster- maar daarover later meer. Maar wie gaat bepalen wat een basisarts moet weten van de histo-

logie? Wanneer we die vraag aan een histoloog voorleggen, zal die eerder van mening zijn dat zijn vak juist schromelijk wordt ondergewaardeerd in het curriculum. In Groningen heeft men een aardig alternatief bedacht door het oprichten van visitatiecommissies die "curriculum commissies" worden genoemd. Zo'n visitatie gaat inhouden dat bijvoorbeeld een hoogle- raar in de Interne Geneeskunde op bezoek gaat bij de Vakgroep Histologie en omschrijft wat hij nuttige studiestof vindt voor een aanstaand basisarts. En vice versa. Uit de tombola van gegevens die dit gaat opleveren, zal men uiteindelijk willen komen tot een hanteerbare omschrijving van het begrip "basisarts".

Studielast

De enige houvast die een student nu heeft, is de wettelijke omschreven studielast van 1.700 uur per jaar. De meeste faculteiten lossen de zaak als volgt op: zij maken een programma en plakken er vervolgens dan gewoon het etiket van 1.700 uur op. Zo krijgt deze richtlijn de spanwijdte van een elastiekje. Alleen de UvA-faculteit vertaalt pagina's studiestof in studie-uren (de norm is vijf bladzijden per uur). Het lijkt de enige manier om de drift van de vakgroepen om zoveel mogelijk leerstof op te geven, in te tomen. Waar dit niet gebeurt, loopt de zaak danig uit de hand. Het vierdejaars programma in Rotterdam heeft alleen al 1.299 geroosterde uren aan colleges en practica. Dan blijft er nog 401 uur over voor de voorbereiding van tentamens, hierin moeten dan 8.000 bladzijden worden bestudeerd (dit is 20 bladzijden per uur!). Het is duidelijk, dat dit belachelijk is; de enige oplossing voor de student is het massaal wegblijven van de colleges. Boycotten van het onderwijs kan natuurlijk nooit de bedoeling zijn van een studie-programma. Studenten, maar dus ook de docenten zijn gebaat bij een strakke hante-

ring van een ondubbelzinnige richtlijn van de studielast. De Amsterdamse maatregel lijkt een beetje kinderachtig, maar werkt in de praktijk uitstekend. De rendementscijfers bewijzen het.

Vakgroepen-autonomie

De vakgroepen hebben formeel bevestigd door de WUB, een grote autonomie. Zij kunnen naar eigen goeddunken de onderwijs-programmering verzorgen. Het lijkt logisch, dat er een taak is weggelegd voor onderwijscommissies om het onderwijs op elkaar af te stemmen. De ervaring uit o.a. Rotterdam en Utrecht leert, dat de onderwijscommissie vaak maar weinig macht bezit en de vakgroepen tot niets kan dwingen. Integratie mislukt dan al bij voorbaat, kritiek wordt als aantasting van het vakgebied beschouwd en alles blijft bij het oude.

Een ander probleem is, dat het op sommige faculteiten, zoals de UvA, vooral mensen uit de pre- en paraklinische vakgroepen zijn die zich met onderwijsbeleid bezighouden. Helaas laten de klinische vakgroepen het onderwijs daar vaak over aan individuen, die hun eigen beleid bepalen.

Kort samengevat komt het dus neer op een strategie van: we doen maar wat naar eigen goeddunken en van al dat moois word je van student tot basisarts. De triomf van de non-structuur. Dat dit alles leidt tot een enorme hoeveelheid overtollige bagage hoeft geen betoog.

Blokken of lijnen?

Naast de vraag "Wat geef je in het onderwijs?", speelt ook heel duidelijk "Hoe geef je dat?". Kiest men voor een blokkensysteem of juist voor een longitudinale opbouw. Longitudinaal onderwijs heeft volgens de voorstanders het voordeel dat het bevorderlijk is voor het klinisch denken. Zelfs in het totaal verblokte UvA-programma is het

vierde jaar (vooral klinische vakken) weer geheel lijnonderwijs. Voor de pre- en paraklinische vakken lijkt het lijnonderwijs het gewaar in zich te hebben, dat een docent zijn eigen stokpaardje berijdt en de onderlinge samenhang der vakken verloren gaat. Nadelen van lijnonderwijs zijn o.a., dat de tentamens in periodes worden afgenomen wat extra stress geeft. Er dreigt gebrek aan integratie, weinig onderlinge afstemming. Dit probeert men te ondervangen door invoering van "geclusterd" lijnonderwijs (Rotterdam) of door het uitzetten van lijnen (Nijmegen). Het is de vraag of er van integratie dan nog wel wat terecht komt, vooral als de autonomie van de vakgroepen groot is en men voor samenwerking niet veel voelt. Blokonderwijs heeft als voordeel dat de stof geïntegreerd kan worden aangeboden.

Opvallend is wel, dat een niet onbelangrijk vak als farmacologie dan geheel tussen wal en schip belandt (UvA en VU), omdat het in elk blok een klein vak is. Bij een bloktentamen draagt een klein vak maar een enkele vraag bij, die een student ertoe kan verleiden het vak systematisch te verwaarlozen. Een ander nadeel van het bloksysteem is, dat de mens in blokjes wordt geknipt en het totale overzicht verloren gaat. Bijna onvermijdelijk leidt een bloksysteem tot schoolsheid en een rigide programma. Het UvA-programma (dat men in Leiden heeft gecopieerd) is zo star als een Intercity dienstregeling: wie niet uitstapt, komt snel en zonder omwegen bij zijn eindbestemming aan, maar of hij een boeiende, wetenschappelijk verantwoorde reis heeft gehad, is de vraag.

Zijn blokken beter dan lijnen? Het "ene blok" is het "andere" niet! Of anders geformuleerd: de kwaliteit van het onderwijs wordt niet alleen door de organisatie (blokken of lijnen) bepaald. Het is dan ook onmogelijk daarover een uitspraak te doen. Waarschijnlijk is een combinatie het beste. Wisseling van

spijs doet immers eten. Een belangrijk inhoudelijk gebrek van het medisch onderwijs op alle plaatsen is, dat het onderwijs niet probleemgericht is opgezet. Alleen in Maastricht wordt al direct vanaf het begin met probleemcasussen gewerkt. Klinisch denken leert men daar al vanaf de eerste studiedag, men hoeft de studenten daar na vier jaar niet opnieuw te leren een patiënt als een geheel te zien en niet als een samenvoegsel van cellen, weefsels en organen. Het programma in Maastricht is zo wezenlijk verschillend van de andere, dat elke vergelijking mank gaat. In tegenstelling tot alle andere programma's legt men in Maastricht de nadruk op zelfwerkzaamheid, attitude-ontwikkeling en voortgangsevaluatie. Het is een poging om met allerlei problemen van de medische opleiding radikaal af te rekenen, maar men kent zijn eigen problemen, zoals de opkomstplicht bij de onderwijsgroepen.

Tentamens

Ook in de tentamens zijn er aanzienlijke verschillen. Multiple Choice en varianten zijn nog erg populair in Rotterdam, Utrecht en aan de VU, terwijl aan de UvA en in Leiden de essayvorm domineert. Overigens garandeert dit laatste geenszins een inhoudelijk betere toetsing! In Maastricht kent men helemaal geen vakgebonden tentamens, wel een voortgangstoets.

De toekomst

Het is jammer dat men in Nederland zo weinig kan experimenteren met onderwijskundige aspecten van de opleiding. Een goede evaluatie van rendement en onderwijsvormen wordt telkens gefrustreerd door nieuwe bezuinigingsrondes en Haagse overvallen als de Twee Fasen Structuur en het HOOP. Verder zitten we nog met de naweën van een overcapaciteit, die een periode van nauwere samenwerking en profilering moet gaan inluiden (Selektieve Krimp en

Groei). Universiteiten zullen zich nader moeten profileren. Zo zullen, volgens de nieuwste plannen, de Amsterdamse faculteiten zich gaan toeleggen op extramurale geneeskunde, Leiden en Rotterdam willen zich gaan specialiseren in het klinisch wetenschappelijk onderzoek en Utrecht lijkt daarvan de dupe te worden. Om de inflow (van geld) te consolideren, heeft men in Utrecht op eigen initiatief besloten tot de oprichting van een medisch-biologisch cluster. Studenten geneeskunde, medische biologie en farmacologie en diergeneeskunde zullen een gezamenlijke propedeuse gaan krijgen, waarbij de nadruk zal liggen op de natuurwetenschappen. Tegenstanders zien hier de jaren vijftig terugkeren, terug naar het ontleden van de gewervelde dieren. Men kan zich afvragen of wij in de 21e eeuw wel zulke artsen nodig hebben. De toekomst zal het leren.

Na al deze somberheid nog één opgewekte conclusie. Hoeveel de onderlinge opleidingen ook blijken te verschillen, en hoe weinig wetenschappelijk de medische opleiding ook mag zijn, het uiteindelijke resultaat blijkt hetzelfde te zijn. De basisarts die in Groningen afstudeert, blijkt (volgens een onderzoek van Bender et al., Ned Tijdschr Geneeskde 1984; 128: 917-21) net zoveel (of net zo weinig), in elk geval dezelfde medische kennis te bezitten als zijn collega uit Leiden en Maastricht, ondanks de grote verschillen in het onderwijs dat zij genoten hebben. Als het om medische kennis gaat, leiden dus alle wegen naar Rome. Of al die medici ook dezelfde vaardigheden en attitude bezitten, dat valt niet zo gemakkelijk te onderzoeken. Andere factoren, zoals persoonlijkheid en moraal, spelen ook een beslissende rol bij de vraag of iemand een goed arts wordt, helaas draagt de opleiding daar maar heel weinig aan bij..... Terwijl de ethische vragen waar de medische wetenschap voor staat steeds dringender worden, wordt de huidige student daar nauwelijks

op voorbereid. Bijna overal (misschien met uitzondering van Rotterdam en de VU) is medische ethiek/filosofie een ondergeschoven kindje in de programma's. Met veel tamtam worden "bio-medische clusters", "medische biologie", "medische informatiekunde" opleidingen uit de grond gestampt,

maar de roep om medische menskunde is nog niet gehoord.

Wie het zelf allemaal nog eens wil nalezen in de Verband-special, kan een gratis nummer aanvragen bij: Redactie "Verband", AMC bouwdeel J 121, Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam.