

KAN DE 'ARTS VAN NU' een goede opleider zijn van de 'arts van straks'? Is daar een grote cultuuromslag voor nodig? Anne Hermans zoekt het antwoord.

# De arts van straks

IN DE MODERNE maatschappij wordt de plaats van de priester steeds meer door die van de dokter ingenomen, schreef W.F.Hermans in 1955. 'Het publiek ( . . . ) heeft zijn eerbiedige verering overgeplant van de sinterklazen op de mannen in de witte jassen,

die, een stethoscoop als een boetekoord om de hals, de duivel uitbannen met een klisterspuit en een hamertje.'

29

Ja, vijftig jaar geleden werd de naam van de dokter nog vol ontzag uitgesproken. Tegenwoordig, zo tus-

*De arts van straks in opleiding aan het vumc: patiëntcollege 'Bouw en bewegen' over het carpale-tunnelsyndroom door dr. Hay Winters (rechts).*

*Alle foto's bij dit artikel zijn gemaakt tijdens geneeskundeonderwijs aan het vumc in Amsterdam.*



sen de borrelnootjes en de appeltaart, komt 'de dokter' er een stuk beroerder van af: 'Luisterde niet', 'veel te laat doorgestuurd', 'zo'n broekie in witte jas', 'en maar met termen gooien die ik niet begreep'.

Hermans heeft dat voorzien. Hij schopte de dokter al van zijn voetstuk in zijn essay, later opgenomen in *Het sadistische universum*: 'De grote vergissing van het publiek is dat het in iedere dokter zo niet een heilige, dan toch minstens een vertegenwoordiger der medische wetenschap meent te ontwaren (...). Toch is de dokter van oudsher eerder een potsierlijk beroep. Te vaak vergeet de moderne arts dat hij eigenlijk niets anders is dan een gestroomlijnde barbier.'

Hou toch op met die oude Hermans, zegt u, dat was 1955! Maar is het niet diezelfde half vervaagde heiligenrol die ons anno 2006 nog nekt?

Wij, artsen van nu, opgeleid in de paternalistische school, moeten plotseling communiceren, reflecteren en 'informed' consulteren. Het 'publiek' van nu eist immers 'een goede dokter'.

30

Wat is eigenlijk 'een goede dokter' en hoe produceren we daar jaarlijks 2850 exemplaren van? In antwoord op die vraag schreef de Projectgroep Medisch Opleidingscontinuüm in 2002 een uitgebreid rapport: 'De arts van straks is een bekwaam medicus, is wetenschappelijk opgeleid en georiënteerd; is communicatief en sociaal vaardig. Functioneert goed in een team, kan zijn werk adequaat organiseren en is gemotiveerd om een leven lang te leren en te reflecteren.' De zeven basiscompetenties die in die definitie verborgen zitten, zijn inmiddels in alle curricula geïntegreerd.

Klinkt ideaal, die arts van straks. Maar ondertussen zitten de ziekenhuizen nog bomvol artsen van nu. Gedragsdeskundigen en psychologen promoveren op hun onvermogens.

Maar hoe denken de 'artsen van nu' zelf eigenlijk over hun opleiding? Welke competenties ontbraken daarin? Wat verwachten ze van de receptuur van de 'arts van straks'? En zijn zij bereid én in staat om voor kok te spelen? Negen 'artsen van nu' geven hun visie. Eén van hen, prof. dr. Ronnie van Diemen, kinderarts

en onderwijsdirecteur van het VUMc, licht daarnaast de receptuur van het nieuwe VUMc-curriculum toe.

De 'klassieke' medische opleiding duurde zeven jaar: één jaar propedeuse, twee jaar kandidaats, twee jaar doctoraal en twee jaar coschappen. De eerste drie jaar kreeg je uitsluitend vakken als anatomie, histologie en biochemie. Ed Monasch, internist en medisch student in 1957: 'Professor Swellenberg, parasitoloog, was bijvoorbeeld een groot deel van zijn college



*Laatste van een serie van vier demonstratiepractica tijdens de cursus 'Zenuwwerking' voor derdejaarsstudenten geneeskunde. De demonstratiepreparaten zijn doorsneden van het menselijk hoofd en dienen als vergelijkingsmateriaal voor MRI-beelden.*

bezig om een bepaald wormpje, met alles erop en eraan, op het bord te tekenen.' De klinische vakken begonnen pas in je doctoraal, en je eerste échte patiënt zag je niet vóór je zesde jaar. Sinds 1982 is de opleiding een jaar korter, maar de opbouw van de studie bleef grotendeels ongewijzigd.

Om studenten eerder te trainen in 'klinisch denken' startte Maastricht in 1976 een volledig probleemgestuurde opleiding. Elke week krijgen de studentengroepen een nieuwe medische casus. Ze vra-



gen zich af: 'Wat wil je hier als dokter over weten?' en duiken de literatuur in. Dit bleek studenten goed te motiveren. Gynaecoloog Ralph Voigt, in 1982 eerstejaars in Maastricht: 'Het was een geweldig leuke manier van studeren. Je leerde al vroeg om samen te werken en te reflecteren.'

Maar ook de Maastrichtse studenten zagen de eerste vier jaar nauwelijks een ziekenhuis van binnen. Ook dat veranderde, voor het eerst in Utrecht: sinds 1999 begonnen de studenten daar al in het derde jaar

aan hun coschappen. In de jaren daarop startten vrijwel alle faculteiten met een nieuw curriculum. Het werd: probleemgestuurd onderwijs, vroege kennis-making met de kliniek en de zeven competenties als rode draad door zowel basis- als vervolgopleiding.

Hieronder bespreek ik puntsgewijs de belangrijkste verschillen tussen nieuw en oud curriculum. Dat onderscheid is niet zwart-wit. Ook in het oude systeem ontstond geleidelijk meer aandacht voor de



communicatieve aspecten van het vak. Van de negen artsen die ik sprak, zijn er acht 'klassiek' opgeleid. De in Maastricht opgeleide Voigt is de uitzondering.

Over de kennisoverdracht in het oude systeem zijn de meeste artsen tevreden. Ze voelden zich, na vier jaar docentgestuurde colleges, voldoende theoretisch onderbouwd.

Ken Berend, internist: 'Ook al zijn die details niet altijd klinisch relevant, ik ben blij dat ik het vak in zijn volle breedte heb leren kennen.' Maar Ronnie van

Diemen, onderwijsdirecteur aan het VUmc, merkt op: 'De meeste kennis was je kwijt eer je met je coschappen begon.' Een tweede nadeel van die droge colleges is dat het studenten nauwelijks wist te motiveren. 'Soms zou ik mijn studie wel over willen doen,' verzucht prof.dr. Hans van Goudoever, neonatoloog. 'Ik leerde alleen voor tentamens, terwijl ik nu precies weet waaróm ik het zou willen weten.'

Probleemgestuurd onderwijs lost dat motivatieprobleem in het algemeen goed op, al zijn de 'artsen van





nu' ervan overtuigd dat zulk onderwijs ten koste gaat van 'de basiskennis'. Ralph Voigt licht toe: 'Je kreeg een patiënt met neusverkoudheid en leerde alles over het retrovirus, maar niets over tbc. Vaak zag je door de bomen het bos niet meer.'

Van Diemen noemt dat een vooroordeel: 'Bij landelijke voortgangstoetsen scoort Maastricht al jaren minstens zo goed als de rest.' Maar de artsen van nu vinden die ja/nee-toetsen niet representatief. Allen pleiten daarbij voor een betere toetsing van kennis, niet alleen tijdens de opleiding, maar ook daarna.



**'Bedside teaching' aan coassistenten door kinderarts prof.dr. Reinoud Gemke.**

Ken Berend: 'In Amerika heb je *board reviews*, die voor elke arts verplicht zijn. Zulke landelijke examens, met open vragen, mis ik in Nederland.'

Een tweede verschil met de oude opleiding is dat de nieuwe lichting al vanaf het eerste jaar 'praktijkstages' heeft, waarin de studenten bewust werken aan competenties als 'samenwerken' of 'anamnese afnemen.' Hierdoor voorkom je dat trouwe collegegangers pas tijdens hun coschappen afknappen op de ziekenhuiscultuur of zelfs op patiënten.

Van Diemen vat de klassieke coschappen genadeloos samen: 'Disciplinegebonden, niet gericht op concrete eindtermen of leerdoelen. Er wordt bijna

niet geobserveerd, en je krijgt zelden constructieve feedback.' Ook de andere artsen erkennen dat ze tijdens die coschappen nauwelijks getoetst zijn op de zeven basiscompetenties. Van Goudoever gaat dat rijtje langs: 'Medisch handelen: werd getoetst door je "examenpatiënt". Kennis en wetenschap: liet je zien in je referaten. Communicatie: alleen onderling; niemand observeerde hoe jij met je patiënt omging. Samenwerking was impliciet het meest belangrijk: hoe lag je in de groep? Organisatie: ja, je moest je afdeling draaiend houden. Maatschappelijk handelen en reflectie werden niet getoetst.'

Maar hoe kán het dat er in een vak dat om mensenlevens draait zó weinig aandacht is voor opleiding en toetsing? Van Diemen: 'In de ziekenhuiscultuur staat van oudsher patiëntenzorg centraal. Assistenten zijn werkpaarden en voor opleiden is geen tijd.'

En hoe veranderen we dat? Van Diemen: 'Vanaf het eerste jaar worden studenten op samenwerking, communicatie en reflectie beoordeeld in de leergroepen en tijdens hun ziekenhuisstages. Tijdens de coschappen zijn er regelmatig korte klinische beoordelingen – de KKB's – waarbij de specialist de coassistent tijdens anamnese en lichamelijk onderzoek observeert.' De geïnterviewde artsen zijn enthousiast over deze toetsingsmethode.

'Maar beter nog,' vervolgt Van Diemen, 'is om het om te draaien: dat studenten aan het begin van een overdracht aangeven op welke competentie ze geobserveerd willen worden.' Dit gaat de 'artsen van nu' een stap te ver. Internist Ken Berend: 'Daar word je als specialist toch niet goed van?' En gynaecoloog Ralph Voigt: 'Ik zou zeggen: prima, maar op een ander moment. Nu heb ik de regie.'

Die cultuurverandering heeft duidelijk nog een lange weg te gaan. 'Het vergt een andere mentaliteit,' zegt Van Diemen. 'Daarvoor zijn *teach-the-teacher*-lessen nodig, waarin specialisten leren efficiënt onderwijs te geven.' Van Diemen is optimistisch over het effect. Ze zag tijdens workshops al een groot verschil tussen Groningen, waar al *teach-the-teacher*-les was gegeven, en Amsterdam: 'In Groningen kwamen de studenten met allerlei ideeën. In Amsterdam bleef het

stil. Ik vroeg: wat dóen jullie tijdens een overdracht? Het antwoord was: stillletjes op een krukje achterin zitten.'

Een ander zorgpunt zijn de 'rotte appels': de *weirdo* in het hoekje van de collegezaal, de arts die niemand als arts wil. Iedereen ziet ze, toch glippen ze er tussendoor. Van Goudoever verklaart: 'Het systeem is erop gericht om iemand, die na zoveel jaar eindelijk de kliniek heeft bereikt, maar te laten slagen.'

'Een bekend dilemma,' zegt Van Diemen over het eindgesprek na een coschap, traditioneel op vrijdagmiddag: 'Geef je iemand een vijf en je zit er tot zeven uur? Of geef je hem een zes?' Ze vertrouwt erop dat het nieuwe curriculum hierin verandering brengt: 'Door de nadruk op gedrag pik je die mensen er vroeg uit en kun je ze bijsturen. Al is er helaas nog geen wetgeving om iemand uit de opleiding te zetten.'

Goed, als alles lukt, heb je na zes jaar nieuw curriculum 2850 'artsen van straks'. Wie gaat er door voor specialist?

De doorslaggevende factoren voor selectie lijken van alle tijden: nette brief, goed gesprek en een tactische referentie. Josien Regelink, internist in opleiding: 'Ik verbeeld me graag dat ik als AGNIO mijn kruiwagen eerlijk verdiend heb. Maar ik had hem wél nodig.' Lotje van de Schoor, kinderarts in opleiding: 'Het was doorzettingsvermogen, sociale vaardigheden, en een vleugje kennis.' Manfred Gerrits, chirurg, lacht: 'Of je je schoenen gepoetst had: dat was voor opleider Boerema een belangrijk criterium.'

Structuur is er wel in de specialistenopleidingen, geven de negen geïnterviewden aan, maar gedegen begeleiding en toetsing ontbreken. In de voortgangsgesprekken, variërend van vier keer in zes jaar (Gerrits), tot elke drie maanden (Van Goudoever), komen de zaken die werkelijk van belang zijn nauwelijks aan de orde. Voigt over de opleiding gynaecologie in 1990: 'Als je een leuke dokter was, goed kon presenteren en een beetje onthouden, kon het eigenlijk niet misgaan.' En Gerrits over zijn opleiding in 1973: 'Ik herinner me iemand die het écht niet kon en toch chirurg werd.' Maar niet alleen voor de 'rotte appels', ook voor de ambitieuze arts in opleiding zijn

concrete normen en feedback onontbeerlijk. Dat houdt de uitdaging erin en laat zien of je op de goede weg zit. Regelink, internist in opleiding: 'Als ik mijn bazen moet geloven gaat het geweldig, omdat ik zo'n net handschrift heb. Maar ondertussen houd ik de angst dat ik door de mand val als ik internist ben.'

Gelukkig liggen de hervormingen op de loer. Op 1 januari 2007 starten kindergeneeskunde en gynaecologie. Het streven is dat binnen vijf jaar de overige opleidingen volgen. In de nieuwe vervolgopleiding



zijn de leerdoelen per jaar en stage concreet omschreven en zitten de competenties expliciet in de toetsing verwerkt. De artsen houden in een 'portfolio' hun eigen ontwikkeling bij. Ook zij krijgen 'korte klinische beoordelingen.' Tot slot is er de '360-gradenobservatie', een gestructureerde beoordeling door specialisten, collega's en verpleegkundigen. Van Diemen benadrukt dat de werkelijke omslag niet in toetsvormen of portfolia zit. 'Cultuurverandering kost het meeste tijd, onderwijs en energie. Voor het goed draait, ben je zes jaar verder.'

En wie weet is er tegen die tijd alweer een nieuw ideaalbeeld opgesteld. Want, zeggen de geïnterviewde artsen, elke tijd vraagt zijn eigen arts. De over-

communicatieve ‘arts van straks’ (‘Wat denkt u zelf dat u heeft?’) was in 1970 vast door veel patiënten wegens ‘ongeloofwaardig gezever’ het huis uit geschipt. Maar het hardwerkende, paternalistische feitenmonster uit 1970 loopt in deze tijd het risico te worden aangeklaagd wegens zijn ‘arrogante bevelen’ en ‘gebrekkige informatievoorziening.’ Gynaecoloog Edgar Trappenberg ziet het universeler: ‘Techniek en behandelprotocollen veranderen, maar de zieke blijft dezelfde zieke.’

W.F.Hermans omschreef dat probleem vijftig jaar geleden als volgt: ‘De andere wetenschappen weten ook weinig. Maar zij worden niet, door een publiek dat tegen zichzelf beschermd dient te worden, gedwongen te ontspreken in grootspraak.’

Een tweede struikelblok is dat de ‘artsen van straks’ worden opgeleid in het werkklimaat van nu. En het lijkt ondoenlijk om al die hiërarchisch opgeleide artsen van nu in een paar uurtjes teach-the-teacher om te toveren tot reflectieve, communicerende opleiders.



**Uiterst links: praktische vaardigheidstraining met ‘dummy’ van pasgeborene.**

**Links: kinderarts in opleiding Arno Brouwer onderzoekt een baby tijdens een korte klinische beoordeling door opleider prof.dr. Reinoud Gemke.**

35

De ‘artsen van nu’ erkennen de noodzaak van een cultuurverandering. Ze denken dat het nieuwe curriculum daar goed op inspeelt. Al zijn er twee struikelblokken.

Ten eerste is er dat voetstuk. Van Goudoever betwijfelt of een nieuwe opleiding volstaat om ‘de dokter’ daar definitief van af te schoppen: ‘Als ik mijn auto naar de garage breng, ben ik geen gelijkwaardige gesprekspartner voor de monteur, omdat ik geen idee heb hoe de motor werkt. Net zo scheef is de arts-patiëntrelatie. Wat de dokter zegt, gebeurt. Het is goed dat artsen in de nieuwe opleiding leren “reflecteren”. Maar ik vraag me af wat daar, na tien jaar in je eentje in je spreekkamer, van overblijft.’

Hoewel: de negen artsen uit dit artikel vinden zichzelf al aardig aan de definitie van de ‘arts van straks’ voldoen.

Gebrek aan zelfkritiek, zegt u? Ik denk dat met name mijn selectiebias hier een rol speelt. Deze negen artsen waren direct enthousiast om anderhalf uur met me over de opleiding te discussiëren. De mening van de specialisten die vergaten terug te bellen, of die mailden: ‘Sorry. Ik ben al blij als ik a) tijd heb om te plassen, en b) daarna mijn broek op te halen’ heb ik niet in dit artikel kunnen verwerken.

Anne Hermans is het pseudoniem van een columns schrijvende coassistent.