

# Basisvakken ter discussie

Het wankel evenwicht tussen feiten en gedrag

De Universiteit Maastricht gaat er prat op dat zij een van de pioniers is op het gebied van probleemgestuurd onderwijs. Maarten Visschers, die daar geneeskunde studeert, heeft echter twijfels over het curriculum. De basisvakken komen volgens hem onvoldoende uit de verf. John Ekelboom

**b**ij de oprichting van de Universiteit Maastricht (UM) in 1974 werd gekozen voor een nieuwe manier van leren. Lag destijds op andere universiteiten de nadruk op het vergaren van kennis, Maastricht wilde studenten juist trainen in het oplossen van medische problemen. Volgens dit zogenoemde probleemgestuurd onderwijs (PGO) is het aanleren van medische kennis nog steeds belangrijk maar niet meer de hoofdzaak.

Werd de nieuwe aanpak van de UM in de beginjaren met argusogen gevolgd, inmiddels hebben veel medische faculteiten in binnen- en buitenland dit voorbeeld overgenomen. Het docentgestuurd onderwijs heeft daar plaatsgemaakt voor studentgecentreerd onderwijs. Niet iedereen is echter gelukkig met deze enorme ommezwaai. Een van hen is Maarten Visschers, zesdejaarsstudent geneeskunde aan de UM, de universiteit waar het allemaal is begonnen.

Voordat hij zijn kritiek uit, wil hij kwijt dat in Maastricht veel zaken goed zijn geregeld. 'De meeste docenten zijn erg enthousiast en willen het beste voor hun studenten. Verder zijn de studiefaciliteiten, zoals de universiteitsbibliotheek en de toegang tot de enorme hoeveelheid tijdschriften, fantastisch. Wat betreft internationale uitwisselingsverbanden doet onze universiteit het zeker niet slecht ten opzichte van andere universiteiten. Mijn kritiek is dan ook niet bedoeld om de faculteit af te kraken, integendeel. Ik heb hier de afgelopen vijf jaar met plezier gestudeerd.'

## Gedragwetenschappelijk

Visschers wil een discussie starten over de huidige koers van de faculteit geneeskunde. De UM heeft volgens hem altijd het lef gehad voorop te lopen in de onderwijsvernieuwing. Maar, benadrukt hij, bij pionieren bestaat ook het risico dat sommige beslissingen niet altijd een verbetering zijn. Hij doelt op het feit dat geneeskunde aan de UM te veel aandacht inruimt voor de gedragswetenschappelijke aspecten van de studie, wat ten koste gaat van het aanleren van basale medische kennis. Een probleem dat zich volgens hem op andere geneeskundefaculteiten in het land veel minder voordoet.

'Studenten leren hier in onderwijsgroepen volgens een vast stramien medische problemen te herkennen en op te lossen. Na afloop van zo'n bijeenkomst wordt iedere student geacht om met behulp van een casus in de boeken te duiken en de achterliggende

basisvakken als anatomie, fysiologie en pathologie te bestuderen. In theorie is dit een prachtige manier van kennisoverdracht, de praktijk is echter vaak anders. Na een aantal maanden in het eerste jaar werd deze aanpak door vrijwel geen enkele student meer serieus genomen en niemand die controleerde of je alle leerdoelen had gedaan.

Bovendien hadden we de eerste drie jaar blokttoetsen waarbij telkens geproportioneerd werd getoetst. De kennis van ieder basisvak werd in dezelfde mate beoordeeld. Als je bijvoorbeeld geen zin had om je in de anatomie te verdiepen, dan kon je alsnog een acht scoren via de andere basisvakken. Studenten die nauwelijks leren, kunnen hun studie geneeskunde makkelijk binnen zes jaar halen.'

## Tussenweg

Zelf haalde Visschers de eerste drie jaar op zijn sloffen. Daarna begon hij met frisse moed als co-assistent. Maar zijn enthousiasme werd al snel getemperd. Hoewel hij altijd goede scores had gehaald met de voortgangstoetsen (VGT), kreeg hij het gevoel dat hij verloren rondliep op de afdeling. 'Ik kon een slechtnieuwsgesprek voeren, wist alle ethische en juridische aspecten van de arts-patiëntrelatie, kende het verschil tussen cure en care en droomde over het verschil tussen *illness*, *disease* en *disability*. Echter, het verschil tussen diabetes mellitus type I en II wist ik niet, van een bijschildklier had ik nog nooit gehoord en over basisvakken als pathologie, immunologie en microbiologie hoefde je me al helemaal niets te vragen.'

## 'Van een bijschildklier had ik nog nooit gehoord'

Volgens de Maastrichtse student is die kennis toch onontbeerlijk om het artsenvak, waarbij soms beslissingen moeten worden genomen over leven en dood, goed te kunnen uitoefenen. Als voorbeeld noemt hij een dyspnoïsche man met haemoptysis en pijn op de borst. Als een arts in dat geval niet meteen aan een longembolie denkt, kan dat grote gevolgen hebben. Of als een zwangere vrouw tetracycline krijgt voorgeschreven, kan dat ►

◀ blijvende schade toebrengen aan het ongeboren kind. Met deze voorbeelden wil Visschers aangeven dat het leren van feiten een essentieel onderdeel moet zijn van de studie geneeskunde, evenals het leren communiceren met de patiënt en het zich eigen maken van bepaalde vaardigheden.

‘Wat je niet kent en nooit hebt geleerd, kun je ook nooit herkennen. Dit betekent niet dat we moeten overstappen naar het Belgische systeem, waarbij het gaat om 90 procent feiten leren en 10 procent gedrag. Ik pleit voor een tussenweg waarin, zeker in de eerste drie jaar, voldoende aandacht is voor de essentiële basisvakken. Die moeten dan individueel worden getoetst. Bovendien mogen gedragswetenschappelijke aspecten van de studie, zoals zelfreflectie en samenwerking, niet in de studie ontbreken.’

### Wandelende Harrisons

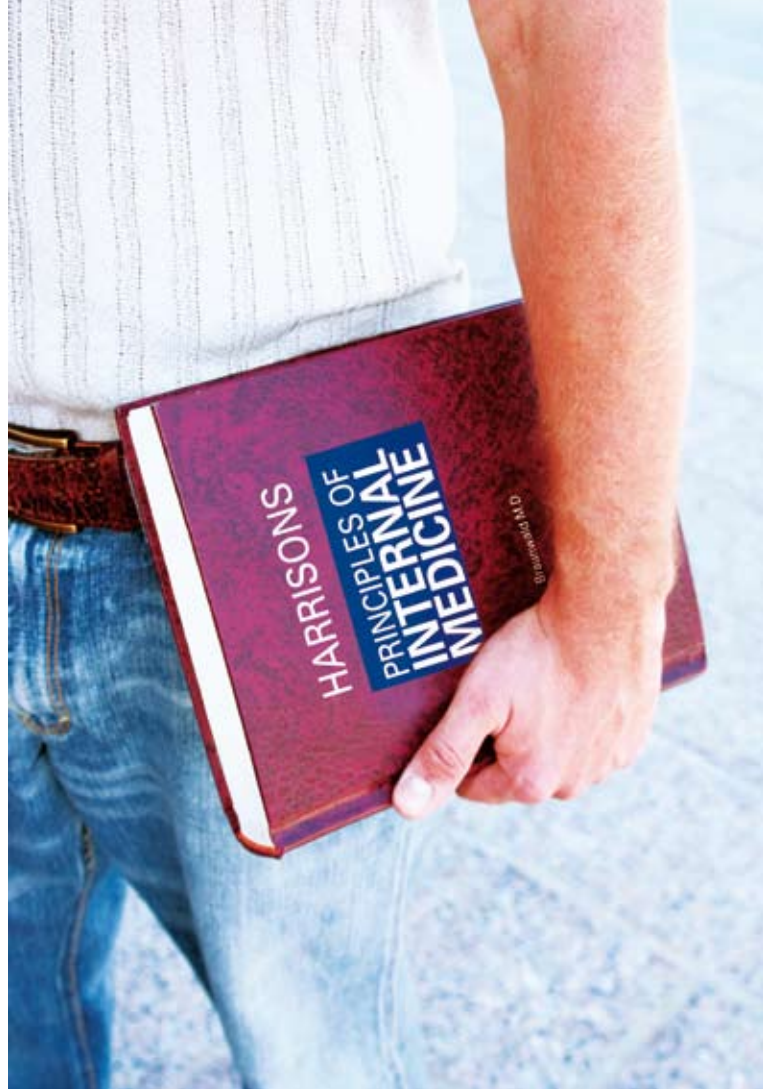
Dat de balans ook naar de andere kant kan doorslaan, merkte Visschers tijdens zijn co-schap chirurgie in Nepal. Vaak begreep hij de lokale collega-studenten daar helemaal niet omdat zij over zo veel parate kennis beschikten dankzij intensief studeren. Hij omschrijft ze als wandelende Harrisons. ‘Dat is natuurlijk prachtig al die kennis, maar ze konden totaal niet omgaan met patiënten. Ikzelf streef ernaar om een bekwaam arts te zijn die veel weet, goed klinisch kan denken en goed kan communiceren met de patiënten. Een evenwichtige combinatie van deze aspecten is wat mij betreft van het allergrootst belang.’

Op dit moment loopt Visschers wetenschapsstage medische microbiologie in Yogyakarta, van waaruit hij de vragen voor dit artikel per mail beantwoordt. Hij probeert daar via bacterieswabs (wattenstaafjes om de aanwezigheid van bacteriën te onderzoeken) en interviews met vragenlijsten inzicht te verkrijgen in de prevalentie van MRSA in Indonesië. Hij vertelt dat hij ook nu weer tegen problemen aanloopt die met de onderwijsvorm in Maastricht te maken hebben. ‘Iedere UM-student moet zes jaar lang een portfolio bijhouden waarin hij zijn studievoortgang presenteert en over zichzelf reflecteert. Ook dit is in theorie weer een leuk idee maar heeft in de praktijk nauwelijks meerwaarde, zeker niet bij studenten die goede vooruitgang boeken tijdens hun studie. Zelfs hier in Indonesië moet ik eigenlijk een aantal collega's van het departement waar ik stage loop, interviewen over wat ze van mij vinden en wat ik beter zou kunnen doen. Over deze zogeheten 360 graden zelfbeoordeling behoor ik tevens een zelfreflectie te schrijven. Dit vergt een aantal dagen, wat ten koste gaat van het onderzoek zelf. De administratieve last van de co-assistent lijkt tegenwoordig al even groot als die van een gemiddelde arts.’

### Tweede plaats

Visschers is niet de enige student geneeskunde op de UM die kritiek heeft op de onderwijsvorm waarin te weinig aandacht is voor basisvakken. Prof. dr. Albert Scherpbier hoort die geluiden wel vaker, ook van docenten. Hij is wetenschappelijk directeur van het onderwijsinstituut van de faculteit geneeskunde van de UM. Enerzijds begrijpt hij die kritiek wel omdat de kennisvakken inderdaad minder centraal staan dan vroeger in het medisch onderwijs. ‘Wij denken echter dat het erg belangrijk is dat een arts goed communiceert en dat daar binnen het onderwijs veel aandacht aan wordt besteed. Als er problemen zijn tussen artsen en patiënten, dan hebben die vrijwel altijd te maken met gebrekkige communicatie.’

Dat Maastrichtse studenten het slechter doen op het gebied



Nepalese collega-studenten beschikken over veel parate kennis, maar kunnen totaal niet met patiënten omgaan.

van basale medische kennis dan studenten van de andere medische faculteiten, klopt volgens Scherpbier niet. Hij wijst op een onderzoek waarop Katinka Prince in 2003 aan de UM is gepromoveerd. Zij toetste onder meer de kennis op het gebied van de anatomie op alle medische faculteiten in Nederland. Prince constateerde dat studenten vlak voor hun co-schappen allemaal in bepaalde mate onzeker zijn over hun vakkennis. Wat betreft de toets scoorden de UM-studenten niet slecht. Zij behaalden de tweede plaats.

Scherpbier: ‘Vraag je verder aan studenten, specialisten en anatomen of die kennis voldoende is, dan geven ze aan dat studenten eigenlijk meer zouden moeten weten. Wel zie je een groot verschil tussen vierdejaarsstudenten en studenten die aan het einde van de rit zitten en al als co-assistent werken. Deze laatsten geven aan dat het wel meevalt hoeveel je van die kennis in de praktijk nodig hebt, terwijl de vierdejaars daar heel streng in zijn.’

### Landelijk overleg

Scherpbier wil de kritiek van Visschers niet van tafel vegen, want het kan altijd beter, zegt hij. Daaraan wordt ook al gewerkt door in het nieuwe curriculum aan de basisvakken voor en na de co-schappen extra aandacht te besteden. De wetenschappelijk directeur pleit ervoor dat er op landelijk niveau - het gaat immers om een landelijk probleem - overleg komt over de hoeveelheid basis-kennis die in het curriculum moet komen.

‘Omdat voor zo'n curriculum een beperkte tijd beschikbaar is, gaat extra aandacht voor de basisvakken wel ten koste van

andere onderwijsdoelen. Daar moeten we dus heel goed over nadenken. Maar we willen niet meer terug naar het traditionele onderwijs. Daarbij kreeg je wel veel kennis aangeboden en werd je voortdurend getoetst. Maar die kennis was je ook zo weer kwijt, omdat die niet in kennisnetwerken werd opgebouwd. En dat is juist wat we in de moderne onderwijsvormen nastreven.'

Ook prof. dr. Olle ten Cate is voorstander van zo'n landelijk overleg. Hij is directeur van het expertisecentrum voor onderwijs en opleiding van het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU). Op de faculteit geneeskunde van deze universiteit werd in 1999 het nieuwe curriculum ingevoerd dat evenals dat van Maastricht probleemgeoriënteerd is. Beide curricula zijn wel verschillend, vertelt Ten Cate. Dat studenten tegenwoordig over minder basiskennis beschikken, heeft zijn centrum onlangs via onderzoek onomstotelijk vastgesteld. Dit onderzoek, waarover nog niet is gepubliceerd, vergeleek de kennis van studenten uit het oude curriculum die twee jaar geleden afstudeerden met die van recentelijk afgestudeerde studenten uit het nieuwe curriculum.

Ten Cate legt uit dat de studenten nieuwe stijl significant minder kennis van anatomie, biochemie en fysiologie hebben. 'Vergeleken met eerder afgestudeerden krijgen zij minder onderwijs in deze basisvakken, maar dankzij het probleemgeoriënteerde onderwijs blijken ze dat deels te compenseren. Bovendien scoren ze niet slechter op pathologie en pathofysiologie. Terwijl in de pathologie tegenwoordig óók aanzienlijk minder gestructureerd onderwijs wordt gegeven.'

### Raamplan aanpassen

Belangrijker vindt Ten Cate dat de huidige studenten veel makkelijker nieuwe problemen kunnen oplossen. Zo zijn ze zeer bedreven in het opstellen van evidence-based case reports. Dit is een techniek om bij diagnostiek of therapie de juiste afwegingen te maken op basis van de literatuur. Verder zijn ze volgens de directeur van het Utrechtse expertisecentrum ook communicatief goed onderlegd, niet alleen naar patiënten toe maar ook met collega's onderling.

'Doordat ze gewend zijn alles zelf uit te zoeken, nemen ze sneller initiatieven en staan ze actiever in de kliniek. Natuurlijk is het jammer dat ze minder basiskennis hebben. Je kunt je wel afvragen of het zinvol is over veel kennis te beschikken, terwijl je er geen problemen mee kunt oplossen. Toch willen we evenals Maastricht landelijk eens nadenken over de basisvakken. Wat we als een groot gemis voelen, is dat in het raamplan - de eindtermen voor het medisch onderwijs - niets over die basisvakken staat. Het zou geen kwaad kunnen om daarin bijvoorbeeld aan te geven dat studenten de anatomie van het hart moeten kennen. Het moet eens duidelijk worden wat we belangrijk vinden aan basiskennis.' ■



## Frustrerende fouten

**Na een medische misser mogen artsen van hun schadeverzekeraar niet tegen de patiënt - of erger, de nabestaanden - zeggen dat er een fout is gemaakt. Of er een fout is gemaakt, is namelijk een juridische en geen medische kwestie, aldus de verzekeraar. Zou jij een fout toegeven aan een patiënt?**

### Nadine Pelzer, derdejaars in Leiden

'Eigenlijk vind ik dat je het gewoon moet kunnen zeggen. Patiënten worden er hopeloos van en het geeft een negatief beeld van de gezondheidszorg. Ik heb het zelf meegemaakt. We wisten gewoon zeker dat bij een kennis een fout moest zijn gemaakt, waardoor de opname met twee weken werd verlengd. Maar dat werd niet toegegeven. Echt enorm frustrerend.

Als er bij een ingreep is misgeprik of gesneden, dan weet je dat als arts zelf wel. Dat is geen juridische kwestie en dat moet je gewoon kunnen toegeven. Anders is het als de patiënt op een andere manier hersteld dan verwacht. Dan zijn er veel meer onzekerheden en kun je beter niet zeggen dat er iets fout moet zijn gegaan. Dan is het wel voer voor juristen.'

### Karen Wigant, vijfdejaars in Utrecht

'Het ligt helemaal aan de situatie. Als ik in de spreekkamer verkeerde informatie heb gegeven, zoals een voorschrift voor een verkeerd medicijn, dan moet je dat wel toegeven aan de patiënt. Maar als je als chirurg een fout maakt, bijvoorbeeld doordat je een operatie aan de verkeerde hand uitvoert, dan is het een andere zaak. Zoiets is toch meer een bedrijfsrisico. Bij een operatie zijn zoveel mensen betrokken, dat je niet direct moet zeggen dat jij een fout hebt gemaakt.'

### Sabra Dahan, vierdejaars in Amsterdam (UvA)

'Ik wist helemaal niet dat je niet mag zeggen dat je een fout hebt gemaakt. Ik heb net practicum gehad over hoe je moet omgaan met patiënten als er iets niet goed is gegaan. Het hoort gewoon bij je informatieplicht om te vertellen dat er iets is misgegaan. Als een patiënt er later toch achter komt dat er een fout is gemaakt, heb je zo een zaak aan je broek. De verzekeraar moet zich niet met het medische vak bemoeien. Dat is niet in het voordeel van de patiënt en ook niet in het voordeel van de arts. Je wordt gedwongen dingen voor je te houden die je wel wilt vertellen. Ik ben het er niet mee eens, punt. (EJP)

**Wil je ook eens je mening geven in deze rubriek? Mail dan je telefoonnummer naar [artsinspe@medischcontact.nl](mailto:artsinspe@medischcontact.nl)**

**kwik**



## antwoord zoekplaatje

verwachten: voor- en achteroor. Er bestaat nu geen oortits media met effusie, maar dit was wel de reden voor de middenoorinfectie. Tympanosclerose, een in situ zijn trommelvliesje en otitis media met effusie geven geen jeuk in het oor. De zandkorreltjes die u op de bodem van de gehoorgang ziet, wel.

Het goede antwoord luidt: c. zand in de gehoorgang. Door de vele oortitsen heeft patiëntje een witte verkleving in het trommelvlies. Dit is kalk en noemen wij tympanosclerose. Het hier zichtbare trommelvliesje zit goed gepositioneerd in het linkertrichtvormig waar je de lichtreflex zou