

Marcel Levi is internist en CEO van het University College London Hospitals (UCLH). Daarvoor was hij bestuursvoorzitter van het AMC.

Marcel Levi

Het doet er kennelijk niet toe hoe de student wordt opgeleid



VINCENT BOON

Meer wegen naar Rome

Engelse geneeskundestudenten zijn niet heel anders dan Nederlandse. Ze zijn in het algemeen gemotiveerd, slim, breed geïnteresseerd, en hebben belangstelling voor zaken als communicatie, samenwerking en organisatie. Het Engelse medisch curriculum is daarentegen extreem verschillend van de Nederlandse curricula. Het Britse medical school-curriculum heeft op de meeste plaatsen een heel traditionele opbouw, met veel grootschalige colleges en theorie in de eerste drie jaar zonder enige blootstelling aan patiënten (zelfs niet in colleges) en nauwelijks aandacht voor klinisch redeneren of probleemgeoriënteerd onderwijs. De vierdejaarsstudenten met wie ik wekelijks polikliniek Interne Geneeskunde doe weten werkelijk alles van biochemie, genetica, fysiologie en pathologie, maar kunnen vaak eenvoudige klinische problemen niet oplossen of simpele patiëntgebonden vragen beantwoorden.

Ik zie de studenten twee jaar later terug op de spoedeisende hulp en acute medische afdeling – dan in hun zesde jaar en nadat ze twee jaar meer intensief klinisch onderwijs (opnieuw colleges en een hele serie ‘junior’-coschappen) hebben gevolgd. Tot mijn telkens weer grote verrassing zijn het dan opeens fantastische ‘junior doctors’ geworden, die tamelijk zelfstandig een redelijk grote groep patiënten kunnen managen, minstens op het niveau van Nederlandse oudste coassistenten of beginnende arts-assistenten. Naar mijn observatie komen ze nauwelijks of niets tekort aan klinisch redeneren, communiceren ze uitstekend met patiënten en is de samenwerking met andere disciplines effectief en respectvol. In de tussentijd hebben ze ook nog een langdurig en loodzwaar praktijkexamen moeten passeren (een toets met veel ‘echte’ patiënten, strak geobserveerd lichamelijk onderzoek, mondelinge examens in klinisch redeneren en differentiaaldiagnostiek, en

tallose vaardigheidstests) waarbij de lat extreem hoog ligt. Het is een interessante ontdekking: het doet er dus kennelijk helemaal niet zoveel toe hoe de student wordt opgeleid: het ‘eindproduct’ verschilt nauwelijks. Wellicht is de kwaliteit van de opgeleverde dokter meer het resultaat van intrinsieke eigenschappen (intellect, sociale intelligentie, motivatie) dan van doorontwikkelde leermiddelen, eindeloos gedefinieerde competenties en gedetailleerde onderwijsdoelen. De selectie van Engelse geneeskundestudenten is net als in Nederland een combinatie van centraal (examencijfers) en decentraal.

Het plaatst de wijze waarop we in Nederland curricula visiteren en beoordelen ook wel in een wat bijzonder daglicht. Het ouderwetse Engelse curriculum zou van de Nederlandse visitatiecommissie een zware onvoldoende krijgen: toch levert het uitstekende artsen af. Het zou voor onze onderwijskundigen en de visiterende organisatie aanleiding kunnen zijn tot enige bescheidenheid. In die kringen wordt immers sterk geleund op een welhaast religieuze en fanatiek beleden onderwijsdoctrine (grote colleges zijn slecht, heel veel weten is zinloos, en parate kennis is onnodig). Zonder dat die gedachte nu op veel evidence is gebaseerd, worden de geneeskundecurricula langs deze lat gelegd en beoordeeld door onderwijskundigen, die vooral onderwijsvormen die stroken met het eigen gedachtegoed positief waarderen en weinig objectief oog hebben voor het eindproduct.

Ondertussen zijn de Engelse studenten heel tevreden over hun onderwijssysteem. De studie wordt hoog gewaardeerd, levert uitstekende artsen af en de studenten voelen zich goed voorbereid op hun latere beroep. Aan de onderwijskundigen blijft de vraag: telt het einddoel of alleen de weg daarnaartoe? ■