



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Medisch onderwijs van morgen: een blik in de (naaste) toekomst

Bouman, L.N.; Metz, J.C.M.

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):
Bouman, L. N., & Metz, J. C. M. (1997). Medisch onderwijs van morgen: een blik in de (naaste) toekomst. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141(52), 2575-2579.

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

- ³ Bruin TWA de, Riekhoff FPM, Boer JJ de. An outbreak of thyrotoxicosis due to atypical subacute thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 1990;70:396-402.
- ⁴ Kinney JS, Hurwitz ES, Fishbein DB, Woolf PD, Pinsky PF, Lawrence DN, et al. Community outbreak of thyrotoxicosis: epidemiology, immunogenetic characteristics, and long-term outcome. *Am J Med* 1988;84:10-8.
- ⁵ Matsubara S, Inoh M, Tarumi Y, Sato M, Takahara J. An outbreak (159 cases) of transient thyrotoxicosis without hyperthyroidism in Japan. *Intern Med* 1995;34:514-9.
- ⁶ Gibbs HR. Diet pills and sudden death [letter]. *N Engl J Med* 1988; 318:1127.

- ⁷ Sawin CT, London MH. 'Natural' desiccated thyroid. A 'health-food' thyroid preparation. *Arch Intern Med* 1989;149:2117-8.
- ⁸ DelGuerra P, Caraccio N, Simoncini M, Monzani F. Occupational thyroid disease. *Int Arch Occup Environ Health* 1992;63:373-5.
- ⁹ Krom MCTFM de, Boreas AMHP, Hardy ELM. Mangan-intoxicatie door het gebruik van Chien Pu Wan-tabletten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:2010-2.
- ¹⁰ Smet PAGM de, Wagenaar HWG, Smeets OSNM. Dexamethason in een niet-geregistreerde crème uit het Verre Oosten. *Ned Tijdschr Geneesk* 1997;141:1626.

Aanvaard op 3 november 1997

Medische opleiding

Medisch onderwijs van morgen: een blik in de (naaste) toekomst

L.N. BOUMAN EN J.C.M. METZ

INLEIDING

In de loop van 1994 begon in dit tijdschrift een reeks artikelen over actuele ontwikkelingen in het medisch onderwijs. Daarin werd aandacht besteed aan de veranderingen die zich de laatste jaren in inhoud, methodiek en organisatie van de artsopleiding hebben voorgedaan.¹ In dit afsluitende artikel maken wij als gastredacteuren de balans op met een beschouwing over enkele in de komende jaren te verwachten ontwikkelingen op het gebied van het medisch onderwijs.

Sinds de jaren zeventig is geen enkele faculteit aan de drang tot vernieuwing kunnen ontkomen. Sommige faculteiten zijn inmiddels alweer met een tweede of derde majeure wijziging bezig, terwijl andere trachten een recentelijk voltooide verandering eerst te consolideren.²⁻⁵ Door de instelling van de 'onderwijsvisitatie' en het verschijnen van het 'Raamplan artsopleiding' verkeren alle faculteiten in de wetenschap dat het einde van de veranderingen nog niet in zicht is.

VISITATIE EN RAAMPLAN

De eerste visitatie van de medische en gezondheidskundige faculteiten vond plaats in 1991. Op basis van door de faculteiten opgestelde 'Zelfstudies' en van eigen bevindingen door gesprekken met iedere faculteit, kwam de Visitatiecommissie tot aanbevelingen, neergelegd in het openbare 'Visitatierapport'.⁶ De faculteiten kregen de opdracht aan deze wensen vóór de nieuwe visitatieronde gehoor te geven. Deze heeft plaatsgevonden in de loop van 1997, zodat sommige faculteiten zich nog heb-

SAMENVATTING

Onderwijsvernieuwing is een belangrijk onderwerp in de Nederlandse medische faculteiten. In 1992 en in 1997 werden openbare visitatierapporten uitgebracht en in 1994 een 'Raamplan' waarin gemeenschappelijke opleidingseisen (eindtermen) werden vastgelegd. Reorganisatie van de co-assistentenschappen is een belangrijke consequentie. Daarbij kan men denken aan een begin van de co-assistentenschappen reeds in het 3e en 4e jaar, aan minder maar langere co-assistentenschappen en aan stageoverstijgend onderwijs (met elementen uit meer dan één discipline). Andere aandachtspunten zijn de achtergebleven professionalisering van de medische docenten, het bureaucratisch kader waarin het onderwijs plaatsvindt en de noodzaak van onderzoek van het onderwijs. Voor het beroepsbeeld van de aankomende arts moet worden gewezen op de internationale trend naar meer aandacht voor preventie en kostenbeheersing, naast de traditionele curatieve taak voor de arts. Zes overwegingen bij de curriculumvernieuwing zijn: de wenselijkheid van een basisfilosofie (per faculteit), het geven van prioriteit aan het proces van medisch probleemoplossen boven dat van kennis- en informatieverwerving, de wens van toenemende praktijkoriëntatie, de noodzaak van een geïntegreerde benadering van het onderwijs (vanuit de eindtermen de onderwijs-elementen concipiëren, in plaats van andersom), de ontwikkeling van een professionele attitude, en de realisatie van een meester-gezelrelatie in de opleiding.

ben moeten haasten om een en ander tijdig uit te voeren.

Bij de inhoudelijke toetsing van de curricula door de Visitatiecommissie heeft het in 1994 verschenen 'Raamplan' een belangrijke toetsingsrol vervuld.^{7,8} In dit 'Raamplan' hebben de medische faculteiten de gemeenschappelijke opleidingseisen ('eindtermen') voor de artsopleiding vastgelegd. Inmiddels hebben aan verschillende faculteiten al activiteiten plaatsgevonden om (onderdelen van) het vigerende eigen curriculum te spiegelen aan het 'Raamplan'.

Inmiddels rijst de vraag: hoe verder met het 'Raam-

Universiteit van Amsterdam, faculteit der Geneeskunde, vakgroep Fysiologie, Amsterdam.

Prof.dr.L.N.Bouman, fysioloog.

Katholieke Universiteit, faculteit der Medische Wetenschappen, Klinisch Trainingscentrum, Nijmegen.

Prof.dr.J.C.M.Metz, medisch onderwijskundige.

Correspondentieadres: prof.dr.L.N.Bouman, In de Korenmolen 17, 1115 GN Duivendrecht.

plan'? De beschikbaarheid van eindtermen is weliswaar een belangrijke stap in de richting van rationalisering van het onderwijs, maar het is pas een eerste stap, die gevolgd zal moeten worden door andere. Te noemen zijn: de afleiding van tussentermen (de rol van de basiswetenschappen), de vertaling van de eindtermen in concrete onderwijsprogramma's, de toetsing van het onderwijsprogramma aan de eindtermen, de periodieke bijstelling van de eindtermen en de consequenties voor de vervolgopleidingen. Daarnaast zijn er vragen als: moeten er ook eindtermen komen voor de vervolgopleidingen? Sommige van deze opleidingen houden zich hier reeds mee bezig. Moet het 'Raamplan' leiden tot een Europees kerncurriculum in het kader van de Europese eenwording? Er worden reeds pleidooien hiervoor gehouden. Er zijn redenen genoeg om de opleidingen tussen de landen van de Europese Unie op elkaar af te stemmen, bijvoorbeeld ten aanzien van de uitwisseling van studenten en de erkenning van diploma's. Een inmiddels voltooide Engelse vertaling van het 'Raamplan' geniet voldoende belangstelling uit het buitenland om te dienen als basis voor een discussie ter zake.⁹

DE CO-ASSISTENTSCHAPPEN

De noodzaak van een ingrijpende herziening van de co-assistentschappen was wellicht de zwaarste consequentie van het 'Visitatie rapport' uit 1992 en te verwachten is dat de faculteiten zwaar zullen worden aangesproken op hun intenties de betreffende aanbeveling op te volgen. Nu er eindtermen beschikbaar zijn, is tamelijk eenduidig te formuleren waartoe de co-assistentschappen dienen te leiden. Zowel in het rapport 'Beleidsgericht onderzoek co-assistentschappen' als in de rapportage van de Visitatiecommissie zijn bouwstenen aangedragen waarop vernieuwingen gebaseerd kunnen worden.¹⁰

De faculteiten hebben enkele jaren geleden nog eens uitdrukkelijk gesteld, dat de duur van de basisopleiding tot arts 6 jaar dient te blijven. De ervaren knelpunten in de opleiding zullen derhalve binnen deze 6 jaar moeten worden opgelost. In verschillende richtingen kan hieraan worden gewerkt. In de nieuwe Wet op het Hoger onderwijs en Wetenschappelijk onderzoek (WHW) is formeel het doctoraalexamen als cesuur tussen het theoretisch en praktisch gedeelte van de opleiding vervallen.¹¹ Het programmeren van 1 of meer co-assistentschappen in het 3e of 4e studiejaar behoort daardoor tot de mogelijkheden. Het terugbrengen van het grote aantal verplichte en relatief korte co-assistentschappen tot slechts enkele, maar dan van langere duur, is een andere mogelijkheid. Idealiter zou het opleidingsprogramma voor de laatste 2 jaren van de opleiding uit de eindtermen moeten worden afgeleid en niet moeten berusten op de medische disciplines die traditioneel in deze fase een co-assistentenschap hebben. Vele doelstellingen zijn algemeen en disciplineonafhankelijk, waardoor meer dan één discipline in aanmerking komt voor het realiseren ervan. Dit maakt de weg vrij voor meer en langduriger keuzeco-assistentschappen.

Om een aantal algemene eindtermen te kunnen realiseren, kan men ook denken aan stageoverstijgend on-

derwijs. Het gaat daarbij om essentiële aspecten van de medische beroepsuitoefening die niet tot de verantwoordelijkheid van één discipline kunnen worden gerekend. Stageoverstijgend onderwijs kan het integratieve denken bevorderen en aandacht scheppen voor aspecten die in de huidige uitoefening van de geneeskunde van belang zijn, maar in de co-assistentschappen geen herkenbare plaats innemen.¹²

Een ander onderdeel van de discussie inzake de herstructurering van de klinische fase betreft de opheffing van de scherpe grenzen tussen de verschillende co-assistentschappen. De laatste 2 jaren van de artsopleiding zijn te fragmentarisch opgebouwd. Het huidige systeem van meer dan 10 onafhankelijke co-assistentschappen met elk een afsluitende toetsing verdraagt zich moeilijk met het vormingsproces tot arts, dat zich geleidelijk door de co-assistentschappen heen voltrekt. De groei van het professionele gedrag van co-assistenten is een wezenlijk gebeuren en vraagt een overstijgende begeleiding en bewaking.¹³

HET ARTSEXAMEN VAN DE TOEKOMST

Het verschijnen van het 'Raamplan' heeft ook de discussie over een nationaal artsexamen weer doen opleven. Hoedemaeker en Jansen pleitten enkele jaren geleden zelfs voor een Europees artsexamen.¹⁴ Een logisch vervolg op het vastleggen van de gemeenschappelijke eindtermen is de toetsing of deze ook daadwerkelijk gehaald worden. De faculteiten streven naar gemeenschappelijke afspraken – richtlijnen zo men wil – met betrekking tot het artsexamen. Een landelijk artsexamen wordt afgewezen, maar de grenzen tussen 'landelijke afspraken' en 'landelijk examen' zijn nog onscherp.

Het Disciplineoverlegorgaan Medische Wetenschappen van de Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU) – het bestuurlijk overleg van de Nederlandse medische faculteiten, dat ook de opdrachtgever was van het 'Raamplan' – benoemde in de zomer van 1995 een Interfacultaire Commissie Richtlijnen Artsexamen. Deze commissie kreeg als opdracht het inventariseren en evalueren van de bestaande situatie in Nederland met betrekking tot het artsexamen en het mede op grond daarvan formuleren van richtlijnen voor inhoud, vorm en organisatie van de toetsen die tezamen het artsexamen vormen, alsmede het formuleren van aanbevelingen voor (de bewaking van) de kwaliteit van het artsexamen. Deze commissie bestond uit vertegenwoordigers van alle faculteiten, studentenorganisaties, Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) en overheid. Het eindrapport van de commissie is in 1996 verschenen.¹⁵ Bepaald wordt om bij het artsexamen, waarin het bereikt hebben van de eindtermen uit het 'Raamplan' wordt getoetst, behalve aan toetsing van kennis en vaardigheden uitdrukkelijk aandacht te besteden aan een longitudinale beoordeling van het professioneel functioneren en de beroepshouding van iedere co-assistent. In de toekomst zal het beter mogelijk moeten zijn om aan de hand van een zorgvuldig aangelegd en bijgehouden dossier de

voortgang van iedere student regelmatig te evalueren en eventueel daaruit voortvloeiende ingrijpende beslissingen op een eerder moment dan thans te nemen.

PROFESSIONALISERING VAN MEDISCHE DOCENTEN

Wat hebben alle vernieuwingen voor zin, als de belangrijkste variabele – de docent – onbesproken blijft? Al jaren wordt gewezen op de noodzaak van didactische trainingen voor docenten. Jaren ook bestaan er aan alle faculteiten trainingsmogelijkheden, zowel op universitair als op facultair niveau. Toch is het niet te veel gezegd, dat de onderwijskundige professionalisering van docenten nog steeds niet goed van de grond is gekomen. Een van de oorzaken is ongetwijfeld het gebrek aan academische status van het onderwijs en het daarmee samenhangende gebrek aan volwaardige carrièremogelijkheden, wat bij artsen nog versterkt wordt, doordat zij behalve hun onderzoekstaken veel patiëntenzorgtaken hebben. Aan verscheidene faculteiten wordt inmiddels gewerkt aan de opzet van een duidelijk loopbaanperspectief voor docenten. Bemoedigend is de recente vestiging van de stichting Onderwijskundige en Didactische Ontwikkeling en Scholing, een inmiddels geformaliseerd samenwerkingsverband tussen de medische faculteiten en de Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs (NVMO), dat tot doel heeft de onderwijskundige professionalisering van docenten te bevorderen.

HET BUREAUCRATISCH KADER

Wie al deze veranderingen op zich af ziet komen, vraagt zich al gauw af waar de kennis en kunde liggen om op het juiste ogenblik de juiste beslissingen te nemen. Dat is in belangrijke mate een politieke vraag. Belangrijker nog dan de vraag op welke gronden keuzen worden gemaakt en besluiten worden genomen, is de vraag door wie dit gebeurt. En ook hier staan ingrijpende veranderingen voor de deur.

Het is duidelijk dat de bestuursstructuur die de laatste 25 jaar de gang van zaken aan de universiteiten heeft bepaald op haar eind loopt en hier en daar dat einde zelfs al heeft gehad. De bijzondere relatie van de medische faculteiten met de academische ziekenhuizen maakt dat in de geneeskunde deze ontwikkeling veel sneller en ingrijpender zal verlopen dan elders aan de universiteit. Een verdergaande scheiding tussen medische faculteit en universiteit, in de vorm van een Medische School bij de universiteit, is dan ook zeker niet uit te sluiten.

In deze visie past de opkomst van 'onderwijsinstututen' naast onderzoeksinstituten als de nieuwe beheers-eenheden voor het universitaire onderwijs en onderzoek, zoals deze op dit moment alom in den lande aanwezig zijn of worden opgericht. In deze ontwikkeling staan de medische faculteiten overigens tegenwoordig bepaald niet meer alleen. Door de nieuwe hogeronderwijswet Modernisering Universitaire Bestuursstructuur (MUB) is de mogelijkheid van verzelfstandiging gegeven aan alle faculteiten, met een belangrijke beheers- en bestuurskracht van de decaan of het faculteitsbestuur. In deze visie past ook de instelling van onderwijsinstututen

als beheers- en (of) bestuurseenheden, naast de al eerder ontwikkelde onderzoeksinstituten. Hierbij gaat het om een bundeling van alle krachten die bij de ontwikkeling en de uitvoering van het onderwijs betrokken zijn. Voorzover het de docenten betreft, treden de besturen van dergelijke instituten in de plaats van de vakgroepen uit de vorige wet Wet Universitaire Bestuurs-hervorming (WUB). Omdat ook op tal van andere gebieden universiteit en faculteit aan ingrijpende veranderingen in bestuurs- en beheersterrein onderworpen zijn, is het nog te vroeg om nu reeds vast te stellen of de invoering van deze instituten een heilzame uitwerking zal hebben. Met name over de rol van de studenten als medebestuurders in deze nieuwe opzet wordt veel aan het lokale initiatief overgelaten.

ONDERZOEK VAN ONDERWIJS

In de jaren zeventig voorzagen alle medische faculteiten in den lande zich van een vakgroep, afdeling of dienst voor ontwikkeling en onderzoek van onderwijs. De meeste daarvan hebben de verschillende bezuinigingsronden niet of nauwelijks overleefd. Jammer, want juist op het tijdstip waarop het voortbestaan van deze eenheden wordt bedreigd, blijkt hun betekenis meer dan ooit. In ons land heeft het lange tijd aan een forum ontbroken waar resultaten van onderwijskundig onderzoek gericht op kwaliteit, vormgeving, toetsing, organisatie en dergelijke kunnen worden gepresenteerd. Het is te danken aan de NVMO dat zich daarvoor kaders hebben ontwikkeld. Genoemd worden 'vrije-voordrachtendagen', het kwartaalblad *Bulletin Medisch Onderwijs* en sinds 5 jaar het jaarlijkse Gezond Onderwijs Congres. Uit deze activiteiten blijkt dat zich in ons land een klimaat heeft ontwikkeld waarin de noodzaak van onderzoek van onderwijs wordt onderkend, dit onderzoek op een aanvaardbaar niveau wordt uitgevoerd en de resultaten ervan serieus worden genomen. Wie de 'proceedings' van de eerste 4 van deze congressen doorkijkt, kan vaststellen dat van de vele onderwerpen waarover wordt gerapporteerd 'toetsing' de meeste aandacht heeft gekregen, op korte afstand gevolgd door 'kwaliteit van onderwijs', waarbij het zowel gaat om meting van de kwaliteit als om wegen waarlangs een verbetering kan worden bereikt.¹⁶⁻¹⁹

DE TOEKOMST EN PLANNEN DAARVOOR

Al in 1984 heeft de Association of American Medical Colleges een rapport 'Physicians for the 21st Century' uitgegeven.²⁰ Een belangrijk motief daarvoor werd gevormd door de snel toenemende specialisatie en de ver-technisering in de geneeskunde en de daardoor dreigende versnippering in het artsenberoep. In het rapport wordt gepoogd de eenheid te herstellen door een beeld te schetsen van hetgeen alle artsen gemeenschappelijk hebben, zowel op het gebied van kennis en vaardigheden als opdat van professionele waarden en attitudes. Een belangrijk onderdeel van het rapport is gewijd aan de taken van de arts als gevolg van veranderingen in de morbiditeit, als gevolg van demografische ontwikkelingen en van wijzigingen in de structuur van de gezond-

heidszorg door de toenemende spanning tussen vraag en aanbod.

Recentelijker en dichter bij huis dan dit Amerikaanse rapport zijn de Europese voornemens op het gebied van de volksgezondheid. De Europese Commissie is van plan (naast de ondersteuning van nationale ontwikkelingen) een communautair beleid tot ontwikkeling te brengen. Sleutelbegrippen in dat Europese gezondheidszorgbeleid zijn 'preventie' en 'kostenbeheersing'. In dezelfde zin heeft zich ook de in 1993 gehouden 'World Summit on Medical Education' uitgesproken.²¹

Slechts terloops kan hier gewezen worden op de vraag of deze ontwikkelingen moeten leiden tot een aangepast takenpakket van de arts en wat de consequenties daarvan moeten zijn voor de artsopleiding. Velen blijven vasthouden aan het curatieve beeld van de arts en diens biomedische competentie in individuele diagnostiek en beleid. Zij hebben moeite met bredere concepten op het gebied van gezondheid en 'community health'. Hoe dan ook, de Europese Commissie bepleit om in de opleiding en nascholing van alle gezondheidswerkers kennis en deskundigheid op deze terreinen te ontwikkelen. De ontwikkeling en implementatie van opleidingsmodulen ter zake wordt aangemoedigd en ondersteund.

TOT SLOT

Een curriculum wordt idealiter afgeleid vanuit een helder beeld van het 'eindproduct'. De meeste curricula ontstaan echter niet op die manier. Zelfs al heeft men een helder beeld van het gewenste eindproduct, dan nog is de situatie waarin 'founding fathers' samen een nieuwe opleiding ontwerpen een uitzondering. De meeste faculteiten zijn gevestigde en lang bestaande instituties. Toch zijn er voorbeelden van bestaande faculteiten die tot een nieuw opleidingsconcept zijn overgegaan.²² In Nederland is het Groninger curriculum een voorbeeld van een overstap naar een op de principes van probleemgeoriënteerd onderwijs gebaseerd curriculum.⁴ Ook in het recentelijk ingevoerde Nijmeegse curriculum,⁵ speelt probleemoriëntatie een belangrijke rol.

Welke overwegingen spelen een rol bij een dergelijk proces van curriculumvernieuwing? Een eerste overweging betreft de wenselijkheid van een basisfilosofie. Zo kan een faculteit zich profileren en schakering aanbrenge in een curriculum, bijvoorbeeld door het profiel van een bepaald type arts te prononceren of door een geïntegreerde benadering van de patiënt voor te staan of door een maatschappelijke betrokkenheid met de regionale prioriteiten op het gebied van de gezondheidszorg uit te spreken. Het geven van prioriteit aan het proces van medisch probleemoplossen boven dat van kennis- en informatieverwerving vormt een tweede overweging. De derde overweging betreft de wens van toenemende praktijkoriëntatie: het geleerde laat zich het beste toepassen in een context waarin het ook als leerstof is aangeboden. De noodzaak van een geïntegreerde benadering van het onderwijs vormt een vierde overweging. Nadat de doelen van het curriculum zijn vastgesteld, worden daaruit benodigde competenties en deelvaardigheden afgeleid die de bouwstenen van het curriculum

vormen en waaruit vervolgens de bijdragen van individuele vakgebieden worden afgeleid. En niet andersom, zoals doorgaans geschiedt. De stimulans tot het ontwikkelen van een professionele attitude is een vijfde overweging voor curriculumvernieuwing. Deze vorming dient geïntegreerd plaats te vinden met de training en beoordeling van medische en communicatieve vaardigheden, vanaf het begin en bij herhaling. Van grote betekenis en als zesde en laatste overweging kan worden genoemd de wens van meer personalisering van het onderwijs. Van oudsher is de door persoonlijk functioneren gekleurde meester-gezelrelatie een belangrijk kenmerk van de artsopleiding. Dit wordt algemeen onderkend, maar van de werking ervan in de praktijk van de artsopleiding komt maar weinig terecht als gevolg van de massaliteit van het onderwijs. Toch biedt de huidige opkomst van het kleine groepsonderwijs nieuwe mogelijkheden, mits daarvoor tijd wordt ingeruimd. De ervaringen met het algemeen co-assistentenschap tonen aan, dat er relevante onderwijssettingen bestaan waarin persoonlijke relaties tussen studenten onderling en tussen studenten en hun tutoren kunnen functioneren, waarin functioneringsgesprekken en reflecties op praktijkervaringen kunnen plaatsvinden en waarin voldoende ruimte wordt gegeven aan ontwikkeling van inzicht in en verantwoordelijkheid voor het eigen handelen.

ABSTRACT

Medical education of tomorrow: a glance at the (near) future. – Educational reform is a topical subject in Dutch medical schools. Public visitation reports were issued in 1992 and 1997. In 1994 an 'outline plan' was presented, setting forth communal training requirements (final results). An important consequence will be reorganization of (assistant) housemanships. Options are to start already in the 3rd- and 4th-year with a few (assistant) housemanships, to reduce the number but increase the duration of the (assistant) housemanships and to introduce a more comprehensive training (including elements from several disciplines). Other areas for special attention are the insufficient professionalization of teachers in medicine, the bureaucracy weighing down the teaching and the continuing need of educational research. Regarding the future doctors' image of their profession, emphasis should be placed on the international trend toward more attention for prevention and cost control, apart from the physician's traditional curative task. With respects to curriculum reorganization, six items should be considered: the need of a basic philosophy (per faculty), the priority to be given to the process of medical problem solving over that of acquiring knowledge and information, the desirability of increasing orientation to practice, the necessity of an integrated approach of medical teaching (teaching elements to be deduced from the final terms, instead of vice versa), development of a professional attitude and the realization of a master-apprentice relationship in medical education.

LITERATUUR

- 1 Metz JCM, Bouman LN. Artikelenreeks over actuele ontwikkelingen in het medisch onderwijs. Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1014-7.
- 2 Bouman LN. Integratie in het medisch onderwijs: middel of mode? Ned Tijdschr Geneeskd 1994;138:1083-7.

- ³ Snellen-Balendong HAM, Wijnen WHFW, Langevoort HL. Diversiteit van medische curricula in Nederland. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1136-42.
- ⁴ Rossum HJM van, Wijnandts L, Meijer K. Curriculum 2000: patiëntgeoriënteerd onderwijs aan de medische faculteit Groningen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1184-7.
- ⁵ Holdrinet RSG, Oeseburg B, Bulte J. Het ontwerp van het nieuwe Nijmeegse curriculum Geneeskunde. In: Smal JA, Cate ThJ ten, Denekens J, redacteurs. *Gezond Onderwijs-6. Proceedings G.O.C.* 1996. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.
- ⁶ Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU). *Visitatierapport geneeskunde en gezondheidswetenschappen.* Utrecht: VSNU, 1992.
- ⁷ Metz JCM, Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BMW van den. *Raamplan 1994. Eindtermen van de artsopleiding.* Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1994.
- ⁸ Vereniging van Samenwerkende Nederlandse Universiteiten (VSNU). *Visitatierapport Geneeskunde en gezondheidswetenschappen.* Utrecht: VSNU, 1997.
- ⁹ Metz JCM, Pels Rijcken-van Erp Taalman Kip EH, Brand-Valkenburg BMW van den. *Blueprint 1994. Training of doctors in the Netherlands.* Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1995.
- ¹⁰ Metz JCM, Bulte JA, Paridon EJM. *Basisarts: bevoegd en bekwaam. Eindrapport van het beleidsgericht onderzoek co-assistenten.* Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.
- ¹¹ Meijers JA, Heijlman J. *De consequenties van de Wet op het Hoger Onderwijs en Wetenschappelijk Onderzoek voor de opleiding geneeskunde.* *Ned Tijdschr Geneesk* 1994;138:1378-80.
- ¹² Planninggroep SOO. *Stage-overstijgend onderwijs voor co-assistenten. Jaarverslag curriculumjaar 1994-1995.* Maastricht: Rijksuniversiteit Limburg, Faculteit der Geneeskunde, 1995.
- ¹³ Essed GGM, Boshuizen HPA. *Stage-overstijgend klinisch onderwijs te Maastricht; een aanvulling op het curriculum.* *Med Contact* 1993; 48:1051-2.
- ¹⁴ Hoedemaeker PhJ, Jansen FAJ. *Landelijk artsexamen: toetssteen of steen des aanstoots.* *Bulletin Medisch Onderwijs* 1990;9:164-74.
- ¹⁵ Metz JCM, Stoelinga GBA, Vleuten CPM van der, Jacobs JCG. *Het artsexamen: voorstellen voor landelijke richtlijnen. Eindrapport van de Interfacultaire Commissie Richtlijnen Artsexamen.* Nijmegen: Nijmeegs Universitair Publicatiebureau, 1996.
- ¹⁶ Vleuten CPM van der, Scherpbier AJJA, Pollemans MC, redacteurs. *Gezond onderwijs. 1.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1992.
- ¹⁷ Metz JCM, Scherpbier AJJA, Houtkoop E, redacteurs. *Gezond onderwijs. 2.* Nijmegen: Universitair Publikatiebureau, 1993.
- ¹⁸ Houtkoop E, Pols J, Pollemans MC, Scherpbier AJJA, Verwijnen GM, redacteurs. *Gezond onderwijs. 3.* 's-Gravenhage: Haagse Hogeschool, 1994.
- ¹⁹ Pols J, Cate ThJ ten, Houtkoop E, Pollemans MC, Smal JA, redacteurs. *Gezond onderwijs. 4.* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.
- ²⁰ Association of American Medical Colleges (AAMC). *Physicians for the 21st century. Report of the panel on the general education of the physician and college preparation for medicine.* Washington: AAMC, 1984.
- ²¹ Walton H, editor. *Proceedings of the world summit on medical education.* *Med Educ* 1994;28 Suppl 1.
- ²² Tosteson DC, Adelstein SJ, Carver ST, editors. *New pathways to medical education. Learning to learn at Harvard Medical School.* Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1994.

Aanvaard op 27 februari 1996

Feuilleton

Peinzend over een universitaire klinische afdeling

L.FEENSTRA

Voorjaar 1990 begon ik mij af te vragen hoe men het best een universitaire klinische afdeling zou kunnen opbouwen en leiden. Daarvoor blijkt geen handleiding te zijn geschreven. Om toch een antwoord te vinden werd, na hun toestemming, 5 zittende en 2 emeritus hoogleraren Keel-, Neus- en Oorheekunde, een hoogleraar Histologie en een hoogleraar Anesthesiologie een (uitgebreid) interview afgenomen. Aan geen van hen was ooit eerder een dergelijke vraag gesteld. Tijdens de zeer persoonlijke interviews kwamen de volgende onderwerpen aan bod: onderwijs, opleiding, onderzoek, patiëntenzorg, prioriteiten, relaties met andere afdelingen, specialismen en beroepsorganisaties, met faculteit en met directie, organisatie en management. De uitkomsten van deze interviews en de eigen ervaringen en waarnemingen tijdens een 3,5 jaar durende decanaatsperiode over beter en minder goed functionerende afdelingen leverden een antwoord op mijn vraag. Dit antwoord werd de blauwdruk voor de opbouw van onze 'dienst' (het

SAMENVATTING

In een universitaire klinische afdeling vinden zowel onderwijs als onderzoek en patiëntenzorg plaats. Volgens sommigen kunnen die drie taken niet door één persoon (het afdelingshoofd) worden vervuld. Daar komt bij dat het afdelingshoofd de nodige politieke vaardigheden moet hebben ten opzichte van de facultaire gemeenschap. Het 'recept' voor een academische klinische afdeling en in het bijzonder voor de taak van een afdelingshoofd bevat: (a) bewust nastreven van optimale kwaliteit, (b) als eerste prioriteit het opleiden van assistent-geneeskundigen en het onderwijs geven aan studenten, (c) patiëntenzorg, (d) klinisch onderzoek, dat ondergeschikt moet zijn aan het doel de assistent-geneeskundigen wetenschappelijke attitudes bij te brengen. Het 'product' van een afdeling is niet de som van alle publicaties, noch de genezen patiënt, maar de aan de maatschappij afgeleverde arts-specialist.

Zuid-Nederlandse woord voor medische afdeling).¹ Voor het navolgende artikel ging ik na of er additionele informatie was te vinden in handboeken over organisatie-kunde.^{2,3} Verhelderende nieuwe inzichten vond ik daarin niet, maar wel een overzichtelijke samenvatting van een 'professionele organisatie' (tabel 1).

Universitair Ziekenhuis St. Rafaël, dienst Neus-, Keel- en Oorzaken, Gelaat- en Halschirurgie, Kapucijnenvoer 33, B-3000 Leuven, België.
Prof.dr.L.Feenstra, KNO-arts, op persoonlijke titel.