Aanvullende kanttekeningen bij het profiel van de arts. Observaties aan het begin van de 21ste eeuw

N.S. Klazinga

Samenvatting

De algemene eigenschappen van de arts uit het Raamplan 1994 artsopleiding worden gezien vanuit de kennis van nu met een blik op 2020.

Medisch probleem oplossen: *De tegenstelling tussen probleemgestuurde en op vakinhoud gebouwde curricula is vervaagd. Nodig is verbreding van de 'problemen' naar de maatschappelijke context en aandachtsverschuiving van acute klinische zorg in het ziekenhuis naar zorg voor chronische patiënten thuis en preventieve zorg.*

Breed kennis- en vaardighedenpakket: *De noodzakelijk versterking van de vaardigheden om met collega's en andere zorgverleners samen te werken vraagt betrokkenheid van artsen die hierin als opleiders een cruciale voorbeeldfunctie vervullen.*

Wetenschappelijke vorming: *Toegenomen informatiestromen vergroten het belang van de vaardigheid om informatie op waarde te kunnen schatten. Een betere balans tussen de natuurwetenschappelijke en sociaal-wetenschappelijke benadering is nodig.*

De juiste attitude: *Naast aandacht voor gesprekstechniek, medische ethiek en feedback, is de voorbeeldfunctie van bij de opleiding betrokken zorgverleners cruciaal in de voorbereiding op de beroepsrol.*

Flexibiliteit: *Veranderende kennis, technologie en praktijkomgeving vragen een leeromgeving gericht op continue kwaliteitsverbetering.*

Wettelijk bevoegd en bekwaam: *Het zelfinzicht van de arts in de eigen bekwaamheid kan vergroot worden door expliciteren en evalueren van competenties. Het model van profielregistraties kan leiden tot flexibilisering in registratie en titels. (Klazinga NS. Aanvullende kanttekeningen bij het profiel van de arts. Observaties aan het begin van de 21e eeuw. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2006;25(6):291-295.)*

Inleiding

Zolang als de moderne medische opleiding bestaat, ruwweg vanaf 1865 toen werd besloten dat het beroep van arts een universitaire scholing behoefde, wordt al nagedacht over de vraag hoe het curriculum van nu kan inspelen op de behoeften van de arts van straks. Toen ik in 1995 naar aanleiding van het in 1994 uitgekomen raamplan een korte beschouwing schreef met kanttekeningen bij het uit dat document naar voren komende artsprofiel, nam ik ideeën over het functioneren van de arts in de 21^{ste} eeuw als uitgangspunt.¹ Als ordeningskader voor het artikel

golden de volgende zes onderwerpen die in het Raamplan 1994 artsopleiding als belangrijke algemene eigenschappen van een arts werden genoemd:

1. Het vermogen tot medisch probleemoplossen.
2. Het beschikken over een breed kennis- en vaardighedenpakket.
3. Wetenschappelijke vorming.
4. De juiste attitude.
5. Flexibiliteit.
6. Voldoende zelfinzicht in de eigen wetenschappelijke bevoegd- en bekwaamheden.

Geconstateerd kan worden dat meer dan tien jaar later deze algemene eigenschap-

pen nog steeds niet alleen relevant zijn maar onder de noemer 'competenties' ook een dominant uitgangspunt vormen voor het benoemen van de eindtermen van (vervolg)opleidingen in de gezondheidszorg en het inrichten van curricula. Wat dat betreft hebben de algemene competenties aan belang gewonnen ten opzichte van de in het *Raamplan 1994 artsopleiding* centraal staande lijsten van specifieke kennis- en vaardigheden per discipline. Hoewel de CanMEDS-methode de competenties iets anders benoemt, overlapt ze op hoofdlijnen al met de in 1994 geformuleerde zes eigenschappen. Reden om in het vervolg van dit artikel bij elk van de zes punten wat aanvullende kanttekeningen te plaatsen vanuit de kennis van nu met een blik op 2020.

Medisch probleem oplossen

Het centraal stellen van het toepassen van kennis- en vaardigheden bij het oplossen van medische problemen lijkt niet langer een discussiepunt. Was er in de jaren tachtig nog sprake van een soort tweedeling tussen de klassieke, op vakinhoud gebouwde curricula en de probleemgestuurde aanpak van Maastricht; gaandeweg zien we dat alle faculteiten een balans gevonden hebben. Een beperking die echter nog evenzeer blijkt te bestaan als in 1995, is de reikwijdte van de in het onderwijs gehanteerde 'problemen'. De lijn molecuul, cel, orgaan, lichaam wordt redelijk doorgetrokken, maar het verbreden van deze systeembenadering naar het sociale systeem van gezins-, leef-, werk- en woonomgeving is nog niet gemeengoed. Toch maakt met name voor de huisartsgeneeskundige en de sociaal geneeskundige specialismen het omgaan met gezondheidsproblemen van een individu in zijn of haar sociale omgeving een groot deel van het werk uit. Om juist met deze problemen te kunnen omgaan is ken-

nis nodig over de bredere maatschappelijke context waarin zorg wordt verleend en de manier waarop de arts als professional daarmee om dient te gaan. De bekende demografische, morbiditeits- en technologische ontwikkelingen vragen om artsen die veel meer op de zorg voor chronische patiënten in hun thuisomgeving zijn gericht en die preventieve zorg gericht op gedragsverandering kunnen verlenen, dan om artsen die gespecialiseerd zijn in binnen ziekenhuismuren geconcentreerde, acute klinische zorg. De omvang en aard van de medische problemen die in de (toekomstige) zorgpraktijk dienen te worden opgelost, zijn naar mijn observatie nog niet evenredig weerspiegeld in de opbouw van de curricula. Het grotendeels concentreren van de opleiding binnen de muren van een (academisch) ziekenhuis is daar mede debet aan.

Een tweede kanttekening bij het probleemoplossen betreft de vaardigheden van artsen om met patiënten met een heterogene culturele achtergrond om te gaan. Juist bij de zorg voor migrantengroepen is vaak een specifieke aanpak nodig. In vergelijking met tien jaar geleden is het goed te constateren dat aandacht hiervoor toeneemt en ook al in de curricula wordt vertaald.²

Een breed kennis- en vaardighedenpakket

De huidige opbouw van de kern- en keuzecurricula waarborgt nog steeds dat iedere arts die afstudeert een breed kennis- en vaardighedenpakket beheerst. Discussies over het schakeljaar worden nog steeds gevoerd, maar het principe van een brede basisopleiding voor iedere arts wil niemand loslaten. De in 1995 gemaakte kanttekening dat bij die vaardigheden ook behoort het samenwerken met collega's en andere zorgverleners vraagt echter on-

verkort om aandacht. Alle pogingen van groepswork en multidisciplinair onderwijs ten spijt, zijn veel artsen nog steeds solisten in de manier waarop ze zorg verlenen. Het is echter ook illusionair te veronderstellen dat de aandacht hiervoor in het curriculum een en ander zal veranderen. De rolopvattingen vormen zich primair gedurende de coschappen en de voorbeeldfunctie van opleiders daarbij is cruciaal. Juist hieraan zou meer aandacht dienen te worden besteed, te beginnen bij het onderkennen door opleiders van hun rol bij het socialiseren van artsen. Er zijn gelukkig veel enthousiaste opleiders die hier heel bewust mee omgaan, maar het streven dient te zijn dat dit voor alle opleiders geldt. Een verdergaande explicitering van de opleiding in specifieke onderdelen voor kennis- en vaardighedenverwerving die worden ondersteund door onderwijskundigen, kan paradoxaal leiden tot het afnemen van de betrokkenheid en gevoelde verantwoordelijkheid van zorgverleners bij de opleiding van coassistenten, maar ook van artsassistenten. Die paradox moeten we zien te doorbreken en dat begint ermee door scherp te blijven zien dat de onderwijskunde een belangrijke ondersteunende discipline is, maar dat de artsopleiding primair een verantwoordelijkheid van alle artsen is. Wat dat betreft is het gildemodel in een moderne vorm nog steeds valide.

Wetenschappelijke vorming

Een consequentie van het in de negentiende eeuw genomen besluit om de artsopleiding een universitaire opleiding te laten zijn, is dat er voldoende aandacht wordt besteed aan wetenschappelijke vorming. Dit geldt onverkort ook in de 21^{ste} eeuw. Historisch gezien betreft het vooral de natuurwetenschappen. De laatste twintig jaar heeft het vakgebied klinische epidemiologie zich stevig in de medische

faculteiten genesteld als hoeder van de 'evidence base' van het klinisch handelen. De laatste tien jaar lijkt deze verankering alleen maar te zijn versterkt. Ook het werken met richtlijnen en het via internet ontsluiten en vervolgens waarderen van informatie is gemeengoed geworden.

Twee aanvullende kanttekeningen lijken hier op hun plaats. Ten eerste de kanttekening dat het gemakkelijker beschikbaar komen van informatie, het belang van wetenschappelijke vaardigheden van artsen om die informatie op waarde te schatten alleen maar is toegenomen. Mijn persoonlijke ervaring met het begeleiden van vierdejaars studenten bij hun wetenschappelijke stages is dat hier nog wel wat te verbeteren valt.

Een tweede kanttekening betreft de exclusieve aandacht voor biomedisch onderzoek. Juist sociaal wetenschappelijk onderzoek is van belang bij het vinden van evidence based oplossingen voor de eerder in dit artikel genoemde medische problemen. Een betere balans in de wetenschappelijke vorming tussen de natuurwetenschappelijke en sociaal wetenschappelijke benadering lijkt aangewezen.

De juiste attitude

Het artsberoep staat midden in de samenleving en vindt haar legitimatie in het vertrouwen van burgers. Een manier om dit vertrouwen te behouden dan wel te versterken is te zorgen dat de manier waarop het artsberoep wordt uitgeoefend aansluit bij maatschappelijke verwachtingen en de daaronder liggende, gedeelde normen en waarden. Zo geformuleerd klinkt het allemaal wat zwaar, maar een en ander werkt rechtstreeks door in hoe medische faculteiten hun verantwoordelijkheid nemen in het scholen van medisch studenten in hun beroepsrol. Naast aandacht voor klassiekers als gesprekstechniek en medische ethiek, betekent dit ook dat tijdens de

medische opleiding gericht aandacht wordt besteed aan het aanleren van en feedback geven op de beroepsattitude. Een toenemend aantal faculteiten heeft dit thema opgepakt, maar ook hier geldt dat naast de onderwijskundige aandacht vooral ook de voorbeeldfunctie van alle zorgverleners die bij de opleiding zijn betrokken van belang is. Onderzoek onder eerstejaars studenten die een verpleeghulpstage doen, laat zien dat medisch studenten aan het begin van hun opleiding over de betrokkenheid en verantwoordelijkheidszin beschikken die horen bij een juiste beroepsattitude.³ Curricula dienen ervoor te zorgen dat die grondhouding behouden blijft en wordt verstrekt en niet gedurende zes jaar langzaam erodeert.

Flexibiliteit

Snelle wijzigingen in de kennisbasis, technologie en praktijkomgeving van het beroep vragen onverkort om flexibiliteit van de arts. Die aanpassing impliceert niet alleen een continu lerende beroepshouding, maar ook het persoonlijke vermogen om verandering te kunnen initiëren en doorvoeren. Met name activiteiten op het terrein van de professionele kwaliteitszorg laten zien dat dit nog niet voor alle artsen een gegeven is. Hoewel dergelijke inzichten in de eerste vier jaar van de opleiding moeilijk zijn over te dragen, zou er met name tijdens de coschappen en de vervolgopleiding een leeromgeving moeten zijn waarin sprake is van continue kwaliteitsverbetering.⁴ Wederom een onderstreping van het belang van de directe opleidingsomgeving.

Wettelijk bevoegd en bekwaam

De arts is bij wet bevoegd om de geneeskunde uit te oefenen, maar de eigen bekwaamheid vormt de grens waarbinnen dit handelen dient plaats te vinden. Zelfinzicht is daarbij cruciaal en de huidige

belangstelling voor patiëntveiligheid heeft het thema hoog op de politieke agenda geplaatst.

Naarmate we beter in staat zijn competenties te expliciteren en via moderne toetsingsmethoden te evalueren, wordt dit inzicht vergroot. Gelijktijdig zien we bij de vervolgopleidingen dat naast het omschrijven van de competenties behorend bij de eindtermen van de opleiding tot specialist ook in toenemende mate behoefte bestaat aan het benoemen van de competenties behorend bij deelspecialisaties c.q. nieuwe beroepsvelden. Om dit proces de komende decennia ook een formele basis te geven en daarmee te werken aan een beroepen- en opleidingsstructuur die flexibel kan inspelen op vraagstukken rond arbeidsmarkt⁵ en taakherschikking,⁶ zou gekeken kunnen worden naar het model van profielregistraties zoals dat sinds kort bij de sociale geneeskunde is ingevoerd. Naast registratie als specialist in de sociale geneeskunde na een opleiding van vier jaar (arts maatschappij en gezondheid) bestaat daar ook de mogelijkheid tot een profielregistratie na twee jaar opleiding op een zevental onderscheiden gebieden, die elk hun eigen beroepspraktijk kennen, zoals de jeugdarts, de arts infectieziektebestrijding of de forensisch geneeskundige. Deze flexibilisering in registratie en titels gekoppeld aan competenties zou ook binnen en tussen andere specialisaties overwogen kunnen worden. Een en ander kan zijn doorwerking hebben in het te voeren vrijstellings- en compensatiebeleid zonder de formele duur van de opleidingen aan te tasten.

Tenslotte

In 1995 schreef ik: "De ideale arts bestaat niet, maar dient voor de medische faculteiten wel richtpunt te zijn." Veel van de tien jaar geleden gemaakte kanttekenin-

gen zijn nog steeds van kracht, maar kunnen van een nadere aanvulling worden voorzien. Al met al hoeven we niet ontevreden te zijn over de wijze waarop de in 1994 geschetste contouren anno 2006 in de curricula zijn gerealiseerd. Echter, er is nog voldoende werk aan de winkel om ervoor te zorgen dat de artsen die we nu opleiden in 2020 goed kunnen functioneren: de NVMO blijft ook de komende 25 jaar hard nodig.

Literatuur

1. Klazinga N. Kanttekeningen bij het profiel van de arts in het Raamplan 1994; uitgaande van het functioneren van de arts in de 21e eeuw. Bulletin Medisch Onderwijs 1995;14:122-5.
2. Seeleman C, Suurmond J, Stronks K. Een arts van de wereld. Etnische diversiteit in de medische praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2005.
3. Scavenius M, Schmidt S, Klazinga N. Genesis of the professional – patient relationship in early practical experience: qualitative and quantitative study. Med Educ 2006;40:1037-44.

4. Klazinga NS. Onderwijs in kwaliteitszorg. Bulletin Medisch Onderwijs 1993;12:43-9.
5. Arbeidsmarkt en zorgvraag. Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Den Haag: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 2006 [geciteerd 25 oktober 2006]. Beschikbaar op: <http://www.rvz.net/data/download/publ06-08.pdf>.
6. Essen G van, Derks M, Bloemendaal A, in opdracht van de Stuurgroep MBOG. Praktijkervaringen met taakherschikking in de zorgsector. Aansprekende voorbeelden in het medisch domein. Utrecht: MBOG; april 2006 [geciteerd 25 oktober 2006]. Beschikbaar op: <http://www.mobg.nl/uploads/Eindrapport%20project%201%201.pdf>.

De auteur:

Prof. dr. Niek Klazinga is hoogleraar sociale geneeskunde aan het AMC-UvA en voorzitter van het College Sociale Geneeskunde.

Correspondentieadres:

Prof. dr. N.S. Klazinga, afdeling Sociale Geneeskunde, AMC-UvA, Postbus 22660, 1100 DD Amsterdam, n.s.klazinga@amc.uva.nl.

Belangenconflict: geen gemeld.

Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Summary

The general qualities of doctors, set out in Blueprint 1994 are revisited and we appraise their relevance for the doctor of the year 2020.

Medical problem solving: *The contrast between problem based and discipline based curricula has largely disappeared. Today, the 'problems' should include the societal context and attention should shift from emergency clinical care in the hospital to care for chronic patients at home and prevention.*

A broad range of knowledge and skills: *A prerequisite for building the teamwork skills that doctors need is the contribution of doctors involved in medical education who have a crucial part to play as role models.*

Scientific education: *Surging information streams reinforce the importance of critical appraisal skills. A better balance must be struck between basic sciences and social sciences.*

Appropriate professional attitude: *In addition to interviewing skills, medical ethics and feedback, good role modelling by all health care professionals involved in medical education is essential in fostering professionalism.*

Flexibility: *Changes in knowledge, technology and practice environment can be met by creating a learning environment focused on continuous quality improvement.*

Certified and competent: *Doctors' self awareness of their competence can be enhanced by defining and assessing competencies. Profile-based registration can promote flexibility in specialist registration and titles. (Klazinga NS. The doctor's profile. Further observations at the start of the 21st century. Dutch Journal of Medical Education 2006;25(6):291-295.)*