

Raamplan 1994

Een test-case voor de universitaire huisartsgeneeskunde

De tijd dat het onderwijs werd ingericht 'in overeenstemming met de hoogleraar' ligt allang achter ons. Doelstellingen, onderwijsvormen en evaluatiegegevens zijn daarvoor in de plaats gekomen. Het toenemend kennisarsenaal en een uitgebreid eisenpakket van zowel de vervolgoopleidingen als de maatschappij maken sturing van het universitaire medisch onderwijs noodzakelijk.

Dit werd onderkend in 1974, toen de medische faculteiten in een Raamplan de gemeenschappelijke opleidingseisen voor de arts beschreven.¹ Op basis van ervaringen en lokale omstandigheden vulden de verschillende disciplines hun bijdrage aan het curriculum in.² Het onderwijs is sedertdien niet meer uitsluitend gericht op kennisoverdracht, waarbij doelstelling en inhoud exclusief door de docenten worden geformuleerd, maar schuift op in de richting van kennisverwerving met een sterkere student-oriëntatie. De 'studeerbaarheid' krijgt veel aandacht.³ Dit vraagt om een aanpassing van de eisen die aan het geneeskunde-onderwijs worden gesteld.

Recent is daartoe, onder de titel Raamplan 1994, een rapport verschenen, waarin de acht medische faculteiten in ons land de eindtermen van het wetenschappelijke universitaire onderwijs vastleggen.⁴ In dit overzicht worden deze eindtermen kort beschreven. Vervolgens wordt nagegaan wat zij betekenen voor de huisartsgeneeskundige inbreng in het universitaire geneeskunde-onderwijs, en tenslotte wordt aandacht besteed aan de verdere effecten die het Raamplan kan hebben.

Eindtermen

De eindtermen zijn onafhankelijk van de verschillende disciplines geformuleerd. Daarvoor was het nodig een *profiel* te maken van de arts aan het einde van zijn universitaire opleiding. Dit ideaaltypen is een breed opgeleide dokter, die wel bevoegd is maar zeker nog niet bekwaam om zelfstandig onder eigen verantwoordelijkheid patiëntenzorg te verrichten; daarvoor is een vervolgoopleiding nodig. Wél beschikt hij al over de juiste beroepsinstelling en heeft hij zich het proces van het medisch probleem-oplossen eigen gemaakt. Hij is in het bezit van een breed kennis- en vaardighedenpakket, zodat hij een voldoende wetenschappelijke en praktische basis heeft voor een vervolgoopleiding. De ervaring die hij heeft opgedaan met de verschillende vakgebieden, moet hem inzicht geven in de werkwijze van deze disciplines, zodat hij een verantwoorde beroepskeuze kan maken en tijdens de latere beroepsuitoefening adequaat kan samenwerken.

In de uitwerking van dit profiel krijgt het proces van medisch probleem-oplossen de meeste aandacht. Daarvoor zijn algemene, discipline-overstijgende *eindtermen* geformuleerd, ingedeeld naar medische aspecten, wetenschappelijke aspecten, persoonlijke aspecten en aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem.

Schadé E. Raamplan 1994. Een test-case voor de universitaire huisartsgeneeskunde [Commentaar]. *Huisarts Wet* 1994; 37(10): 418-20.

teem. De medische aspecten omvatten een gedetailleerde omschrijving van het gewenste niveau van procesmatig handelen bij het contact met patiënten of het aanpakken van medische problemen. De nadruk ligt op de procesgang, zoals huisartsen die kennen uit het Basistakenpakket voor de huisarts. De persoonlijke aspecten hebben betrekking op de arts-patiënt relatie en het eigen functioneren. Met betrekking tot de aspecten in relatie tot de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem zijn eindtermen geformuleerd inzake structuur en functie van de gezondheidszorg, medische ethiek, wettelijke voorschriften en kostenaspecten.

Om deze algemene eindtermen te concretiseren, is in overleg met de verschillende disciplines geanalyseerd welke *problemen* een arts kan tegenkomen. Ook deze zijn discipline-onafhankelijk opgesteld. Daarmee wordt duidelijk dat het gaat om een integrale benadering van de patiënt en niet om een optelsom van disciplines.

Het profiel, de algemene eindtermen en de lijst van problemen vormen de spil van het Raamplan. Daarnaast is, na uitgebreide discussie, vastgelegd op welk niveau deze problemen moeten kunnen worden opgelost. Dit zijn de disciplinegebonden eindtermen. De betreffende lijsten van ziektebeelden en vaardigheden dienen uitsluitend in combinatie met de probleemlijst te worden gebruikt, maar helaas hebben de disciplinegebonden eindtermen in het rapport een te prominente plaats gekregen. Doordat ze uitgaan van de elf kerndisciplines van de co-schappen, kunnen ze zich verheugen in een grote mate van herkenbaarheid.

Consequenties voor de universitaire huisartsgeneeskunde

Na de publikatie van het Raamplan is er een golf van Chinees lezen door het medisch curriculum gegaan: de meeste docenten beginnen achteraan om te kijken of ze de ziektebeelden kunnen herkennen, vervolgens bladeren ze terug om de bijpassende problemen te zoeken, en tenslotte constateren ze met enige verbazing dat er ook nog eindtermen inzake het medisch probleem-oplossen zijn opgenomen. Dat was nou juist niet de bedoeling. Het streven is om de eindtermen discipline-onafhankelijk, probleem- en procesgeoriënteerd te formuleren. Faculteiten mogen vervolgens zelf kiezen welke disciplinegebonden eindtermen ze willen benutten bij de invulling van hun curriculum.

Of men het Raamplan nu ziet als de nieuwe bijbel of als

het grootste kwaad, het zal in ieder geval aanleiding geven tot een herziening van de inhoud van het curriculum. Het Raamplan geeft daarover geen adviezen; dat is een verantwoordelijkheid van de faculteitsraden, op advies van de opleidings- of curriculumcommissies. De discussie zal daarbij gaan over de vraag welk probleem in welke discipline het meest voorkomt, en welk specialisme de meeste ervaring heeft met een bepaald onderdeel van het medisch probleem-oplossen.

In deze discussie komt de huisartsgeneeskunde goed beslagen ten ijs. Wij beschikken namelijk over morbiditeitsstudies die een goede epidemiologische ondersteuning geven aan de werkzaamheden van de huisarts, zowel op probleem- als op diagnose-niveau, en veelal in relatie met specifieke huisartsgeneeskundige aspecten van het diagnostisch en therapeutisch proces. De huisartsgeneeskundige invalshoek is uitstekend beschreven in het rapport van de subcommissie Gezondheids(zorg)wetenschappen in de Koninklijke Nederlandse Akademie voor Wetenschappen (KNAW).⁵ Grondbeginselen zijn de algemene toegankelijkheid en de continuïteit. Deze krijgen inhoud in relatie met het probleemaanbod en het handelen van de huisarts in samenwerking met andere hulpverleners.

Daarnaast kenmerkt de huisartsgeneeskunde zich door de specifieke relatie met de patiënt en door gezinsgeneeskunde. Een belangrijk onderwijskundig hulpmiddel is het feit dat de hulpverlening van de huisarts kan worden gerelateerd aan een omschreven patiëntenpopulatie, en dat de beoordeling van het nut van het handelen en het kritisch toepassen van medische interventie tot de dagelijkse routine van de huisarts behoren.

Zo is het onderwijsdomein van de huisarts af te bakenen door enerzijds deze grondbeginselen en welomschreven aspecten van het huisartsgeneeskundig handelen en anderzijds de problemen en ziektebeelden waarmee wij frequent worden geconfronteerd. Bovendien is een deel van dit gebied nauwkeurig in kaart gebracht in een reeks NHG-standaarden. We behoeven de discussie dus niet uitsluitend op het metaniveau van de eindtermen te voeren, maar kunnen deze eindtermen vaak zeer concreet en specifiek invullen.

In deze discussie moeten we docenten uit andere vakgroepen duidelijk maken, dat wij er niet op uit te zijn hen op onrechtmatige wijze onderwijs te ontnemen, maar alleen het aandeel claimen waarin wij op epidemiologische gronden en/of door de aard van de hulpverlening de meeste ervaring hebben. Zo zouden de vakgroepen huisartsgeneeskunde zich heel goed kunnen toeleggen op probleemgeoriënteerd onderwijs inzake spoedeisende hulp en veel voorkomende, kortdurende ziekten, op het uitsluiten van ernstige ziekten, en op de behandeling en begeleiding van langdurige en chronische aandoeningen.

De huisartsgeneeskunde profileert zich daarmee tevens met nadruk al klinische discipline.

Daarbij zullen we duidelijk naar voren moeten brengen dat het voor het patiëntgebonden klinisch onderwijs absoluut noodzakelijk is dat de vakgroepen huisartsgeneeskunde op korte termijn kunnen beschikken over een sterk netwerk van universitaire huisartspraktijken, en dat de daarvoor noodzakelijke financiering er snel zal moeten komen. We zullen ons dan wel moeten concentreren op het invullen van klinische eindtermen, vanzelfsprekend in relatie met die inzake het persoonlijke functioneren, de maatschappij en het gezondheidszorgsysteem.

Het onderwijs op deze gebieden is niet primair een taak voor de vakgroepen huisartsgeneeskunde. Wél is onderlinge afstemming vereist bij het formuleren en uitvoeren van de concrete onderwijsdoelstellingen. Het Raamplan geeft daarvoor voldoende houvast. Het onderwijs kan vervolgens worden gebaseerd op de problemen waarmee wij, uitgaande van de contactfrequentie, de meeste ervaring hebben. Als vervolgens het onderwijs wordt ingericht op basis van complementariteit met de docenten van andere vakgebieden en niet op basis van concurrentie, kan Raamplan 1994 een stimulans zijn voor de huisartsgeneeskundige inbreng in het wetenschappelijk onderwijs. In die zin is het een test-case voor de wijze waarop de huisartsgeneeskunde zich in het academisch veld heeft geprofileerd, en hoe dit vakgebied in de verschillende medische faculteiten is geaccepteerd.

Het Raamplan in breder perspectief

De eindtermen zijn onder verantwoordelijkheid van de faculteiten geformuleerd, zonder eerst de vervolgoledingen te horen. Met de KNMG-commissie Continuüm Medisch Onderwijs (CCMO) is overeenstemming bereikt over het principe dat de geformuleerde eindtermen identiek zijn aan de begintermen van alle vervolgoledingen. De universitaire medische opleiding dient dus voldoende voorbereiding te geven voor alle specialistische vervolgoledingen. Een specialisatie gedurende het wetenschappelijk onderwijs is hiermee afgewezen.

Impliciet is daarmee nog een andere belangrijke stap genomen. Het artsexamen zal niet langer betekenen dat de arts in staat is de gehele genees-, heel- en verloskunde te beoefenen; het artsdiploma is een tussenstap tussen wetenschappelijk onderwijs en vervolgoleding geworden. Vanzelfsprekend behoudt het artsdiploma een civiel effect en geeft het de bevoegdheid tot medisch handelen naar de bekwaamheid op dat moment. In dat opzicht is het artsexamen het scheidingspunt tussen co-assistent en assistent-arts: de eerste zonder bevoegdheid, de tweede heel nadrukkelijk wél, ook al zal de supervisor moeten bewaken dat de arts in opleiding zijn bekwaamheden niet te buiten gaat.

Voor het toetsen van het effect van deze eindtermen op de inhoud en vorm van het wetenschappelijk onderwijs en de opleidingen, bestaan wel plannen, maar van enige concretisering is nog geen sprake. Dat is ook niet eenvoudig. Het patiëntgebonden karakter van het artsexamen dient niet vervangen te worden door schriftelijke kennistoetsen, afgenomen in het Jaarbeursgebouw. Een onderlinge vergelijking op niveau van kennis, vaardigheden en attitude moet mogelijk zijn. Wellicht betekent dit een terugkeer van de gecommiteerde, zoals vroeger bij het eindexamen van de middelbare school. Er dient nadrukkelijk te worden gewaakt voor het gevaar dat externen (overheid, zorgverzekeraars) de eindtermen gaan gebruiken om de inhoud van het artsexamen vast te stellen. De inhoud van het wetenschappelijk onderwijs is in de eerste plaats een verantwoordelijkheid van de gezamenlijke universiteiten, in goed overleg met de beroepsgroepen. Raamplan 1994 is daarvan een goed voorbeeld en verdient alleen al daarom navolging.

Het discipline-overlegorgaan medische wetenschappen van de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (DMW-VSNU) heeft inmiddels de faculteiten verzocht na te gaan, in hoeverre zij de in het Raamplan vervatte eindtermen aanvaarden als richtlijn voor de invulling van hun onderwijsprogramma's en in welke mate zij bereid en in staat zijn het onderwijsprogramma zoals dat thans func-

tionneert, aan de eindtermen te toetsen en zo nodig bij te stellen.

Prof.dr. E. Schadé,
Vakgroep Huisartsgeneeskunde, Academisch
Medisch Centrum – Universiteit van Amsterdam
Meibergdreef 15, 1105 AZ Amsterdam

- 1 Interfacultair Overleg Geneeskunde. Raamplan 1974. Med Contact 1974; 29: 1017-21.
- 2 Interfacultair overleg Huisartsgeneeskunde. Globale onderwijsdoelstellingen van de opleiding tot huisarts. Huisarts Wet 1983; 26: 266-8.
- 3 Adviescommissie studeerbaarheid. Te doen of niet te doen. Advies voer de studeerbaarheid van onderwijsprogramma's in het hoger onderwijs. Zoetermeer: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1992.
- 4 Metz JCM, Pels Rijcken-Van Erp Taalman Kip EH, Van den Brand-Valkenburg BWM. Raamplan 1994 artsopleiding. Eindtermen van de artsopleiding. Nijmegen: Universitair Publicatiebureau Katholieke Universiteit Nijmegen, 1994
- 5 Commissie Geneeskunde, Subcommissie Gezondheids(zorg)wetenschappen. Rapport van de subcommissie gezondheids(zorg)wetenschappen. Amsterdam. Koninklijke Nederlandse Akademie van Wetenschappen, 1991. ■