

DE GENEESKUNDEOPLEIDING IS GEEN BEROEPSKEUZETEST

# Liever lange stages dan korte coschappen

In een coschap van zes weken blijven de contacten met collega's en patiënten oppervlakkig. Terwijl juist via die contacten veel te leren valt voor de huidige artsen in spe. Net afgestudeerd geneeskundestudent Claudia Tielemans pleit voor een eigentijdser systeem met een beperkt aantal lange stages.

**A**l zolang als de geneeskunde beoefend wordt, bestaat een aanzienlijk deel van de opleiding tot arts uit leren op de werkvloer in een leerling-meesterrelatie. Ongetwijfeld was dit eeuwenlang een meer dan degelijk opleidingssysteem. Echter, met de opkomst van specialisaties en subspecialisaties zijn er door de jaren heen steeds meer meesters voor één leerling bij gekomen. Gevolg is een 'moderne' opleiding die meer weg heeft van een eindeloze aaneenschakeling van snuffelstages dan van een universitaire master. Vaak worden klinische stages afgerond in twee tot zes weken, bij uitzondering zijn dit er twaalf of achttien. Gaat het om een coschap van twaalf weken, dan komen er vaak alsnog drie tot vijf disciplines aan bod; elk met een eigen afdeling, programma en eindbeoordeling. Dit systeem biedt weliswaar een brede kennismaking met de verschillende vakgebieden, maar als pasafgestudeerde Nederlandse geneeskundestudent eindig ik met hechtings-

problematiek en laat ik een trits personen achter die mijn naam allang weer zijn vergeten.

## Zorgvraag verandert

De zorg verandert continu en de artsenopleiding verandert niet snel genoeg mee. Al sinds de negentiende eeuw is er een proces gaande van specialisatie en subspecialisatie van het artsberoep, leidend tot een gefragmenteerd zorgaanbod. Daarnaast verandert ook de groep mensen die om deze zorg vraagt. Patiënten zijn autonoom, blijven langer thuis wonen, hebben vaker chronische aandoeningen en hun groep als geheel ondergaat een vergrijzing die de zorg compliceert. Als gevolg van deze ontwikkelingen verandert de zorgvraag van patiënten aan hun artsen. Zij zoeken geen paternalistische encyclopedie, maar een emotioneel begeleider, een partner in de besluitvorming, iemand die makkelijk verschillende professionals in hun zorgproces kan engageren. Om de artsen in spe adequaat voor te

bereiden op deze veranderingen zouden competenties gericht op *shared decision making* en interprofessioneel samenwerken dan ook de kern moeten vormen van de huidige geneeskundeopleiding.

## Korte contacten

Het huidige coschapsysteem, met veel korte coschappen, biedt slechts een beperkte mogelijkheid voor het leren van deze competenties. Doordat ik steeds in zes weken een coschap afgerond moest hebben, bleef voor mij het contact met zowel collega's als patiënten vaak oppervlakkig. Omdat ik – ook binnen een coschap – iedere week op een nieuwe afdeling meeliep of iedere dag met een andere specialist de polikliniek bemande, was eenzelfde patiënt regelmatig terugzien een zeldzaamheid. Laat staan dat ik deelde in de besluitvorming van hun zorgproces. Artsen en verpleegkundigen op deze werkplekken zagen me in ditzelfde tempo komen en gaan, en we deden meestal niet echt ons best om elkaar te leren kennen. Een begrijpelijk gevolg van de korte contacten, maar het stond het interprofessioneel samenwerken behoorlijk in de weg. Verder voelde ik door de zeer frequente beoordelingsmomenten een enorme druk om te moeten opvallen. Hierdoor liet ik het opdoen van kennis soms bewust voorgaan op het opdoen van praktijkervaring. Ik ging niet assisteren op de polikliniek of de operatiekamer,

maar werkte onder werktijd verslagen uit en zocht feitjes op die ik dan in aanwezigheid van een beoordelaar kon laten vallen. Ik betrapte mezelf er regelmatig op dat ik meer dan met 'arts worden' bezig was met 'coassistent zijn'. Longitudinaal leren in langere coschappen zou helpen de geneeskundemaster veel meer dan nu te benutten voor het leren van de eerdergenoemde

competenties. Dit door meer waardevol patiënt- en collegiaal contact en minder continue prestatiedruk.

#### **Feitjes vergaren**

Het systeem van korte stages in zoveel mogelijk disciplines wekt de indruk dat studenten inhoudelijke kennis moeten opdoen in al die vakgebieden. Meerdere

argumenten pleiten tegen een dergelijk systeem. Ten eerste is het een illusie dat je overal inhoudelijke kennis van zou kunnen opdoen. Waar vroeger het aantal aandoeningen en behandelmogelijkheden vrij beperkt was, is in de huidige geneeskunde het totaal aan kennis gewoonweg te groot, te gefragmenteerd en te gecompliceerd. Zelfs na drie jaar coschappen zullen studenten slechts met een beperkt deel van de geneeskunde in aanraking zijn gekomen. Ten tweede is het opdoen van specifieke vakinhoudelijke kennis in dit stadium van de artsenopleiding mijns inziens niet nodig. Uiteraard ontken ik

## Het is een eindeloze aaneenschakeling van snuffelstages



niet dat een goede arts parate kennis moet hebben, ik betwist alleen dat de geneeskundemaster de plek is om deze kennis op te doen. Ik ben van mening dat er over het algemeen te veel waarde wordt gehecht aan de vakspecifieke kennis en expertise die wij opdoen tijdens onze masterfase. Vakspecifieke kennis leer je pas echt goed in je eerste anios-baan en je vervolgopleiding. Een beginnende assistent die op de Spoedeisende Hulp oog in oog staat met een patiënt met een acuut glaucoom, zal zich niet beroepen op zijn coschap oogheelkunde om deze patiënt te helpen.

trelatie. Kennisdoelen zijn niet vakinhoudelijk maar conceptueel. De coschappen zouden vaker buiten het ziekenhuis worden gelopen, waarbij de sociale omstandigheden van de patiënt meer aandacht krijgen. Beoordeling en feedback berusten niet op het ondertekenen van formuliertjes maar op daadwerkelijke, langdurige observatie van iemands functioneren door de verschillende leden van het zorgteam. Uiteraard zijn talloze praktische problemen het gevolg van het invoeren een nieuw systeem, maar daarvoor zijn ook weer talloze oplossingen

Met andere woorden: de geneeskundemaster is geen lange, dure beroepskeuzetest.

De geneeskundemaster zou als doel moeten hebben jonge dokters de competenties mee te geven om zich op een verantwoorde en bekwaame wijze in te zetten voor zo goed mogelijke patiëntenzorg. En daarvoor is longitudinaal leren in veel langere coschappen noodzakelijk.

### Onfortuinlijke individuen

Natuurlijk is het in dit nieuwe systeem vervelend als studenten terecht komen bij een specialisme dat zijzelf minder leuk vinden. En uiteraard moeten we onze uiterste best doen om iedereen op een voorkeursplek te plaatsen. Maar dat zal niet altijd lukken. In een dergelijk geval loop je als student een aantal maanden rond op een plek die je op vakinhoudelijk vlak minder interesseert. Dat is een nadeel voor een klein aantal studenten. Tegelijkertijd weegt het voordeel voor alle studenten – inclusief deze onfortuinlijke individuen – wat mij betreft veel zwaarder. Immers, op die ene minder leuke plek leer je nog steeds veel meer waardevolle competenties dan je op de alternatieve vier tot zes leuke snuffelstages had opgepikt.

Geneeskundestudenten zullen in dit nieuwe systeem op hun stageplaatsen de kans krijgen om daadwerkelijk te aarden, te groeien en een veilige leeromgeving te ervaren. Zo kunnen ze vervolgens een volledig en zelfgestuurd leerproces doormaken. Op die manier geven we ze, veel meer dan nu, de kans om de essentiële competenties te vergaren die artsen in de toekomst nodig hebben. ■

### contact

claudiatielemans@gmail.com  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).

## Leerdoelen in lange stages moeten zijn: samenwerking en de arts-patiëntrelatie

Wellicht leest hij of zij snel een protocol en – nog waarschijnlijker – put uit de ervaring van collega's en supervisors. Om dokters voor te bereiden op deze vervolgopleiding hebben we er in de toekomst meer aan om de focus te leggen op andere leerdoelen dan het vergaren van feitjes over alle vakgebieden.

### Toekomstideaal

Richard Koopmans schetst in zijn artikel 'Prima dat basisvakken verdwijnen uit de opleiding' in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde het idee van een geneeskundebachelor gericht op moderne basisvakken zoals gespreksvaardigheden, psychologie en het toepassen van richtlijnen.<sup>1</sup> Het einddoel: artsen opleiden tot adviseur en keuzebegeleider van de patiënt. Mijn voorstel zou zijn om met eenzelfde doel ook de master rigoureuze aan te passen. In mijn toekomstideaal lopen coassistenten lange stages van zes maanden in een veel kleiner aantal, zelfgekozen specialismen. Dit zien we al langer bij andere studies, zoals de verpleegkundeopleiding. Leerdoelen voor deze stages zouden hoofdzakelijk gericht zijn op samenwerking en de arts-patiënt-

denkbaar. Wellicht moet de masteropleiding korter worden, met een extra dedicated schakeljaar voor elke vervolgopleiding.<sup>2</sup> Mogelijk ontkomen we er niet aan om een kernstage te verplichten, gericht op acuut handelen en *basic life support*. Misschien moeten studenten begeleiding van een mentor krijgen bij het maken van een uitgebalanceerde keuze van stages. Het vasthouden aan een verouderd, onlogisch systeem puur vanwege praktische bezwaren is in ieder geval slecht verdedigbaar.

### Geen beroepskeuzetest

Als u zich afvraagt hoe toekomstige studenten dan kunnen kiezen welk vak binnen de geneeskunde zij willen beoefenen, moet ik u helaas teleurstellen. Ik denk namelijk dat dat geen relevante vraag is in deze discussie. Probeer maar eens uit te leggen aan een rechten- of economiestudent dat ze een stage in elk mogelijk toekomstig werkveld zouden moeten lopen. Stages zijn bedoeld als een veilige plek om ervaring op te doen, fouten te maken en vaardigheden te leren, niet als een zo exact mogelijke weergave van alle mogelijke toekomstige banen.