

## University of Groningen

### De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde

Pols, Jan

**IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.**

*Document Version*

Publisher's PDF, also known as Version of record

*Publication date:*

2003

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Pols, J. (2003). *De beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde: verkenningen op het gebied van chronisch zieken*. s.n.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, 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), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

## 2 DE STAND VAN ZAKEN IN NEDERLAND BIJ HET ONDERWIJS ROND CHRONISCH ZIEKEN

### 2.1 INLEIDING EN ONDERZOEKSVRAGEN

In hoofdstuk 1 zijn vraagtekens geplaatst bij de mate waarin ontwikkelingen in de geneeskunde en gezondheidszorg hun weg vinden naar de beroepsvoorbereiding van studenten geneeskunde. Die vraag is rond chronisch zieken geoperationaliseerd in de eerste hoofdvraag van dit proefschrift: Reageert het medisch onderwijs adequaat op de veranderingen die zich in de geneeskunde en in de gezondheidszorg rond chronisch zieken afspelen?

In hoofdstuk 1 is de doel-middel-toetscyclus geïntroduceerd (blz. 3). Doelgericht en doelmatig onderwijs kenmerkt zich door een nauwe samenhang tussen de drie elementen van de cyclus. De doelstellingen waarvan verwacht wordt dat studenten die bereiken, zijn vertaald in daarop toegesneden onderwijs- en leermiddelen en het beoogde leereffect wordt adequaat getoetst. Een nauwe samenhang is echter moeilijk te bewerkstelligen en daardoor niet vanzelfsprekend.<sup>32</sup> Het bestaan van eindtermen betekent bijvoorbeeld niet automatisch dat er ook een onderwijssetting wordt geboden waarin die eindtermen kunnen worden gerealiseerd. Zo kennen Raamplan 1994 en 2001 wel eindtermen rond professioneel gedrag, maar het zoeken naar onderwijsmethodieken om dat gedrag mee te kunnen ontwikkelen is nog maar net gestart.<sup>28</sup> Andersom betekent het ontbreken van eindtermen niet dat studenten niets leren. Vóór Raamplan 1994 tot stand kwam, bestonden er feitelijk geen eindtermen voor de artsopleiding.\* Toch betekende dat niet dat studenten gedurende hun studie geneeskunde niets leerden.

Het voorgaande betekent dat aan een evaluatie van doelstellingen geen conclusies kunnen worden verbonden over het onderwijsprogramma of het leereffect bij studenten. Datzelfde geldt voor geïsoleerde evaluaties van de twee andere onderdelen van de didactische cyclus. Ook aan de resultaten daarvan zijn geen conclusies te verbinden ten aanzien van de twee andere elementen van de doel-middel-toetscyclus. Voor een oordeel over het medisch onderwijs rond chronisch zieken zal een evaluatie zich dus moeten richten op alle drie de onderdelen van de didactische cyclus. De vraag naar de actuele situatie van het medisch onderwijs rond chronisch zieken valt daarom in drie vragen uiteen:

- 1 Zijn de doelstellingen voor het medisch onderwijs adequaat op het gebied van chronisch zieken?
- 2 Zijn de onderwijsprogramma's toereikend om studenten in de gelegenheid te stellen zich adequaat voor te bereiden op hun contacten met chronisch zieken?

\* Raamplan 1974 was dermate globaal geformuleerd dat niet van eindtermen kan worden gesproken.<sup>133</sup>

### 3 Hoe goed zijn afgestudeerden voorbereid op hun contacten met chronisch zieken?

In de volgende drie paragrafen worden opzet, uitvoering en resultaten van het onderzoek beschreven waarmee een antwoord is gezocht op deze vragen. De resultaten worden aan het slot van dit hoofdstuk samengevat en in het licht van de hoofdvraag besproken. Daarbij wordt ook ingegaan op het feit dat de actuele situatie in het medisch onderwijs anders is dan ten tijde van de uitvoering van het onderzoek. Zo is bijvoorbeeld Raamplan 1994 gebruikt voor het onderzoek naar de eindtermen voor het onderwijs rond chronisch zieken en is inmiddels Raamplan 2001 verschenen.

## 2.2 LACUNES IN RAAMPLAN 1994: AANVULLENDE EINDTERMEN ROND CHRONISCH ZIEKEN

### 2.2.1 Inleiding\*

Eindtermen vormen het uitgangspunt voor onderwijs en ze bakenen voor het curriculum een referentiekader af.<sup>82</sup> Voor de acht Nederlandse faculteiten geneeskunde bevat Raamplan 1994 de gemeenschappelijke eindtermen.<sup>4</sup> In 1997 hebben uit Raamplan 1994 de Algemene Eindtermen en de Problemen als Uitgangspunten voor Onderwijs een wettelijke basis gekregen. Ze werden toen in een algemene maatregel van bestuur – het Besluit opleidingseisen arts – werden toegevoegd aan de Wet Beroepen in de individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).<sup>34</sup> Daarmee is formeel juridisch vastgelegd aan welke eisen studenten geneeskunde minimaal moeten voldoen na zes jaar studie, ongeacht aan welke faculteit zij afstuderen. Voor het beantwoorden van de vraag of er voor het onderwijs rond chronisch zieken adequate eindtermen zijn geformuleerd, is Raamplan 1994 dus het ijkpunt.

Het hier gepresenteerde onderzoek is uitgevoerd in het kader van het project Onderwijs Rond Chronisch Zieken in Curriculum 2000 (verder ‘project chronisch zieken’ genoemd).<sup>2</sup> De leden van de projectgroep chronisch zieken (twee medisch specialisten, twee onderwijskundigen, een psycholoog en een student) hebben de wettelijke kern van het Raamplan beoordeeld. Zij waren van mening dat in de Algemene Eindtermen te weinig aandacht wordt besteed aan de specifieke aspecten van het werk van de arts in contact met chronisch zieken. Een concreet voorbeeld daarvan is dat de eisen ten aanzien van het medisch probleemoplossen zich beperken tot consulten die betrekking hebben op de diagnostiek van een aandoening. Het probleemoplossen tijdens vervolggconsulten – consulten waarin de diagnose (al langer) bekend is, wat geldt voor het leeuwendeel van de

---

\* Dit onderzoek is – met een aangepaste inleiding – gepubliceerd als: Pols J, Griend J van der. Lacunes in Raamplan 1994: aanvullende eindtermen rond chronisch zieken. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2001;20(3):91-9.

consulten van patiënten met een chronische aandoening – wordt niet als apart onderwerp behandeld. Bij de beoordeling van de Problemen als Uitgangspunten voor Onderwijs (verder ‘problemen’ genoemd) bleek dat van de 353 problemen die deze lijst bevat, er slechts tien à twintig (circa 5%) direct of indirect betrekking hebben op chronisch zieken. De overige problemen betreffen acute aandoeningen of acute episodes in het verloop van een chronische aandoening.

Na deze interne beoordeling was de vraag of de geconstateerde lacunes bevestigd zouden worden, als een panel van deskundigen gevraagd werd te oordelen over aanvullende eindtermen op het gebied van chronisch zieken.

### 2.2.2 Methode

Voor de lacunes in de Algemene Eindtermen en de problemen van Raamplan 1994 zijn voorstellen voor amendementen geformuleerd. In een consensusprocedure is door een panel van deskundigen vastgesteld of deze amendementen aan Raamplan 1994 moesten worden toegevoegd.

De amendementen bestonden uit voorstellen voor nieuw toe te voegen eindtermen en precisering van bestaande eindtermen. Ze zijn gebaseerd op de volgende bronnen:

- Suggesties voor kernpunten voor het onderwijs zoals gedaan door de Commissie van Advies bij het project Onderwijs Rond Chronisch Zieken in Curriculum 2000.
- Kerndoelstellingen tot het Doctoraal Geneeskunde van de Faculteit der Medische Wetenschappen in Nijmegen.<sup>83</sup>
- Doelstellingen uit het deskundigheidsbevorderingspakket: Chronisch zieken, uw zorg?<sup>49</sup>
- Doelstellingen Geriatrie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie.<sup>84</sup>
- Interviews met artsen (zie hoofdstuk 3, blz. 49).
- Suggesties voor aanvulling van Raamplan 1994 die gedaan zijn door de koepelorganisatie van patiëntenverenigingen van patiënten met chronische aandoeningen (het Werkverband Organisaties Chronisch Zieken).\*
- Artikelen over onderwijs rond chronisch zieken.

De voorstellen zijn opgesteld door een projectmedewerker van het project chronisch zieken. De projectgroep chronisch zieken heeft besloten welke daarvan in de consensusprocedure zouden worden ingebracht. Alle deelnemers aan de consensusprocedure hebben in de loop ervan de gelegenheid gekregen om nieuwe voorstellen voor amendementen te leveren.

Voor de consensusprocedure is een variant op de Delphi-procedure gebruikt, een werkwijze die vaker wordt gebruikt om tot eindtermen te komen.<sup>85-87</sup> Naar aanleiding van eerdere ervaringen is een gemodificeerde Delphi-procedure gebruikt met twee schriftelijke rondes en een plenaire vergadering.<sup>87</sup> De keuze voor de initiële schriftelijke rondes werd bepaald door de wens om een groep deelnemers met grote verschillen qua achtergrond (medici, verpleegkundigen,

---

\* Inmiddels opgegaan in de Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland.

paramedici en patiënten) de gelegenheid te geven om een gelijkwaardige inbreng te hebben. De afsluitende bijeenkomst is georganiseerd om het aantal schriftelijke rondes te beperken. De hele procedure besloeg een periode van vijf weken.

Aan de consensusprocedure namen de dertig personen deel die actief bij het project chronisch zieken waren betrokken: zes leden van de projectgroep chronisch zieken (zij hadden nog geen individueel waardeoordeel over de voorstellen uitgesproken; de projectmedewerker die de procedure voorbereidde en uitvoerde, deed niet mee) en 24 leden van de Commissie van Advies bij het project chronisch zieken. De groep bestond uit vijftien medici (twaalf medisch specialisten, een huisarts en twee sociaal geneeskundigen), zes patiënten of hun vertegenwoordigers, vier onderwijskundigen, twee psychologen, een verpleegkundige, een maatschappelijk werker en een student. In elke ronde konden de deelnemers hun oordeel over de amendementen uitspreken op een vierpunts Likertschaal. Daarbij moest men de vraag beantwoorden of men deze eindterm voor iedere arts die in Groningen afstudeert, vereist, wenselijk, niet echt nodig of onnodig vond. Onder vereist werd daarbij verstaan: “Elke arts die in Groningen afstudeert, moet altijd aan deze eindterm voldoen; de faculteit is dus verplicht om hierover onderwijs aan te bieden en studenten hierover te toetsen”. Onder wenselijk: “Niet elke arts die in Groningen afstudeert, hoeft altijd aan deze eindterm te voldoen, maar indien er ruimte in het curriculum zit, is het wenselijk dat de faculteit over dit onderwerp onderwijs aanbiedt”. De deelnemers konden daarnaast suggesties voor aanpassingen van amendementen en nieuwe aanvullingen doen. Van consensus is gesproken als minimaal twee derde van de respondenten dezelfde eis stelde.

In de eerste schriftelijke ronde zijn alle amendementen ter beoordeling voorgelegd. In de tweede ronde is bij alle amendementen waarover na de eerste ronde consensus bestond, het vereiste niveau aangegeven. Bij amendementen waarover nog geen consensus bestond, werd voor elk niveau aangegeven hoeveel respondenten daarvoor gekozen hadden. Suggesties voor nieuwe eindtermen of tekstuele aanpassingen zijn in de tweede ronde verwerkt. Om de deelnemers de mogelijkheid te geven de eigen mening met die van de groep als geheel te vergelijken, kregen zij hun materiaal uit de eerste ronde terug. Voor de plenaire derde ronde is het schriftelijk materiaal op dezelfde wijze bewerkt als na de eerste ronde, met dien verstande dat nu bij elk amendement waarover na de tweede ronde nog geen consensus bereikt was, door de projectgroep chronisch zieken een voorstel werd gedaan voor het vereiste niveau. Deze eindtermen zijn besproken en – eventueel na aanpassing van het niveau – vastgesteld. In deze laatste ronde kreeg elke deelnemer inzage in zijn of haar ingevulde enquête uit de tweede ronde.

### **2.2.3 Resultaten**

De respons bedroeg in beide schriftelijke rondes 90%. Alle deelnemers hebben in deze rondes minimaal eenmaal hun oordeel uitgesproken. Bij de derde ronde was 67% van de deelnemers aanwezig. Het aantal respondenten varieerde per vraag, waardoor het aantal respondenten met dezelfde mening, dat nodig was om consensus te bereiken, in de praktijk varieerde van vijftien tot zeventien.

In totaal zijn 161 amendementen beoordeeld (tabel 3): 118 bij de Algemene Eindtermen (ronde 1 start met 99 amendementen, 19 toevoegingen in ronde 1 en 2) en 43 bij de Problemen als Uitgangspunten voor Onderwijs (ronde 1 start met 43 amendementen, geen toevoegingen).

**Tabel 3** Verloop consensusprocedure.

	beoordeeld	vervallen	toegevoegd	consensus per ronde		cumulatieve consensus	
				N	(%)*	N	(%)**
<b>ronde 1</b>							
eindtermen	99	22	12	26	(26,3)	26	(31,0)
problemen	43	1	0	4	(9,3)	4	(10,3)
<b>ronde 2</b>							
eindtermen	63	8	7	23	(36,5)	49	(58,3)
problemen	38	1	0	18	(47,4)	22	(56,4)
<b>ronde 3</b>							
eindtermen	39	4	0	35	(89,7)	84	(100)
problemen	19	2	0	17	(89,5)	39	(100)

N aantallen eindtermen/problemen; % percentage te beoordelen items waarover consensus ontstaat; \* aantal en percentage per rij; \*\* eindtotaal kolom = 100%

In de loop van de rondes zijn 38 amendementen (34 Algemene Eindtermen en vier problemen) vervallen, omdat er sprake was van overlappings met andere eindtermen en een aantal kon worden samengevoegd. Er werden op aanraden van de deelnemers negentien nieuwe amendementen toegevoegd.

Uiteindelijk zijn 84 Algemene Eindtermen en 39 problemen aan de eindtermen van Raamplan 1994 toegevoegd. Tabel 3 laat zien dat er na de tweede schriftelijke ronde over meer dan de helft van de amendementen consensus bestond en dat er na de derde ronde over alle amendementen consensus was bereikt. Geen enkel amendement werd beoordeeld als niet echt nodig of onnodig. Consensus betekende steeds dat het amendement betrekking had op een eindterm die vereist dan wel wenselijk werd gevonden.

**Tabel 4** Resultaten consensusprocedure.

	algemene eindtermen (N=84)		problemen (N=39)	
	nieuw	precisering	nieuw	precisering
vereist	48	16	23	5
wenselijk	20	-	11	-

Tabel 4 laat zien wat het gewenste niveau is voor de toegevoegde Algemene Eindtermen en problemen en ook of het daarbij gaat om nieuw toegevoegde eindtermen dan wel om preciseringen van bestaande eindtermen. Een volledig overzicht van de aanvullende eindtermen is opgenomen in bijlage I (blz. 121), hier worden enkele voorbeelden gegeven.

De meerderheid van de toevoegingen en preciseringen heeft te maken met het verbreden van het voornamelijk biomedische aandachtsgebied van Raamplan 1994 naar het terrein van de psychische en sociale aspecten van het leven met een chronische aandoening. Bijvoorbeeld:

*Systematisch anamnestiche gegevens kunnen verzamelen m.b.t. de aandoening en de gevolgen ervan op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied. (nieuw/vereist)*

*Beschouwen van de klachten in perspectief van de zich ontwikkelende ziekte/adaptatie aan de ziekte. (nieuw/vereist)*

Een deel heeft te maken met de benadering van de patiënt als mondig en autonoom individu, waarbij rekening wordt gehouden met diens gevoelens, wensen, belasting en draagvermogen. Bijvoorbeeld:

*Bepalen van het therapeutisch doel, in overleg met de patiënt, gericht op het verbeteren van de kwaliteit van het leven, zowel op korte als ook op lange termijn. (precisering/vereist)*

Het therapeutisch gesprek en het adviseren/voorlichten zijn belangrijke elementen in het professionele contact met chronisch zieken. Aan dit deel van het Raamplan is een flink aantal eindtermen toegevoegd. Met name ten aanzien van het begeleiden van chronisch en ongeneeslijk zieken, partner, vrienden en familie zijn van bestaande eindtermen de eisen verscherpt. Zo is de eis: "In zijn opleiding kennis gemaakt hebben met ..." uitgebreid met: "en inzicht verworven hebben in ...". Ten slotte zijn er aanvullingen gekomen ten aanzien van de benodigde persoonlijke aspecten. Deze hebben alle te maken met de arts-patiëntrelatie. Bijvoorbeeld:

*Streeft naar een zo gelijkwaardig mogelijke arts-patiëntrelatie, waarbij de patiënt als ervaringsdeskundige geaccepteerd wordt en de arts eerlijke informatie geeft. (precisering/vereist)*

*Kan emotionele reacties van de patiënt plaatsen in het kader van coping met de ziekte. (nieuw/vereist)*

*Heeft inzicht in het fenomeen van positieve en negatieve overdracht van een patiënt ten opzichte van een arts en vice versa en kan op basis van dat inzicht handelen. (nieuw/vereist)*

Bij de problemen is bij de chronische ziekten het woord *chronisch* toegevoegd, zodat deze groep duidelijker herkenbaar wordt. Het merendeel van de toegevoegde problemen heeft betrekking op ziekte-overstijgende aspecten van de omgang met chronisch(e) ziek(t)en. Bijvoorbeeld:

*Adaptatie aan / leven met een chronische aandoening. (nieuw/vereist)*

*Functieverlies.*

*(nieuw/vereist)*

*Ziektebeleving / -perceptie.*

*(nieuw/vereist)*

#### **2.2.4 Discussie en conclusie**

De lacunes die door de projectgroep chronisch zieken werden geconstateerd in de eindtermen van Raamplan 1994 zijn door een panel van deskundigen bevestigd: geen enkel voorgesteld amendement werd als niet zo nodig of onnodig beoordeeld. De gekozen werkwijze heeft erin geresulteerd dat de gesignaleerde lacunes zijn aangevuld met nieuwe eindtermen en preciseringen van bestaande eindtermen. De aanvullingen liggen grotendeels op het gebied van psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronisch ziek zijn en de rol van de arts daarbij.

In totaal zijn 123 grotere en kleinere amendementen aan de wettelijke kern van Raamplan 1994 toegevoegd. Daarvoor is een beroep gedaan op een groep deskundigen die werd aangesproken op haar kennis van chronisch zieken. Het is voor het eerst dat een dergelijke disciplineoverstijgende benadering gekozen is. Op het gebied van eindtermen rond chronisch zieken zijn weliswaar twee eerdere initiatieven geweest, maar beide keren betrof het een discipline (geriatrie en reumatologie) die haar visie gaf op de eindtermen voor de basisopleiding.<sup>84,88</sup> De werkwijze in het hier gepresenteerde onderzoek ligt meer in het verlengde van die van Raamplan 1994, waarbij een groot panel van artsen met diverse achtergronden de relevantie van de voorgestelde eindtermen heeft beoordeeld.<sup>4</sup> Zowel bij het tot stand komen van Raamplan 1994 als bij de aanvullende eindtermen rond chronisch zieken is daarmee een zekere garantie gegeven dat het daadwerkelijk om *algemene* eindtermen gaat, wat wil zeggen dat het voldoen aan deze eisen voor elke afstudeerende arts relevant is. Mede daardoor vormen de aanvullende eindtermen rond chronisch zieken een vruchtbare basis om curricula aan te toetsen en om onderwijs op te baseren. Vanuit dat oogpunt gezien zijn ze niet alleen van nut voor de Faculteit der Medische Wetenschappen in Groningen, maar kunnen ze ook landelijk gebruikt worden. Daartoe zijn ze ingebracht ten behoeve van de discussie over de herziening van Raamplan 1994 (zie ook voetnoot blz. 48).

Met de gebruikte Delphi-procedure bleek het mogelijk te zijn om in korte tijd over een groot aantal amendementen op Raamplan 1994 consensus te bereiken. De respons was hoog in de eerste twee rondes. In de derde ronde waren juist voldoende deelnemers aanwezig om het van tevoren vastgestelde consensusniveau te kunnen bereiken. Deelname aan een schriftelijke procedure is blijkbaar makkelijker te realiseren, mogelijk omdat men zijn betrokkenheid op een zelfgekozen moment kan laten blijken. Omdat na de tweede schriftelijke ronde het percentage consensus fors steeg, lijkt het de moeite waard om bij toekomstig gebruik het aantal schriftelijke rondes uit te breiden en eventueel de plenaire bijeenkomst te laten vervallen.

Met het formuleren van aanvullende eindtermen rond chronisch zieken is niet alleen aangetoond dat Raamplan 1994 op dit gebied lacunes bevat. Er is ook zichtbaar gemaakt waaraan in het onderwijs aandacht moet worden besteed om studenten de gelegenheid te bieden om het gewenste doel te bereiken.



## 2.3 ONDERWIJS ROND CHRONISCH ZIEKEN IN DE MEDISCHE CURRICULA VAN NEDERLAND

### 2.3.1 Inleiding\*

Met het voorgaande onderzoek zijn in de eindtermen van Raamplan 1994 lacunes vastgesteld rond chronisch zieken. Dat hoeft echter niet te betekenen dat er op dat gebied ook lacunes bestaan in de onderwijsprogramma's van de faculteiten geneeskunde. Daarom is nader onderzoek gedaan naar het antwoord op de vraag of de medische curricula in Nederland studenten voldoende gelegenheid geven om zich adequaat voor te bereiden op hun contacten met chronisch zieken.

Het literatuuronderzoek uit hoofdstuk 1 (blz. 20) laat zien dat in het buitenland de curricula als niet toereikend worden ervaren. Zo vindt men dat artsen zowel medisch als emotioneel beter moeten worden voorbereid op het contact met chronisch zieken.<sup>62</sup> Ze moeten leren de actuele situatie van een patiënt te beoordelen in het licht van de toekomstige ontwikkelingen van de aandoening om daar in de behandeling rekening mee te kunnen houden.<sup>75</sup> Er moet meer aandacht komen voor het samenwerken met verpleegkundigen en paramedici.<sup>61,68</sup> Studenten moeten beter getraind worden in *patient-education*.<sup>74</sup> Er is betere training nodig in het brengen van slecht nieuws en de zorg voor stervenden.<sup>75</sup> Ten slotte moet er meer aandacht komen voor de geriatrie.<sup>68,70</sup>

In 1998 zet Cohen nog eens op een rij wat elke arts rond chronisch zieken moet weten en kunnen en welke beroepshouding nodig is voor de begeleiding van chronisch zieken (zie tabel 2, blz. 22).<sup>80</sup> Dit overzicht is als referentiekader gebruikt bij het onderstaande onderzoek. Daarmee is geprobeerd zicht te krijgen op het bestaande onderwijs in Nederland rond chronisch zieken en de gevolgen van chronische aandoeningen op psychosociaal en maatschappelijk terrein. Er is antwoord gezocht op de volgende vragen:

- 1 In hoeverre wordt er door de Nederlandse faculteiten geneeskunde aandacht besteed aan de gevolgen van chronische aandoeningen op psychosociaal en maatschappelijk terrein en de rol van de arts op die gebieden.
- 2 Hoe is deze aandacht verdeeld over het verwerven van kennis, vaardigheden en professioneel gedrag?

### 2.3.2 Methode

Informatie over het onderwijs is via studiegidsen verzameld en ter controle voorgelegd aan de directies van de onderwijsinstellingen. Daarna heeft een analyse plaatsgevonden van de onderwerpen die in het onderwijs aan bod komen. De procedures worden hieronder nader toegelicht.

Op basis van informatie uit de studiegidsen van het studiejaar 1998-1999 zijn overzichten gemaakt van het onderwijs rond chronisch zieken aan de acht

---

\* Dit onderzoek is – met een aangepaste inleiding – gepubliceerd als: Pols J, Griend J van der. Onderwijs rond chronisch zieken in de medische curricula van Nederland. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2001;20(2):46-53.

Nederlandse faculteiten geneeskunde. Gekeken is naar het predoctorale kernonderwijs, de co-assistentenschappen en het keuzeonderwijs. In de overzichten is de informatie uit de studiegidsen opgenomen en geordend. Daarbij is het predoctorale kernonderwijs verdeeld in onderwijs waarin de problematiek van chronisch zieken ‘ziekteoverstijgend’ aan de orde werd gesteld en onderwijs waarin dat ‘ziektegebonden’ gebeurde. Onder ziekteoverstijgend is onderwijs verstaan waarin problematiek aan de orde wordt gesteld die voor (vrijwel) alle chronisch zieken speelt. Dit geldt bijvoorbeeld voor verwerkingsproblematiek die gepaard gaat met het krijgen van een chronische aandoening, algemene sociale en maatschappelijke gevolgen en de organisatie van de zorgverlening. Onder ziektegebonden wordt onderwijs verstaan waarin naast de biomedische gevolgen van een specifieke ziekte of aandoening ook de psychosociale en maatschappelijke gevolgen aan de orde komen. Bijvoorbeeld de behandeling van die problematiek in het onderwijs waarin chronische decompensatio cordis centraal staat.

Van het beschreven predoctorale kernonderwijs is ook vastgesteld of het zich richt op het verwerven van kennis, vaardigheden en/of professioneel gedrag. Onder kennis wordt daarbij zowel feitenkennis verstaan als cognitieve vaardigheden zoals klinisch redeneren. Met vaardigheden wordt bedoeld op handvaardigheden en sociale en communicatieve vaardigheden. Onderwijs rond professioneel gedrag is breed opgevat als onderwijs dat betrekking heeft op de houding van studenten ten opzichte van anderen (patiënt, familie, collega’s, et cetera), waarbij omgang met gevoelens, normen en waarden een rol speelt. Bij het ziekteoverstijgende onderwijs is ook naar de inrichting van het onderwijs gekeken: wordt het in de vorm van een blok of cursus aangeboden, of verspreid door het curriculum. Bij de co-assistentenschappen is alleen gekeken naar de disciplines waarbij studenten stages lopen. Co-assistentenschappen verpleeghuisgeneeskunde, revalidatie en geriatrie zijn beschouwd als stages waarin met name behandeling en begeleiding van chronisch zieken aan de orde is. Bij het keuzeonderwijs is alleen gekeken naar ziekteoverstijgend onderwijs rond chronisch zieken.

De gemaakte overzichten zijn voorgelegd aan de directeurs van de onderwijsinstellingen met het verzoek deze te controleren en zo nodig aan te vullen en/of te corrigeren. Ook is gevraagd of er een onderwijslijn chronisch(e) ziek(t)en bestaat en, zo ja, of deze lijn bewaakt wordt en door wie.

Om een beeld te krijgen van de onderwerpen die in het ziekteoverstijgend onderwijs voorafgaand aan de co-assistentenschappen aan de orde worden gesteld, zijn de resultaten van de inventarisatie verder geanalyseerd. Een van de auteurs heeft aan alle genoemde onderwerpen een inhoudelijk label toegekend. Met de ontstane set labels heeft de tweede auteur het materiaal opnieuw gecodeerd. Waar bij vergelijking van de labels discrepanties bestonden, is in gezamenlijk overleg een definitief label gekozen.

### **2.3.3 Resultaten**

Zeven van de acht faculteiten hebben de gemaakte overzichten gecontroleerd en de open vragen beantwoord. Met de reacties zijn de overzichten gecompleteerd.

**Predocoraal kernonderwijs.** Bij de ordening van het predocorale onderwijs rond chronisch zieken zijn negentien verschillende onderwerpen gevonden, die in drie overkoepelende thema's kunnen worden ondergebracht: psychosociale en maatschappelijke aspecten van chronische ziekte, de beroepsuitoefening door de arts en de organisatie van de gezondheidszorg (tabel 5).

**Tabel 5** Ziekteoverstijgend onderwijs rond chronisch zieken in de curricula van de Nederlandse faculteiten geneeskunde geordend naar onderwerp.

	Kenniss								Professioneel gedrag							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Psychosociale en maatschappelijke aspecten</b>																
psychosociale aspecten		+	+	+			+	+								
ziektebeleving/ziektegedrag		+			+		+					+	+			
afhankelijkheid van de patiënt		+			+									+		
seksualiteit en ziekte		+	+					+								
kwaliteit van leven					+											+
relaties (gezin, familie, etc.)		+			+					+				+		
chronisch zieken en arbeid					+											+
<b>Beroepsuitoefening door de arts</b>																
'zorg op maat'		+														
samenwerken		+			+											
palliatieve zorg		+														
stervensbegeleiding								+								
medisch-ethische aspecten					+		+									+
relatie hulpverlener-patiënt			+		+							+	+			
begeleiding			+													
zorgcoördinatie		+														
<b>Gezondheidszorg</b>																
organisatie van de zorgverlening		+	+	+		+	+		+							
niet professionele zorgverlening (mantelzorg)		+						+								
professionele zorgverleners			+					+								
ongezonde levensverwachting/ontwikkelingen in de zorg					+											

Faculteiten genummerd van 1 t/m 8. Met "+" wordt aangegeven dat onderwijs wordt gegeven over het desbetreffende onderwerp. Vaardigheidsonderwijs wordt door geen enkele faculteit vermeld.

Van de negentien gevonden onderwerpen worden er per faculteit één tot negen behandeld. Geen enkel onderwerp komt aan alle faculteiten aan bod. Aan alle faculteiten verwerven studenten kennis over chronisch zieken, maar het aantal onderwerpen dat aan bod komt varieert van één tot negen. Aandacht voor professioneel gedrag is er bij drie faculteiten en daarbij komen één tot zeven onderwerpen aan bod. Nergens wordt melding gemaakt van het systematisch trainen van

vaardigheden. Vier van de acht faculteiten laten hun studenten een interview afnemen bij een chronisch zieke. In tabel 6 wordt samengevat welke onderwerpen aan de orde komen bij het ziektegebonden onderwijs, tabel 7 geeft een overzicht van ziekteoverstijgend onderwijs dat als blok of cursus wordt gegeven.

**Tabel 6** Ziektegebonden onderwijs rond chronisch zieken in de curricula van de Nederlandse faculteiten geneeskunde geordend naar onderwerp.

	Kennis								Professioneel gedrag							
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>Psychosociale en maatschappelijke aspecten</b>																
psychosociale aspecten		+	+	+		+								+		
<b>Beroepsuitoefening van de arts</b>																
stoornissen, beperkingen, handicaps		+														
samenwerken								+								
palliatieve zorg						+										
stervensbegeleiding																+
medisch-ethische aspecten		+					+									

Faculteiten genummerd van 1 t/m 8. Met "+" wordt aangegeven dat onderwijs wordt gegeven over het desbetreffende onderwerp. Vaardigheidsonderwijs wordt door geen enkele faculteit vermeld.

**Tabel 7** Ziekteoverstijgend onderwijs als blok of cursus aan de acht Nederlandse faculteiten geneeskunde.

Faculteit/ jaar	onderwerpen	onderwijsvorm	omvang (uren)	k	v	p
1/4	oorzaken en gevolgen van chronisch ziek-zijn; organisatie van de zorg; planmatige zorg; palliatieve zorg	hoorcolleges, werkgroepen, practica, werkstuk of <i>case study</i>	160	k		
2/1	de chronische patiënt/ chronisch ziek-zijn	zelfstudieopdrachten, interview patiënt met voor- en nabespreking	80		v	
5/3	hoe chronisch zieken en hun directe omgeving met de ziekte omgaan; verwachtingen t.a.v. hulpverlening; organisatie van de zorg	werkstuk, gastcollege (patiënt en hulpverleners); discussie; interview patiënt en hulpverlener	120	k	v	p

k = kennis; v = vaardigheden; p = professioneel gedrag

Tabel 7 laat zien dat drie van de acht faculteiten ziekteoverstijgende onderwerpen aanbieden in de vorm van een blok of cursus. De omvang daarvan is respectievelijk 160, 120 en 80 uur. Deze drie faculteiten besteden in dit onderwijs vooral aandacht aan niet-biomedische aspecten: aan de ene kant ziektebeleving en ziektegedrag en aan de andere kant de organisatie van de zorg. De werkvormen die gebruikt worden zijn colleges, zelfstudieopdrachten waarbij een werkstuk vervaardigd wordt, en het interview met een patiënt.

**Overig onderwijs.** Aan twee faculteiten worden co-assistentenschappen gerealiseerd waarin de zorg voor chronisch zieken centraal staat. Bij de ene faculteit is dat een co-assistentenschap verpleeghuisgeneeskunde en bij de andere een co-assistentenschap revalidatie. Drie van de acht faculteiten bieden keuzeonderwijs aan rond chronisch zieken.

**Onderwijslijn chronisch zieken.** Bij geen van de faculteiten bestaat een onderwijslijn rond chronisch(e) ziek(t)en. Bij de Katholieke Universiteit van Nijmegen is het blok Chronisch ziek-zijn onderdeel van de lijn Grondslagen en Methoden. Deze lijn bevat de meer reflectieve aspecten rond ziekte en gezondheid, geneeskunde en medische wetenschap en wordt bewaakt door een lijncommissie.

#### 2.3.4 Discussie en conclusie

Dit onderzoek laat zien dat er aan alle Nederlandse faculteiten geneeskunde aandacht wordt besteed aan de gevolgen van chronische aandoeningen op psychosociaal en maatschappelijk terrein en de rol van de arts op die gebieden. De aandacht per faculteit varieert echter sterk en van alle gevonden onderwerpen komt per faculteit nooit meer dan de helft aan bod. De gebruikte inventarisatie via studie-gidsen levert een grof beeld op van het onderwijs en er kunnen discrepanties bestaan tussen wat er in een studie-gids staat en wat er in de praktijk gebeurt. Omdat de bevindingen gecontroleerd en aangevuld zijn door de faculteiten is binnen deze beperkingen toch sprake van een betrouwbaar beeld van het onderwijsaanbod.

Cohen geeft een overzicht van de competenties waarover een arts moet beschikken om adequaat om te kunnen gaan met chronisch zieken (blz. 22).<sup>80</sup> Hij beredeneert dat de basis op al deze gebieden tijdens de studie geneeskunde moet worden gelegd en dat verdere uitbouw tijdens de vervolgopleidingen plaats moet vinden. Met onderwijs rond de onderwerpen die in het artikel genoemd worden, verwerven studenten inzicht in de gevolgen van een chronische aandoening voor de patiënt en diens omgeving, de complexiteit en samenhang van professionele en mantelzorg, en de rol van de arts daarin. Alle onderwerpen die werden gevonden in de Nederlandse studie-gidsen zijn volgens het overzicht van Cohen relevant voor elke arts (alleen 'zorg op maat' is er niet in zijn overzicht onder te brengen). Gezien deze bevindingen is op dit moment de dekking van onderwerpen rond chronisch zieken aan geen enkele faculteit compleet.

Wat verder opvalt, is de nadruk die in de studie-gidsen wordt gelegd op het verwerven van kennis en het trainen van klinisch redeneren. Deze twee elementen vormen een belangrijke basis voor het medisch handelen, maar bij contacten met patiënten, hun naasten en met andere hulpverleners is meer vereist dan dat

alleen. Bijvoorbeeld een goede toepassing van communicatieve vaardigheden en adequaat professioneel gedrag. Zoals ook Cohen in zijn artikel stelt, moet juist daaraan in het onderwijs voor studenten geneeskunde uitgebreid aandacht worden besteed. Op dit moment is dat in Nederland niet het geval. Vier van de acht faculteiten laten studenten eenmalig een chronisch zieke interviewen, maar van herhaling daarvan of van specifieke trainingen in het vaardigheidsonderwijs (zoals het trainen van vervolgconsulten) wordt geen melding gemaakt.

Samenvattend ontbreekt het in het onderwijs van de Nederlandse faculteiten aan systematische aandacht voor de gevolgen van chronische aandoeningen op psychosociaal en maatschappelijk terrein en de rol van de arts op die gebieden. De aandacht die er is, gaat onevenredig sterk naar kennisverwerving. Er bestaan grote lacunes op het gebied van vaardigheden en professioneel gedrag. Gezien deze bevindingen bieden de medische curricula in Nederland studenten niet voldoende gelegenheid om zich adequaat voor te bereiden op hun contacten met chronisch zieken.

## 2.4 HOE VOELEN ARTSEN ZICH VOORBEREID OP CONTACTEN MET CHRONISCH ZIEKEN?\*

### 2.4.1 Inleiding

In de voorgaande studies is vastgesteld dat zowel de eindtermen in Raamplan 1994 als de inhoud van de curricula geneeskunde lacunes vertonen op het gebied van chronisch zieken.<sup>89,90</sup> Daarmee bestaat rond deze categorie patiënten een discrepantie tussen de inhoud van het medisch onderwijs en de ontwikkelingen in de geneeskunde en de gezondheidszorg. Het review van de internationale literatuur in hoofdstuk 1 laat zien dat deze situatie niet alleen in Nederland bestaat (blz. 20). Het ligt voor de hand om de geconstateerde lacune op te vullen. Daarbij is het dilemma voor de faculteiten geneeskunde dat binnen de bestaande curricula ruimte moet worden gemaakt. Die curricula zijn al (over)vol en meer ruimte voor onderwijs rond chronisch zieken zal ten koste gaan van bestaand onderwijs. Bovendien wordt de faculteiten niet alleen gevraagd om meer aandacht te besteden aan chronisch zieken, maar ook aan allerlei andere ontwikkelingen. Onder die omstandigheden kan het vrijmaken van curriculumtijd voor onderwijs rond chronisch zieken alleen worden verantwoord als:

- 1 dat onderwijs voor grote aantallen studenten van belang is én

---

\* Het hier beschreven onderzoek is uitgevoerd in samenwerking met J. Cohen-Schotanus, hoofd afdeling Onderwijsontwikkeling en Kwaliteitszorg van het Onderwijsinstituut van de Faculteit der Medische Wetenschappen in Groningen. Voor de statistische analyses is dankbaar gebruik gemaakt van de adviezen van K.H. Groenier, methodoloog, disciplinegroep Huisartsgeneeskunde, Faculteit der Medische Wetenschappen in Groningen.

- 2 afgestudeerden bovendien problemen ervaren door de lacunes die in het onderwijs bestaan.

Is onderwijs rond chronisch zieken slechts voor een beperkt aantal vervolgoopleidingen relevant óf ondervinden afgestudeerden geen problemen van de lacunes, dan hebben de faculteiten geneeskunde een sterk argument in handen om af te zien van onderwijs rond chronisch zieken. Ze kunnen het dan aan de vervolgoopleidingen overlaten. Op beide punten ontbreekt kwantificerend onderzoek en daarom is onderzoek gedaan naar het antwoord op de volgende vragen:

- 1 Welk percentage afgestudeerden heeft regelmatig contacten met chronisch zieken?
- 2 Hoe goed voelen zij zich door hun studie voorbereid op die contacten?
- 3 Zijn er verschillen tussen de antwoorden van artsen uit verschillende disciplines?
- 4 Welk effect heeft onderwijs in vervolgoopleidingen op de ervaren lacunes?

#### 2.4.2 Methode

**Instrument.** Jaarlijks worden afgestudeerden uit Groningen die hun studie in 1982 en 1983 begonnen telefonisch benaderd en geïnterviewd over hun ervaringen op de arbeidsmarkt.<sup>8</sup> In 1999 werd hen daarbij ook de vraag gesteld of zij zich door hun studie goed voorbereid voelden op contacten met chronisch zieken en zo niet, waar meer aandacht aan besteed had moeten worden. Hun antwoorden vormden de basis voor de schriftelijke enquête die in het huidige onderzoek is gebruikt (zie tabel 9 en 10 voor de vragen). In de instructie werd toegelicht wat onder chronisch zieken moest worden verstaan: Chronisch zieken zijn mensen die gedurende langere tijd voor dezelfde problematiek een arts consulteren, zowel voor goed omschreven somatische en/of psychische ziekten als voor slecht of niet gedefinieerde aandoeningen. De enquête bevatte 28 vragen, vier hadden betrekking op de huidige werkzaamheden: de frequentie van de contacten met chronisch zieken en de aard van hun problematiek (somatisch, psychisch of gecombineerd en het voorkomen van slecht of niet gedefinieerde aandoeningen). De kern van de enquête (negentien vragen) ging over het onderwijs tijdens de studie geneeskunde. Drie vragen betroffen de medisch-technische aspecten van de zorg rond chronisch zieken, de overige vragen hadden betrekking op de generieke aspecten en de rol van de arts bij contacten met chronisch zieken. Gevraagd is of men voldoende voorbereid was qua kennis (zeven vragen), vaardigheden (acht vragen) en omgang met chronisch zieken (vier vragen). Ten slotte zijn vijf vragen gesteld over aanvullend onderwijs tijdens vervolgopleiding en het effect daarvan.

De vragen over studie en vervolgopleiding zijn gepresenteerd als stellingen die beantwoord konden worden op een vierpunts Likertschaal: helemaal mee eens, grotendeels mee eens, grotendeels niet mee eens, helemaal niet mee eens.

**Procedure en deelnemers.** De enquête is eind 1999 gestuurd aan afgestudeerden van de Faculteit der Medische Wetenschappen in Groningen die hun studie begonnen in 1982 en 1983 en die in de zomer van 1999 telefonisch bereikbaar waren. Bij de beoordeling van de representativiteit van de respondenten is gebruik ge-

maakt van gegevens die over deze cohorten in eerdere jaren verzameld werden. Beoordeeld zijn: man-vrouw verdeling, verdeling over de diverse beroepen, gemiddelde eindexamencijfer van de middelbare school en gemiddelde studieduur.

**Analyse.** Voor het beantwoorden van de vraagstelling zijn de antwoorden geanalyseerd van de afgestudeerden die contact hadden met chronisch zieken. Omdat verschillen in de aard van de patiëntenzorg zouden kunnen leiden tot verschillen in beantwoording van de enquêtevragen zijn acht clusters van beroepen geconstrueerd. Daarbij zijn beroepen met min of meer overeenkomstige karakteristieken van de patiëntenzorg samengenomen: (1) snijdend specialisten (b.v. chirurgie); (2) niet snijdend specialisten met gemengde patiëntenzorg (b.v. neurologie); (3) niet snijdend specialisten met merendeels chronisch zieken in de praktijk (b.v. reumatologie); (4) huisartsen; (5) psychiaters; (6) sociaal geneeskundigen (b.v. bedrijfsartsen); (7) overige artsen met (indirecte) patiëntenzorg (b.v. pathologen); (8) overige artsen zonder patiëntenzorg (b.v. medisch informaticus).

De verzamelde data zijn van nominaal of ordinaal niveau. De antwoorden van de respondenten blijken bij geen van de vragen een normale verdeling te vertonen (Kolmogorov-Smirnov  $p < 0.001$ ). Bij de verdere analyses zijn daarom non-parametrische tests gebruikt. Van significante verschillen is gesproken bij  $p < 0.05$ . Voor toetsing van verschillen tussen twee variabelen is Chi-kwadraat berekend. Voor toetsing van verschillen in beantwoordingspatroon tussen beroepsclusters is de Kruskal-Wallis test gebruikt. Bij significante verschillen is stapsgewijs nagegaan welk beroepscluster significant verschilde van de andere, daarbij is gebruik gemaakt van de Mann-Whitney U-test. Bij deze procedure is sprake van *multiple testing* en de kans dat een significant verschil gevonden wordt, neemt dan met elke volgende toets toe. Daarvoor is gecorrigeerd door de gevonden p-waarde te vermenigvuldigen met het aantal uitgevoerde toetsen, vóórdat de significantie van het gevonden verschil werd beoordeeld. Als bijvoorbeeld één cluster van beroepen verantwoordelijk bleek te zijn voor een significante p-waarde bij de Kruskal-Wallis toets, is de p-waarde die vervolgens bij de Mann-Whitney U-test werd gevonden met drie vermenigvuldigd (er is twee keer een Kruskal-Wallis test uitgevoerd en eenmaal een Mann-Whitney U-test). In dit artikel worden steeds de gecorrigeerde p-waarden genoemd. (Een uitgebreidere bespreking van de gevolgde procedure en de resultaten is te vinden in bijlage II, blz. 139.)

### 2.4.3 Resultaten

**Respondenten.** Van de cohorten uit 1982 en 1983 verwierven 333 studenten hun artsenbul. Van hen ontvingen er 247 (74%) de enquête en van 151 werd die ingevuld terugontvangen, een respons van 61%. De respondenten verschillen op de onderzochte kenmerken niet van de overige afgestudeerden (tabel 8).

Van de respondenten hadden 130 (86%) regelmatig contact met chronisch zieken. Van hen zag 20% minder dan vijf chronisch zieken per week, 37% zag er vijf tot tien, 27% tien tot twintig en 17% zag er meer dan twintig per week. Het merendeel (62%) zag chronisch zieken met somatische en met psychische problematiek en 87% zag ook patiënten met niet of slecht gedefinieerde aandoeningen.



**Tabel 8** Representativiteit van de respondenten (Chi-kwadraat).

	$\chi^2$	df	P
man-vrouw verdeling	1,045	1	0.31
eindexamencijfers middelbare school	3,123	6	0.79
studieduur	5,477	6	0.48
verdeling beroepen	9,561	7	0.22

**De studie geneeskunde.** Tabel 9 laat zien welk percentage van de respondenten het eens is met de negentien stellingen over de studie geneeskunde. Tussen de diverse clusters van beroepen bestaat geen significant verschil in beantwoording van de vragen (Kruskal-Wallis,  $p \geq 0.06$ ). Ook de antwoorden van artsen met verschillende aantallen chronisch zieken in de praktijk verschillen niet significant van elkaar (Kruskal-Wallis,  $p \geq 0.80$ ).

**Tabel 9** Artsen die contact hebben met chronisch zieken over de studie geneeskunde.

	mee eens* %
<b>Tijdens mijn studie heb ik voldoende kennis verworven over</b>	
1 medisch-technische aspecten van chronische aandoeningen	62
2 de psychische reacties op het krijgen van een chronische aandoening	16
3 de maatschappelijke gevolgen van het krijgen van een chronische aandoening	16
4 de behandelmogelijkheden van chronisch zieken	52
5 de organisatie van de (professionele en mantel-)zorg rond chronisch zieken	16
6 de rol van de arts bij de zorg rond chronisch zieken	30
7 de begeleidingsmogelijkheden van chronisch zieken	15
<b>Tijdens mijn studie ben ik er voldoende in getraind om</b>	
8 de medisch-technische problematiek van chronisch zieken te analyseren	56
9 de psychische problematiek van chronisch zieken te analyseren	19
10 de maatschappelijke problematiek van chronisch zieken te analyseren	11
11 met de ervaringsdeskundigheid van chronisch zieken om te gaan	18
12 vervoliconsulten aan te pakken	31
13 chronisch zieken te begeleiden	23
14 langdurige contacten met chronisch zieken aan te gaan	19
15 bij de zorg voor chronisch zieken samen te werken met medici, verpleegkundigen en paramedici	29
<b>Tijdens mijn studie heb ik goed om leren gaan met</b>	
16 het feit dat ik chronisch zieken geen genezing te bieden heb	37
17 de verwachting van chronisch zieken over de begeleiding door hun arts	13
18 de beperkingen die ik als arts heb in de begeleiding van chronisch zieken	32
19 de andere arts-patiëntrelatie die door de langdurige contacten met chronisch zieken ontstaat	20

\* % mee eens = som van de percentages antwoorden op 'helemaal' en 'grotendeels mee eens'

Van de respondenten vindt een meerderheid (tot 62%) de voorbereiding op de medisch technische aspecten van chronische aandoeningen voldoende, zowel wat kennis als wat vaardigheden betreft. Kennis over psychische reacties en maatschappelijke consequenties en training in het analyseren van problematiek op deze gebieden vindt 11% tot 19% voldoende. De verwerving van kennis en vaardigheden over de rol van de arts, organisatie van de zorg, begeleiding van chronisch zieken en samenwerking met andere disciplines vindt 16% tot 31% voldoende. Van de specifieke aspecten van het contact met chronisch zieken vindt 13% tot 37% dat zij daar goed mee heeft leren omgaan.

**De vervolgoedingen.** Tabel 10 laat zien welk percentage van de respondenten het eens is met de vijf stellingen over de vervolgoeding. Van de artsen vinden twee van de drie dat in de vervolgoeding systematisch onderwijs wordt gegeven rond chronische aandoeningen en contacten met chronisch zieken. Bestaande lacunes werden daardoor volgens twee van de drie artsen weggewerkt.

**Tabel 10** Artsen die contact hebben met chronisch zieken over de vervolgoeding.

	mee eens*
	%
<b>In mijn vervolgoeding wordt systematisch onderwijs gegeven over</b>	
20 de medisch-technische aspecten van chronische aandoeningen	68
21 de psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen	58
22 vaardigheden die ik nodig heb bij contacten met chronisch zieken	62
<b>Door systematische aandacht in mijn vervolgoeding</b>	
23 zijn de lacunes weggewerkt die ik op het gebied van kennis had	69
24 zijn de lacunes weggewerkt die ik op het gebied van vaardigheden had	66

\* % mee eens = som van de percentages antwoorden op 'helemaal' en 'grotendeels mee eens'

Bij de vragen over de vervolgoeding bestaan verschillen in beantwoording door de respondenten uit de diverse clusters beroepen (Kruskal-Wallis  $p < 0.05$ ). De groep 'niet snijdend specialisten met merendeels chronisch zieken in de praktijk' maakt significant vaker melding van systematisch onderwijs over de medisch technische aspecten van chronische aandoeningen (94% versus 63%). Deze groep vindt ook significant vaker dat in hun vervolgoeding de bestaande lacunes op het gebied van kennis en vaardigheden rond chronisch zieken zijn weggewerkt (resp. 100% versus 66% en 92% versus 61%). De 'snijdend specialisten' maken significant minder vaak melding van systematisch onderwijs over psychosociale en maatschappelijke problematiek van chronisch zieken en de vaardigheden die nodig zijn bij contacten met chronisch zieken (resp. 25% versus 61% en 19% versus 65%).

#### 2.4.4 Discussie en conclusie

Uit het hier gepresenteerde onderzoek blijkt dat 86% van de afgestudeerden uit Groningen in de praktijk contacten heeft met chronisch zieken en dat zij zich door hun studie niet goed voorbereid voelen op deze contacten. Het blijkt daarbij geen verschil te maken in welke discipline zij werkzaam zijn. Eén derde van de artsen vindt dat het systematisch onderwijs in de vervolgopleiding de bestaande lacunes niet heeft weggerukt.

Een onderzoek van Clack geeft een indicatie over hoe de gevonden percentages kunnen worden geïnterpreteerd.<sup>91</sup> Zij rapporteerde in 1994 over een evaluatie onder afgestudeerden van *King's College* in Londen. Daarbij werd gevraagd naar de mate waarin 'probleemoplossen' in het curriculum aan de orde is geweest. Een vraag die vergelijkbaar is met de vragen uit het hier besproken onderzoek naar de mate van training in analyse van biomedische, psychische en maatschappelijke problematiek. Van de respondenten van Clack antwoordde 56% dat probleemoplossen voldoende aan bod was geweest en zij kwalificeert het onderwijs op dat gebied vervolgens als *seriously deficient*. Op de vraag uit het huidige onderzoek naar training in het analyseren van biomedische problematiek, antwoordt eveneens 56% dat die voldoende was. Voor de training in het analyseren van psychosociale problematiek vindt 19% dat en voor het analyseren van maatschappelijke problematiek 11%. Volgens de maatstaf van Clack is de kwaliteit van de studie geneeskunde in Groningen op dit punt dus aanmerkelijk slechter dan *seriously deficient*. Voor een dergelijke conclusie getrokken kan worden, moeten eerst enkele beperkingen van het onderzoek worden besproken.

De respondenten zijn studenten die in 1982 en 1983 aan hun studie begonnen en inmiddels acht tot tien jaar afgestudeerd. Door dit tijdsverloop kan het beeld dat zij van hun studie hebben, zijn vertekend. Is hun oordeel milder geworden, dan geven de resultaten een te rooskleurig beeld. Is het minder mild geworden, dan laten de resultaten een te kritisch beeld zien. Voor het merendeel van de vragen geldt wel dat ook als het percentage positieve antwoorden wordt verdubbeld of verdriedubbeld het totaal nog steeds niet boven de 50% uitkomt. Het oordeel van de respondenten kan ook worden vertekend, doordat zij hun studie beoordelen met de praktijk van hun huidige patiëntenzorg in gedachten. De problematiek van chronisch zieken is de afgelopen tien jaar zeer nadrukkelijk onder de aandacht gekomen en de zorgbehoefte van chronisch zieken wordt – ook in de spreekkamer – beter verwoord.<sup>57</sup> Het zou kunnen zijn dat de respondenten tijdens hun studie voorbereid zijn op het beantwoorden van andere vragen dan die waarmee zij nu in de gezondheidszorg worden geconfronteerd. Voor de gevonden getallen lijkt dat echter een te zwakke verklaring. Ten slotte kan het onderwijs rond chronisch zieken in de loop van acht tot tien jaar aanzienlijk verbeterd zijn. In dat geval zouden de bevindingen niet meer van toepassing zijn op de huidige curricula. In Groningen is echter sinds cohort 1982 en 1983 de aandacht voor chronisch zieken in het onderwijs niet wezenlijk veranderd. Gezien de curriculuminventarisatie die eerder werd uitgevoerd, bestaan er ook landelijk grote lacunes in het onderwijs rond chronisch zieken (blz. 36).<sup>90</sup> Door de maatschappelijke ontwikke

lingen is op dit gebied de mismatch tussen studie en praktijk eerder groter dan kleiner geworden.

Met deze afwegingen is de conclusie dat de studie geneeskunde in Nederland aan artsen onvoldoende voorbereiding biedt op contacten met chronisch zieken. Met name de psychische en maatschappelijke problematiek die verbonden is met chronische ziekte en de gevolgen die dat heeft voor het handelen van de arts, komen onvoldoende aan bod. Onderwijs op deze gebieden is relevant voor een groot aantal studenten, omdat 86% van de afgestudeerden regelmatig contact heeft met chronisch zieken. De faculteiten geneeskunde hebben daarmee sterke argumenten in handen om in de bestaande curricula plaats in te ruimen voor onderwijs rond chronisch zieken.

## 2.5 STAND VAN ZAKEN: DISCUSSIE EN CONCLUSIE

De aanleiding voor het onderzoek in dit hoofdstuk was de vraag of het medisch onderwijs wel adequaat reageert op de toename van het aantal chronisch zieken, de toegenomen aandacht voor de zorgverlening aan deze categorie patiënten en de veranderingen die daardoor optreden in de gezondheidszorg en het werk van artsen. De onderzoeksvraag was: reageert het medisch onderwijs adequaat op de veranderingen die zich in de geneeskunde en in de gezondheidszorg rond chronisch zieken afspelen? Om een antwoord op deze vraag te kunnen geven is geïnventariseerd wat de stand van zaken is bij het onderwijs rond chronisch zieken. In de inleiding van dit hoofdstuk werd beargumenteerd dat die vraag niet met behulp van een enkel onderzoek beantwoord kan worden, maar dat daarvoor alle onderdelen van de didactische cyclus onderzocht moeten worden. Daarom zijn onderzoeken uitgevoerd naar:

- 1 de manier waarop chronisch zieken aan bod komen in Raamplan 1994, de gemeenschappelijke eindtermen voor de artsopleiding;
- 2 het onderwijs rond chronisch zieken in de Nederlandse curricula;
- 3 de mate waarin afgestudeerden zich voorbereid voelen op hun contacten met chronisch zieken.

De conclusies uit deze drie onderzoeken zijn:

- 1 Raamplan 1994 kent forse lacunes op het gebied van chronisch zieken, met name op het gebied van psychosociale en maatschappelijke aspecten van chronisch ziek zijn en de rol van de arts daarbij.
- 2 In het onderwijs ontbreekt het aan systematische aandacht voor psychosociale en maatschappelijke gevolgen van chronische aandoeningen en bestaan grote lacunes op het gebied van vaardigheden en professionele gedrag.
- 3 Van de afgestudeerden komt 86% in contact met chronisch zieken en zij voelen zich – ongeacht de discipline waarin ze zich specialiseren – niet goed voorbereid op hun contacten met chronisch zieken.

Daarmee zijn rond chronisch zieken op alle drie de onderdelen van de doel-middel-toetscyclus lacunes aangetoond. Bij deze conclusie past de kanttekening dat het beschreven onderzoek enkele jaren geleden werd uitgevoerd en er inmid

dels enkele dingen zijn veranderd. Zo werd het onderzoek naar de eindtermen uitgevoerd rond Raamplan 1994. Daarna is Raamplan 2001 verschenen en daarin wordt gemeld dat de eindtermen met name op het punt van chronisch zieken zijn aangepast.\* Verder zijn aan verschillende faculteiten nieuwe curricula in ontwikkeling waarin chronisch zieken een meer centrale plek krijgen dan daarvoor. Door beide ontwikkelingen zou het onderzoek op dit moment andere resultaten op kunnen leveren. De uitkomsten van het onderzoek zijn echter zeker geldig voor de studenten die op dit moment nog studeren en die sinds het onderzoek zijn afgestudeerd. Voor hen geldt dat er op het punt van chronisch zieken een groot verschil bestaat tussen de situatie in het medisch onderwijs en die in de geneeskunde en in de gezondheidszorg. De resultaten van de enquête onder afgestudeerden maken het aannemelijk dat zij van die discrepantie bij hun beroepsuitoefening hinder zullen ondervinden. De conclusie lijkt dan ook gerechtvaardigd dat faculteiten geneeskunde niet adequaat hebben gereageerd op de ontwikkelingen rond chronisch zieken.

---

\* “Een belangrijk aandachtspunt bij de bijstelling van de algemene eindtermen was de zorg voor chronisch zieken. De groep patiënten met een chronische aandoening is groot en groeit nog steeds. Door het chronische karakter van de aandoening maakt deze patiëntengroep regelmatig gebruik van de gezondheidszorg; artsen zullen hier dus veel en steeds meer mee geconfronteerd worden. Het Raamplan 1994 was met name gericht op de patiënt die met een veelal op te lossen probleem komt en na genezing zijn oude leven weer op kan pakken. Voor chronisch zieken is dit veelal niet mogelijk, vandaar dat in Raamplan 2001 expliciet aandacht wordt gevraagd voor de zorg voor de chronisch zieke patiënt.”<sup>3</sup>