

## PDF hosted at the Radboud Repository of the Radboud University Nijmegen

The following full text is a publisher's version.

For additional information about this publication click this link.

<http://hdl.handle.net/2066/105841>

Please be advised that this information was generated on 2019-11-12 and may be subject to change.

# Medisch specialisten opleiden: hoezo anders!?

AFSCHEIDSREDE DOOR PROF. DR PAUL M.J. STUYT

## AFSCHEIDSREDE

PROF. DR PAUL M.J. STUYT



De afgelopen jaren is de specialistenopleiding sterk aangepast. Leerdoelen, de te behalen competenties, zijn per discipline vastgelegd in heldere opleidingsplannen. Er is niet alleen aandacht voor de specifiek medische maar ook voor de algemene competenties. Maar volgens prof. dr Paul Stuyt kan het anders en moet het anders.

De opleiding tot medisch specialist duurt op dit moment erg lang zodat de registratiedatum pas rond de leeftijd van 35 jaar valt. Stuyt betoogt dat de opleiding efficiënter, doelgerichter en flexibeler kan. Bovendien dient deze meer generalistische elementen te bevatten. De opleiding moet naadloos kunnen aansluiten op het artsexamen. De overheid betaalt thans veel aan de opleiding, maar gaat deze subsidie beperken. Prof. Stuyt is van mening dat het met minder kan, maar niet ongenueanceerd korter. De opleiding kan wel doelmatiger en doelgerichter met prioriteit aan die onderdelen die te maken hebben met de uitdagingen van deze tijd: doelmatige, kwalitatief goede en veilige zorg voor de oudere kwetsbare patiënt.

Prof. dr Paul M.J. Stuyt (Muiden, 1948) studeerde geneeskunde in Nijmegen en werd opgeleid tot internist in het uMC St Radboud te Nijmegen. Van 1979 tot 2011 was hij daar als internist verbonden aan de afdeling algemeen interne geneeskunde. Vanaf 1992 was prof. Stuyt plaatsvervangend opleider van internisten. Tussen 1991 en 1994 was hij vice-decaan in het bestuur van de Faculteit der Medische Wetenschappen van de Radboud Universiteit Nijmegen. Vervolgens gaf hij aldaar tot 2002 leiding aan de initiële opleidingen Geneeskunde en Biomedische wetenschappen. In 2001 werd hij benoemd tot hoogleraar Klinisch onderwijs. Van 2002 tot 2009 was hij voorzitter van het cluster inwendige specialismen en van 2009 tot 2013 opleidingsdirecteur medisch specialistische vervolgingen in het uMC St Radboud te Nijmegen.

MEDISCH SPECIALISTEN OPLEIDEN: HOEZO ANDERS!?



## **Medisch specialisten opleiden: hoezo anders!?**

*Rede uitgesproken bij het afscheid als hoogleraar Klinisch onderwijs, in het bijzonder de disciplineoverstijgende aspecten van de medisch specialistische vervolgopleidingen aan het Universitair Medisch Centrum St Radboud/de Radboud Universiteit Nijmegen op vrijdag 25 januari 2013*

**door prof. dr Paul M.J. Stuyt**

Vormgeving en opmaak: Nies en Partners bno, Nijmegen  
Fotografie omslag: Bert Beelen  
Drukwerk: Van Eck & Oosterink

© Prof. dr Paul M.J. Stuyt, Nijmegen, 2013

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar worden gemaakt middels druk, fotokopie, microfilm, geluidsband of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de copyrighthouder.

*Mijnheer de rector magnificus,  
zeer gewaardeerde toehoorders,  
lieve familie, vrienden en collegae,*

Aan de opleiding van medisch specialisten is de afgelopen jaren flink gesleuteld. Deze is daardoor sterk verbeterd, maar het moet nog anders: korter, doelgerichter en meer geconcentreerd op algemene competenties, zowel medische als niet-medische. Het komende half uur zal ik u uitleggen hoe het nu met de specialistenopleiding staat en hoe het naar mijn mening moet worden. Dus, wat is er al anders, en wat moet er nog anders? Ik concentreer mij op de opleiding van medisch specialisten, maar deze visie geldt *mutatis mutandis* ook voor de eerstelijnsopleidingen, zoals huisarts, en vele andere vervolgopleidingen in de medische en tandheelkundige sector.

In mijn oratie begin 2001 heb ik aandacht besteed aan de initiële opleiding, dus het onderwijs aan studenten geneeskunde.<sup>1</sup> Op dat moment gaf ik naast mijn werk als internist leiding aan een majeur veranderingsproces van de artsopleiding samen met collega prof. dr Rob Holdrinet. Dat was toen ruim op de helft van het traject en de waardering voor de studie geneeskunde in Nijmegen zat evident in de lift. Nu ruim tien jaar later kunnen we vaststellen dat de opleiding in Nijmegen bij herhaling tot de beste van Nederland behoort zoals vastgesteld bij de periodieke visitaties en bij studentenenquêtes, gepubliceerd in de Keuzegids Hoger Onderwijs en in de Elsevier. Daar zijn we als instelling buitengewoon trots op en dat is een verdienste van de talloze betrokken docenten. Mijn rol in de initiële opleiding is de laatste jaren bescheiden geweest omdat zich in 2002 een wending in mijn carrière voordeed. Mijn opvolger als directeur van het medisch curriculum, prof. dr Roland Laan, komt in deze alle lof toe.

Werken als medisch specialist in een UMC heeft het voordeel een gevarieerde baan te hebben met steeds nieuwe uitdagingen. Zo werd ik in 2002 gevraagd leiding te geven aan het toenmalige cluster inwendige specialismen. Een eervolle positie in het management van afdelingen met vele gezichtsbepalende internisten en deelspecialisten. In deze periode bleef ik steeds actief op de werkvloer als internist, in de patiëntenzorg en in toenemende mate bij de specialistenopleiding, aanvankelijk alleen die van internisten, geleidelijk ook steeds meer bij die van andere medisch specialisten. Mijn leeropdracht verkleurde derhalve tot de medische vervolgopleidingen. Bij het einde van het cluster-tijdperk en de inrichting van de nieuwe UMC-organisatie kreeg ik de kans me hierop nog meer te concentreren. Een van de winstpunten van de nieuwe structuur was de oprichting van het onderwijsinstituut met daarin een pijler gericht op de medische vervolgopleidingen.



### **Casus deel 1**

*Ter toelichting neem ik u mee aan de hand van een praktijkvoorbeeld: geen patiënt zoals zo vaak in dit soort redes, maar een AIOS, een arts-in-opleiding-tot-specialist, in het dagelijks leven vaak een “assistent” genoemd. Deze titel verdienen zij overigens geenszins, want zij zijn de spin in het web van de dagelijkse gezondheidszorg.*

*In dit voorbeeld gaat het om Juliëtte, zij is zojuist op zesendertig-jarige leeftijd geregistreerd als internist. Een vrouwelijke arts zoals dat er tegenwoordig onder de jonge artsen twee op de drie zijn. Haar carrière is werkelijk zo gelopen, en exemplarisch voor zo vele AIOS in welk specialisme dan ook. Haar naam Juliëtte is hier fictief, zij is vernoemd naar mijn eerste kleinkind. Ik mag hopen dat ze, mocht zij te zijner tijd arts willen worden, dan kan profiteren van de door mij bepleite veranderingen in de opleiding. Deze Juliëtte is inderdaad zesendertig jaar, u hebt dat goed gehoord.*

#### TOT NU TOE

We hebben in Nederland een voortreffelijk gezondheidszorgsysteem, waarin medisch professionals uitstekend kunnen worden opgeleid. Internationale vergelijkingen laten zien dat ons land tot de top behoort.<sup>2</sup> Maatschappelijke, financiële en onderwijskundige ontwikkelingen dwingen ons continu aanpassingen te doen. Ik ben van mening dat we het opleidingstraject meer doelgericht en doelmatig moeten inrichten en dat we meer moeten kijken aan welke inhoudelijke eisen de medisch specialist van straks en dus de opleiding moet voldoen.

Hoe is de medisch specialistische opleiding ontstaan?<sup>3</sup> In 1865 was door Thorbecke wetgeving tot stand gebracht, die regelde hoe men de bevoegdheid van geneeskundige, apotheker of vroedvrouw kon verkrijgen. Hiermee ontstond de formele artsentitel in plaats van een potpourri van geneeskundebeoefenaren, van chirurgijns, vrije meesters, beunhazen tot kwakzalvers. Met het voortschrijden van de medische kennis en de toenemende mogelijkheden in de geneeskunde kwamen eind negentiende eeuw de eerste medisch specialisten in beeld. Dat waren zenuwartsen, gynaecologen en maag-darm-leverartsen. In de loop van de twintigste eeuw kwamen er vele andere specialismen bij. Ook huisartsen behoorden daartoe. In 1920 werden aparte huisarts- en specialistenorganisaties opgericht, in 1931 de MSRC, de medisch specialistenregistratiecommissie.

Van mijn oom, dr Louis Stuyt, kan ik me de verhalen herinneren hoe hij direct na de Tweede Wereldoorlog werd opgeleid tot internist bij prof. dr J. Borst in het Binnengasthuis in Amsterdam. Hij werd een allround internist, vestigde zich Den Haag in het Westeindeziekenhuis, en werd begin jaren zeventig gezien zijn bestuurlijke capaciteiten minister van volksgezondheid en milieuhygiëne. Veel regelgeving was er in zijn opleidingstijd niet, laat staan een salaris. Hij diende zes dagen in de week hard te werken en kreeg als compensatie naast een goede opleiding kost en inwoning in een zolderkamer-tje van het Binnengasthuis.

In 1961 startte het Centraal College voor de erkenning en registratie van medisch specialisten. Aan opleiders, instellingen en AIOS werden stringente eisen gesteld. Pas als je daaraan voldeed volgde opname in het register van de MSRC. Het Centraal College paste de eisen regelmatig aan naar aanleiding van allerlei ontwikkelingen. Ik kan me van mijn eigen opleidingstijd in de jaren zeventig herinneren dat er stemmen opgingen de specialistenopleiding te verlengen gezien de toenemende complexiteit van het vak. In groten getale gingen wij AIOS naar de Jaarbeurs in Utrecht en voerden verhitte debatten met bestuurders en opleiders. Wij vonden het extra jaar opleiding onvoldoende ingevuld en voelden ons een jaar langer misbruikt als goedkope reeds volleerde arbeidskracht. Uiteindelijk kwam het er toch van. Het is opmerkelijk dat de AIOS ook nu fel protesteren, maar nu gaat het juist over bekorting.

#### HOEZO ANDERS!

De afgelopen tien jaar is de specialistenopleiding al sterk gemoderniseerd.<sup>4</sup> Leerdoelen, de te behalen competenties, zijn per discipline vastgelegd in heldere opleidingsplannen. Er is niet alleen aandacht voor specifiek medische maar ook voor de algemene competenties. Dit worden ook wel de CanMEDS-competenties genoemd, omdat zij geformuleerd zijn op basis van een grootschalige onderzoek onder de Canadese bevolking.<sup>5</sup> Het beslaat de volgende domeinen: medisch handelen, communicatie, samenwerking, organisatie, maatschappelijk handelen, kennis en wetenschap, en professionaliteit. Deze algemene competenties zijn inmiddels de leidraad geworden voor opleidingen in vrijwel alle zorgberoepen in Nederland, Canada en talloze andere landen. Beoordeling en feedback is gestructureerd en wordt opgenomen in een portfolio. Opleiders en supervisors worden geprofessionaliseerd. Dit is de kwaliteit en de transparantie ten goede gekomen.

#### Casus deel 2

*Weer terug naar Juliëtte, hoe verliep haar opleiding? Waarom is ze al 36 jaar als ze als medisch specialist geregistreerd wordt? Als jong meisje is het haar grote droom dokter te worden. Een eindexamenresultaat met een 8-plus zit er niet in, dus moet ze loten voor de studie geneeskunde. Bij de derde keer wordt ze toegelaten. Weer ruim zes jaar later is ze arts, maar ze weet niet precies wat ze wil en als het al zou weten, dan is het nog maar de vraag of het haar gaat lukken een opleidingsplaats te veroveren. Ze heeft wel meteen een baan als ANIOS, arts-niet-in-opleiding-tot-specialist, in een klein algemeen ziekenhuis, waarbij ze verschillende specialisten bedient en door schade en schande op hoog niveau leert functioneren. Ze is immers niet in opleiding. Ze besluit internist te worden en stapt over naar een opleidingsziekenhuis in de regio. Ze wordt daar ook ANIOS. Na twee casereports te hebben geschreven solliciteert ze met steun van de opleider ter plekke succesvol naar een opleidingsplaats. Ze is inmiddels drie jaar na haar artsexamen. In haar derde opleidingsjaar zit ze voor het vijfde jaar in dat ziekenhuis en de leercurve is*

*afgevlakt. De 'bazen' zijn echter wat blij met zo'n ervaren kracht. Ze profiteert van de eerder geschetste modernisering, neemt verantwoordelijkheid voor haar eigen opleiding en kiest voor verdieping in meerdere gebieden zodat zij een allround internist wordt. In de drie jaar in de universitaire kliniek krijgt ze twee gezonde kinderen. De laatste twee jaar van de opleiding werkt zij 80 procent. Direct na haar registratie heeft zij in haar zesendertigste levensjaar haar droombaan in een maatschap in een middelgroot ziekenhuis.*

#### HOEZO ANDERS?

Dit is een verhaal met een *happy end*, maar het heeft ook dramatische aspecten. Succes omdat we er een jonge voortreffelijke specialist bij hebben, maar minder geslaagd gezien de lengte van het traject, de hoge kosten en het kortere profijt door haar leeftijd. Ik vind dat het traject korter moet en dat de accenten in de opleiding anders moeten liggen.

Eerst iets over Nederlandse aantallen en kosten.<sup>6,7</sup> Per jaar ronden zo'n 2.400 studenten hun artsenstudie af. Jaarlijks kunnen er ruim 800 beginnen aan de huisartsopleiding of een daaraan verwante opleiding. Ruim 1.350 studenten doen een specialisten- of profielopleiding. Eind 2011 waren er bijna 21.000 medisch specialisten, 20 procent meer dan eind 2005. Twee op de drie specialisten is nu man, maar dat draait over enkele jaren om omdat thans twee op de drie jonge artsen vrouw is. Het interval tussen het artsexamen en de start van de vervolgopleiding bedraagt tussen de twee en de vier jaar. Daarom wordt het merendeel van de medisch specialisten pas rond de leeftijd van 35 jaar geregistreerd. Het Capaciteitsorgaan monitort deze parameters zorgvuldig en houdt er rekening mee bij de ramingen.

Een medisch student tot arts opleiden kost ruim € 1,5 ton, een arts vervolgens opleiden tot medisch specialist tussen de € 4 en 8 ton afhankelijk van soort en lengte van de opleiding. In totaal geeft de overheid jaarlijks bijna € 1 miljard uit voor de medische vervolgopleidingen in de vorm van een subsidie. De feitelijke kosten zijn nog hoger en worden gedekt vanuit de productiebijdrage van AIOS in de patiëntenzorg. Het gaat om grote bedragen, de belangen zijn groot en dat vertroebelt het inzicht. In deze tijd van budgettaire schaarste wil de overheid dan ook in deze subsidie snijden. Ik geef de regering eigenlijk geen ongelijk, gezien het gebrek aan transparantie van de kosten en opbrengsten die met het opleiden van AIOS gepaard gaan. In het recente regeerakkoord wordt deze subsidieverlaging geëffectueerd door de specialistenopleiding te bekorten tot de minimumduur als afgesproken in EU-verband.<sup>8</sup> Dat is in de praktijk een gemiddelde korting van één jaar. De overheid kiest mijns inziens vooral om pragmatische redenen voor dit weinig inhoudelijke argument. Deze aankondiging roept een stroom van vooral ook emotionele reacties op, van opleiders en specialisten tot AIOS, van instellingen en beroepsorganisaties. Ik vrees dat aan korting op deze subsidie niet te ontkomen valt. Ik kies er voor om nu na te gaan hoe de specialistenopleiding met minder geld toe kan.

#### RAPPORTEN

De discussie over modernisering van de medische vervolgopleiding wordt al sinds begin van deze eeuw gevoerd. Er liggen al lang een aantal goede rapporten die concrete voorstellen in deze richting doet. Twee wil ik met name noemen: het KNMG-rapport “De arts van straks” en de NFU-notitie “De specialist van straks”.<sup>9,10</sup> Het KNMG-rapport is in 2002 opgesteld met hulp van alle betrokken veldpartijen en kreeg brede instemming. Een aantal aanbevelingen heeft tot de net geschetste aanpassingen geleid, maar een aantal is aangehouden. In 2010 publiceerde de NFU, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, een concrete uitwerking in dezelfde lijn. Het is jammer dat het tot nu toe niet lukt het verder te concretiseren. Is dat misschien de reden dat de overheid met de eerder genoemde tegenzet komt? Het moet voor ons als beroepsgroep eens te meer reden zijn aan doelmatigheid van de opleiding, ook qua inhoud, uitwerking te geven en daarmee een bijdrage te leveren aan de kostenbeheersing.

#### WAAROM ANDERS?

Hoezo kan de opleiding efficiënter? Daarmee bedoel ik dat de vervolgopleiding in ieder geval direct op het artsdiploma dient aan te sluiten. Waarom mag een bijna afgestudeerde arts niet solliciteren voor een vervolgopleidingsplaats als deze weet wat zij wil? Waarom eerst klinische ervaring opdoen? Waarom meerdere ANIOS aannemen, die een jaar of langer aan het lijntje houden, en onderling laten knokken om die ene felbegeerde opleidingsplaats? Waarom stellen jonge artsen ook zelf hun sollicitatie vanwege de opleiding uit? U begrijpt dat ik de ANIOS-periode eigenlijk als verloren tijd beschouw. ANIOS werken in een structuur zonder enige formeel erkende opleiding of training en worden geacht medisch specialistische zorg op hoog niveau te leveren en dat tegen een laag salaris. Ze werken op een verpleegafdeling, op de polikliniek en op de afdeling spoedeisende hulp, verrichten diensten voor de medisch specialisten, doen de triage en behandelen veelal oudere patiënten tijdens hun ziekenhuisopname. Die patiënten hebben naast hun primaire opname-indicatie vaak ook andere kwalen waarvoor ze medisch begeleid moeten worden.<sup>11</sup> De relatief onervaren ANIOS voeren deze taak naar eer en geweten uit, maar bij mij rijst de vraag of dit optimale, laat staan veilige zorg is. Er wordt beweerd dat minstens een deel van de vermijdbare sterfte in de medische zorg hiermee te maken heeft. Er gaan dan ook steeds meer stemmen op dit stuk van de zorg te formaliseren. De spoedeisende hulparts en de ziekenhuisarts zijn hier voorbeelden van. Kenmerkend voor deze disciplines is het generalistische karakter.

Hoe kan de opleiding meer doelgericht worden? De opleiding gebeurt in de medische praktijk van alle dag. Dat is een krachtige leeromgeving waarbij het meestergezelprincipe wordt gehanteerd. We zijn echter afhankelijk van het wisselende patiëntenaanbod en werktempo. Veel van hetzelfde kan nuttig zijn om de routine onder de knie te krijgen, maar teveel van hetzelfde is verloren opleidingstijd. En dan het meest belangrijke element van de disbalans: de AIOS is meestal de spin in het web van de zorg

van de patiënt, de logistieke planner, de verbindingsofficier tussen alle afzonderlijke medische professionals die zich terugtrekken op hun specifiek domein. De AIOS is daarmee het aanspreekpunt voor patiënt en familie en is daarmee eigenlijk de enige zorgverlener die het complete overzicht heeft. Daardoor is de medische zorg veelal belangrijker voor de AIOS dan de opleiding zelf. Dit wordt verder in de hand gewerkt door het feit dat het oordeel van de opleider/supervisor over het functioneren van de AIOS vooral bepaald wordt door dit aspect. Het initiatief van collega dr Jos Draaisma, opleider kindergeneeskunde in ons UMC, om de primaire verantwoordelijkheid voor de dagelijkse medische gang van zaken bij een medisch specialist te leggen doorbreekt deze vicieuze cirkel. De AIOS is hierdoor in staat op het moment dat dit aan de orde is, prioriteit bij de opleiding te leggen. Ik hoop dat het Draaisma lukt deze visie verder uit te dragen, nu hij de nieuwe voorzitter van de Centrale Opleidingscommissie is geworden.

#### WAT ANDERS?

Hoezo meer flexibiliteit? Ik doel op een flexibeler traject in de opleiding en ook in de latere professionele carrière. Vele jonge artsen zien na het artsexamen op tegen het vooruitzicht van nog eens tot zes jaar vervolgopleiding, vaak vooraf gegaan door een lange ANIOS-periode met de onzekerheid die opleidingsplaats te krijgen. Zij kiezen voor kortere trajecten van drie jaar zoals die van huisarts of arts met een profiel als spoedeisende hulp arts of ziekenhuisarts. Daar is op zich niets mis mee maar ambitieuze mensen met talent komen zo niet altijd op hun beste plek. Voor de meeste van hen blijft het medisch specialist worden het grote ideaal. Het zou daarom mogelijk dienen te zijn dat zij in tweede instantie met de nodige vrijstellingen in een vervolgopleiding kunnen stappen. Gelukkig is men doende de regelgeving zodanig aan te passen dat er rekening wordt gehouden met reeds eerder verworven competenties zowel voor, als na het artsexamen.

Flexibiliteit in de opleiding moet ook de mobiliteit van AIOS stimuleren. De overheid zou niets liever willen dan dat er een vrije markt aan opleidingsplaatsen ontstaat en dat de opleidingssubsidies op basis van kwaliteitsindicatoren worden toegekend. Dat bleek om allerlei redenen een brug te ver. Teneinde die mobiliteit te stimuleren is de opleidingsetalage op het web ingericht.<sup>12</sup> Het heeft in ieder geval de transparantie vergroot. Onze regio heeft hierin een koploperspositie. Nu wordt de mobiliteit nog vooral bepaald door sociale omstandigheden. Gezien de concentratie van specifieke zorgonderdelen op een beperkt aantal plaatsen, kunnen AIOS kijken waar zij in den lande de gewenste expertise kunnen opdoen.

Hoezo meer generalisme in de geneeskunde? We moeten oog hebben voor de zorgvraag van de patiënten. Die verandert onder andere door de kennistoename, maatschappelijke opvattingen en door de vergrijzing. De oudere patiënt heeft niet één aandoening maar meerdere tegelijk. Topspecialisten doen met de meest geavanceerde apparatuur diagnostiek en behandelingen, topspecialisten behandelen patiënten met ingewikkelde

medicatieschema's al of niet met de kans op veel bijwerkingen. Die topspecialisten hebben we inderdaad hard nodig in een deel van de algemene ziekenhuizen en zeker in de academisch centra waar de moeilijkste gevallen komen en waar door wetenschappelijk onderzoek aan innovatie gewerkt wordt. Deze topspecialist moet tegelijk kennis hebben van al die algemene competenties. Bij disfunctioneren schort het meestal hieraan. Maar, is voor elke aandoening die hoog opgeleide topspecialist wel nodig? Is niet gebleken dat bepaalde ingewikkelde innovatieve behandelingen in de loop der tijd routine worden? Ervaring, volume, nieuwe apparatuur, *et cetera* geven de mogelijkheid om tot taakverschuiving te komen naar minder hoog opgeleide artsen en andere zorgprofessionals. Hoeveel van die topspecialisten hebben we dan nodig? Hoeveel behandelingen/ingrepen moet die arts doen om voldoende bekwaam te zijn en te blijven? We zien het bijvoorbeeld al aan de concentratie van bepaalde kankerchirurgische behandelingen in enkele centra. Kunnen we van die topspecialist verwachten dat deze alle facetten van de comorbiditeit van zijn patiënten in de gaten houdt? Daar komt het pleidooi tot concentratie van de generalistische zorg vandaan.<sup>13</sup> Deze zorg moet dus niet overgelaten worden aan de jongste bediende als ANIOS of AIOS maar aan artsen die dit specifiek in hun pakket hebben. Door meer oog te hebben voor de generalistische aspecten van het vak, bereiken we meer patiëntveiligheid en kunnen we de vermijdbare sterfte omlaag brengen. Samenwerking van alle medische echelons, dus ook met de eerstelijns, sluit beter aan bij de zorgvraag van de huidige patiënt die meestal meerdere aandoeningen tegelijk heeft. Die samenwerking moet in de opleiding al beginnen.

#### HOE KAN HET ANDERS?

Wat is nu het concrete alternatief? Hoe kan en moet het anders? Wat zijn de meest essentiële elementen die reeds in de eerder door mij aangehaalde rapporten staan?<sup>9,10</sup> De naadloze aansluiting kan voor velen een aanzienlijke tijdswinst opleveren. In de initiële opleiding is in het zesde jaar al ruimte gecreëerd om te voorsorteren. Dit betekent dat we als docenten, als mentoren, de coassistenten nadrukkelijker moeten coachen in hun persoonlijke keuze en in de weg die ze moeten inslaan om die keuze te verwezenlijken. Talent moet herkend en begeleid worden naar de juiste plek. Hoe kun je kiezen, hoe kun je je profileren, hoe moet je solliciteren? Doel moet zijn dat elke arts direct na het arts-examen een vervolgopleiding instroomt. Dit vereist ook een andere houding van de opleiders. Zij dienen dit kortere traject te faciliteren. Het opdoen van klinische ervaring is een onderdeel van de coschappenfase of het begin van de vervolgopleiding en dient niet te worden opgedaan in de vorm van een tijdverspillend ANIOS-schap. De vervolgopleiding dient vervolgens nadrukkelijk competentiegericht ingericht te worden. Het gaat om medische competenties en de algemene competenties, elk met toenemende complexiteit in de loop der jaren. De patiëntenzorg moet doelmatig zijn, maar de opleiding ook. Dat kan betekenen dat patiëntenzorg op een zeker moment geen primaire taak is voor de AIOS maar voor een andere zorgprofessional, die hoger of lager gekwalificeerd is.

#### ALGEMENE COMPETENTIES

De training in algemene competenties, de CanMEDS-competenties wordt thans verder vorm gegeven in het landelijke CanBetter-project.<sup>14</sup> De nadruk ligt daarbij op een aantal thema's die inmiddels ook voor u herkenbaar zijn: ouderenzorg, doelmatigheid van de zorg, patiëntveiligheid en medisch leiderschap.

Ten aanzien van doelmatigheid en patiëntveiligheid een tweetal illustraties voortkomend uit persoonlijke ervaring. Doelmatigheid van zorg kan met relatief eenvoudige middelen aandacht krijgen en veel rendement opleveren. Ik denk aan een project op onze afdeling algemeen interne geneeskunde waarbij het er om ging de kosten van diagnostische bepalingen en beeldvorming terug te dringen. Door elkaar individueel en gezamenlijk aan te spreken lukte het enkele jaren achtereen de kosten jaarlijks met 10 procent terug te dringen. We keken in elkaars keuken en lieten toe dat we bekeken werden.

Ten aanzien van patiëntveiligheid geldt hetzelfde: elkaar aanspreken op onveilig gedrag, bijvoorbeeld. handhygiëne, medicatievoorschriften, herkenning van de vitaal bedreigde patiënt, van kwetsbare en gekwetste ouderen. De praktijk is helaas vaak anders en dat kun je horen van onze beste spionnen. Dat zijn natuurlijk de patiënten zelf, maar ik duid nu op onze jonge collegae, coassistenten en AIOS. In het kader van hun training van professioneel gedrag hebben zij intervisiebijeenkomsten. Het is onthutsend te vernemen wat zij aan onveilig gedrag waarnemen. Zij worden goed opgeleid en weten prima hoe het eigenlijk moet. Tegelijk worden zij meegesleurd in de cultuur van elkaar niet aanspreken. Daarbij komt nog bij dat zij terughoudend zijn om dit te melden door hun afhankelijke positie omdat zij nog beoordeeld worden. Als docenten dienen wij ons bewust te zijn van onze voorbeeldfunctie. Als we niet opletten leren wij onze studenten en AIOS door ons eigen gedrag ook weer een heleboel af.

Laten wij het talent van deze jonge collegae juist gebruiken om met innovatieve ideeën mee te helpen de patiëntveiligheid en daarmee de kwaliteit van zorg te verbeteren. Het moeten projecten dichtbij de eigen werkvloer zijn, gekoppeld aan bijeenkomsten waar deze ideeën interdisciplinair worden uitgewisseld. Dit moet het model worden van al ons onderwijs in algemene competenties. Want we moeten eerlijk zijn: het model van cursorisch theoretisch onderwijs dat we nu hanteren werkt onvoldoende zowel qua opbrengst als qua participatie. We moeten meer aansluiten bij de ervaringen van de dagelijkse praktijk, afgeleid van de zorgvraag van de patiënt, en samenwerken met andere professionals waarbij de innovatieve ideeën vooral van de AIOS moeten komen.

#### COMMON TRUNK

Waarom een *common trunk*? Die omvat de algemene competenties en de basale medische competenties uit het basisprofiel van de opleiding van alle specialismen, ruwweg in de eerste twee jaar. Men kan denken aan bestaande *common trunk* opleidingen zoals binnen de interne geneeskunde en de heelkunde, maar ook aan nieuwe bijvoorbeeld binnen de ondersteunende specialismen en de neuro-psihiatrische disciplines. Het slot van de

masterfase en de *common trunk* opleiding wordt daarmee een gecertificeerd continuümtraject. Of we de opleiding in de algemene competenties onderbrengen in een nieuwe master na masteropleiding zoals in België gedaan is, is op zich een aantrekkelijk idee, maar de discussie moet ons niet afleiden of frustreren om hiermee daadwerkelijk te starten.

Na dit basisprofiel kan een intermezzo worden in gebouwd maar meestal zal naadloos een vervolgentraject in een specialistisch profiel volgen. Dit zal tot twee jaar duren waarna men geregistreerd kan worden als bijvoorbeeld huisarts, spoedeisende hulp arts of medisch specialist. Deze medisch specialist is toegerust om het merendeel van de veelvoorkomende zorg te kunnen leveren. Bij beperkte overheidsmiddelen moet dit gedeelte van het opleidingstraject, dus het basis en specialistisch profiel, prioriteit krijgen omdat het meest vitale deel van de gezondheidszorg hiermee bediend wordt.

Hoe moet het dan met het aansluitende deelspecialistisch profiel? We moeten nagaan aan welke competenties behoefte is, hoeveel van die topspecialisten we dan nodig hebben en hoeveel geld we daarvoor over hebben en uit welke bron. Er lijken er minder nodig te zijn dan we thans opleiden.

Met dit model wordt de flexibiliteit bevorderd. We moeten denken aan flexibiliteit en fasering tijdens de opleiding maar ook in de verdere carrière. Ook inhoudelijke accenten kunnen veranderen, waardoor de overstap naar een andere discipline gemakkelijker wordt. Dit faciliteert de ontwikkeling van individuele talenten en kan latere uitval voorkomen. Zo kunnen we spreken van een continuüm waarin levenslang geleerd wordt.

#### DISCUSSIEPUNTEN

Er liggen dus concrete voorstellen, maar er zijn natuurlijk ook discussiepunten, en daar moeten we oplossingen voor bedenken. We hebben inderdaad net een vernieuwingsslag achter de rug, maar deze aanpassing sluit daar goed bij aan. De artsopleiding en de specialistenopleiding vallen onder verschillende ministeries. Dat betekent verschillende regelgeving en verschillende financieringsbronnen. Dat moet oplosbaar zijn als je het samen eens bent over de koers. En dan de twee lastigste: de continuïteit van zorg en de inkomensdiscussie. De medisch specialisten zullen zelf meer verantwoordelijkheid voor de medische zorg moeten nemen. Daar zijn ze juist voor opgeleid. Als ze zich daartoe te hoog opgeleid voelen, dan moeten we zorgen dat er voldoende andere zorgprofessionals als verpleegkundig specialisten en *physician assistants* komen. Wat betreft de inkomensdiscussie moet men bedenken dat nu al meer dan de helft van de medisch specialisten in loondienst is, de jongere generatie hier anders tegen aankijkt en dat dit minder een obstakel lijkt te zijn dan door sommigen wordt beweerd. Tot slot dient er een nauwkeurige capaciteitsraming voor elk van de fases te zijn, maar dat is bij het Capaciteitsorgaan in goede handen.



### **Casus deel 3**

*Terug naar Juliëtte. Als zij in dit systeem zou zijn opgeleid, hoeveel jaar zou dit haar hebben gescheeld? In het ideale plaatje zou zij niet twee keer zijn uitgeloot, was zij niet drie jaar ANIOS geweest zonder formele opleiding en had haar specialistenopleiding twee jaar korter geduurd. Dat scheelt vijf tot mogelijk zeven jaar. Zij is dan voor haar dertigste levensjaar medisch specialist en heeft twee kinderen op de wereld gezet. Dat is positief voor haar persoonlijk omdat zij zoveel eerder een definitieve positie kan verwerven, maar ook voor de maatschappij, want er zijn lagere opleidingskosten en deze specialist is eerder en langer productief in het medisch werkproces.*

#### TOT SLOT

Ik heb u geschetst wat we in de specialistenopleiding de afgelopen jaren hebben aangepast maar ook hoe het nog anders kan en nog anders moet. De overheid betaalt veel aan deze opleiding en gaat die subsidie verlagen. Het kan mijns inziens met minder, maar niet ongenueanceerd korter. De opleiding kan doelmatiger en doelgerichter met prioriteit aan die onderdelen die te maken hebben met de uitdagingen van deze tijd: doelmatige, kwalitatief goede en veilige zorg voor de oudere kwetsbare patiënt. Dat sluit goed aan bij twee recente rapporten: dat van de KNMG “Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen” en het visiedocument van de Orde “De Medisch Specialist 2015”.<sup>13,14</sup>

#### DANKWOORD

*Mijnheer de rector magnificus, zeer gewaardeerde toehoorders,*

Na een periode van ruim vijfenveertig jaar studeren en werken aan deze universiteit en dit UMC kijk ik met veel voldoening hierop terug. Bij mijn bezoek aan Jeruzalem enkele weken geleden realiseerde ik me opnieuw dat zowel geluk als welvaart ongelijk in de wereld verdeeld zijn. Vandaar mijn idee mijn afscheidscadeau te besteden aan een nieuwe tillift voor het Hôpital St Louis aldaar. Het is een particuliere instelling voor palliatieve en geriatrische zorg. Ik wil allen danken die hieraan hebben bijgedragen. Hier ziet u de onvermoeibare hoofdverpleegkundige zuster Monica bij de defecte tillift. Het geld wordt goed besteed.

Ik ben het college van bestuur van de Radboud Universiteit en de raad van bestuur van het UMC St Radboud erkentelijk voor de mogelijkheden van mijn veelzijdige carrière. Naast mijn reguliere primaire taken had ik het voorrecht enkele jaren leiding te geven aan de commissie Identiteit van deze instelling. Met steun van de deskundige secretaris dr Martien Pijnenburg hebben wij u in input gegeven in de discussies rond het komende strategisch plan. Ik hoop dat u op basis van de historische wortels van het UMC St Radboud de strategische kernwaarden zodanig vertaalt en invulling geeft dat menslievendheid en compassie in al onze kerntaken herkenbaar zijn. Het zal patiënten verlichting kunnen geven. Het zal medewerkers en studenten kunnen inspireren om als professional vanuit hun hart gemotiveerd optimale zorg te verlenen.

Een speciaal woord van dank gaat uit naar de decanen de hooggeleerden Gerard Stoelinga, Peter Vooijs, Kees van Herwaarden, Dirk Ruiten, Frans Corstens en Paul Smits, onder wiens eindverantwoordelijkheid majeure voorstellen van ons als onderwijshervormers in de afgelopen jaren werden overgenomen teneinde het niveau van ons Nijmeegs curriculum omhoog te stuwen.

Als clustervoorzitter en als directeur specialistenopleiding kijk ik met genoegen terug op de stimulerende discussies met de raad van bestuur in verschillende samenstelling onder leiding van Jos Werner, Kees van Herwaarden, Emile Lohman en Melvin Samsom. Collega-clusterbestuurders Theo van Veldhuizen, Mieke Walenkamp en Ineke Rots-Hendriks, jullie waren mijn solidaire bondgenoten in deze discussies en die met de afdelingshoofden.

Dames en heren opleiders van de individuele specialismen, u bent eindverantwoordelijk voor de opleiding. Als opleidingsdirecteur kon ik alleen functioneren dankzij de onvoorwaardelijke steun van u en de centrale opleidingscommissie onder leiding van prof. dr Peter van de Kerkhof en thans dr Jos Draaisma. Dank hiervoor. Het bereikte niveau van de opleidingen in Nijmegen is vooral uw eigen verdienste. Samenwerking en ondersteuning is in dit soort functies onontbeerlijk. Naast het secretariaat wil ik nadrukkelijk noemen: Nol Maessen, allround beleidsadviseur voor dit dossier, en de onderwijskundigen van het onderwijsinstituut onder leiding van drs Lia Fluit. En over samenwerking gesproken: daar horen de instellingen in de Nijmeegse regio bij: bestuurders, voorzitters-opleidingscommissies, decanen, individuele opleiders, onderwijskundigen en leerhuismanagers. Ik ben u erkentelijk voor de wijze waarop wij gezamenlijk vorm en inhoud geven aan de oor Oost Nederland. Collega dr Hans Hoekstra, decaan van het Jeroen Bosch Ziekenhuis, was hierbij voor mij een solide steunpilaar. Ik heb er groot vertrouwen in dat u allen met mijn opvolger prof Jacqueline de Graaf verder kunt op de ingeslagen weg.

Medewerkers van het iwoo, Instituut voor Wetenschappelijk Onderwijs en Opleiding, ik heb in de loop der jaren met vrijwel iedereen te maken gehad, ik heb kunnen profiteren van uw expertise op vele fronten. Drs Jan Bulte en drs Rik Engbers, onderwijskundigen, wil ik danken voor hun steun bij twee succesvolle dossiers van de afgelopen jaren, dat van de *Principal Lectures* en dat van de Docentenprofessionalisering.

Mijn thuisbasis in het UMC is steeds de afdeling algemeen interne geneeskunde geweest. Ik heb mijn taken in het aansturen van onderwijs en opleiding steeds kunnen combineren met patiëntenzorg en onderzoek. Het stelde mij in staat met ervaring vanuit de werkvloer op centraal niveau te kunnen acteren en ageren. Ik ben de hoofden van afdeling, de hooggeleerden Ab van 't Laar en Jos van der Meer zeer erkentelijk voor de wijze waarop ze dit voor mij mogelijk maakten. Collegae van de sectie vasculaire geneeskunde, medewerkers van het laboratorium, het secretariaat, de polikliniek en de verpleegafdeling hebben in de loop der jaren ieder op eigen wijze bijgedragen aan mijn prettige dagelijkse werkklimaat. Ik ben hen hier zeer dankbaar voor. Aan de hartverwarmende

en humoristische wijze waarop de afdeling twee jaar geleden afscheid van mij nam, denk ik nog vrijwel dagelijks terug. Uit oogpunt van waardering wil ik enkele internisten persoonlijk noemen: prof. dr Kees Majoor, mijn opleider, de grondlegger van de academische kliniek voor inwendige ziekten alhier, prof. dr Ab van 't Laar, mijn promotor, en daarnaast mijn voorbeeld als integer bestuurder, steeds opererend vanuit het primaire proces, prof. dr Jos van der Meer, mijn afdelingshoofd gedurende twintig jaar, tezelfdertijd mijn collega als opleider van vele internisten, daarnaast tevens gesprekspartner en raadsman voor elkaar, bij voorkeur op de fiets tussen UMC en thuisfront, prof. dr Anton Stalenhoef, sectiehoofd vasculaire geneeskunde, maatje vanaf het eerste uur in Nijmegen bij de groentijd en daarna gedurende onze gehele professionele carrière, we hebben veel van elkaar geleerd, zonder enige dissonant, en natuurlijk prof. dr Jacqueline de Graaf, collega op velerlei gebied: internist, opleider van internisten en nu dan ook mijn opvolger als directeur medisch specialistische vervolgopleidingen. Het is tegenwoordig een voorrecht als je opvolging goed geregeld is, maar het is helemaal geruststellend als het iemand is met zulke grote organisatorische en innovatieve capaciteiten. Met je talent en je enorme werklust zal de specialistenopleiding nog verder verbeteren. Op het goede moment kom jij met creatieve ideeën. Je bent nu de eerste en enige vrouwelijke opleidingsdirecteur. Je hebt weer een mooie positie als rolmodel verworven, belangrijk als inspiratiebron voor onze jonge talenten.

En dan nu mijn echte thuisbasis. Onze drie zonen Guido, Rogier en Emile zijn allang uitgevlogen. Ik ben trots op jullie, jullie hebben fraaie studies afgerond en solide banen verworven. Inmiddels zijn we drie schoondochters rijker: Kristel, Afke en Claudine. Met zijn allen bestrijken we een breed palet aan beroepen. We zijn met vier medici aan tafel en tot ergernis van de anderen domineert dat soms de gespreksstof. Maar de niet-medici kunnen gerust zijn, door mijn emeritaat is er nu één afgevallen. De gespreksonderwerpen zullen andere accenten krijgen.

Liefste Doris, het feit dat we elkaar ruim vijfenveertig jaar geleden tegenkwamen en we ons aan elkaar verbonden, is het mooiste dat mij is overkomen. In het openbaar hoeven we daar niet veel over kwijt. Het feit dat we weer samen kunnen lunchen behoort tot een van de aantrekkelijkheden van deze levensfase. Het is bijna niet meer voor te stellen dat dat ook lukte in het begin van mijn carrière toen onze kinderen nog klein waren. Nu pakken we deze draad weer op, veelal met de kleinkinderen Juliëtte en Olaf er bij, en over enkele weken nog eentje. Wat een geluk dat ons leven is verrijkt met zulke kinderen, schoonkinderen en kleinkinderen. Laten we hopen dat we nog lang van elkaar kunnen genieten. Als mijn steun en toeverlaat is het applaus zo dadelijk vooral voor jou.

*Ik heb gezegd.*

## LITERATUUR

- 1 Stuyt PMJ. Medisch onderwijs: kwaliteit in balans. Oratie Katholieke Universiteit Nijmegen. 2001.
- 2 Health Consumer Powerhouse 2012: [www.healthconsumerpowerhouse.com/ehci2012](http://www.healthconsumerpowerhouse.com/ehci2012).
- 3 KNMG. Opleiden voor kwaliteit. Interviews over 75 jaar opleiding en registratie van specialisten. Utrecht. 2007.
- 4 Bleker O, Hoorntje J, Schelfhout V. Beter en leuker: CCMS ontvouwt plannen voor de vervolgopleiding van medisch specialisten. *Med Contact* 2004; 59: 1692-5.
- 5 Frank JR, Danoff d. The CanMEDS initiative: implementing an outcome-based framework of physician competencies. *Med Teach* 2007; 29: 642-7.
- 6 Capaciteitsorgaan. *Capaciteitsplan 2010: medisch en klinisch technologische specialismen*. Utrecht. 2010.
- 7 <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/RGS-1/Aantal-geregistreerde-specialistenaios.htm>.
- 8 Bruggen slaan. Regeerakkoord VVD – PvdA. 2012; <http://www.rijksoverheid.nl/documenten-en-publicaties/rapporten/2012/10/29/regeerakkoord.html>.
- 9 KNMG – VSNU – NVZ – VAZ – LCVV. De arts van straks, een nieuw medisch opleidingscontinuüm. Utrecht. 2002.
- 10 NFU. De medisch specialist van straks, toekomstscenario's medische vervolgopleidingen. Discussienotitie – NFU. Utrecht. 2010.
- 11 Plochg T, Keijzers JFEM, Levi MM. De multimorbiditeitsdokter heeft de toekomst. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: A5515.
- 12 Dörr JP, Fokkema J, v Luijk S, Scheele F. Opleiden in de etalage. *Med Contact* 2010; 65: 1322-3.
- 13 Zaat J. Wie draait het hoofd? Generalisme versus specialisme. Verslag van de NTVG-dag 2012. *Ned Tijdschr Geneesk* 2012; 156: C1541.
- 14 <http://knmg.artsennet.nl/Opleiding-en-Registratie/Modern-opleiden/Projecten-MMV-1/CanBetter-1.htm>.
- 15 KNMG. Sterke medische zorg voor kwetsbare ouderen. Utrecht. 2010.
- 16 Orde van medisch specialisten en wetenschappelijke verenigingen. De medisch specialist 2015. Visie document. Utrecht. 2012.





