

In drie opleidingsstappen naar perioperatieve artsen

Minder specialismen, betere communicatie

prof. dr. Marco A.E. Marcus,
anesthesioloog en hoogleraar
perioperatieve zorg MUMC+
Op persoonlijke titel geschreven

Correspondentieadres:
m.marcus@mumc.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

beeld: Hollandse Hoogte

De opleiding kan veel efficiënter als het aantal specialismen wordt beperkt. Bovendien verbetert daardoor de communicatie tussen specialisten. Hoogleraar Marco Marcus laat dit zien aan de hand van de opleiding tot perioperatieve arts.

Doordat de bevolking ouder wordt en het aantal chronische meervoudige aandoeningen toeneemt, verandert de zorgvraag. Hierdoor specialiseren artsen zich meer en meer, ontstaan nieuwe superspecialismen maar treedt ook een tekort aan generalisten op. Dit tekort wordt weer opgevuld door nieuwe professionals zoals SEH-artsen en hospitalisten. Al deze specialismen bouwen binnen een bestaande of een nieuwe wetenschappelijke vereniging een eigen infrastructuur op (opleiding, registratiesysteem, et cetera), bakenen een eigen domein af en beschermen hun eigen belangen. De 'klassieke' specialismen proberen het verlies van hun domein en hun autonomie tegen te gaan. Dit gaat ten koste van de communicatie tussen de verschillende medische specialisten. Bovendien leidt het tot inflexibiliteit bij het inrichten van zorgprocessen en staat het vernieuwingen in de weg. Zorg moet in toenemende mate multidisciplinair worden geleverd en opleidingen zijn meer en meer multidisciplinair georganiseerd. Als grenzen tussen vakgebieden lijken te vervagen en bekwaamheden en competenties niet langer aan één specialisme voorbehouden zijn, moet er worden nagedacht over nieuwe medische beroepsstructuren en daarop toegesneden medische vervolgoedingen.

Hokjesgeest

Dat de wetenschappelijke beroepsverenigingen zich richten op de kern van het vak om het continu naar een hoger niveau te ontwikkelen,

is logisch en nuttig. Maar de keerzijde hiervan is dat de communicatie met andere specialismen kan afnemen en dat een hokjesgeest in de hand wordt gewerkt.

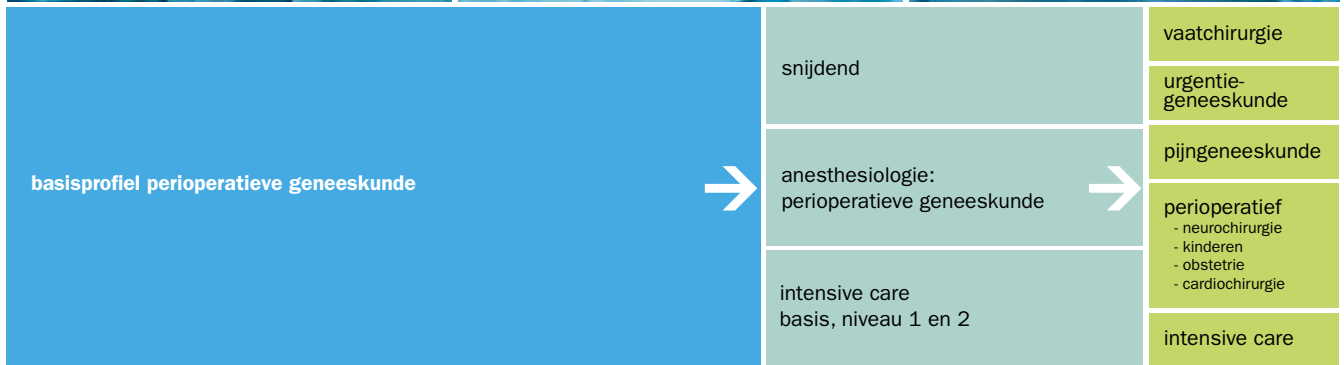
Kan het anders? Zou niet een verhoging, maar een reductie van het aantal specialismen tot een efficiëntieslag kunnen leiden? Dat kan bijvoorbeeld door het creëren van een brede generalistische basis en bredere specialistische profielen dan nu het geval is met daar bovenop een aantal superspecialisaties. Zo'n verandering moet beginnen in de opleidingsfase. Een voorbeeld illustreert hoe zo'n opleidingsstructuur eruit kan zien. Het betreft het nieuw te creëren specialisme perioperatieve geneeskunde, een samensmelting van – in alfabetische volgorde – de anesthesioloog, de chirurg en alle andere snijdende specialisten, de hospitalist en de intensive care-arts.

Basis-perioperatieve dokter

In de vervolgoeding wordt een basisarts in circa twee jaar opgeleid tot een basis-perioperatieve (bpo-)dokter, die met name verantwoordelijk is voor de basale perioperatieve zorg in het ziekenhuis. De bpo-dokter verleent deze zorg vanuit een generalistisch perspectief en borgt de kwaliteit en veiligheid hiervan. Ook kan de bpo-dokter een belangrijke rol spelen bij de preoperatieve screening. De bpo-dokter is de verbindende factor in het multidisciplinaire medische perioperatieve palet. Bij het College Geneeskundige Specialismen is al een aanvraag ingediend die moet leiden tot erkenning van dit profiel. Waar de bpo-arts in de kliniek gepositioneerd is, is zijn tegenhanger, de SEH-arts, dat op de spoedeisende hulp. De SEH-arts is al een

Specialismen bakenen nu hun domein af en beschermen hun belangen

Schematische weergave van de drie opleidingsfasen



algemene bachelorfase

specialistische fase

verdiepingsfase

De grootte van de vlakken representeert ruwweg het aantal studenten.

erkend profiel. De opleiding tot bpo-arts en tot SEH-arts worden beide gekenmerkt door veel stagen bij andere disciplines. Behalve bpo-artsen en SEH-artsen zou de tweejarige opleiding ook poli-artsen kunnen opleveren of basis-perioperatieve pijn dokters. Die laatste beheersen de basis van de perioperatieve geneeskunde en kunnen bijvoorbeeld ‘eenvoudige’ anesthesiën en operaties uitvoeren. Maar ook zou je een curriculum kunnen ontwikkelen voor een opleiding tot bijvoorbeeld perioperatieve managementsarts. De tweejarige opleiding zal door alle snijdende specialisten in spe moeten worden gevolgd; van hen gaat 40 procent zich daarna in één van de poten verder specialiseren.

Specialiseren

In het specialistische vervolgtraject van de opleiding worden perioperatieve specialisten opgeleid die de spilfunctie in het perioperatieve proces gaan vervullen of ic-artsen die aan de slag kunnen op een ic-afdeling van niveau 1 of 2. Zij worden verder geschoold in alle CanMEDS-competenties waarbij de nadruk ligt op het volgen van teamtrainingen zoals het Crew Resource Management, een specifieke vorm van simulatie-onderwijs voor het trainen van niet-technische vaardigheden in teams.

Van deze in vier jaar opgeleide artsen zal 40 procent zich verder ontwikkelen in een superspecialisme (verdieping).

In de derde leerfase is sprake van meer diepgang in het eigen specialisme of op het overgangsg gebied van het eigen specialisme en aanverwante

specialismen binnen hetzelfde profiel. Het ligt voor de hand de verdiepingmodules in het huidige curriculum te combineren met de curricula van de diverse fellowships. Verdieping in het specialisme anesthesiologie zou verdere bekwaming kunnen betekenen als perioperatieve specialist bij kinderen of bij obstetrische, cardiochirurgische en neurochirurgische patiënten. Het zou ook meer diepgang kunnen betekenen in de postoperatieve fase door specialisatie in de pijngeneeskunde. Verdere verdieping levert ook specialisten op die kunnen werken op ic-afdelingen van niveau 3. Maar ook de cardiale chirurg ontwikkelt zich nu verder, of de leverchirurg. Zij blijven wel lid van de vereniging van perioperatieve geneeskunde zodat de communicatie optimaal blijft en belangen afgewogen kunnen worden.

De grote winst van het samensmelten van een aantal specialismen, in dit voorbeeld rondom de operatiekamer, is dat het perioperatieve proces wordt gestroomlijnd, wat leidt tot minder kans op complicaties bij de patiënt en meer veiligheid. Doordat niet iedere arts tot en met de tweede, laat staan de derde fase zal doorgaan, wordt in deze structuur de totale opleiding gemiddeld veel korter en kunnen de middelen die daarmee vrijvallen worden herverdeeld naar die plaatsen waar het geld het meest nodig is. In een (wetenschappelijke) verenigingsstructuur zullen belangen veel beter worden behartigd. Omdat men verenigd is in een grotere groep van perioperatieve artsen zal hun stem bij andere partijen beter worden gehoord. [mc](#)



Meer weten over dit onderwerp? Volg de gratis MCTV-nascholing over de handreiking verantwoordelijkheidsverdeling.