

De medische faculteit van de toekomst

Prof. dr. Fedde Scheele, gynaecoloog en opleider, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis

Drs. Corry den Rooyen, onderwijskundige, KNMG

Dr. David van Bodegom, universitair docent, Leyden Academy on Vitality & Ageing

Werken in de zorg zal er in de nabije toekomst wezenlijk anders uitzien als een groot deel van de zorg ouderenzorg zal zijn. Drie recente inventarisaties uitgevoerd in samenwerking met ZonMW lieten zien dat studenten geneeskunde, verpleegkunde en verzorging hierop nog onvoldoende worden voorbereid. (1-3) In dit artikel beschouwen we hoe de medische faculteiten het onderwijs en onderzoek op de toekomst afstemmen en beschrijven we zes punten die de medische faculteiten van de toekomst zouden moeten kenmerken.

De feiten van de toekomst: vergrijzing en stijgende kosten

Sceptici zullen aanvoeren dat de toekomst niet te voorspellen is en zich richten op de problemen van het hier en nu. Toch kennen wij twee belangrijke feiten over de toekomst. Ten eerste is er de dubbele vergrijzing; een groter deel van onze bevolking is oud en deze ouderen leven langer dan voorgaande generaties. Het tweede feit zijn de stijgende kosten van de zorg die tot nu toe ontembaar lijken.

De zorg en de dokter van de toekomst

Het effect dat de twee bovenstaande ontwikkelingen hebben op de zorg is binnen vrij nauwe marges te voorspellen. Binnen nu en twintig jaar zal meer dan driekwart van onze zorginspanningen zich richten op ouderen, medeburgers met multi-morbiditeit, polyfarmacie en met complexe afwegingen over de juiste behandeling, waarbij de kosten en doelmatigheid nog belangrijker worden. Wat betekent dit voor de dokter van de toekomst?

Samenwerken

De dokter van de toekomst zal nog meer een lid zijn van een team of een netwerk van zorgverleners dat gezamenlijk complexe maar integrale zorg levert. De dokter zal in staat moeten zijn om te werken onder regie van een coördinerend arts. De noodzaak tot verdere samenwerking tussen de specialisten is onlangs ook door het KNMG en de Raad voor de Volkgezondheid en zorg onderschreven. (4, 5)

Generalistisch werken

De dokter van de toekomst dient van alle markten thuis te zijn en is in staat optimaal gebruik te maken van eventuele diensten van meer gespecialiseerde collegae. Daarbij is een generalistische kijk op complexe zorg van groot belang, met aandacht voor meerdere perspectieven, zowel die van andere specialisten als van verpleegkundigen en patiënten. De recent gestarte opleiding tot ziekenhuisarts laat zien dat op meerdere plaatsen de noodzaak voor een generalist in het ziekenhuis wordt ervaren.

Shared decision making

Voordat medische behandelingen worden toegepast bij ouderen met meervoudige problemen zal toenemend een zorgvuldiger en meer actieve evaluatie nodig zijn van de verwachtingen van de patiënt zelf, zijn mantelzorgers en de betrokken professionele zorgverleners. Gezamenlijke keuzes maken over het gewenste beleid, met daarin een belangrijke stem voor de patiënt is hierin essentieel.

Kostenbewust denken en handelen

Kostenbewustzijn, bij zowel patiënten als dokters, zal in toenemende mate door zorgverzekeraars en politiek verwacht en geëist worden. Doelmatigheid, zowel van behandelingen als van de organisatie van de zorg zullen nog meer van belang worden.

Laat ons nu reflecteren hoe de huidige medische opleidingen de dokters van de toekomst voorbereiden.

De huidige medische faculteit

Medische faculteiten zijn verantwoordelijk voor zowel de opleiding van de dokters van de toekomst als voor het onderzoek naar de zorg en de behandelingen van de toekomst.

Onderzoek

Wanneer we een medische faculteit binnenlopen en naar de diverse afdelingen kijken, vinden we een noodzakelijke fundering van basisvakken als histologie, fysiologie, anatomie, genetica en andere vanuit de traditie belangrijke onderzoeksgebieden. De medische student wordt stevig gedompeld in de verworvenheden van de biomedische revolutie.

Maar waar is het onderzoek naar onze toekomstige zorg? Een afdeling waar het onderzoek naar de inzet van verschillende disciplines bij complexe zorg plaatsvindt, is vaak niet te vinden. Wie onderzoekt welke zorgprofessional onder welke omstandigheden het beste presteert als regisseur van de zorg? Welke afdeling onderzoekt structuren voor 'shared decision making'?

Ook onderzoek naar doelmatigheid van zorg is schaars op onze medische faculteiten. Men concentreert onderzoeks aandacht op de ontrafeling van biomedische processen, terwijl onderzoek naar de verbetering van zorglogistiek momenteel ook dringend nodig is.

Onderwijs

Het onderwijs op de meeste medische opleidingen leidt op vanuit een kennistraditie met een biologische basis. Hierbij horen specialistische oplossingen van problemen in de gezondheidszorg. Hoewel deze basis ons veel heeft gebracht, is hij in toenemende mate onvoldoende.

De inventarisatie van de Leyden Academy on Vitality & Ageing liet zien dat medisch studenten maar heel beperkt in aanraking komen met ouderengeneeskunde.(2) Bovendien was er slechts op twee van de acht faculteiten een verplicht coschap ouderengeneeskunde of geriatrie. Onderwijs over de kosten van de zorg en doelmatigheid is eveneens schaars.

De introductie van het CanMEDs model en het competentiegericht opleiden is een stap in de goede richting van het vormen van dokters met een bredere blik. Er is echter meer nodig om tijdig te komen tot een curriculum dat dokters opleidt die klaar zijn voor de vergrijzing en de kostenexplosie. Dit alles vinden wij niet of onvoldoende terug in het curriculum van de huidige medische faculteiten.

De medische faculteit van de toekomst

Wij pleiten voor zes uitgangspunten waarop de medische faculteit van de toekomst zou moeten zijn gebaseerd:

1. Onderzoeksgericht: De arts wordt opgeleid in een omgeving waarin onderzoek plaats vindt naar generalistische en complexe zorg, innovatie van zorglogistiek en kosteneffectiviteit.
2. Patiëntgecentreerd: Tijdens de studie ligt de focus niet op kennis van ziektebeelden alleen, maar op multimorbiditeit bij patiënten met complexe problematiek. Hun wensen worden expliciet meegewogen in alle gezamenlijke genomen beslissingen. De student wordt getraind in het ontwikkelen van een generalistische visie.
3. Multidisciplinair: Tijdens de studie wordt multidisciplinair samengewerkt en geleerd.
4. Gecoördineerde zorg: Tijdens de studie worden organisatie en coördinatie van zorg onderwezen.
5. Doelmatig: Het beheersbaar maken van kosten begint bij bewustwording van deze kosten en leren om hierin moeilijke afwegingen te maken en verantwoordelijkheid te nemen.
6. Evidence based: Niet alleen het onderzoek maar ook het onderwijs dient te worden ingericht op basis van evidence based education voor doelmatig onderwijs.

Oproep aan de medische faculteiten.

Dit artikel is een oproep tot drastisch ingrijpen in de huidige opleiding tot dokter. Wij beseffen ons dat op meerdere faculteiten al goede eerste initiatieven zijn. Laten wij heir ook van elkaar leren. De invoering van een verplicht coschap ouderengeneeskunde op iedere faculteit, waarvoor op meerdere faculteiten al gepleit wordt, zou een goede eerste stap zijn.(6)

Wij hopen dat de medische faculteiten bereid zijn hun toekomstvisie af te stemmen op het werk van de toekomst. Verandering is niet eenvoudig, maar vergrijzing en stijgende kosten zijn onvermijdbaar en hebben zoveel invloed op de zorg dat we die verandering snel zullen moeten inzetten. Hierna zou iedere faculteit binnen zijn eigen tradities moeten kijken hoe hij zijn studenten op de toekomstige zorg wil voorbereiden. Wij hopen dat bovenstaande zes punten hierbij richting kunnen geven. Laten wij met de acht faculteiten gezamenlijk aantonen dat onze realiteitszin en ons verantwoordelijkheidsgevoel sterker zijn dan onze tradities.

Referenties

1. Hamers et al. Ouderenzorg in het middelbaar beroepsonderwijs. Een inventarisatie bij zorgopleidingen (niveau 2 en 3). Maastricht University 2012
http://www.leydenacademy.nl/UserFiles/file/Eindrapport_zonmw_MBO_zorgopleidingen_UM_13_september_2012.pdf
2. Schuurmans et al. Gerontologische en geriatrische inhoud van verpleegkunde opleidingen in Nederland. UMC Utrecht 2011
http://www.leydenacademy.nl/UserFiles/file/Rapportage_ZonMw_GG_in_verpleegkunde_opleidingen.pdf
3. van Bodegom et al. Inventarisatie ouderengeneeskunde in medische curricula. Leyden Academy on Vitality & Ageing 2011.
http://www.leydenacademy.nl/about_us/reports/Medical_curricula_November_2011
4. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg. KNMG 2010.
<http://knmg.artsennet.nl/Publicaties/KNMGpublicatie/Handreiking-verantwoordelijkheidsverdeling-bij-samenwerking-in-de-zorg-2010.htm>

5. Redzaam Ouder. Raad voor de volksgezondheid en zorg, 2012.
http://rvz.net/uploads/docs/Redzaam_ouder.pdf

6. Olde Rikkert et al. Internship 'Care of the elderly' should be obligatory in all medical schools. Ned Tijdschr Geneeskd 2009; 153.