



beeld: Joyce van Belkom, HH

Tien jaar na geruchtmakend pleidooi: specialistenopleiding nog steeds inefficiënt

# Nog altijd te oud, te knap, te duur

prof. dr. J.T.A. Knape,  
hoogleraar/opleider anesthesiologie, voorzitter Centrale Opleiding Commissie UMC Utrecht.

prof. dr. Th.J. ten Cate,  
hoogleraar medische onderwijskunde, directeur Expertisecentrum voor Onderwijs en Opleiding UMC Utrecht

Correspondentieadres:  
j.t.a.knape@umcutrecht.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld.

Ruim een decennium na het spraakmakende artikel, *Te oud, te knap en te duur*, waarin de hoogleraren Blijham en Bleker pleitten voor een kortere opleiding tot medisch specialist, heeft hun betoog weinig aan actualiteit ingeboet.

**V**olgens Blijham en Bleker zou de specialist van vandaag, in een grote maatschap, overdag met verschillende maten differentiatie van zorg kunnen aanbieden ('de grote kaart') en 'na kantoortijd' alle acute problematiek van het vak ('de kleine kaart') moeten kunnen oplossen.<sup>1</sup> De eindtermen in de medische vervolgopleiding zouden hierop gericht moeten zijn en niet zozeer op een encyclopedie van alles wat er binnen dat ene specialisme mogelijk is. De medische vervolgopleiding kon aldus worden bekort met behoud van kwaliteit. Het artikel heeft veel tweeweggebracht en aanleiding gegeven tot herbezinning op het medische opleidingscontinuüm.<sup>2 3</sup> Inmiddels zijn er

schakel jaren in basisartsopleidingen, worden alle medische vervolgopleidingen competentiegericht gemoderniseerd en zijn er nieuwe beroepen als die van nurse practitioner en physician assistant ingevoerd. Veel is verbeterd. Het CanMeds-competentieraamwerk zorgt voor internationale aansluiting en benadrukt het belang van onder meer communicatie, samenwerking, organisatievaardigheid en professionaliteit.<sup>4</sup> Disciplinegebonden en -overstijgende competenties zijn nauwkeurig in thema's gedefinieerd, er wordt veel getraind in het geven van constructieve feedback, er zijn vele en verschillende toetsmomenten en de verantwoordelijkheid voor de opleiding en de planning ligt nu veel meer bij de aios.



Zijn we dus nu waar we moeten zijn? Het antwoord is: neen. De opleidingen produceren nog steeds te oude, te knappe en te dure specialisten en de nieuwe opleidingsplannen brengen daar geen verandering in.

### Erkenning

Wat nog niet is veranderd is dat in veel opleidingsziekenhuizen de aios van groot belang is voor de productie van de zorg. Specialisten zijn gemiddeld duur en aios verrichten daarom nog steeds te veel oneigenlijke productietaken die niet essentieel zijn voor hun opleiding. Dat gaat voor hen ten koste van de tijd om nieuwe dingen te leren. Want ook in de gemoderniseerde opleidingsplannen staat wel de opleidingsduur vast, maar niet het te realiseren competentieniveau. Het belangrijkste kenmerk van competentiegericht opleiden, namelijk opleiden tot een gewenst competentieniveau van een taak in plaats van te wachten tot de opleidingsduur is verstreken, is niet gerealiseerd.

Dat zou andersom moeten zijn: wanneer een bepaald niveau van een competentie gerealiseerd is zou de aios daarvoor een erkenning moeten krijgen en dan kunnen gaan werken aan de realisatie van

de volgende competentie, onafhankelijk van de opleidingsduur. Nu nog nemen we aan dat een vaste opleidingstijd garant staat voor kwaliteit. Dat is niet de werkelijkheid. Sommigen kunnen eerder klaar zijn, anderen later, of met een kleiner pakket.

### Dubieus

Na de opleiding is nascholing noodzakelijk om elke vijf jaar te kunnen herregistreren als specialist. Maar het aanbod is ongestructureerd en de keuze is willekeurig. Specialisten zijn, buiten een opleidingscontext, afhankelijk van hun eigen inzichten en wensen bij het stellen van doelen voor de eigen nascholing. Werkgevers en tarieven in de vrije markt voorzien in de betaling ervan. De kwaliteit is lang niet altijd bekend, de effectiviteit voor de beroepsbeoefening is op zijn minst dubieus.<sup>5</sup> Het realiseren van nascholingspunten in de huidige context garandeert allesbehalve het op peil houden van het kennis- en vaardigheidsniveau, nodig voor de praktijkvoering.

Elke opleider weet dat voorkennis, talenten en kwaliteiten van aios verschillen en dus hun mogelijkheid en snelheid om competenties te verwerven. In het begin van het laatste op-

leidingsjaar weet je als opleider al vaak of een aios zelfstandig het specialisme kan uitoefenen of niet. Ook voorspel je allang wie je aan het eind van de opleiding nog meer kennis of vaardigheden zou willen meegeven. Maar dat kan dan niet meer. Klaar is klaar. Sommigen zou je graag direct in je maatschap opnemen, anderen wens je een betrekking ver weg toe. Werkervaring (geen opleidingservaring!) in een niet-opleidingsziekenhuis kan via de MSRC tot een jaar bekorting van de opleiding opleveren – soms wordt dat toch een goede specialist. Een vaste, lange medische vervolgopleiding is dus geen garantie maar ook geen voorwaarde voor een goed eindproduct. We kijken simpelweg niet naar hun competentie, maar naar hun opleidingsverplichtingen – wel naar *input* dus, maar niet naar *outcome*.

### Brede basiskennis

Waarom duurt een medische vervolgopleiding vaak vijf of zes jaar? De argumenten daarvoor zijn historisch en duidelijk. De gedachte is dat een medisch specialist binnen enkele jaren de brede basiskennis en kennis van een aandachtsgebied moet verwerven die voor de rest van het leven nodig is. Met de grote ontdekkingen en snelle ontwikkelingen in de geneeskunde van de afgelopen vijf decennia is om die reden de lengte van de medische vervolgopleiding toegenomen van drie tot vijf à zes jaar. Dat kan de komende vijftig jaar niet doorgaan.

Maar is de noodzaak van die zeer brede basis er nog wel in de praktijk van alledag? Neen. Zijn de oudere specialisten met hun drie- tot vierjarige opleiding van toen minder geëquipeerd voor hun huidige vak? Integendeel. De meeste specialisten oefenen het vak allang niet meer in de volle omvang uit. In de grote hedendaagse praktijken hebben zij al snel een beperkt aandachtsgebied, naast de kennis en vaardigheden die noodzakelijk zijn om patiënten met acute problematiek adequaat te kunnen diagnosticeren en behandelen. De arts van vandaag is modern opgeleid en beter in staat om met de moderne communicatiemiddelen snel de huidige stand der wetenschap evidence-based te vinden, zich eigen te maken en toe te passen. Deze vaardigheid is waarschijnlijk veel nuttiger dan de encyclopedische opleiding van vroeger en nu. De specialist moet uiteraard een specialistische kennisbasis hebben, maar die kan binnen twee à drie jaar gelegd en getoetst worden. Daarna moet er een attitude zijn van voortdurende kennisverwerving en aanpassing aan veranderingen, of dit nu binnen of buiten de opleiding is.

**Een lange opleiding  
is geen voorwaarde voor  
een goed eindproduct**



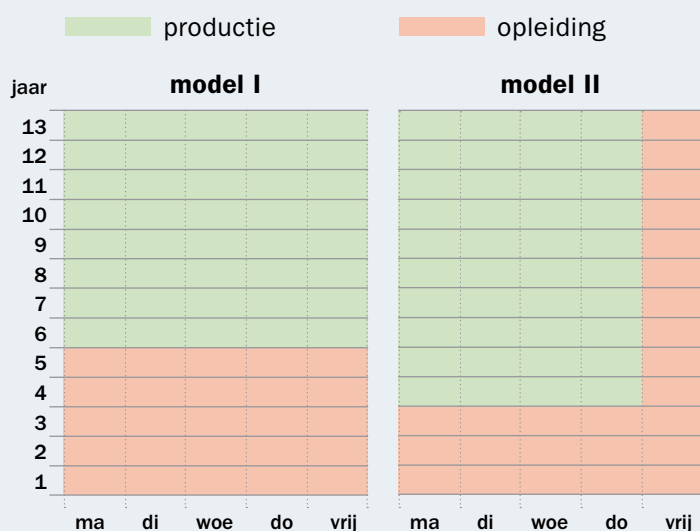
De inhoud van veel specialismen is in de afgelopen dertig jaar dramatisch veranderd (door beeldvorming, minimaal invasieve chirurgie, endoscopie). Er is geen enkele reden om aan te nemen dat dit soort veranderingen zou verminderen. Integendeel, een versnelde ontwikkeling is zeer waarschijnlijk. Hoe zinvol is het dan te streven naar encyclopedische vakkennis van tien jaar terug? We leiden nog steeds aiOS op met kennis en vaardigheden die zij al snel niet meer of überhaupt niet zullen kunnen toepassen. De toenemende zorgvraag, de snelle veranderingen in techniek en weten-

Ook in de moderne vervolgopleiding staat wel de opleidingsduur vast, maar niet het beoogde competentieniveau.

beeld: Frank Muller, HH



### Bestaand en alternatief opleidingsmodel



Model I geeft de huidige medische vervolgopleiding weer: gemiddeld vijf jaar, waarna praktijk.

Model II is een onderzoeksvoorstel: drie jaar intensieve moderne opleiding voor basaal functioneren als specialist, gevolgd door tien jaar nascholing en geven van onderwijs voor 20 procent van de werktijd naast en geïntegreerd in de praktijk.

schap, de moderne, goed opgeleide basisarts met adequate vaardigheden om evidence te vinden, nieuwe competentiegerichtes principes en de noodzaak om levenslang te leren en aan te passen vragen om een nieuwe aanpak van de medische vervolgopleiding.

### Echt competentiegericht

Competentiegericht opleiden is meer dan het vervangen van eindtermen door 'competenties'. Als de opleidingen beschreven worden in termen van kenmerkende beroepstaken die certificeerbaar zijn – in het Engels aangeduid met *Entrustable Professional Activities (EPA's)* – kan de medisch specialist, analoog daaraan, beter worden gedefinieerd.<sup>6</sup> Een set van beroepstaken waarvoor bekwaamverklaringen zijn ontvangen is betekenisvoller dan een enkelvoudig diploma. De wet BIG definieert de arts als 'bevoegd' voor die handelingen waarvoor deze 'bekwaam' is. Bekwaamverklaringen voor EPA's voor afzonderlijke beroepstaken worden nu geleidelijk ingevoerd bij enkele specialismen.<sup>7</sup> Dat biedt een andere kijk op certificering. EPA's kunnen aan het portfolio van de aiOS worden toegevoegd wanneer deze de vereiste competentie heeft getoond. Maar ook na de opleiding kunnen EPA's aan het portfolio van de specialist worden toegevoegd. En ook over de grenzen van aanpalende vakgebieden zijn EPA's te certificeren. Pas dan ontstaat de flexibiliteit die echt competentiegericht opleiden zou moeten kenmerken. Niet de tijdsduur van de opleiding is bepalend, maar het pakket aan bekwaamverklaringen voor taken waarvoor men zich werkelijk competent heeft getoond.

### Onnodig duur

Kennisverwerving in een medisch specialisme is niet afgerond bij de inschrijving in het specialistenregister. Maar de invulling van *continuing professional development* is nu inefficiënt, ongestructureerd en het resultaat wordt niet getoetst. Kortom: onnodig duur en niet doeltreffend. Het volgen van nascholing is noodzakelijk. Maar ook het geven van onderwijs behoort tot de kerntaken van de moderne arts en specialist. Daarvoor is structuur noodzakelijk.

De discussies van de afgelopen jaren over een *common trunk* hebben geleerd dat de basis van een specialisme, nodig om algemene en acute problematiek te kunnen aanpakken, binnen twee tot drie jaar te leren moet zijn. Drie jaar intensieve moderne opleiding, mét ervaring, maar zonder overbodige productietaken, is ons inziens voldoende om na het artsexamen op



## SAMENVATTING

- Met de modernisering van de medische vervolgopleiding is een belangrijke stap voorwaarts gezet op het terrein van competentiegericht opleiden.
- De daarmee samenhangende mogelijkheid van differentiatie in opleidingsduur is echter niet gerealiseerd.
- Een nieuw model wordt voorgesteld met een korte, intensieve opleiding tot een basaal niveau als medisch specialist met de verplichting tot verdere expertisewinning en docentschap.

basaal niveau binnen een specialisme te kunnen functioneren.

Maar dán gaat deze jonge klare aan de slag voor vier dagen in de week, en besteedt tien jaar lang één dag in de week intensief aan nascholing en het geven van onderwijs. Daarmee is de specialist jonger, basaler, en hoeft hij minder duur te zijn aan het begin van het specialistische beroep. In de loop van de jaren breidt de specialist zijn pakket, zijn *attainments*-portfolio uit met EPA's waarvoor bekwaamverklaringen worden verworven. Het opleidingsvolume is gelijk, maar beter georganiseerd. Dat biedt meerdere voordelen.

- De opleiding wordt aantrekkelijker en motiveert: het onderscheid tussen opleiden en productie wordt helder.
- Specialisten kunnen eerder in het praktijkproces worden ingezet.
- Er zijn veel hogere eisen te stellen aan de (na)scholing in de eerste tien jaar. *Continuing professional development* wordt efficiënt en kosteneffectief. Na tien jaar is de scholingsgewoonte een tweede natuur geworden. Om over te stappen naar een ander aandachtsgebied zijn de randvoorwaarden voor scholing reeds aanwezig. De specialist houdt van dag tot dag een hoog kennis- en vaardigheidsniveau op een geselecteerd expertisegebied; hij kan sneller van nieuwe regionale, nationale en internationale ontwikkelingen kennisnemen en ze implementeren.
- Door onderwijs te geven aan ai's en anderen leert de specialist zelf ook – onderwijs en leren krijgen steeds meer een intercollegiaal karakter.
- De medische vervolgopleiding wordt goedkoper met behoud van inhoud en kwaliteit.

Een basisopleiding van drie jaar met formele, verplichte invoering van 20 procent van de werktijd voor het ontvangen en geven van onderwijs in de jaren daarna is goedkoper, efficiënter en kwalitatief minstens zo goed. Zoiets kan niet morgen breed ingevoerd worden, omdat de huidige regelgeving zich daartegen verzet. De Union Européenne des Médecins Spécialistes kent een bepaling over de inhoud van de specialistische opleiding, maar doet geen algemene uitspraak over de duur.<sup>8</sup> Deze is in de specifieke Europese besluiten over de vervolgopleiding wel aangegeven.<sup>9</sup> Die is weliswaar in het algemeen korter dan in de Nederlandse praktijk, maar veelal langer dan drie jaar. Een 'verticale' trainingsperiode kent de EU al helemaal niet. Toch denken wij dat hier serieus over nagedacht moet worden. Het is een experiment waard. 

## De Grote Bezorgdheid

Enkele jaren geleden werkte ik mee aan een item van het tv-programma Hart van Nederland over het nut en de bijwerkingen van wervelmanipulaties bij excessief huilende zuigelingen. De redactie had mij toegezegd dat het een genuanceerd item zou worden.

Uiteindelijk heeft men slechts één quote van me gebruikt: 'Er is geen wetenschappelijk bewijs dat wervelmanipulaties helpen bij huilbaby's.' Die lieten de programmamakers voorafgaan door een minutenlang opgewekt betoog van een therapeut die met miraculeuze massage alle vastzittende nekjes van blèrende baby's loskreeg. En op mijn citaat volgde een reactie van een tevreden moeder in de trant van 'dat kan die dokter wel zeggen maar mijn kind is mooi geholpen'. Deze ervaring heeft me opnieuw laten inzien dat mensen zich zelden laten leiden door hun ratio, ook niet als het hun gezondheid betreft.

In het najaar werden ons spreekuur en ons secretariaat overspoeld met telefoontjes over het Mexicaanse-griepvaccin. Mensen waren vooral bang voor eventuele bijwerkingen van het vaccin. Bang geworden door gruwelverhalen in de media en op websites van bezorgde moeders. De reactie van de beroepsgroep was dezelfde reflex als ik bij Hart van Nederland had: 'geen wetenschappelijk bewijs'.

De tijd dat een dergelijke uitspraak van een expert genoeg was om de onrust in de kiem te smoren, ligt achter ons. Daarom zal het eindrapport over de bijwerkingen van de vaccinatie, dat deze maand verscheen, geruisloos genegeerd worden, behalve door ons, de dokters van de ratio. We moeten blijkbaar nog leren hoe we effectief moeten omgaan met die Grote Bezorgdheid. Ik denk dat we kunnen beginnen de bezorgdheid niet weg te wuiven met 'geen bewijs', maar in plaats daarvan door te vragen naar de achterliggende gedachten en drijfveren.

Paul Brand,  
kinderarts



De literatuurlijst en het artikel waar de auteur naar verwijst vindt u bij dit artikel op onze site [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).



#### Referenties

1. Bleker OP, Blijham G. Te oud, te knap en te duur. Medisch Contact 1999, 36; 1201–03.
2. Meijboom-de Jong B, Schmit Jongbloed LJ, Willemsen MC, editors. De arts van straks – een nieuw medisch opleidingscontinuum. Utrecht: KNMG/DMW-VSNU/VAZ/NVZ/LCVV; oktober 2002.
3. LeGrand-van den Bogaard MJM, Rooijen APN van, editors. De zorg van morgen – flexibiliteit en samenhang. Rapport van de Commissie Implementatie Opleidingscontinuum en Taakherschikking. Den Haag: ministerie van VWS; juli 2003.
4. Bleker OP, Cate ThJ ten, Holdrinet RSG. De algemene competenties van de medisch specialist in de toekomst. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2004; 23 (1): 4-14.
5. Marinopoulos SS, Dorman T, Ratanawongsa N, Wilson LM, Ashar BH, Magaziner JL, Miller RG, Thomas PA, Prokopowicz GP, Qayyum R, Bass EB. Effectiveness of Continuing Medical Education. Evidence Report/Technology Assessment No. 149 (Prepared by the Johns Hopkins Evidence-based Practice Center, under Contract No. 290-02-0018.) AHRQ Publication No. 07-E006. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. January 2007.
6. Cate O ten, Scheele F. 2007. Competency-based postgraduate training: can we bridge the gap between educational theory and clinical practice? Acad Med 2007; 82: 542–47.
7. Lips J, Scheele F, Dijksterhuis M, Cate O ten. Richtlijn bekwaaamverklaringen in de specialistenopleiding. Tijdschrift voor Medisch Onderwijs 2009. Supplement (in press).
8. Charter on Specialist Training, Union Europeenne des medecins Specialistes, 1993. [www.uems.net](http://www.uems.net).
9. EU richtlijn 93/16, thans 2006/100 EC, te downloaden van [www.EUR-lex.europa.eu](http://www.EUR-lex.europa.eu).