



beeld: Frank Muller, HH

Een nieuwe, flexibele structuur in medische vervolgopleidingen

De medisch specialist van straks

Abe Meininger,
projectmanager Innovatie
Medische Vervolgopleidingen,
Postgraduate School of Medi-
cine UMC Groningen

Brigitte Velkeniers, hoogleraar
interne geneeskunde, Univer-
sitair Ziekenhuis Brussel
(UZ-VUB); Maas Jan Heineman,
hoogleraar gynaecologie AMC,
lid College Medische Vervolg-
opleidingen NFU, voorzitter
Onderwijsinstituut Medisch
Specialistische Opleidingen,
AMC; Jan Borleffs, hoogleraar
en prodecaan Onderwijs en
Opleidingen UMC Gronin-
gen, lid College Medische
Vervolgopleidingen NFU; Frans
Jaspers, voorzitter College
Medische Vervolgopleidingen
NFU, lid raad van bestuur UMC
Groningen

Correspondentie: a.k.meininger@
wenckebach.umcg.nl;
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling
gemeld.

Medisch specialisten richten zich in de toekomst op de complexere zorg. Meer basisartsen worden opgeleid voor de specialistische basiszorg en de anios verdwijnen. De NFU ziet mogelijkheden voor een taakherschikking binnen de medische beroepsgroep, met behoud van kwaliteit.

Medische vervolgopleidingen veranderen. Maar niet alle bestaande knelpunten worden voldoende aangepakt. In 'De medisch specialist van straks' zoekt de Nederlandse Federatie van UMC's (NFU) naar een eigentijdse structuur van de medische vervolgopleidingen. Deze discussie-notitie geeft mede handen en voeten aan het recente advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg over de numerus fixus. Vooral als het gaat over functiedifferentiatie, taakherschikking, vermindering van werkdruk, lagere kosten en een hogere kwaliteit van zorg.

Op initiatief van het College Medische Vervolgopleidingen heeft de NFU een discussie gevoerd over toekomstscenario's voor medische vervolgopleidingen. Alle betrokkenen zijn het erover eens dat een ingreep in de structuur nodig is. Daarvoor zijn drie belangrijke redenen.

Het aanbod van artsen en hun inzetbaarheid is aan het verschuiven. De traditie van artsen die dag en nacht in touw zijn voor hun patiënten, heeft plaatsgemaakt voor een meer genuanceerde praktijk. De artsenij is al lang niet meer een fulltime *way of life*, waar al het overige ondergeschikt aan is of voor moet wijken. Tegelijkertijd

De huidige opleiding is geënt op het alles-of-nietsprincipe

treedt een feminisering van het artsberoep op. Vandaag de dag hebben zowel mannelijke als vrouwelijke artsen meer uitgesproken én gedifferentieerde wensen over de inrichting van hun medische vervolgopleiding en hun verdere werkzame leven dat in het teken zal staan van *life long learning*. De huidige opleidingssy-

stematiciek biedt daarvoor nauwelijks ruimte en is grotendeels geënt op het alles-of-nietsprincipe. Niet alleen tijdens de opleiding zelf, maar ook daarna.

Daarnaast worden medisch specialisten te veel belast

met patiëntenzorg die relatief eenvoudig en routinematig is. Daarvoor zijn zij in feite te hoog opgeleid.

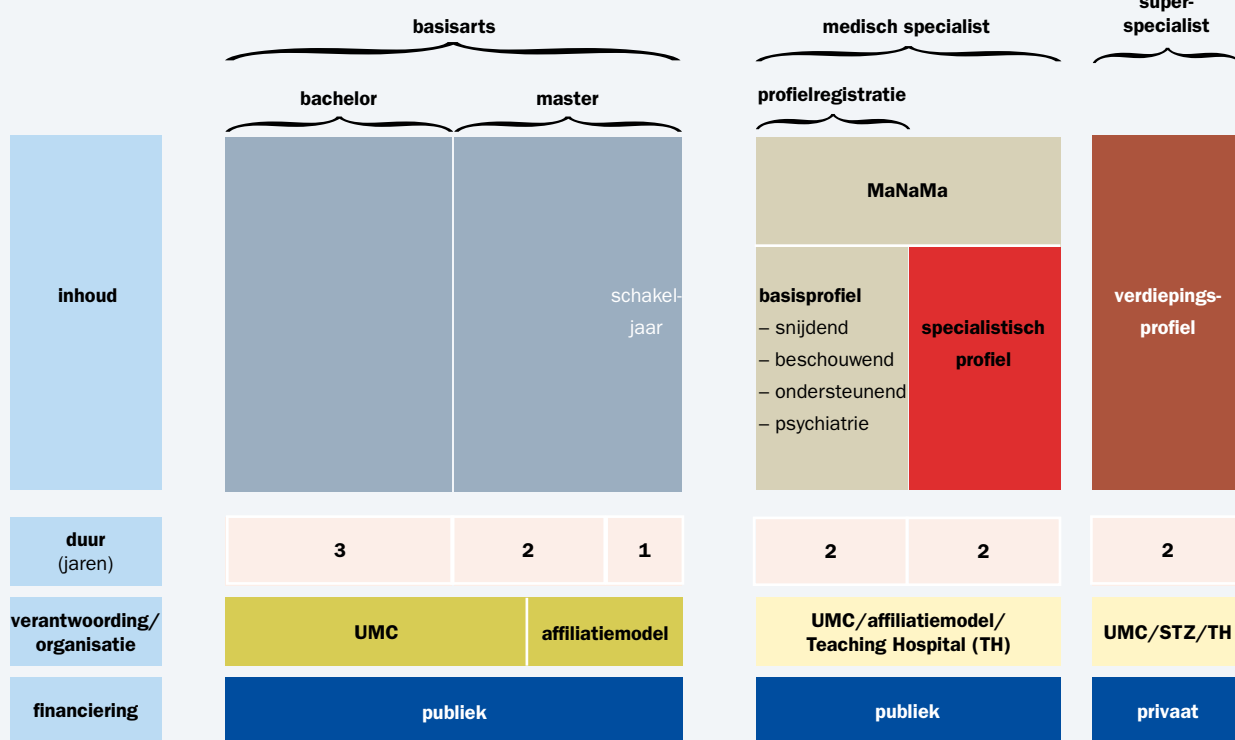
En ten slotte hebben ziekenhuizen een kwaliteitsprobleem als het gaat om de meer routinematige specialistische basiszorg. In de huidige praktijk wordt hiervoor vaak een beroep gedaan op anios, basisartsen niet in opleiding. Na de studie geneeskunde gaan zij vaak zonder aanvullende opleiding in deze basiszorg aan de slag. Met als gevolg dat zij zeker in de eerste jaren vaak een beroep doen op medisch specialisten. Deze moeten alsnog (de verantwoor-

delijkheid voor) de zorg overnemen of worden geconsulteerd. De potentiële meerwaarde van anios voor deze basiszorg blijft daardoor onbenut. Feitelijk zijn zij onvoldoende gekwalificeerd voor het werk dat ze doen.

Zonder schotten

Er zijn nog meer argumenten om de opleidingsstructuur en de bijbehorende erkenning aan te passen. De NFU betreft in haar voorstel tal van rapporten die hierover de afgelopen jaren zijn verschenen. Zo is er de ontwikkeling naar vraaggestuurde zorg. Ziekenhuizen worden onder invloed van marktwerking klantgericht en proberen beter aan te sluiten bij de behoeften en verwachtingen van hun kritische patiënten. Patiënten(verenigingen) willen vooral kwalitatief goede, integrale zorg zonder merkbare hinder van schotten of grenzen. Zij worden daarin door verzekeraars en overheid gesteund. Daarom is de kans groot dat steeds meer ziekenhuizen hun zorg gaan indelen in thema's. Daarbinnen werken meerdere medische specialismen en overige zorgdisciplines samen. Ook wordt de opleiding van anios in de komende jaren steeds meer ontkoppeld van de productie en de bedrijfsvoering, het productie-neutraal opleiden. Toch moeten er voldoende

Structuur flexibele vervolgopleidingen



SAMENVATTING

- De structuur van medische vervolgoopleidingen moet drastisch veranderen, vanwege maatschappelijke ontwikkelingen, om de kwaliteit van de zorg te verbeteren, en om voldoende artsen op de werkvloer te hebben.
- Anios verdwijnen van het ziekenhuistoneel.
- Het voorgestelde Master-Na-Mastermodel leidt tot gedifferentieerde beroepsprofielen en verschillende loopbaanmogelijkheden.
- De medisch specialist van straks concentreert zich op de complexe patiëntenzorg.

artsen beschikbaar zijn voor de dagelijkse medische zorg. Dit leidt tot nieuwe functies met bijbehorende competenties.

Master Na Master

De opbouw en fasering van de opleidingen zou veel meer gekoppeld moeten zijn aan het gewenste carrièrepad van artsen én aan het niveau van de benodigde zorg. De NFU zet daarom in op een flexibeler en beter samenhangend medisch opleidingscontinuüm. Onverminderd ligt de basis daarvan in de medische inhoud en de kwaliteit. De nieuwe opleidingsplannen zijn bepaald door de desbetreffende beroepsgroep, via hun wetenschappelijke vereniging en binnen de kaders van de opleidingsgremia – College Geneeskundig Specialismen (CGS), Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) en Huisarts, Verpleeghuisarts en arts voor verstandelijk gehandicapten Registratie Commissie (HVRC). Deze hebben een wettelijke status.

In het voorstel van de NFU krijgen alle basisartsen een kwalitatief goede vervolgoopleiding. Dus de anios die nu zonder vervolgoopleiding functioneren, verdwijnen van het toneel. De kwaliteit van de routinematige basiszorg in de ziekenhuizen gaat op die manier fors omhoog en de patiëntveiligheid neemt toe. In navolging van ontwikkelingen in België introduceert de NFU hiervoor het model Master Na Master – kortweg MaNaMa. Het basis-, specialistisch en verdiepingsprofiel sluiten aan bij de diverse fasen van de beroepsontwikkeling en de manier waarop de combinatie leren en werken tijdens de vervolgoopleiding wordt ingevuld (zie de *figuur*).

Per OOR (onderwijs- en opleidingsregio) spelen UMC's, Teaching Hospitals (TH) en/of Samenwerkende Topklinische opleidingsZiekenhuizen (STZ) een belangrijke rol voor de kwaliteit van de opleiding. De invoering van het MaNaMa-model kan een impuls geven aan de onderlinge samenwerking (affiliatie) die al start tijdens de coassistentenschappen. En ook aan de landelijke taakverdeling en concentratie van opleidingslocaties voor de verdiepingsprofielen of superspecialismen.

Verschil in niveau

Een MaNaMa-programma telt ongeveer 50 onderwijsdagen op jaarbasis voor verdieping in disciplineoverstijgende competenties - zoals samenwerken, patiëntveiligheid, communiceren en organiseren. Dit programma bestaat uit multi- en interdisciplinaire onderwijsmodules in combinatie met leren op de werkplek. Zowel


het MaNaMa-programma als het praktijkleren moeten voldoen aan hoge kwaliteitseisen. De vervolgoopleiding sluit aan op de zesjarige basisartsopleiding. Het basisprofiel bestaat uit een vakinhoudelijk gedeelte en de generieke, disciplineoverstijgende competenties. Na afronding ervan heeft de basisarts de keuze om – eventueel tijdelijk – te stoppen of om het specialistisch profiel te volgen. Ook dit is onderverdeeld in een vakinhoudelijk en disciplineoverstijgend deel. Basis- en specialistisch profiel samen vormen de tweede master en de opleiding tot medisch specialist. Wie na het basisprofiel stopt, kan aan de slag in de specialistische basiszorg. Inherent aan het concept van het competentie leren is er sprake van een stijgende leercurve, waarbij gedurende het leerproces de autonomie van de arts in opleiding steeds toeneemt. Iedere fase wordt formeel afgesloten met een erkend civiel effect. De lengte van opleidingsfasen kan per discipline enigszins variëren, mede afhankelijk van de Europese normen.

Bij sommige specialismen is per definitie een fase van superspecialisatie nodig om adequaat als medisch specialist te kunnen functioneren. Dat geldt bijvoorbeeld voor thoraxchirurgie en neurochirurgie. Een superspecialist is overigens geen superdokter, maar een medisch specialist met subspecialisme of aandachtsgebied.

Profielregistraties

Dit NFU-voorstel zet koers naar een daadwerkelijke verandering in de medische vervolgoopleidingen. Alle basisartsen krijgen een kwalitatief goede vervolgoopleiding.

Het voorgestelde MaNaMa-opleidingstraject leidt tot meer gedifferentieerde beroepsprofielen en verschillende loopbaanmogelijkheden. Daardoor kan de medisch specialist van straks zich toeleggen op de meer complexe patiëntenzorg. Overige zorg kan met behoud van de vereiste kwaliteit worden overgenomen door artsen die het basisprofiel hebben behaald. Zo ontstaat verticale substitutie binnen de medische beroepsgroep.

Met de MaNaMa-structuur worden flexibele en kortere opleidingstrajecten mogelijk. Door een beperkte aanpassing in de 'Regeling specialismen en profielen Geneeskunst' kunnen naast de huidige profielregistraties, zoals SEH-arts, ook andere worden erkend. Dit biedt ruimte voor vergelijkbare (vervolg)opleidingen. Elk afgerond opleidingsdeel geeft een civiel effect en leidt voor de arts tot erkenning, zowel in Nederland als in andere Europese landen. 



Een verwijzing naar de discussienotitie van de NFU vindt u bij dit artikel op www.medischcontact.nl. Hier vindt u ook de naamlijst van de leden van het College van Medische Vervolgoopleidingen en denktankgroep die de discussie hebben gevoerd en de notitie hebben geschreven en meer informatie over het model in België.

Referentie

1. Leden van het College van Medische Vervolgopleidingen en denktankgroep die de discussie hebben gevoerd en de notitie hebben geschreven:

drs. Frans Jaspers	voorzitter CMV, lid raad van bestuur UMC Groningen
prof. dr. Geert Blijham	Oud-bestuursvoorzitter UMC Utrecht
prof. dr. Jan Borleffs	prodecaan Onderwijs & Opleidingen, UMC Groningen
dr. Herman Bueving	hoofd Huisartsengeneeskunde Erasmus MC Rotterdam
prof. dr. Hans Brölmann	hoogleraar gynaecologie, VUmc Amsterdam
prof. dr. Ben van Camp	voorzitter RvB, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ-VUB), ex-rector VU Brussel
prof. dr. Jan van Saase	hoogleraar interne geneeskunde Erasmus MC, Rotterdam
mw. prof. dr. Brigitte Velkeniers	hoogleraar interne geneeskunde, Universitair Ziekenhuis Brussel (UZ-VUB)
prof. dr. Jan Borleffs	prodecaan Onderwijs & Opleidingen, UMC Groningen
mw. prof. dr. Edith ter Braak	hoogleraar Medisch Onderwijs UMC Utrecht
prof. dr. Hans Brölmann	hoogleraar gynaecologie, VUmc Amsterdam
prof. dr. Maas Jan Heineman	hoogleraar gynaecologie, AMC Amsterdam
prof. dr. Richard Koopmans	hoogleraar algemeen interne geneeskunde Maastricht UMC
mw. drs. Janneke Kuijken	directeur Onderwijs en Opleidingen LUMC
prof. dr. Jan van Saase	hoogleraar interne geneeskunde Erasmus MC Rotterdam
prof.dr. Paul Stuyt	hoogleraar interne geneeskunde UMC St Radboud Nijmegen
drs. Abe Meininger	onderwijskundige, projectmanager UMCG Postgraduate School of Medicine, Wenckebach Instituut, UMC Groningen
drs. Erik Jippes	bedrijfskundige, Postgraduate School of Medicine, Wenckebach Instituut, UMC Groningen
mw. drs. Joyce Deggens	NFU-bureau, Utrecht
drs. Arjan Wildeboer	UMC-staf, UMC Groningen