



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Contourennota voor beroepsprofiel medisch specialist





Colofon

Contourennota voor beroepsprofiel medisch specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten. Ontwikkeld in het kader van Opleiden 2025. Het document is te downloaden via www.medischevervolgopleidingen.nl

Vragen

Heb je vragen of opmerkingen over dit document? Neem contact op via opleiding@demedischspecialist.nl.

Redactie

Federatie Medisch Specialisten

Tekst

Werkgroep Opleidingsstructuur Opleiden 2025

Vormgeving

Distincto Design

Fotografie

Coverfoto - Jonathan Vos
pag. 3 - Jan Willem Houweling

Copyright

© Federatie Medisch Specialisten januari 2022

Alle opgenomen informatie is eigendom van de Federatie. Overnemen van inhoud, geheel of gedeeltelijk is toegestaan mits met bronvermelding.

Vrijwaring

De Federatie heeft de grootst mogelijke zorg besteed aan de samenstelling van dit document. Desondanks accepteert de Federatie geen aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in de informatie, noch voor schade, overlast of ongemak dan wel andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van de informatie.



Voorwoord

Toegankelijke, innovatieve en betaalbare zorg voor iedere patiënt, nu en in de toekomst. Dat maken medisch specialisten mogelijk met de juiste zorg op de juiste plek.

Opleiden 2025 heeft onder andere als doel een contourenplan voor de opleidingsstructuur op te leveren waardoor de juiste zorg op de juiste plek geïntegreerd wordt in de medisch-specialistische vervolgopleiding (MSVO). Neem de behoefte van de patiënt als uitgangspunt, ook in de opleiding, waarbij verschillende zorgprofessionals samenwerken in het netwerk en op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen aan de zorg voor de individuele patiënt.



Eind 2019 is de werkgroep Opleidingsstructuur ([zie bijlage 4](#)) gestart met de inventarisatie van punten die van belang zijn voor een nieuwe opleidingsstructuur. Dat bracht de werkgroep al snel op de volgende vraag: waartoe leiden we op? Om deze vraag te beantwoorden is onder andere een bronnenoverzicht gemaakt waarin veel rapporten en publicaties zijn verzameld die gaan over de toekomstige zorg en consequenties voor opleiden. In 2020 en begin 2021 hebben consultatierondes plaatsgevonden met experts ([zie bijlage 1 en 2 voor een overzicht en samenvattingen](#)) die hun visie hebben gedeeld met de werkgroep en zijn er interviews 'MSVO van de toekomst' afgenomen bij de leden van de werkgroep Opleiden 2025. Het beroepsbeeld van de medisch specialist is er door alle ontwikkelingen in het vak en de zorg niet duidelijker op geworden. Er wordt van de medisch specialist in 2025 en verder gevraagd om over de grenzen van het eigen specialisme in netwerken rond de patiënt te functioneren. Wat betekent dit voor opleiders en aios in de praktijk? Voor herstructurering van de MSVO is het daarom van belang om het beroepsbeeld van de nabije toekomst nader te beschrijven. Dat geeft antwoord op de vraag 'Waar toe leiden we op?', in alle mogelijkheden en nuances die het vak van medisch specialist kent.

Met deze contourennota beogen we een aanzet te geven voor de ontwikkeling van een beroepsprofiel van de medisch specialist. Om vanuit het beroepsprofiel verder na te denken over de herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Graag gaan we hierover met je in gesprek.

Dr. Paetrick M. Netten,
Voorzitter werkgroep Opleiden 2025: Opleidingsstructuur



Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Leeswijzer	5
1. Inleiding	6
2. Werkgroep opleidingsstructuur	6
3. Brondocumenten beroepsbeeld	7
4. Regelgeving rondom het beroep medische specialist	7
5. Inhoud van het beroep; organisatie, positionering en bewaking kwaliteit zorg	8
5.1 Organisatie	8
5.2 Positionering t.o.v. andere medische zorgverleners	8
5.3 Bewaking kwaliteit zorg	8
6. Algemene rollen medisch specialist	9
7. Competentieprofiel en bijbehorende gedragsindicatoren zoals die momenteel vorm gegeven worden in de MSVO	9
7.1 CanMeds competenties	9
7.2 Ontwikkeling CanMeds	10
7.3 Vervolg met EPA's	11
8. Ontwikkelingen in het vakgebied	11
8.1 KNMG	12
8.2 De Federatie Medisch Specialisten (Federatie)	13
8.3 College Geneeskundig Specialismen (CGS)	13
8.4 Aanbevelingen De Jonge Specialist (DJS)	13
9. Veranderende rol medisch specialist	14
9.1 Generalisten én subspecialisten zijn beiden nodig	14
9.2 Samenwerking met 1e en 3e cluster	16
9.3 Loopbaanontwikkeling	16
9.4 Duurzame inzetbaarheid & welzijn van de medisch specialist	17
9.5 A(n)ios generatie	18
10. Innovatieve zorg en inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen	19
11. Stip op de horizon	20
Bijlage 1 Overzicht consultatierondes	21
Bijlage 2 Samenvattingen consultatierondes	22
Nieuw raamplan artsopleiding 2020 (2020.1)	22
Van basisarts naar aios (2020.2)	23
De kunst van het vooruitzien (2020.3)	24
Technologische ontwikkelingen en MSVO (2020.4)	25
Toekomstige generatie (2020.5)	26
Europese regelgeving / MSVO in het buitenland (2020.6)	27
Beroepsprofielen (2020.7)	29
Netwerkgeneeskunde (2020.8)	30
Financiering en verdeling opleidingsplaatsen MSVO (2020.9)	31
Toekomstige zorgvraag vanuit perspectief van de patiënt (2021.10)	32
Bijlage 3 Beschikbare rol/taakbeschrijvingen medisch specialist	33
Bijlage 4 Leden werkgroep Opleidingsstructuur	38



Leeswijzer

Deze contourennota is een beschrijving van de stip op de horizon voor de herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleidingen. De eerste hoofdstukken beschrijven de huidige situatie van de medisch-specialistische zorg. Hoofdstuk 6 en 7 gaan over de rollen en aan te leren competenties zoals die momenteel worden vormgegeven in de MSVO.

In hoofdstuk 8 worden de ontwikkelingen in het vakgebied aangestipt en wordt een overzicht gegeven van de meest recente rapporten die van belang zijn voor het functioneren van de toekomstige specialist. Vanaf hoofdstuk 9 worden gewenste elementen beschreven voor de ontwikkelingen waar volgens de werkgroep rekening mee moet worden gehouden bij het opleiden van medisch specialisten.



1. Inleiding

De kernboodschap van project Opleiden 2025 is:

'In Opleiden 2025 nemen wetenschappelijke verenigingen samen met de Federatie het voortouw om de medische vervolgopleidingen op de werkvloer interprofessioneel in te steken. En om actuele ontwikkelingen en innovaties een plaats te geven in de medische vervolgopleidingen, zoals preventie, samen beslissen en e-health.

Op deze manier krijgt de beweging naar de juiste zorg op de juiste plek door middel van netwerkgeneeskunde vorm in de medisch-specialistische vervolgopleiding.'

Het project geeft handen en voeten aan de visie Medisch Specialist 2025 in de opleiding. Gelijk aan de verkiezingsboodschap van de Federatie -maak de intrinsieke motivatie van de zorgverleners richtinggevend in het zorgbeleid- is er in het competentiegericht opleiden in de MSVO altijd het streven om aan te sluiten op de intrinsieke motivatie van de aios. Zodat de aios de dokter kan worden die hij wil zijn. Echter, voor herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleidingen is het noodzakelijk te weten waartoe we opleiden. Een echt beroepsprofiel voor de medisch specialist bestaat er (nog) niet. De KNMG heeft in 2009 'Algemene competenties van de medisch specialist' opgesteld. Dit is slechts een opsomming van de algemene competenties (CanMeds) van de medisch specialist. Om het beroepsbeeld van de medisch specialist scherper te krijgen is het van belang een generiek beroepsprofiel te ontwikkelen, dat de kern weergeeft van een beroep (of groep beroepen) en met een omschrijving van de beroepsactiviteiten, zoals die plaatsvinden in de beroepspraktijk en in het bijzonder van de beroepsvereisten waaraan iemand moet voldoen die dat beroep uitoefent of in de nabije toekomst zal gaan uitoefenen. Beroepsprofielen worden gebruikt als basis voor een competentieprofiel, waarin de eisen voor een startende beroepsbeoefenaar zijn uitgewerkt. Dit als basis voor eindtermen van een opleiding. Daarvoor moet dit wel erkend worden door de betrokken organisaties.

2. Werkgroep opleidingsstructuur

De werkgroep Opleidingsstructuur van Opleiden 2025 acht een adequate beschrijving van wat in generieke zin van de beroepsbeoefening van de toekomstige medisch specialist verwacht kan worden onmisbaar bij het inrichten van een toekomstgerichte opleidingsstructuur. Een opleidingsstructuur brengt in beeld hoe de 27 medisch-specialistische vervolgopleidingen, de drie technische zorgberoepen en twee profielen in cluster 2 (medische zorg), met elkaar samenhangen, wat gemeenschappelijk is en wat specifiek. Tevens is het in netwerkgeneeskunde relevant om de relaties te leggen met de artsenberoepen in cluster 1 (huisarts, specialist ouderengeneeskunde, arts verstandelijk gehandicapt) en cluster 3 (sociaal geneeskundigen).

Een beroepsprofiel van de medisch specialist beschrijft het generieke en gemeenschappelijke doel van het beroep van de medisch specialist, en zal tevens handvatten moeten bieden over de toegevoegde waarde die de medisch specialist heeft in relatie met andere artsenberoepen en zorgprofessionals in de netwerkgeneeskunde. Ook bij herregistratie, bij- en nascholing, loopbaanontwikkeling en een leven lang leren kan het beroepsprofiel een richtinggevende rol spelen. De werkgroep meent dat het uitgangspunt voor een algemeen beroepsprofiel voor de medisch specialist zou kunnen zijn: 'Wat heeft de medisch specialist de patiënt in het zorgnetwerk te bieden?'



In een BEROEPSPROFIEL wordt de essentie van een beroep vastgelegd. Het geeft een breed beeld van de inhoud van het beroep; kerntaken worden beschreven evenals de omvang van het werkgebied, de organisatie, de regelgeving en de ontwikkelingen in het vakgebied. Vaak worden de kerntaken aangevuld met een beschrijving van de unieke expertise van de betreffende beroepsgroep. Zo wordt aangegeven waarin dit beroep zich onderscheidt van andere functies binnen het beroependomein. Een onderdeel van het beroepsprofiel is het competentieprofiel.

3. Brondocumenten beroepsbeeld

Ieder van de 32 opleidingsplannen van de wetenschappelijke verenigingen bevat een competentieprofiel van de betreffende specialist c.q. profielarts. Dit profiel is volgens het Kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) gebaseerd op de zeven rollen van het CanMEDs-model¹. Sommige wetenschappelijke verenigingen hebben een visie op het eigen specialisme geschreven, soms ook ter duiding van de verschillende subspecialisaties die daarbinnen bestaan, voorbeelden hiervan zijn 'De rol van de radioloog in 2020' en 'Profielchets van de Klinisch Fysicus'.

Naast deze specialisme-specifieke documenten, heeft met name de Federatie Medisch Specialisten overstijgende visiedocumenten (Medisch Specialist 2025 (2017), Dure geneesmiddelen (2016); Visiedocument Optimaal functioneren van medisch specialisten (2013) en positioneringsnota's (Medisch specialist in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg (2019), Medisch specialisten in algemene ziekenhuizen en ZBC's (2018), De medisch specialist in de rol van wetenschapper (2017), De positie van de universitair medisch specialist (2015)) uitgebracht. In al deze documenten zijn in meer algemene en soms concrete zin rollen, taken, attitudes, verantwoordelijkheden en bevoegdheden in verschillende thema's en contexten beschreven. Vanuit wet- en regelgeving is met name het Functieprofiel Medisch Specialist² uit de AMS (2018) concreet over de rollen van de medisch specialist, zij het in de context van het algemene ziekenhuis en slechts een beschrijving van de huidige situatie.

4. Regelgeving rondom het beroep medisch specialist

Medisch specialisten zijn artsen, die na de studie geneeskunde, gedurende vier tot zes jaar (profielartsen drie jaar) aanvullend opgeleid worden om extra kennis en ervaring op te doen in de diagnostiek, behandeling en begeleiding van specifieke ziektebeelden of een specifieke patiëntenpopulatie. Na afronding van de specialisatie krijgt men een BIG registratie en is men bekwaam om specifieke zorg – en behandeltaken uit te voeren, vastgelegd in het landelijk opleidingsplan van het specialisme. Hierin is de opleiding per specialisme gedetailleerd beschreven en zijn de einddoelen van de opleiding vastgelegd, conform de regelgeving van het CGS. Medisch specialisten moeten zijn ingeschreven in het Specialistenregister van de RGS.

Registratie vindt plaats voor een periode van maximaal vijf jaar, daarna moeten medisch specialisten zich [herregistreren](#) om aan te tonen dat ze blijvend beschikken over voldoende deskundigheid in het eigen vakgebied. Naast accreditatiepunten (gemiddeld 40 per jaar van in totaal 200 per vijf jaar)

¹ De CanMEDs-competenties geven invulling aan 'rollen' van de medisch specialist: Medisch handelen (de vak-specifieke kern), Communicatie, Samenwerking, Kennis en wetenschap, Maatschappelijk handelen, Leiderschap, Professionaliteit.

² De AMS onderscheidt acht functieaspecten: 1. Curatieve zorg, 2. Patiëntenvoorlichting en -begeleiding, 3. Geneeskundig onderzoek en behandeling, 4. Documentatie, 5. Relatiebeheer, 6. Beleid- en organisatieontwikkeling, 7. Professionele ontwikkeling, 8. Opleiding



voor deskundigheidsbevorderende activiteiten, moet een medisch specialist ook een bepaald aantal uur patiëntgebonden (gemiddeld 16 uur per week over vijf jaar) zorg leveren én deelnemen aan het visitatieprogramma van de eigen wetenschappelijke vereniging, evenals voldoen aan evaluaties van het individuele functioneren. De werkzaamheden van een medisch specialist mogen niet langer dan twee jaar onderbroken zijn.

5. Inhoud van het beroep; organisatie, positionering en bewaking kwaliteit zorg

> 5.1 Organisatie

In Nederland zijn er ongeveer 23.000 BIG-geregistreerde medisch specialisten werkzaam. Het grootste deel (80%) is werkzaam in instellingen voor medisch-specialistische zorg, universitaire medische centra (umc's), algemene ziekenhuizen, categorale ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra (zbc's). Ruim 5.000 specialisten werken in een umc. Als medisch specialist werkend in een algemeen ziekenhuis of categorale instelling kan je werken in dienst van het ziekenhuis of vrijgevestigd zijn. Zo'n 5.500 medisch specialisten werken in dienstverband en 7.000 in vrij beroep. Dan is er nog een groep van 2.000 medisch specialisten die werkzaam is in ggz-instellingen. Tot slot zijn er nog 2.500 medisch specialisten die werken in een zelfstandig behandelcentrum of privékliniek. Van alle medisch specialisten werkt ongeveer tweederde in loondienst bij een ziekenhuis of instelling en eenderde werkt als vrijgevestigd medisch specialist³.

Per medisch specialisme is er een wetenschappelijke vereniging verantwoordelijk voor de inhoud van de vervolgoopleidingen, bevorderen van de kwaliteit van de geleverde zorg en voor de behartiging van de belangen. Ook dragen ze zorg voor de inhoud en registratie van de subspecialisaties. Deze wetenschappelijke verenigingen zijn verenigd in de Federatie Medisch Specialisten.

> 5.2 Positionering ten opzichte van andere medische zorgverleners

De verschillende medisch specialismen onderscheiden zich van elkaar doordat ze zich richten op bepaalde onderdelen van het lichaam, organen, ziekten, methoden of doelgroepen. De medisch specialisten, vrijgevestigd en in dienstverband, werken in vakgroepen en vormen samen de medische staf van een ziekenhuis en zijn verantwoordelijk voor de medische zorg. Gezamenlijk maken zij afspraken over de onderlinge samenwerking, waarneming en taakverdeling middels werkafspraken. Ook verdelen zij ziekenhuisbrede taken, in het kader van onder andere patiëntveiligheid, kwaliteit van zorg, opleiden, innovatie en wetenschap. Dit alles wordt vormgegeven in samenspraak met andere zorgverleners werkzaam in en buiten het ziekenhuis en betrokken organisaties. Veelal maken zij onderling afspraken over honoraria en budgetten. Er wordt nauw samengewerkt met de raden van bestuur, die eindverantwoordelijk zijn voor de geleverde zorg, waarbij deze de professionele autonomie van de medisch specialist ten aanzien van de zorgverlening aan de patiënt respecteert.

> 5.3 Bewaking kwaliteit zorg

Om het optimaal functioneren van medisch specialisten te bevorderen wordt een aantal kwaliteitbevorderende activiteiten ondernomen: de systematiek van het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS), de kwaliteitsvisitatie van de vakgroep door de wetenschappelijke vereniging, regelmatige bij- en nascholing en bij voorkeur werken volgens richtlijnen, gebaseerd op de nieuwste wetenschappelijke inzichten en ervaringen van artsen en patiënten. Met richtlijnen kunnen medisch specialisten hun behandelkeuzes beter onderbouwen en dat leidt tot betere zorguitkomsten. De keuze voor een behandeling is dankzij medisch-specialistische richtlijnen minder afhankelijk van de persoonlijke inschatting van de arts: er is één landelijk advies. Een richtlijn geeft algemene aanbevelingen, maar voor elke patiënt is zorg op maat nodig. Arts en patiënt beslissen samen over de behandeling. Richtlijnen zijn dus geen wetten; ze vormen de beroepsstandaard. Een arts mag onderbouwd van een richtlijn afwijken en in sommige omstandigheden wordt dit zelfs verwacht. In alle gevallen moet de medische specialist dit duidelijk motiveren in het dossier van de patiënt.

³ <https://www.demedischspecialist.nl/veelgestelde-vragen>



Onafhankelijk hiervan houdt de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd toezicht op de kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp in Nederland. Dit wordt gedaan op meerdere manieren, middels risicotoezicht en incidenttoezicht, reagerend op meldingen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten en andere instanties.

6. Algemene rollen medisch specialist

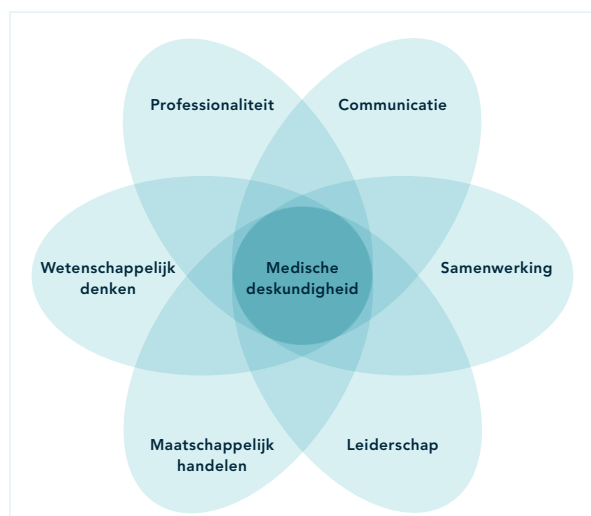
De werkomgeving van de medisch specialist is snel, dynamisch en in transitie. De toekomst vraagt om een grote mate van adaptiviteit en continue professionalisering. "De nieuwe professionaliteit kenmerkt zich steeds meer door de samenhang tussen vakbekwaamheid, samenwerkend vermogen en lerend vermogen⁴." Continu leren en ontwikkelen blijft dan ook van groot belang. De medisch specialist is expert op het gebied van medisch handelen en vervult daarnaast diverse rollen als teamspeler en netwerker, maar ook die van gids, coach en intermediair met en voor de patiënt⁵.

In diverse rapporten worden de rollen, functies en taken van de medisch specialist beschreven (zie bijlage 3). Deze zijn samen te vatten in de volgende acht generieke rollen:



7. Competentieprofiel en bijbehorende gedragsindicatoren zoals die momenteel vormgegeven worden in de MSVO

Een competentieprofiel is een verzameling van (deel)competenties met bijbehorende gedragsindicatoren, nodig om de functie van medisch specialist uit te kunnen oefenen. Het is dus geen opsomming van taken maar van gedragsindicatoren die nodig zijn om het beroep uit te kunnen oefenen. De competenties hebben betrekking op gedrag en daarnaast op kennis en vaardigheden.



> 7.1 CanMeds competenties

Een competentie wordt gezien als een gedragsrepertoire waaruit blijkt dat de medisch specialist toegerust is voor de praktijk. In dit opzicht zijn competenties contextgebonden en ondeelbaar, zij vormen een cluster van kennis, vaardigheden en attitudes en zijn verbonden met activiteiten of taken. De algemene competenties zijn gericht op het gedrag dat mag worden verwacht van de specialist.

Begin 2000 heeft De Mayo Clinic onderzoek gedaan naar ervaringen van patiënten met hun arts⁶. Daarbij werden zeven belangrijke eigenschappen van een goede specialist gegeven. De ideale specialist is: confidant (overtuigd van zijn mening), empathetic (empatisch), humane (menselijk), personal

⁴ Anders kijken, anders leren, anders doen: grensoverstijgend leren en opleiden in zorg en welzijn in het digitale tijdperk. Raad voor de Volksgezondheid & Samenleving (November 2016)

⁵ De arts in 2040 (KNMG, 2019)

⁶ Patients' perspectives on ideal physician behaviors. Bendapudi N.M., Berry L.L., Frey K.A. et al. Mayo Clin Proc 2006 Mar; 81 (3) 338-44



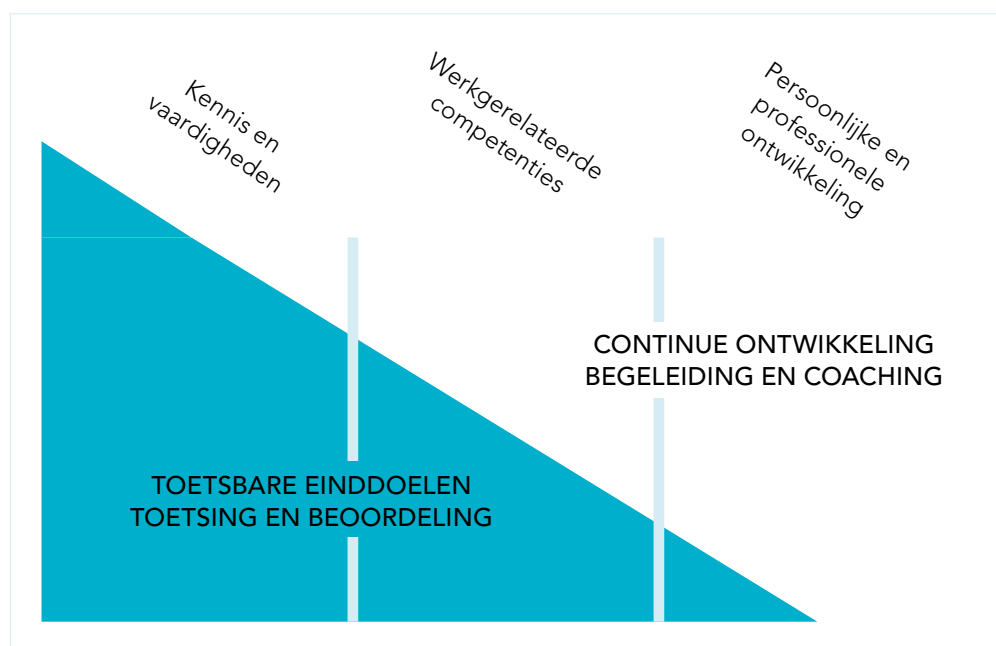
(persoonlijk), forthright (openhartig), respectful (respectvol), thorough (grondig). Wanneer een specialist deze eigenschappen heeft, ontstaat er volgens de onderzoekers een positieve relatie tussen arts en patiënt. De grondigheid van de specialist werd het meest genoemd. In 2002 werden in Nederland de algemene competenties geïntroduceerd in de medische vervolgoopleidingen.

De CanMEDS-rollen zijn door het Royal College of Physicians and Surgeons of Canada ontwikkeld, en de term op zich is eigenlijk een samentrekking van 'Canadian Medical Education Directives for Specialists'. Er wordt onderscheid gemaakt in zeven competentie-gebieden: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit⁷. Elk competentiegebied omvat vier kerncompetenties. Deze competenties zijn van belang voor de ontwikkeling van een medisch specialist en geven inzicht in en richting aan de gewenste persoonlijke ontwikkeling van de toekomstige medisch specialist. Pas als de aios zich dit brede palet aan kennis, vaardigheden en attitude aspecten eigen heeft gemaakt, is hij/zij voldoende bekwaam om de relevante beroepsvaardigheden zelfstandig uit te voeren.

Ook zijn deze competenties richtinggevend bij na- en bijscholing in het kader van continu leren en ontwikkelen. De optimaal functionerende medisch specialist kenmerkt zich door het werken aan een voortdurende verbetering van zijn (Canmeds-)competenties en het inzetten daarvan ten behoeve van de patiënt en de maatschappij.

> 7.2 Ontwikkeling CanMeds⁸

De introductie van de CanMeds-competenties in de opleidingsplannen van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen betekende een omslag in doen en denken van opleiders, opleidingsteams en aios. Het bewustzijn dat de medisch specialist meer is dan 'medisch handelen' ontwikkelde zich snel. Feedback-instrumenten werden ingericht, waarmee men kan reflecteren op de verschillende competentiegebieden, waarna individuele leerdoelen in opleidingsplannen geformuleerd werden. Tegelijkertijd ontstond een worsteling. De verschillende competenties kunnen niet als losse elementen in de ontwikkeling van een aios worden gezien. Dit geldt zeker ook bij de beoordeling van de voortgang.



Figuur 1. Opleiden in drie domeinen

⁷ <https://docplayer.nl/15573082-Algemene-competenties-van-de-medisch-specialist.html>

⁸ Concept Landelijk Opleidingsplan Gynaecologie & Obstetrie (2021)



Dit leidde tot vele leerdoelen die allen in verschillende fasen van de opleiding afgevinkt moesten worden. Hiermee is de uitkomst centraal komen te staan en is er relatief minder aandacht voor het leerproces⁹. De keuze maken om de CanMeds wat losser te hanteren en een insteek te kiezen die meer aansluit bij de doelen van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen en de werkplek als leerplek ligt voor de hand. Hiermee worden de competentiegebieden niet losgelaten, maar geëvolueerd toegepast en ingezet. Een goed voorbeeld van continu ontwikkelen.

De competentiegebieden zijn niet geschikt voor het beoordelen van het functioneren van een aios in de vakinhoudelijke medische praktijk. Daarvoor is een beschrijving nodig van het gewenste professionele gedrag van een aios in een specifieke beroepsactiviteit. In de meeste opleidingsplannen is ondertussen gekozen voor het beschrijven van het gewenste professionele gedrag in de vorm van Entrustable Professional Activities (EPA's). In die beschrijving worden de algemene competentiegebieden op de achtergrond benut en staan ze niet meer op de voorgrond als beoordelingscriteria. In de praktijk kan dat eruitzien zoals in figuur 1 is weergegeven. De losse componenten worden in samenhang met de ontwikkeling in opleiding en werkplek gepositioneerd.

> 7.3 Vervolg met EPA's¹⁰

Tussen 2015 en 2019 hebben vrijwel alle wetenschappelijke verenigingen EPA's opgenomen in hun [landelijk opleidingsplan](#). Het is een manier om beroepsactiviteiten en vaardigheden te integreren waarmee je als aios bekwaam kunt worden verklaard op onderdelen van de opleiding. Dit maakt individueel opleiden van aios mogelijk, wat in het project Realisatie Individualisering Opleidingsduur (RIO) vanuit de Federatie werd ondersteund.

EPA's zijn gestructureerde beschrijvingen van afgebakende beroepsactiviteiten (kernactiviteiten). Deze beroepsactiviteiten zijn herkenbaar op de werkvloer en daardoor toetsbaar. Een EPA beschrijft de kennis, vaardigheden en attitude die je nodig hebt om de activiteit te kunnen uitvoeren, een concretisering van CanMeds-competenties die in die situatie relevant zijn. De oriëntatie van een EPA (generiek, verrichtinggericht, ziektebeeldgericht) en daarmee de omvang en het aantal EPA's per opleidingsplan, kent variatie. Er zijn opleidingsplannen met negen EPA's (bijvoorbeeld kindergeneeskunde), maar ook met meer dan 100 (bijvoorbeeld radiologie). Een ontwikkeling die reeds is ingezet, en ondersteuning verdient, is het eenduidig definiëren wat een EPA is. Daarmee kan het aantal EPA's per opleiding worden beperkt tot 15 of minder, wat de hanteerbaarheid in de praktijk, maar ook eventueel de uitwisselbaarheid over de opleidingen heen ten goede komt¹¹.

8. Ontwikkelingen in het vakgebied

Het beroep van de medisch specialist vindt plaats in een snel veranderend zorglandschap. Huidige ontwikkelingen in de zorg en de samenleving vragen om een andere organisatie en vormgeving van de zorgverlening. De zorg vraagt om multidisciplinaire, flexibel inzetbare teams en er wordt samengewerkt in netwerken. Er zullen nieuwe zorgvormen ontstaan: generalistische én specialistische zorg, zorg dichtbij én zorg op afstand. Daarnaast zullen er nieuwe taken ontstaan op het snijvlak van care en cure en komt er meer taakherschikking tussen zorgprofessionals.

Zeker ook de introductie van nieuwe technologieën verandert de zorg, en vereist van de medisch specialist een innoverende en actieve houding. Dit alles tegen een achtergrond van een toenemend tekort aan personeel en middelen, wat noodzaakt tot taakherschikking en efficiënt omgaan met de beschikbare medische zorg. Zodat de patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek¹².

⁹ (Teunissen, P. (2018). Leren helen. Maastricht University. <https://doi.org/10.26481/spe.20180202pt>

¹⁰ <https://medischevervolgoopleidingen.nl/epas>

¹¹ The Introduction of Entrustable Professional Activities in Postgraduate Medical Education in the Netherlands: Rationale, Process and Current Status. Jacqueline de Graaf MD, PhD, Marieke Bolk MSc, Auk Dijkstra MSc, Marieke van der Horst MSc, Reinier Hoff MD, PhD, Olle ten Cate PhD. Academic Medicine, Vol. 96, No. 7 / July 2021 Supplement

¹² De B van Bekwaam. Naar een toekomstige Wet BIG. Raad Volksgezondheid & Samenleving (Oktober 2019)



Vanuit diverse bronnen komt eenzelfde beeld naar voren betreffende de gewenste ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg. Deze zijn weergegeven in figuur 2.

Hierop aansluitend werden in 2012, als onderdeel van het Project Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV) middels het deelproject CanBetter, actuele en maatschappelijk relevante thema's geformuleerd die van belang zijn voor iedere medisch specialist.

Shared decision making	Arts als coach	Gericht op functioneren van patiënt	Oudere patiënt met multimorbiditeit	Preventie
Maatschappelijke thema's	Taakherschikking / flexibilisering	Beroepsprofiel Medisch Specialist	Intergrale - Holistische benadering	Verdere subspecialisatie versus generalistische zorg (individualisering)
Netwerkgeneeskunde - interprofessioneel samenwerken	Innovatie en life long (interactieve) learning	Veranderende visie op beroep uitoefening	Informatietechnologie en technische innovaties	Ontwikkel adaptief vermogen van de MS

Figuur 2. Gewenste ontwikkelingen in medische specialistische zorg

De vier thema's zijn patiëntveiligheid, medisch leiderschap, doelmatigheid en ouderenzorg. Daarnaast ontstaan door actuele ontwikkelingen in de zorg steeds meer nieuwe thema's waar aandacht aan besteed wordt in de opleiding, zoals gendersensitieve zorg, innovatie, interprofessioneel opleiden en samen beslissen.

In de volgende hoofdstukken volgt een overzicht van de meest recente rapporten die van belang zijn bij het nadenken over de herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleidingen.

> 8.1 KNMG

De KNMG is in 2019 gestart met het project De rol van de arts in 2040. In dit project willen zij een brede dialoog op gang brengen. De uitkomsten worden gebruikt om (toekomstige) artsen te inspireren en politici, beleidsmakers en partners bewust te maken van de keuzes die gemaakt moeten gaan worden in de zorg. De KNMG heeft diverse bijeenkomsten met stakeholders georganiseerd om te komen tot de rol van de arts in 2040.

In dit project zijn vijf trends gesignaleerd voor de rol van de arts in 2040, vanuit het perspectief dat de patiënt dan andere ziekten, wensen én verwachtingen zal hebben. Die ontwikkelingen hebben gevolgen voor de inrichting van de zorg in 2040:

1. De verschuiving naar samen beslissingen nemen (shared decision making), waarbij de arts een meer coachende rol krijgt.
2. Naast curatieve zorg zal preventieve zorg belangrijker worden: er ontstaat een verschuiving van 'beter maken' naar 'gezond houden'.
3. In 2040 wordt zorg verleend in netwerken zonder schotten, vormgegeven in multidisciplinaire samenwerking rondom de patiënt.
4. Ondersteuning door technologie en e-health.
5. Ook het systeem achter de zorg evolueert. Zo is de verwachting dat de zorg in 2040 is ingericht op specifieke behoeftes van lokale populaties.

Deze ontwikkelingen hebben niet alleen gevolgen voor de inrichting van de zorg in 2040, maar ook voor de rol van de medisch specialist.



> 8.2 De Federatie Medisch Specialisten

De Federatie Medisch Specialisten (Federatie) heeft in 2017 een toekomstvisie geformuleerd.

In het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' staan vier thema's centraal:

1. De unieke patiënt en de moderne medisch specialist (kwaliteit van leven – holistische benadering van patiënt).
2. Richting netwerkgeneeskunde (zorgnetwerk met behoefte van patiënt als uitgangspunt).
3. Betrokken bij gezondheid en gedrag (preventie van ziekten en behoud van functioneren – individuele patiënt en samenleving).
4. Voorop in vernieuwing (innovaties en technologie - van big data tot wearables, thuisdiagnostiek en online 'zorg').

De toekomstvisie geeft richting aan de vraag hoe medisch specialisten hun rol en positie in de toekomst zien. Gevolgen voor de rol van medisch specialist:

- De medisch specialist werkt binnen én buiten het ziekenhuis. De schotten tussen nulde-, eerste-, tweede- en derdelijn vervagen.
- De medisch specialist werkt meer dan voorheen in netwerken rond de patiënt, met vakgenoten en andere zorgprofessionals, op lokaal, regionaal, landelijk en wereldwijd niveau.
- Binnen de beroepsgroep van medisch specialisten moet generalistische inzetbaarheid worden versterkt, naast het behoud en onderhoud van subspecialistische expertise.
- Door in het alledaagse werk meer inter- en intraprofessioneel samen te werken krijgt de patiënt tijdig wat hij nodig heeft.

> 8.3 College Geneeskundig Specialismen (CGS)

In de notitie Het zorglandschap verandert, het specialismelandschap verandert mee van het CGS worden zeven perspectieven voor de toekomstige zorg genoemd:

1. Er is samenwerking en uitwisseling tussen de publieke gezondheidszorg, de eerstelijns en de zorgverleners in de ziekenhuizen: zorgverleners in ziekenhuizen werken mee aan de zorg buiten het ziekenhuis (in de wijk) en vice versa.
2. Er is altijd één zorgverlener (doorgaans de huisarts) die mede met de patiënt verantwoordelijk is voor de medische regie.
3. De rol van de specialist/profielarts als coach van de patiënt krijgt een prominentere plaats.
4. ICT neemt een belangrijke plaats in en faciliteert in toenemende mate dat de patiënt en de zorgverlener informatie kunnen gebruiken.
5. Elke specialist/profielarts heeft een voldoende brede generalistische en preventieve blik waarin de patiënt, diens vermogen tot participatie en functiebehoud centraal staan.
6. Het specialismenlandschap bestaat uit enkele grote gebieden met variabele uitstroomprofielen. De uitstroomprofielen kunnen variëren in de mate van generalisatie en subspecialisatie, waarbij het hele spectrum nodig is om tegemoet te komen aan individuele en publieke zorgvragen in de toekomst.
7. Integrale zorg, interprofessioneel werken en een leven lang leren worden aangeleerd (in de opleidingen) en afgedwongen (in de herregistratie) rekeninghoudend met de context van de eigen samenwerkingsverbanden.

> 8.4 Aanbevelingen De Jonge Specialist¹³

Naar aanleiding van enquêtes onder a(n)ios wijst De Jonge Specialist (DJS) er op dat maatschappelijke veranderingen nog onvoldoende doordringen in de medisch-specialistische zorg en daarmee ook in de medisch-specialistische vervolgopleiding. Gepleit wordt voor:

- Een betere balans tussen werk en privé.
- Arbeidsomstandigheden die meer rekening houden met individuele mogelijkheden en wensen van de zorgverlener.
- Reflecteren op het eigen functioneren, onder meer door aandacht voor persoonlijke begeleiding.

Kortom zaken die vragen om een culturomslag in de medisch-specialistische zorg, waarbij men bereid is hier de financiële consequenties van te aanvaarden.

¹³ Nationale a(n)ios-enquête 2020, Gezond en veilig werken. De Jonge Specialist (December 2020)



9. Veranderende rol medisch specialist

De rol en positie van de patiënt verandert. De nadruk komt veel meer te liggen op het behoud van kwaliteit van functioneren en de eigen verantwoordelijkheden van de patiënt. Dit betekent dat ook de rol van de medisch specialist verandert. Meer aandacht is nodig voor de generalistische netwerk-, technologische, maatschappelijke en contextbekwaamheden. Bovendien moet het doel zijn om een geïntegreerd zorgaanbod aan te kunnen bieden en zullen de verschillende professionals over de huidige grenzen heen hun bekwaamheden moeten kunnen inzetten.

Vanuit deze invalshoek bekeken is ook duidelijk dat de fragmentatie in hoogtechnologische zorg opgeheven moet worden en dat de waardering voor een generalistische benadering over de huidige grenzen van de medisch specialismen en schotten van eerste-, tweede- en derdelijns zorg en public health voor de hand ligt¹⁴. Dit vraagt van de huidige en toekomstige specialist een flexibele houding om in te blijven spelen op veranderingen in de zorg, zoals ook bleek bij de Corona-crisis.

De werkgroep Opleidingsstructuur heeft veel gediscussieerd over punten die van belang zijn voor de herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleiding. Onderwerpen die volgens de werkgroep van belang zijn bij de herstructurering zijn in de hierna volgende paragrafen opgenomen.

> 9.1 Generalisten én subspecialisten zijn beiden nodig

Voor de toenemende complexiteit van de zorgvraag is zowel subspecialistische als generalistische aandacht nodig. Er is echter een tendens waarin veel opleidingen zich verder ontwikkelen richting subspecialisaties¹⁴. Iedereen die iets vaak doet wordt daar beter in. Iedereen die een situatie vaker tegenkomt gaat dit beter herkennen. 'Beter' betekent over het algemeen sneller, met minder fouten en vaker met een gewenst resultaat. Dit is een algemeen fenomeen en geldt ook in de zorg.

Artsen die een specifieke, minder vaak voorkomende aandoening veel zien en behandelen zullen ook ervaring krijgen in die minder voorkomende varianten. Tevens zullen de leden van het team dat deze patiënten behandelt, ieder op zijn eigen gebied, hier ook meer expertise in krijgen. Chirurgen die dezelfde operatie vaak uitvoeren worden daar steeds beter in, het hele team wordt beter en raakt meer op elkaar ingespeeld, het aantal complicaties daalt, de zorgketen verloopt soepeler waardoor de patiënt betere zorg krijgt.

De wereldwijde kennisvermeerdering rond aandoeningen en technologische ontwikkelingen is zo groot dat dit door een individuele arts niet meer bij te houden is in de breedte van het vak. Dit zorgt weer voor een verdere specialisatie binnen een domein. Door deze expertise rond specifieke patiëntengroepen ontstaat telkens een beweging van onderzoeken en verbeteren. Het initieert onderzoek naar specifieke ziektebeelden en nieuwe behandel mogelijkheden.

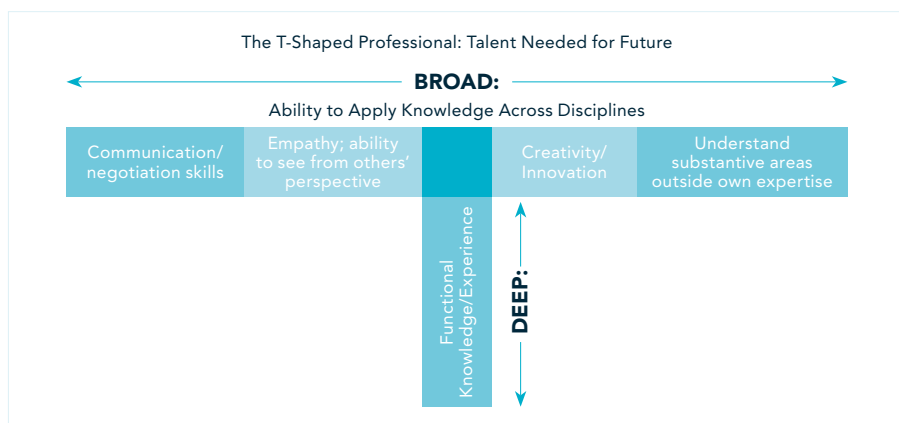
Bij een subspecialist is daarom de kennis van specifieke patiëntengroepen en ziektebeelden hoog. Ook de minder vaak voorkomende varianten kunnen beter herkend en behandeld worden. Voor goede patiëntenzorg is het noodzakelijk dat de subspecialist deze kennis deelt met anderen. Het opzetten van mogelijkheden om interprofessioneel te consulteren maakt dat de juiste zorg op de juiste plek kan worden gegeven. De geleverde zorg voor specifieke patiëntengroepen met laagfrequent voorkomende ziektebeelden kan hierdoor kwalitatief hoogwaardig, efficiënt en met minder complicaties geleverd worden. Echter, zoals gezegd verandert de rol en positie van de patiënt. Behoud van functioneren en eigen verantwoordelijkheden van de patiënt zijn meer en meer bepalend voor adequate specialistische zorg. Meer aandacht is nodig voor het generalistische netwerk, en de technologische, maatschappelijke en contextbekwaamheden. Vandaar dat ook breed onderlegde medisch specialisten broodnodig zijn om de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, dichtbij huis voor de patiënt. Deze 'generalist' is noodzakelijk om de regie te houden en de patiënt met multimorbiditeit te ondersteunen, zodat de patiënt ze na het uitwisselen van kennis en informatie zelf beslissingen kan nemen (shared decision making). Deze 'generalist' zorgt voor goede aansluitingen met alle andere zorgverleners, inclusief public health. Deze generalisten kunnen

¹⁴ Visie Opleiden is vooruitzien van de Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten



voorzien in de basiszorg binnen de specialismen en hebben tevens zicht op de context waarin de patiënt zich bevindt en zijn veelal het eerste aanspreekpunt voor het eerste echelon, bij verwijzing van patiënten met niet direct te duiden klachten of multimorbiditeit.

Bovenstaande uitersten komen bij elkaar in de T-shaped professional (figuur 3). Deze beschikt over een diepgaande toewijding, specialistische kennis en vaardigheden in het eigen specialisme, het verticale deel van de T. Maar ook over vaardigheden en competenties om te verbinden met mensen uit de eigen en andere disciplines, het horizontale deel van de T. Een T-shaped professional kijkt niet alleen vanuit het eigen referentiekader naar de situatie, maar kan dit ook benaderen vanuit het referentiekader van andere zorgprofessionals.



Figuur 3. T-shaped professional

Doel daarbij is om een geïntegreerd zorgaanbod te kunnen blijven aanbieden. Daarbij zullen de verschillende medisch specialisten over de huidige grenzen heen hun bekwaamheden moeten kunnen inzetten en delen.

Een specialist kan kiezen of hij zich meer ontwikkelt in het verticale of horizontale deel van de T-shape, maar beide vaardigheden zijn van belang om verdere fragmentatie in de zorg te voorkomen. Daarbij dient waardering voor een generalistische benadering over de huidige grenzen van de medisch specialismen en schotten van de 1^e - 2^e - 3^e lijnszorg heen, evenals public health meer waardering en aandacht te krijgen.

De toenemende complexiteit van de zorgvraag met aandacht voor generalistische en subspecialistische bekwaamheden vraagt om een ander perspectief op het zorglandschap. Een voorbeeld van het anders organiseren van de zorg is uitgewerkt in figuur 4 dat is gebaseerd op het [KPMG Health rapport 'Wie doet het met wie – krapte vraag om creativiteit'](#).



Figuur 4. Voorbeeld anders organiseren van zorg



Samenwerking tussen de verschillende zorginstellingen is erop gericht om te deëscaleren. Waar mogelijk moet de zorg geleverd worden zo dicht mogelijk bij huis en door generalistisch werkende artsen. Dit wordt mogelijk gemaakt door in netwerkverband te werken aan passende zorg, waarbij gebruik wordt gemaakt van alle beschikbare digitale mogelijkheden. Maar indien nodig, zijn er uiteraard passende mogelijkheden voor specifieke subspecialistische zorg op landelijk niveau of zelfs daarbuiten.

> 9.2 Samenwerking met eerste en derde cluster

Het CGS hanteert in de geneeskundige vervolgopleidingen drie clusters:

Eerstelijns: Huisartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen verstandelijk gehandicapten

Tweedelijns: Medisch specialisten

Derdelijns: Publieke zorg: artsen maatschappij en gezondheid, verslavingsartsen, bedrijfsartsen

Per definitie werken artsen uit de verschillende clusters samen in netwerkgeneeskunde. In netwerkgeneeskunde is 'verwijzen' niet echt meer op zijn plaats maar geeft 'consultatie' beter aan dat je samen verantwoordelijk blijft voor de zorg van de patiënt. De huisarts/specialist ouderengeneeskunde beschrijft het probleem en formuleert een vraagstelling. De medisch specialist bekijkt dit kritisch en in overleg met huisarts/specialist ouderengeneeskunde en de patiënt wordt gekeken waar de zorg op de juiste plek is. De nazorg kan steeds meer in goede gezamenlijkheid met behulp van e-health-toepassingen uitgevoerd worden. Belangrijk is dat er heldere transmurale samenwerkingsafspraken zijn waarbij beide groepen kennis hebben van elkaars richtlijnen, die kunnen verschillen omdat vanuit een ander domein gedacht en gehandeld wordt. In deze transmurale samenwerkingsafspraken is vastgelegd wat ieders verantwoordelijkheid is en wat binnen ieders competentiegebied ligt. Ook vice versa consultatie van de huisarts/specialist ouderengeneeskunde door de specialist in een traject van behandeling in het ziekenhuis is een optie als een generalistische blik nodig is voor het maken van behandelkeuzes.

Naast het behandelen van ziekte willen medisch specialisten een belangrijke rol spelen bij preventie van ziekte en het behoud van functioneren voor zowel de individuele patiënt als voor de samenleving¹⁵. Daarvoor is kennis en bewustwording bij medisch specialisten en patiënten nodig over de relatie tussen leefstijl, gezondheid en ziekte en functioneren. Hierbij richt de medisch specialist zich op een bredere kijk op de gezondheid¹⁶ waarbij het functioneren en welbevinden (fysiek en psychisch) van de patiënt centraal staat en biedt hij patiënten actief hulp op het gebied van preventie. Vandaar dat er samenwerking gezocht dient te worden met het derde cluster (sociaal geneeskundigen) zodat gezamenlijk vormgegeven kan worden aan universele (de gezonde burger gezond houden) en selectieve (risicoprofielen in kaart brengen) preventie. Maar ook, zoals uit de COVID-crisis blijkt, gezamenlijk optrekken bij epidemieën.

> 9.3 Loopbaanontwikkeling

Specialisten hebben naast hun primaire patiëntenzorgtaken ook andere verantwoordelijkheden zoals onderwijs en onderzoek. Daarnaast zijn veel specialisten betrokken bij bestuurlijke- en managementtaken binnen de organisatie. Huidige ontwikkelingen in het zorglandschap maken dat specialisten ook gevraagd worden hun rol te pakken in innovaties, preventie en kwaliteitsbewaking. Medisch specialisten ontwikkelen zo tijdens hun loopbaan een diversiteit in taken, al naar gelang de ontwikkelingen binnen de zorg, het vakgebied en hun talenten en ambities. Het betreft een proces van continu leren en ontwikkelen. Het visiedocument Medisch Specialist 2025 geeft richting aan de vraag hoe medisch specialisten hun rol en positie in de toekomst zien. Hierin past de bovengenoemde diversiteit aan taken. Ambitie en talenten van medisch specialisten- samen met continu leren- bepalen het beloop en de diversiteit van taken van de medisch specialist in zijn carrière, mede bepaald door de veranderingen in het zorglandschap. Dit doet een belangrijk appèl op hun adaptief vermogen en moet mede worden gefaciliteerd binnen de werkzaamheden van de medisch specialist, de vakgroep en de instelling.

De hierboven genoemde diversiteit aan taken vraagt ook om professionalisering van de medisch specialist

¹⁵ Visie Medisch specialist 2025 van de Federatie Medisch specialisten

¹⁶ [Handreiking 'Individuele profilering in de medische vervolgopleiding en actuele thema's'](#).
Federatie Medisch Specialisten, 2016



in deze taken. Tijdens de vervolgopleiding dient ook expliciet aandacht gegeven te worden aan en/of opgeleid te worden in deze diversiteit aan taken van de toekomstig medisch specialist. Binnen de opleiding tot medisch specialist verwerven aios reeds basiscompetenties in onderwijs geven, bestuur- en managementactiviteiten, kwaliteit- en veiligheidsissues evidence based medicine en wetenschap. Onder andere door de inzet van werk- en rolmodellen en discipline-overstijgende thema's en onderwijs¹⁷.

Naast de basiscompetenties voor alle specialisten in opleiding bestaat er de mogelijkheid om zich (facultatief) verder te profileren. Traditioneel is het wetenschapsprofiel met promotietraject binnen een specifiek vakgebied het meest bekend. In opmars is nu de ontwikkeling van facultatieve profielen, gericht op het verder bekwamen en verdiepen op de brede toekomstige taken van de specialist. Onder andere het profiel onderwijs & opleiden, het profiel bestuur & management en het profiel kwaliteit & veiligheid¹⁶. Er zijn inmiddels diverse opleidingen die nieuwe profielen aanbieden zoals e-health en public health. De aios maakt zelf een bewuste keuze op basis van intrinsieke motivatie en eigen talent, gericht op zijn/haar toekomstige beroepsuitoefening/werkcontext. Uiteraard kunnen de wetenschappelijke verenigingen er ook voor kiezen een profiel te ontwikkelen dat daarnaast voor het specifieke specialisme relevant is.

Voor het doorontwikkelen van de professionalisering in deze nieuwe profielen c.q. diversiteit in taken van de medisch specialist in zijn loopbaan/carrière is het belangrijk dat deze taken/profielen worden erkend en herkend door de vakgroepen, raden van bestuur en de organisatie/instelling. Het belang van diversiteit in taken/profielen en de meerwaarde voor het vak en de patiënt moet een vast punt van aandacht worden voor iedere medisch specialist en alle stakeholders¹⁸.

> 9.4 Duurzame inzetbaarheid & welzijn van de medisch specialist

In een positieve gezondheidscultuur is er structureel aandacht voor het welzijn van medisch specialisten met als doel: bevlogen en duurzaam inzetbare (toekomstige) zorgprofessionals. We weten dat bevlogenheid bijdraagt aan het werkplezier en de vitaliteit van de medisch specialisten. Dat heeft dan positieve effecten op de persoonlijke ontwikkeling, de mentale gezondheid en als ultieme doel de patiëntenzorg (optimaal functioneren, veiligheid en patiëntentevredenheid). Er is een zeer directe link van welzijn, vitaliteit, stress en vermoeidheid met kwaliteit en veiligheid in de zorg. Deze factoren zijn daarom de basisvoorwaarden voor goede zorg¹⁹.

Ter bevordering van de persoonlijke ontwikkeling van medisch specialisten zijn er al een aantal activiteiten gerealiseerd zoals de IFMS-systematiek, de kwaliteitscyclus en bij- en nascholingen. De mentale gezondheid vraagt echter ook aandacht en wordt vaak nog gezien als de afwezigheid van klachten. Voor de toekomstige medisch specialist is het 'een toestand van welzijn waarin het individu zijn of haar eigen capaciteit realiseert, kan omgaan met de normale stress van het leven, productief en vruchtbaar kan werken en een bijdrage kan leveren aan zijn of haar gemeenschap' (definitie gehanteerd door De Wereldgezondheidsorganisatie). Hierbij zijn drie componenten van belang die leiden tot werkgeluk en bevlogenheid: emotioneel welbevinden (plezier/geluk), psychologisch welbevinden (zelfacceptatie en- realisatie, groei, omgevingsbeheersing) en sociaal welbevinden (flourishing). Daarnaast is het optimaal inrichten van de structuur van het werk om oververmoeidheid te voorkomen van essentieel belang om verminderde besluitvaardigheid te voorkomen.

¹⁷ <https://medischevervolgopleidingen.nl>

¹⁸ Lipman, J: opinie in Timely Topics In Surgery (2020): <https://www.generalsurgerynews.com/Opinion/Article/11-20/Why-Increasing-Diversity-In-Residency-Is-Good-For-Our-Specialty/61114>

¹⁹ Cíntia de Lima Garcia et al.: Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis. MDPI Medicina (Kaunas) 2019 Aug 30;55(9):553. doi: 10.3390/medicina55090553

Louise H Hall et al.: Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review.

PLoS One 2016 Jul 8;11(7): e0159015. doi: 10.1371/journal.pone.0159015.



In het visiedocument Medisch Specialist 2025 is er aandacht voor bevoegenheid (vitaliteit, toewijding en absorptie), energiebronnen (sociale steun, feedback, erkenning en waardering, inspraak, vaardigheden, leer- en ontwikkelingsmogelijkheid en rechtvaardigheid), maar ook voor energievreters (werkdruk, conflicten, emotionele en fysieke belasting). Uitgangspunt hierbij is de positieve psychologie met het doel om positieve emoties, talentontwikkeling, weerbaarheid te versterken en het welbevinden te bevorderen zodat de medisch specialisten effectief om kunnen gaan met nativiteit. Het bewustzijn hiervoor is al aanwezig en er worden diverse initiatieven ontwikkeld (intervisie, coaching, mindfulness- en weerbaarheidstrainingen) met als doel preventie en het versterken van reeds aanwezige vaardigheden.

Voor het borgen van werkgeluk en duurzame inzetbaarheid, en het bevorderen van bevoegenheid is het van belang dat medisch-specialistische vakgroepen, stafbesturen/coöperaties en raden van bestuur een positieve werkcultuur en inclusief leiderschap op de agenda zetten binnen hun organisatie/instelling. De mentale en fysieke vitaliteit van de medisch specialisten is het uitgangspunt voor de relatie met de patiënt waarbij meer aandacht moet komen voor de persoonlijke ontwikkeling en het welzijn van de medisch specialisten met het ultieme doel van een gelukkige en duurzaam inzetbare zorgprofessional voor een optimale patiëntenzorg.

> 9.5 A(n)ios-generatie

Bevoegen werken geldt ook zeker voor de a(n)ios, die veelal behoren tot de generatie Y (geboren tussen 1986 – 2000) en generatie Z (geboren tussen 2001 – 2015). Onder generaties verstaan we 'leeftijdsgenoten die verbonden zijn door een gedeelde levensgeschiedenis, gedeelde omstandigheden en gedeelde invloed en beleving van de tijdsgeest. Zij delen een reactie op deze tijdsgeest, die zich manifesteert in een gedeelde ontwikkeling en instelling²⁰.

Dit zien we terug bij generatie Y: zij denken, doen, leren en werken anders. Generatie Y definieert 'succes' bijna unaniem (96%) als 'gelukkig zijn'²¹. Geluk op de werkvloer wordt gedreven door het ontdekken en ontwikkelen van talenten, plezier hebben in wat je doet en werken in een informele en inspirerende omgeving waarin ruimte is voor ontspanning en gelijkwaardigheid²². Dit is te verklaren door de economische welvaart waarmee Generatie Y is opgegroeid. Hierdoor betreden zij - als eerste generatie - meteen de hoogste treden van Maslow²³. Zelfontplooiing is uiteindelijk het hoogste goed voor deze groep a(n)ios²⁴. De drang naar beter, meer, fijner, mooier en vooral leuker is sterker dan we ooit bij leeftijdsgenoten gezien hebben²¹.

Generatie Y leert, leeft en werkt het liefst in groepsverband. Het is belangrijk voor hen om zich te ontplooiën met plezier en in interactie met anderen²⁵. Concurrentiestrijd met collega's vinden a(n)ios zinloos, ze hebben juist geleerd dat je elkaar helpt, van elkaar leert en samen groeit²³. Veelvoudig feedback geven en ontvangen en coaching – op formele en informele momenten - is daarom essentieel voor Generatie Y.

Ze zijn niet onder de indruk van een hogere functie of lange staat van dienst, maar kijken op tegen mensen met natuurlijk gezag. Dit is een trendbreuk met de generaties hiervoor waarbij hiërarchische posities belangrijker leken te zijn²¹.

Zij gaan voor hun carrière, zonder dat dit ten koste gaat van tijd met vrienden en familie. Mindful leven versus geen notificatie willen missen. Met grote gevolgen: ziekteverzuim, fysieke klachten en het grootste aantal burn-outs onder jongeren tot nu toe. Dit heeft echter niet alleen te maken met FOMO, hun 'fear of missing out'. Ook zien we dat jongeren vastlopen door de top-down manier van werken, polderachtige manier van vergaderen, de arbeidsomstandigheden, cultuur, werkdruk en opleidings sfeer.

²⁰ Mannheim, K. (1928). Das Problem der Generationen. Kolner Vierteljahres- hefte für Soziologie, 7 (1928) pp.157-185, 8 (1929) pp. 309-330.

²¹ Ahlers, J., Boer, M.E., Hessing, B., Hamster, M. (2021). Gedreven door ontwikkeling. Een onderzoek naar werkbehoeften van millennials en Generatie Z. Careerwise.

²² Boer, M.E. (2015). Haal het beste uit generatie Y. O&O – Nr. 2 2015, p. 29 – 33.

²³ Castenmiller, K. (2009). Generatie Y: aan het werk. Van een zoektocht naar de drijfveren van de Generatie Y naar een nieuwe HRM focus voor een Y proof generatie. Zoetermeer: Free Musketers.

²⁴ Boschma, J. & I. Groen (2010). Generatie Einstein. Slimmer, sneller en volwassener. Utrecht: A.W. Bruna Uitgevers.

²⁵ Naar een kleurrijk UMC. Ervaringen van arts-assistenten en opleiders op medische afdelingen. VU medisch Centrum, september 2012.



Generatie Z is de eerste generatie die zich geen leven zonder internet kan voorstellen. Zij zijn gewend aan een constante informatiestroom en verwerken informatie razendsnel. Deze generatie is opgegroeid in een onzekere wereld met dreigingen als terreur en nasleep van een crisis. Daarom vinden zij stabiliteit belangrijk, evenals persoonlijk contact. Ze zijn competitief, staan open voor veranderingen, ademen technologie, zijn bezig met duurzaamheid en vinden diversiteit vanzelfsprekend. Zij zijn nog meer visueel ingesteld dan generatie Y bij het verwerven van informatie en kennis. Er wordt goed nagedacht over de studiekeuze. Generatie Z is straks de meest én de hoogst opgeleide generatie. Bij de studiekeuze zijn ze vaak meer pragmatisch, dan dat zij alleen kiezen uit interesse. Succes wordt meer afgemeten aan het hebben van een goed inkomen.

In 2012 had ongeveer 20 tot 30 procent van de studenten geneeskunde een niet-Nederlandse achtergrond, tegenover 2 tot 4 procent van de specialisten. Taalbeheersing (of zelfs accentloos spreken), kennis hebben en bewustzijn van het belang van loopbaanplanning, oudere leeftijd (veelal door een laag schooladvies vroeg in de schoolcarrière) en het hebben van een minder uitgebreid en relevant professioneel netwerk spelen hierbij een rol²⁵. In de behandeling van patiënten, maar ook in de onderlinge samenwerking heeft een mix van artsen en a(n)ios met verschillende culturele achtergronden een meerwaarde gezien de multiculturele maatschappij van heden ten dagen. Daar zou bij de selectie van opleidingsplaatsen rekening mee gehouden moeten worden.

In zowel opleiding als beroepsuitoefening richten nieuwe generaties zich op zelfontplooiing en werkplezier, bij voorkeur in samenwerking met anderen en zijn naast werk en opleiding ook gezin, vrienden en vrije tijd belangrijk.

10. Innovatieve zorg en inspelen op maatschappelijke ontwikkelingen

De zorgvraag neemt in de komende twintig jaar significant toe, enerzijds door de bevolkingsgroei en anderzijds door de vergrijzing. In 2040 is meer dan een kwart van de Nederlanders 65 jaar of ouder²⁶.

Deze toenemende zorgvraag en de tekorten aan financiële en personele middelen zorgen voor een consequente overbelasting van het stelsel. De zorg is in haar huidige vorm niet meer houdbaar en structurele transformatie is nodig om de zorg kwalitatief hoogstaand, toegankelijk en betaalbaar te houden. Preventie in alle vormen is noodzakelijk om te trachten de zorgvraag in de hand te houden. Maar daarmee alleen lossen we dit probleem niet op. Intensievere, regionale samenwerking, goede verbondenheid tussen de verschillende partijen én het benutten van innovatieve, digitale technieken in de zorgverlening zijn noodzakelijk om dit probleem aan te pakken. Daarvoor is het wel nodig om financiële barrières te slechten²⁷.

Een aanzienlijk deel van de technologie wordt momenteel ontwikkeld door nieuwe toetreders van buiten de gezondheidszorg. Deze zijn gericht op de burger/patiënt als klant en niet alleen op de zorgaanbieder en zorgprofessionals. Zo zijn er ontwikkelingen op het gebied van beeldvorming, robotica, sensoren, farmacologie, gebruik van data (big data), virtual reality, remote monitoring, 3D-printen, personal health management en Quantified Self. De medisch specialist zou meer vanuit zijn expertiserol op het gebied van zijn specialisme, maar ook door samenwerking met patiënten, zorgaanbieders, universiteiten, onderzoeksinstituten, zorgverzekeraars en technologieleveranciers een bijdrage moeten leveren aan het versterken van het innovatievermogen van de gezondheidszorg. Een centrale rol voor de medisch specialist bij alle fasen van de innovatiecyclus is noodzakelijk om dit te realiseren. Dit betekent dat de medisch specialist verantwoordelijkheid toont voor het stellen van kaders om de kwaliteit van innovaties te bewaken en bij duidelijke meerwaarde zijn best doet voor de uitrol en opschaling ervan²⁸.

²⁶ Centraal bureau voor de Statistiek – <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2010/50/tempo-vergrijzing-loopt-op>.

²⁷ KPMG Health: Wie doet het met wie (2020).

²⁸ Visie Medisch specialist 2025 van de Federatie Medisch specialisten.



11. Stip op de horizon

Gezien alle ontwikkelingen in het vakgebied zoals in voorgaande hoofdstukken is weergegeven en de daarmee veranderende rol van de medisch specialist is het volgens de werkgroep Opleidingsstructuur van belang dat er een beeld is van de toekomstige specialist. De ontwikkeling van een generiek profiel van de medisch specialist is noodzakelijk om scherp te krijgen waartoe we opleiden en van belang bij de herstructurering van de medische-specialistische vervolgopleidingen. In het afgelopen jaar heeft de werkgroep voornamelijk geïnventariseerd welke ontwikkelingen er spelen in de medische zorg (zie [bijlage 1 en 2](#) voor een overzicht van de consultatierondes en samenvattingen) en nagedacht over gewenste veranderingen.

Samengevat wordt de rol van de toekomstige medisch specialist meer die van coach in plaats van behandelaar²⁹, waarbij in samenspraak met de patiënt in netwerkverband, interprofessioneel niet alleen zorg wordt geboden, maar ook het gezond gedrag wordt bevorderd. Daarvoor is naast specialistische ook generalistische zorg, veelal binnen het specialisme van belang, zodat de patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek, gebruikmakend van innovatieve technologische ontwikkelingen op een maatschappelijk verantwoorde manier, daarbij rekening houdend met veranderde, waardevolle kwaliteiten van de nieuwe generatie medisch specialisten. Daarbij mogen we niet uit het oog verliezen dat een up-to-date kennis van het eigen vakgebied, door continu leren en ontwikkelen door de patiënt het meest wordt gewaardeerd³⁰.

Voor de werkgroep is deze beschrijving van de reeds gaande ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg bepalend voor de gewenste herstructurering van de medische-specialistische vervolgopleidingen. Dit alles kan verder uitgewerkt worden in een breed gedragen beroepsprofiel van de medisch specialist. Tevens is het duidelijk geworden dat het 'huidige jasje' van de opleidingsstructuur knelt. In de afgelopen periode kwamen er steeds nieuwe thema's bij, terwijl de tijd voor opleiden korter wordt. De hiervoor gewenste individualisering van het opleidingstraject voor iedere aios leidt vaak tot een spanningveld tussen opleiden en bedrijfsvoering, daar er wordt uitgegaan van werkplekleren, met voldoende patiëntenexposure. Ook op dit gebied zijn er technologische ontwikkelingen, die middels blended learning bij de herstructurering meegenomen kunnen worden.

Interprofessioneel werken in zorgnetwerken moet nog meer geëxpliciteerd worden in de medisch-specialistische vervolgopleidingen. Van de toekomstige medisch specialist wordt verwacht dat hij meer aandacht heeft voor generalistische zorg, daar we toenemend te maken krijgen met veelal oudere patiënten met meerdere aandoeningen, terwijl de opleidingen vaak geënt zijn op het opleiden tot subspecialisten. Ook zijn er ontwikkelingen als zorg op afstand met behulp van digitale mogelijkheden. Door de coronacrisis worden deze in snel tempo ingevoerd. De nieuwe generatie heeft een andere manier van leren en zoekt naar een betere balans tussen werk en privé. De vervolgopleidingen moeten hierop inspelen. De grote vraag is echter: hoe? De curricula zitten nu al vol en er komt niet meer tijd bij voor de opleiding. De werkgroep Opleidingsstructuur ziet het als een uitdaging om in de komende periode hiermee aan de slag te gaan. Gewerkt zal worden aan een plan van aanpak voor de herstructurering van de medisch-specialistische vervolgopleidingen, rekeninghoudend met al de opgehaalde ontwikkelingen.

²⁹ <https://www.wz2025.nl/wp-content/uploads/2013/10/Coach-Cure-Care-2025-3.pdf>.

³⁰ <https://www.zorgvisie.nl/top-10-wat-ziekenhuispatienten-belangrijk-vinden-zvs006238w/>.



Bijlagen

> Bijlage 1 Overzicht consultatierondes

Datum	Onderwerp	Experts
22-01-20	Wat gaat er vooraf aan de MSVO, geneeskunde studie, aniosschap	<ul style="list-style-type: none">• Marjolein van de Pol (opleidingsdirecteur Geneeskunde RadboudUMC Nijmegen): Raamplan 2020• Marit Smink (anios kindergeneeskunde) en Kèren Zaccai (aios urologie, voorzitter DJS): van basisarts naar aios 2020
03-03-20	Inspelen op de toekomstige zorgvraag	<ul style="list-style-type: none">• Robert Vonk: (RIVM, senior advisor Raad voor de Volksgezondheid), de Volksgezondheid Toekomst Verkenning
25-05-20	Technologische innovaties	<ul style="list-style-type: none">• Marlies Schijven (hoogleraar Chirurgie en deskundige op het gebied van e-health van Amsterdam UMC, bij VWS aangesteld tot Chief Medical Information Officer)
08-07-20	Generatie Y en manier van leren	<ul style="list-style-type: none">• Miriam Boer (manager Leerhuis Antoni van Leeuwenhoek)
20-08-20	Europese regelgeving	<ul style="list-style-type: none">• Rijk Gans en Huib Cense, (leden Council UEMS)
13-10-20	Brainstormen: beroepsprofiel medisch specialist	<ul style="list-style-type: none">• Freek Braam (physician assistant en bestuurslid NAPA)
01-12-20	Netwerkgeneeskunde	<ul style="list-style-type: none">• Marieke Bolk (deelprojectleider Opleiden 2025: Interprofessioneel opleiden)• Karin Kaasjager (opleider en internist UMC Utrecht)• Pauline Koелеman (Hogeschoolhoofddocent Verpleegkunde Hogeschool van Amsterdam, opleiding Verpleegkunde en Marieke de Ruiters (Onderwijscoördinator honourslijn Geneeskunde en Docent – Onderzoeker Hogeschool van Amsterdam, opleiding Verpleegkunde)
19-01-21	Financiering medische vervolgopleidingen	<ul style="list-style-type: none">• Victor Slenter (directeur capaciteitsorgaan)• Marijke Folkertsma (projectleider beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen) en Michaël Hochheimer (project kostenonderzoek beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen NZA)• Pieter Havelaar (coördinator medische vervolgopleidingen VWS)
23-03-21	Toekomstige zorgvraag patiënt	<ul style="list-style-type: none">• Marjan ter Avest, directeur en bestuurder MIND
06-05-21	Pitches werkgroepleden	<ul style="list-style-type: none">• Stip naar de horizon en de weg daarnaartoe
02-06-21	Rol van de arts 2040	<ul style="list-style-type: none">• René Héman (voorzitter KNMG) en Eric Wijlick (beleidscoördinator KNMG)
05-10-21	Nieuwe thema's	<ul style="list-style-type: none">• Marijke van Dijk (voorzitter nieuwe thema's en patholoog UMC Utrecht en Auk Dijkstra (deelprojectleider en onderwijskundig adviseur)

> Bijlage 2 Samenvattingen consultatierondes

Nieuw raamplan artsopleiding 2020 (2020.1)

Datum: 22-01-2020

Rapport/literatuur:

[Raamplan artsopleiding 2020 van de NFU](#)

Gesprekpartner: dr. Marjolein van de Pol, opleidingsdirecteur geneeskunde, Radboudumc, projectcoördinator en schrijver nieuwe raamplan.

Raamplan 2020	Raamplan 2009
Eén inleidend hoofdstuk	Vier inleidende hoofdstukken
Arts van de toekomst	Profiel van de arts
Competenties van de arts Competenties bachelor geneeskunde	Competenties van de arts
Gezondheidsvraagstukken	Vraagstukken
Geïntegreerd kennisdomein	Bachelor geneeskunde Basisvakken artsopleiding
Aanbevelingen voor inrichten van het medisch onderwijs <i>inclusief kenmerkende beroepsactiviteiten</i>	
Veranderuitdagingen	
Bijlagen	Bijlagen

Visie arts van de toekomst: een arts is een breed opgeleide professional met naast medische deskundigheid ook andere competenties. Zoals omgaan met veranderingen, samenwerken, leiderschap tonen, wetenschappelijk denken en communiceren. Even als het hebben van oog voor maatschappelijke ontwikkelingen en bedreigingen voor de volksgezondheid. Het werkveld van de arts is breed op het hele terrein van het medisch handelen en van preventie, prognostiek, besluitvorming en behandeling van zowel de individuele patiënt als de patiëntengroep en populatie.

Veel zaken in dit nieuwe raamplan zijn herkenbaar vanuit de medische vervolgoopleidingen en het Visiedocument Medisch Specialist 2025, zoals het bevorderen en beschermen van de gezondheid, het concept positieve gezondheid, preventie, het voorkomen van onnodige zorg en intra- en interprofessioneel samenwerken. Evenals het inspelen op toekomstige en steeds snellere technologische ontwikkelingen en innovaties en de nadruk op een levenlang leren. De artsopleiding is de verantwoordelijkheid van de UMC's, die daarbij intensief samenwerken.

Er zijn duidelijke medische eindtermen, met mogelijkheden van de student om in het laatste jaar te differentiëren. De vraag is in hoeverre ze dan zijn voorbereid op de praktijk. De gemiddelde leeftijd van afstuderen is 24 tot 25 jaar en de studenten hebben dan nog weinig verantwoordelijkheid kunnen dragen als zorgprofessional. De Kennisbasis is 'geïntegreerd' beschreven. Dit kan een informatief hoofdstuk zijn om vervolgopleiders te informeren over wat een basisarts dient te 'kennen'. Vijf van de acht academies gebruiken nu één kennistoets. De verwachting is dat alle acht dat gaan doen.

Het raamplan wordt op korte termijn vastgesteld en dient dan als kader voor alle umc's, waarbij de eerste nieuwe artsen over negen jaar op de arbeidsmarkt komen.



Gediscussieerd werd onder meer over wat het onderscheid is ten opzichte van HBO-niveau. Gesteld werd dat het onderscheid zit in het wetenschappelijk denken (onderzoek doen en nieuwe kennis ontdekken en delen), maar dat het vooral het academisch denkniveau moet zijn waarmee wordt bijgedragen aan de creatie van nieuwe kennis en het opleiden van nieuwe professionals.

Een ander punt dat naar voren kwam is niet alleen het eindpunt van de medische vervolgoopleidingen vast te stellen, maar ook het beginpunt. 'Wanneer is men geschikt voor de medische vervolgoopleidingen?' Dit zou in de vorm van een 'profiel' kunnen worden opgezet.



Van basisarts naar aios (2020.2)

Datum: 22-01-2020

Rapporten/literatuur:

[Anios: een negatieve term voor een fantastisch vak.](#) M. Wessels, H. Romijn.

Medisch Contact 29 augustus 2020. [Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen.](#)

Meting september 2019, Prismant. F van der Velden, B van de Leemkolk en Aart Lodder.

Gesprekpartners: Kèren Zaccai, aios urologie en Marit Smink, anios kindergeneeskunde (namens De Jonge Specialist)

Competentieset technologisch innovator			
11.020 (46%)	In opleiding tot medisch specialist of tot een profielarts		
6.049 (25%)	Wil in opleiding, 28% van de mannen en 16% van de vrouwen gaat direct op zoek naar een opleidingsplaats	34,2 mnd gemiddelde tijd tot aanvang opleiding	16,6 mnd gemiddelde zoektijd
6.296 (27%)	Wil niet in opleiding	Gemêleerde groep, o.a.	<ul style="list-style-type: none"> - 10% (2482) nooit gestart met een opleiding - 8% profielopleiding gevolgd - 3% vervolg opleiding voltooid, maar werkt niet (meer) als specialist - 2% opleiding niet voltooid - nog wel als arts geregistreerd maar niet meer als specialist
376 (2%)	(Reden: 43% te hoge werkdruk)		

10% van de aios staakt de vervolgopleiding, waarvan 60% werkzaam is geweest als anios in het desbetreffende specialisme.

Anios worden vooral ingezet voor de bedrijfsvoering en het 'dichtlopen van de gaten in het rooster', hebben als beginnend arts weinig ervaring en vallen qua werkgever veelal onder het ziekenhuis en soms onder het MSB. Er is veelal weinig begeleiding in vergelijking met een aios en bijna nooit is er een budget voor persoonlijke ontwikkeling. Nog nagegaan zal worden of het bewezen is dat dit vaker tot problemen/klachten/onveilige situaties leidt. De tijdelijke aard van de functie maakt dat de positie van de anios in het team of diens rechtspositie te wensen over laat, al behandelen steeds meer ziekenhuizen de anios als gelijke van de aios.

De Jonge Specialist stelt voor:

- Verbeteren en toezien op werkbaar rooster, goede inwerkperiode en afspraken ten aanzien supervisie
- Specialismegebonden begeleiding bijvoorbeeld middels mentorschap
- Beoordeling bijvoorbeeld middels portfolio
- Discipline -verstijgende loopbaanbegeleiding
- Grotere participatie in onderwijsmomenten
- Toereikend budget voor cursussen/verdieping

Gediscussieerd werd of het niet beter zou zijn om na de artsopleiding een soort traineeship te doorlopen van een of twee jaar, met diverse profielen (snijdend, beschouwend, eerstelijns etc.) alvorens men start met een (verkorte) medische vervolgopleiding. Op deze manier bouwt de a(n)ios ervaring op en leert verantwoordelijkheid te nemen als arts. Daarbij is het de vraag waar de financiering vandaan zou moeten komen (een ministerie als OCW of VWS, of de (samenwerkende) werkgevers).

Ook wordt gediscussieerd over het regionaal inzetten van anios, waar op dat moment een vacature is en interesse van een anios, en dan met een vorm van begeleiding en onderwijs.



De kunst van het vooruitzien (2020.3)

Datum: 03-03-2020

Rapporten/literatuur:

[De kunst van het vooruitzien](#). De Volkgezondheid Toekomst Verkenning. H,B,M, Hilderink en M. Verschuuren. Ned Tijdschr Geneeskd, 2019-163:D4547.

[Een gezond vooruitzicht](#). De Volkgezondheid Toekomst Verkenning. Synthese VTV 2018.

[Kernprognose 2019-2060](#):19 miljoen inwoners in 2039. CBS 2019.

Gesprekpartner: Robert Vonk, RIVM, meegewerkt aan VTV 2018, wetenschappelijk medewerker en projectcoördinator Kosten van Ziekten-studie

Al 25 jaar maakt het RIVM voor VWS de Volkgezondheid Toekomst Verkenning, als fundament voor de vierjaarlijkse 'Landelijke nota gezondheidsbeleid'. Het RIVM verkent de toekomst (geen voorspelling) en tracht zo inzicht te geven in de toekomstige gezondheid van de Nederlandse bevolking, de oorzaken en de gevolgen van ontwikkelingen in onze gezondheid en de mogelijkheden tot verbetering. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een brede beschouwing van vele determinanten.

Dit levert de nodige zaken op als de impact van de vergrijzing (+55%), een afname van mantelzorgers in de leeftijd van 50-64-jarigen per 85-plusser (-60%), aantal mensen met dementie (+114%), aantal mensen met meerdere chronische aandoeningen (+28%) en de daarmee samenhangende kosten.

Maar ook andere relevante gegevens, als toename van de druk op ons dagelijks leven door:

- Prestatiedruk jongeren (school, social media)
 - Ontwikkelingen arbeidsmarkt
 - Meer druk op mantelzorg
 - Verstedelijking
- wat kan leiden tot stress en gezondheidsproblemen

Zaken die horen tot het sociale domein (welzijnswerk, ARBO, werkgevers, jeugdzorg en jongerenwerk) dreigen gemedicaliseerd te worden. Er is geen buffer om de medische zorg heen. Een ieder heeft voorbeelden van patiëntencasus die oplosbaar zijn door maatschappelijke/sociale interventies. Er moet voor worden gewaakt dat het sociale domein niet overvraagd gaat worden.

Uit enquêtes komen drie grote maatschappelijke opgaven naar voren, die de Nederlander (inclusief zorgverlener) belangrijk vindt:





Opvallend is dat bijvoorbeeld lifestyle-interventies niet genoemd worden, maar wel ziektelast door hart- en vaatziekten en kanker. Ouderen, zeker zij met multimorbiditeit, vragen meer van de zorgprofessional, ook op niet direct medisch gebied. Verdere subspecialisering kan een bredere blik in de weg staan. Vandaar dat kennis van samenwerking met maatschappelijke instanties en extramurale zorgverleners rondom de patiënt c.q. de sociale context van de patiënt onderdeel moet worden van de MSVO in het kader van netwerkgeneeskunde. Van verschillende aandoeningen (zoals incontinentie) is bekend dat er relatief veel gezondheidswinst te boeken is voor de patiënt. Een interprofessionele netwerkaanpak kan dan veel rendement hebben. Daarbij moet er ook meer aandacht zijn voor grenzen stellen, wat doen we wel en wat doen we niet.

Tot slot wees de spreker op het fenomeen dat technische innovaties in eerste instantie leiden tot efficiëntie, maar als het novum eenmaal geïntroduceerd is, worden deze breder ingezet en leidt het tot kostenstijging.



Technologische ontwikkelingen en MSVO (2020.4)

Datum: 25-05-2020 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[E-health Citrienprogramma.](#)

[How to prepare the future generation of physicians.](#) The medical futurist. 2018.

[Technologische innovatie in de medisch specialistische vervolgopleiding.](#) DJS. 2018.

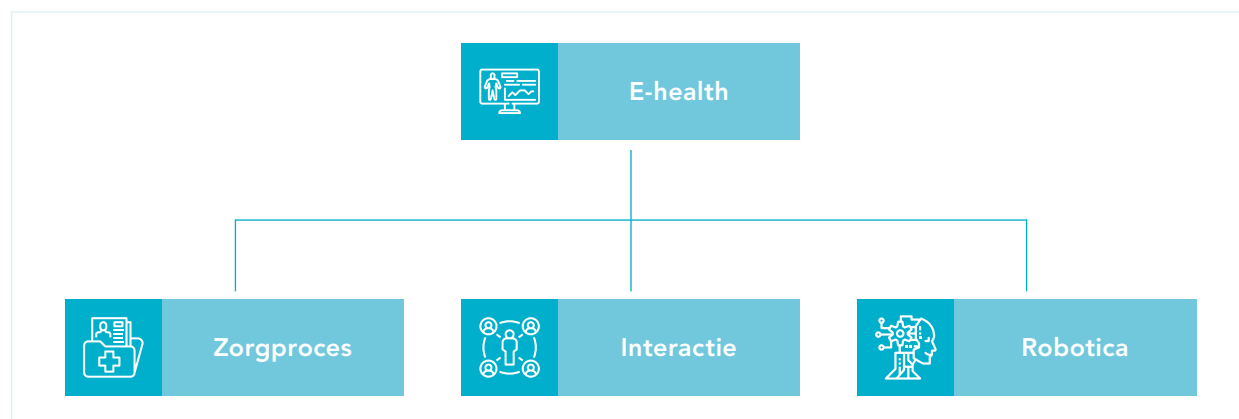
[12 technologische ontwikkelingen in de zorg.](#) Vilans.

Gesprekspartner: Marlies Schijven, chirurg en hoogleraar in het bijzonder Serious Gaming, Simulation en Applied Mobile Healthcare aan de Faculteit der Geneeskunde van de Universiteit van Amsterdam (AMC-UvA). Tevens Chief Medical Information Officer (CMIO) bij VWS.

Inzichten uit de discussie naar aanleiding van de inleiding van Paetrick Netten en toelichting Marlies Schijven

E-health (het toepassen van informatie- en communicatietechnologie ten dienste van de gezondheidszorg) en technologische innovatie zijn containerbegrippen, die de zorgverleners dreigen te overspoelen.

Om e-health te versnellen moet er goed nagedacht worden over de implementatie, en de kansen en voorwaarden in de zorg. Dit is essentieel om echt tegemoet te kunnen komen aan de gerechtvaardigde wens van patiënten om meer regie over het eigen zorgproces te krijgen.



E-health als containerbegrip voor technologische ondersteuning in drie processen in de zorg

Van groot belang is dat de zorgverlener in the lead komt en blijft. Het hoort bij de rol van de zorgprofessional om een probleem in het zorgproces kritisch te beoordelen en om met deskundigen te bespreken in hoeverre technologische hulpmiddelen hier oplossingen kunnen bieden. De arts doet dit vanuit het gedachtengoed van evidence based medicine in de vorm van bijvoorbeeld een CAT-beoordeling of de gekozen technologie daadwerkelijk een bijdrage levert aan de zorg. Basiskennis over de mogelijkheden en onmogelijkheden van bepaalde technologieën moet dan wel ontwikkeld worden of beschikbaar zijn.

Tevens is het van belang de aios te stimuleren als vrijdenker en ruimte te geven om te experimenteren met technologische ontwikkelingen. Misschien moeten we dit wel breder trekken. Stimuleer de toekomstige generatie specialisten om out of the box te denken, waarbij het niet erg is als zaken mislukken. Dit streven zou niet beperkt moeten worden tot de MSVO, maar ook in de geneeskundestudie is dit van belang en uiteraard als life long learning voor iedere specialist.

Om dit te stimuleren is het van belang dat er enthousiaste kartrekkers zijn in een vakgroep/ziekenhuis/staf, rolmodellen die laten zien wat de toegevoegde waarde kan zijn van nieuwe ontwikkelingen. Eventueel cursussen voor opleiders om deze cultuuromslag te kunnen maken. Interprofessionele samenwerking met technici, ethici en juristen/beveiligingsdeskundigen is daarbij noodzakelijk, dat moet een arts zeker niet allemaal zelf willen regelen. Voor de zorgverlener is het van belang dat hij/zij de juiste probleemstelling formuleert en kritisch kijkt naar aangeboden technische oplossingen.



Toekomstige generatie (2020.5)

Datum: 08-07-2020 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[Haal het beste uit Generatie Y](#). Miriam Boer. Opleiding en ontwikkeling. 2015

[Medische millennials verjongen ouderenzorg](#). Robbert Huijsman. Skypr. 2019

Interactief college door Miriam Boer (manager AVL) en Kim van Leijen (ic-verpleegkundige, trainer en actrice)

Generaties zijn leeftijdsgenoten die verbonden zijn door een gedeelde levensgeschiedenis, gedeelde omstandigheden en een gedeelde invloed en beleving van de tijdsgeest. De ervaringen in de formatieve levensfase (pre-)adolescentie zijn daarvoor bepalend. Het merendeel van de aios behoort tot generatie Y, de millennials met geboortecohort 1986-2000. Zij worden als groep onder andere gekenmerkt door het opgroeien in grote economische welvaart zonder geldzorgen, door een grote keuzevrijheid en het leven in een consumptiemaatschappij. Waardoor deze generatie Y veel al kritischer en veeleisender is en veel aandacht besteed aan zelfontplooiing en authentiek zijn. Er is aandacht voor persoonlijke ontwikkeling, snelle technologische vooruitgang en het verwerken van veel en directe informatie en waarbij men een korte concentratieboog heeft. Generatie Y leert bij voorkeur interactief, ze zijn visueel ingesteld en werken gelijkwaardig in teamverband of in netwerken. Maar er blijven uiteraard individuele verschillen binnen generaties en een persoonlijk benadering blijft dan ook van belang. Daarnaast betreft dit een Angelsaksisch model, de vraag is in hoeverre dit opgaat voor millennials met een migratieachtergrond.

Voor ons als werkgroep is het van belang om mee te nemen:

- Grote behoefte aan veilige, directe feedback in het moment (wacht niet op formele momenten).
- Behoefte aan erkenning en waardering voor hun bijdrage aan een zichtbaar resultaat.
- Begeleiding die hen inspireert en motiveert.
- Microlearning (niet uren lang in een klaslokaal).
- Creëer netwerken waarin men van elkaar kan leren.
- Aandacht voor persoonlijke ontwikkeling en maatwerk (waar krijgt men energie van?).
- Gevoel van regie over eigen leertraject (ervaring in de praktijk is niet altijd zo).
- De behoefte aan snelheid, variatie en ervaring door het te doen, waarbij diepgang in het gedrag kan komen.
- Behoefte aan keuzevrijheid, binnen vast te stellen kaders met een duidelijk doel (Cave zelfoverschatting).
- Voorkeur voor 'samen opwerken', boven volledig zelfstandig werken
- Leuke, visuele, interactieve leermiddelen.

In de discussie werd geopperd om deze onderwerpen mee te nemen bij docentprofessionalisering. Tevens is het van belang aandacht te hebben voor coaching (assessment), intervisie, werken buiten het eigen vakgebied (vrije ruimte in de opleiding) en adequate (warme) informatieoverdracht over de klinieken heen betreffende de persoonlijke ontwikkeling van de aios.



Europese regelgeving / MSVO in het buitenland (2020.6)

Datum: 20-08-20 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[European curriculum of internal medicine](#). EFIM.2018.

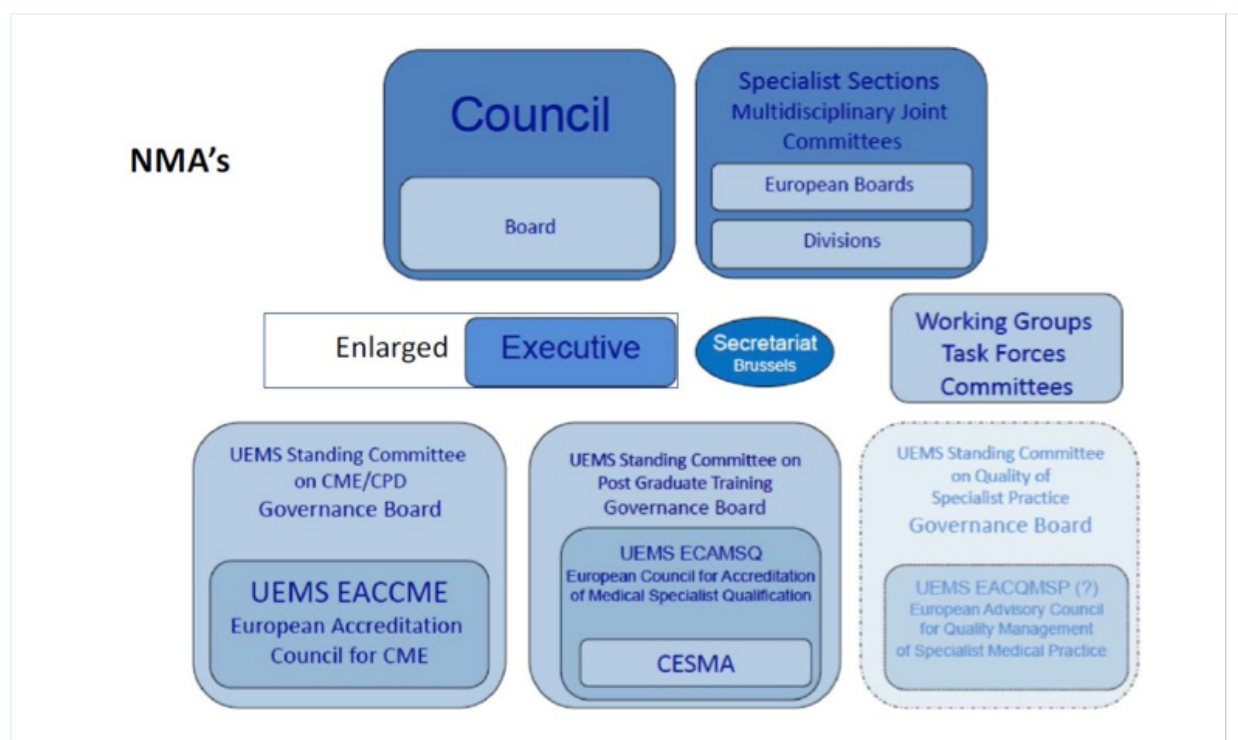
[Shape of training](#). Final report of the independent review. Led by Professor David Greenaway. 2013

Prof. dr. Rijk Gans (internist UMCG, lid executive council European Federation of Internal Medicine, lid executive Council European Union of Medical Specialists en president Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS) section of Internal Medicine, chairman European Board of Internal Medicine)

Dr. Huib Cense (chirurg en opleider Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk, lid van de council van de UEMS)

De UEMS heeft als doel de ontwikkeling van nieuwe, geharmoniseerde modellen voor de opleiding van de volgende generatie medisch specialisten, van hoge standaarden in de klinische praktijk en daarmee een verbeterde zorg voor patiënten in heel Europa.

Zij vertegenwoordigen 1,6 miljoen specialisten uit 40 landen. Daarbij focussen zij zich op drie aspecten: accreditatie, opleidingen (examens) en kwaliteit zorg. Het laatste aspect is het minst uitgewerkt.



De wetenschappelijke verenigingen zijn via de Federatie Medisch Specialisten vertegenwoordigd in de UEMS. Er is geen directe link tussen EUMS-secties en wetenschappelijke verenigingen.

Nederland heeft samen met het Verenigd Koninkrijk een voorsprong voor wat betreft structuur/kwaliteit/innovaties met betrekking tot vervolgoopleidingen en kwaliteitscontroles hiervan. Hier zouden we meer mee mogen doen bij het opstellen van Europese opleidingseisen voor de diverse specialismen. Door actief te lobbyen is het wel mogelijk om zaken waarmee we voorop lopen (EPA's interprofessioneel opleiden, individualisering) in de Europese plannen op te laten nemen. Maar hier wordt vanuit Nederland nog weinig mee gedaan.



In de Europese opleidingsplannen zijn vooralsnog minimale aanbevelingen waar een vervolgopleiding aan moet voldoen, maar als de kwaliteit van deze opleidingsplannen toeneemt worden ze wel steeds belangrijker. Het staat overigens ieder land vrij om hogere normen te stellen.

Er zijn al wetenschappelijk verenigingen die Europese examens verplicht stellen zoals plastische chirurgie, intensive care en anesthesiologie. Daarmee lijkt het dat ze op deze manier willen komen tot Europese erkenning. De verwachting is dat in de komende jaren meerdere wetenschappelijke verenigingen dit zullen invoeren.

In de discussie komt naar voren dat we in Nederland niet zo zijn van examens. Ook wordt er besproken dat Opleiden 2025 als doel lijkt te hebben interprofessioneel opleiden en generalisme binnen de specialismen te promoten. Terwijl in de andere Europese landen veelal sprake is van een verregaande subspecialisatie. De sprekers geven aan dat ook in het buitenland (met als voorbeeld het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Portugal) grote behoefte is aan meer generalistische zorg en daar initiatieven op gang komen om dit ook te realiseren.



Beroepsprofielen (2020.7)

Datum: 13-10-2020 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[De rol van de radioloog in 2020](#). Nederlandse Vereniging voor Radiologie.

[Generalism for specialists: a medical reformation](#). BMJ 2020; 368

[Dé generalist bestaat niet](#). Medisch contact. 2019.

[Life as a physician in general internal medicine](#). BMJ 2020; 368

[Visiedocument opleiden is vooruitzien](#). FMS. 2016.

[Visiedocument medisch specialist 2025](#). FMS. 2017

Algemene maatschappelijke trends en verwachte ontwikkeling van zorg in 2040. KNMG. 2020.

[Het zorglandschap verandert, het specialismenlandschap verandert mee](#). KNMG CGS. 2019

[Beroepsprofiel voor de Physician Assistant](#). NAPA. 2017

[Cynefin framework](#). Dave Snowden. 1999.

[21e-eeuwse vaardigheden](#). SLO. 2017

Gesprekspartner: Freek Braam (physician assistant en bestuurslid Nederlandse Associatie Physician Assistants - NAPA)

Een echt beroepsprofiel voor de medisch specialist bestaat er (nog) niet. Hierin wordt een omschrijving gegeven van de beroepsactiviteiten (taakprofiel) en beroepsvereisten (kwaliteitsprofiel). Beroepsprofielen worden gebruikt als basis voor het opstellen van een beroepsopleidingsprofiel; een beschrijving van de doelen, de eindtermen en de structuur van de [opleiding](#). Dit kan overigens alleen als het profiel door de betrokken organisaties van werkgevers en werknemers wordt erkend.

Terugkerende thema's in diverse rapporten over de specialist van de toekomst en modernisering MSVO:

- Shared decision making
- Arts als coach
- Gericht op functioneren van patiënt
- Oudere patiënt met multimorbiditeit
- Preventie
- Maatschappelijke thema's
- Taakherschikking flexibilisering
- Integrale – holistische benadering
- Verdere subspecialisatie versus generalistische zorg (individualisering)
- Netwerkgeneeskunde – interprofessioneel samenwerken
- Innovatie en life long (interactieve) learning
- Veranderende visie op beroepsuitoefening
- Informatietechnologie en technische innovaties
- Ontwikkel adaptief vermogen van de aios

Subspecialistische en generalistisch werkende collegae zijn beiden nodig. Laat het aan de wetenschappelijke verenigingen om te bepalen hoeveel subspecialisten en generalistisch werkende specialisten nodig zijn. Ook is het mogelijk bij verdergaande subspecialisatie 'hulp-troepen' in te schakelen, als verpleegkundig specialist, Physician Assistant en/of ziekenhuisapotheker.

Bij de herstructurering zouden wij ons vooral moeten richten op die zaken die van belang zijn voor alle specialismen, die immers in netwerkverbanden met elkaar moeten gaan samenwerken. Dit zal op een innovatieve wijze, bij voorkeur op de werkplek, ingevuld moeten worden. Dit kan ondersteund worden door interactief onderwijs.

Met de opgehaalde gegevens kan een contourennota worden gemaakt als aanzet voor een beroepsprofiel medisch specialist, wat verder uitgewerkt moet gaan worden door de Federatie Medisch Specialisten in het project Opleiden 2025.

Knelpunten/hinderpalen:

- Financiering van de zorg en opleidingen (capaciteitsberekeningen)
- Hoe 'werken in netwerkgeneeskunde' integreren in de opleiding
- Geschikt flexibel onderwijsmodel noodzakelijk
- Administratieve last/bureaucratisering/institutionalisering (demotiverend)
- Cultuurverandering noodzakelijk

Uitgangspunt: "Wat heb jij de patiënt in het netwerk te bieden?"



Netwerkgeneeskunde (2020.8)

Datum: 01-12-2020 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[Competencies for collaboration between general practitioners and medical specialists: a qualitative study of the patient perspective.](#) BMJ Open 2020;10:e037043

[Teamwork on the rocks: Rethinking interprofessional practice as networking.](#) Journal of Interprofessional Care. 2017

Gesprekpartners:

- Marieke Bolk (deelprojectleider Opleiden 2025: Interprofessioneel opleiden)
- Karin Kaasjager (internist – opleider, UMC Utrecht)
- Pauline Koeleman (hoofddocent Verpleegkunde, Hogeschool van Amsterdam)
- Marike de Rooter (onderwijscoördinator honourslijn Geneeskunde en docent – onderzoeker Hogeschool van Amsterdam, opleiding Verpleegkunde)

Het is beter om te spreken van netwerkgeneeskunde, waaronder verstaan wordt: een gecoördineerde manier van samenwerken van een groep zorgaanbieders om de gezondheidsuitkomsten van een (deel) populatie te verbeteren. De zorgaanbieders zijn daarbij bereid gezamenlijk risico te dragen voor het wel of niet realiseren van kwaliteit en kosten van zorg, met als doel de toegankelijkheid, kwaliteit en efficiëntie van zorg te verbeteren en de patiënttevredenheid te verhogen. Er is overlap met geïntegreerde zorg, integrale zorg, zorgpad, netwerkgeneeskunde, anderhalvelijnszorg, substitutie van zorg, de juiste zorg op de juiste plek, zinnige zorg, value-based healthcare of triple aim. Naast bestaande financieringsstructuren zijn er nog andere factoren die het moeilijk maken om dit te verwezenlijken, zoals heterogeniteit van de benodigde zorg en wisselingen in zorgbehoefte van de individuele patiënt. Voor het welslagen is van belang één EPD, simulatie en feedback, maar zeker ook een voor de patiënt transparante samenwerking, waarbij verantwoordelijkheden duidelijk zijn.

Marieke Bolk stelde dat bij interprofessioneel leren en werken de patiënt het uitgangspunt moet zijn. Dat competenties als naar elkaar luisteren, zich verplaatsen in elkaar, elkaars perspectief begrijpen en benutten, eerst eigen een beroepsidentiteit opbouwen, leren van verantwoordelijkheden, evenals een denkomslag van belang zijn voor het welslagen.

Karin Kaasjager beschreef een praktische aanpak van een stage transmuraal werken door een aios interne geneeskunde. Ze zijn gewoon gestart met de stage en hebben de aios ruimte gegeven om de stage zelf onder supervisie vorm te geven.

Vanaf 2015 zijn het AMC en Hogeschool van Amsterdam (opleiding verpleegkunde) bezig met het opzetten van interprofessioneel onderwijs voor diverse zorgverleners in opleiding, onder andere geneeskundestudenten. Gestart wordt met observatiestage met andere zorgverleners, in jaar twee en drie simulatieonderwijs (in de klas/simulatie van een Multi Disciplinair Overleg (MDO)) en een praktijkstage als geïntegreerd zorgteam in het vierde jaar.

In de discussie kwam naar voren dat interprofessioneel werkplekleren goed mogelijk is bij een modulaire opbouw van de diverse opleidingen, waarbij de aios keuzemogelijkheden heeft, ook buiten het directe eigen vakgebied. Hiertegen werd ingebracht dat een aios wordt opgeleid tot een specialist in een BIG-geregistreerd vakgebied, waaraan eisen gekoppeld zijn die al erg veel tijd van de aios vergen waardoor er weinig tot geen ruimte is om dit erbij te gaan doen.



Financiering en verdeling opleidingsplaatsen MSVO (2020.9)

Datum: 19-01-21 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[Capaciteitsplan 2021-2024](#). Capaciteitsorgaan. 2019.

Gesprekpartners:

- Victor Slenter (directeur Capaciteitsorgaan)
- Marijke Folkertsma (projectleider beschikbaarheidsbijdrage (medische) vervolgopleidingen, Nederlandse Zorgautoriteit - NZa) en Michaël Hochheimer (project kostenonderzoek beschikbaarheidsbijdrage medische vervolgopleidingen)
- Pieter Havelaar (beleidscoördinator medische vervolgopleidingen, ministerie van VWS)

Toehoorders Federatie Medisch Specialisten:

- Hein Brackel (bestuurslid Federatie portefeuille Opleiding, voorzitter project Opleiden 2025 en voorzitter BOLS)
- Vivienne Schelfhout (directeur Opleiding, Wetenschap & Innovatie)
- Elise Roerdink (adviseur Raad Opleiding)

Het Capaciteitsorgaan is een onafhankelijke stichting die op basis van een rekenmodel (50 parameters) met input vanuit 'harde' cijfermatige bronnen én experts (consensusvorming) voor VWS beramingen maakt van de gewenste instroom van medisch specialisten. De verwachting is dat het aantal aios geleidelijk aan verder zal stijgen, maar dat door een lagere deeltijdfactor en een iets lagere efficiëntie, er nauwelijks een stijging is in het aantal fte's, misschien zelfs enige daling. Er is echter geen rekening gehouden met het feit dat specialisten in toenemende mate niet alleen zorgtaken hebben. Horizontale substitutie van de eerstelijns komt niet wezenlijk van de grond, ook is er een afvlakking in de verticale substitutie (Physician assistants/verpleegkundig specialist).



De NZa regelt de bekostiging van de beschikbaarheidsbijdragen voor bijvoorbeeld in 2018 een instroom van 645 fte en doorstroom van 4.925 fte, voor een bedrag van ongeveer 800 miljoen euro. De kosten zijn opgebouwd uit loonkosten aios, vergoeding tijd opleiders(team), niet-patiëntgebonden kosten, overhead en doorontwikkelen opleidingen. Nog onduidelijk is hoe de diverse kostenposten zich verhouden tot elkaar. Ook is het niet bekend wat de effecten zijn van opleiden op de kosten van de patiëntenzorg. Aios genereren wel DBC's, maar vragen extra diagnostiek aan en maken langer gebruik van faciliteiten. Gebleken is dat het moeilijk is om de kosten gemaakt voor opleiden, patiëntenzorg en wetenschap duidelijk te scheiden, wat van belang is om een juiste inschatting te maken van de vereiste vergoedingen. Te veel uitkeren, wordt gezien als staatsteun en is niet toegestaan. Bij veranderingen van de opleidingsstructuur, zal er opnieuw nagedacht moeten worden over de systematiek. Nu ligt de focus op het ziekenhuis, maar bij bijvoorbeeld een modulaire structuur zou die moeten liggen bij de aios.

Pieter Havelaar gaf aan dat VWS bij de beoordeling van een voorstel nieuwe opleidingsstructuur kijkt naar de politieke agenda (onder andere het regeerakkoord), of er voldoende maatschappelijk draagvlak voor is en wat de mogelijke extra kosten zijn. Waarbij het niet zo is dat er zonder meer extra budget beschikbaar is. Pas daarna kan dit in overleg met betrokken partijen (onder andere NZa) verder worden uitgewerkt.



Toekomstige zorgvraag vanuit perspectief van de patiënt (2021.10)

Datum: 23-03-2021 (via ZOOM)

Rapporten/literatuur:

[Top 10: Wat ziekenhuispatienten belangrijk vinden](#). Zorgvisie.2009

Byrne, L., Happell, B., Welch, T., & Moxham, L. J. (2013).

'[Things you can't learn from books](#)': Teaching recovery from a lived experience perspective.

International journal of mental health nursing, 22(3), 195-204. doi: 10.1111/j.1447-0349.2012.00875

Gesprekspartner:

Marjan ter Avest (directeur en bestuurder MIND)

Marjan ter Avest is directeur en bestuurder van MIND, dit is een hybride organisatie, die naast patiëntenvereniging voor mensen met psychische problemen, naastenvereniging en belangerbehartiger, gericht op de ggz-achterban is.

Voor de patiënt van de toekomst ziet zij, als belangrijke voorwaarden voor adequate zorg:

Nothing about us without us

- Samen beslissen tijdens behandeling
- Co-creatie: zorgstandaarden, zorginnovatie

Meer mens, minder patiënt

- Positieve gezondheid

Streven naar goed en betekenisvol leven

- Herstelbenadering
- Zelfhulp en zelfmanagement
- Eigen regie en netwerkzorg

Voorkomen is beter dan genezen

- Gezonde leefstijl
- Publieksinformatie en voorlichting

Als je naar de patiënt van de toekomst kijkt zal dit ook een andere rol vragen van de zorgverlener, namelijk **adviseur** met goede kennis van zijn vak. Tevens **verbinder** in zorg en sociale domein, maar ook in de gedigitaliseerde omgeving. En tot slot **verwijzer** met up-to-date kennis over voorlichting, zelfhulp en adequate inschakeling van andere zorgverleners, als dat nodig is.



> Bijlage 3 Beschikbare rol/taakbeschrijvingen medisch specialist

Document	Organisatie(s)	Datum	Taken	Rollen
Kwaliteitskader Medisch Specialisten	Orde van Medisch Specialisten	2010	Kwaliteit van medisch specialistische zorg is:	
			• Veiligheid	
			• Doelmatigheid	
			• Doelmatigheid	
			• Effectiviteit	
			• Patiëntgerichtheid	
			De richtlijnen daarvoor worden uitgewerkt op de volgende gebieden:	
			• Professionele standaard (5 onderwerpen)	
			• Verantwoordelijkheidsverdeling (11)	
• Verantwoording afleggen (9)				
• Kwaliteitsborging en kwaliteitsverhoging (2)				
Visiedocument optimaal functioneren van medisch specialisten	Orde van Medisch Specialisten en wetenschappelijke verenigingen	2013	• Specialisten nemen deel aan kwaliteitsbevorderende activiteiten die in de zorginstelling worden georganiseerd. Complicatiebesprekingen en multidisciplinaire overlegsituaties vormen hier een onderdeel van.	
			• Specialisten bekwamen zich in het reflecteren op hun functioneren en zetten zich voortdurend in om zich persoonlijk en in hun loopbaan te ontwikkelen. Het doen van intervisie zou onder medisch specialisten gemeengoed dienen te worden.	
			• Specialisten spreken collegae aan bij minder optimaal functioneren of een vermoeden van disfunctioneren en geven hier een vervolg aan.	



Document	Organisatie(s)	Datum	Taken	Rollen
De positie van de universitair medisch specialist	Federatie Medisch Specialisten/ LAD	2015	• Patiëntenzorg	
			• Bedrijfsvoering: doelmatigheid en bestuur	
			• Onderwijs, opleiding, onderzoek	
			• Expertfunctie	
			• Bestuur en management	
Visiedocument Dure geneesmiddelen	Federatie Medisch Specialisten	2016		• Bewakers van kwaliteit en doelmatigheid (individueel en als Wv): evaluatie, richtlijnen
				• Expert en medisch adviseur binnen de ziekenhuisorganisatie
				• Expert en adviseur richting de overheid
				• Onderzoeker en expert richting de farmaceutische industrie
Visiedocument Medisch Specialist 2025	Federatie Medisch Specialist	2017	• De medisch specialist is gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Dat vraagt een holistische benadering van iedere patiënt en een gerichtheid op optimaliseren van de kwaliteit van leven.	• Coach en adviseur
			• De medisch specialist neemt het voortouw in de ontwikkeling van (digitale) netwerken rond de patiënt. De medisch specialist is een speler in een netwerk van zorgverleners die op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen.	• Innovator en klinisch leider
			• De medisch specialist zet zich in voor preventie van ziekte en behoud van functioneren op individueel en samenlevingsniveau.	• Bevlogen professional
			• De medisch specialist is samen met de patiënt betrokken bij innovatie in de zorg en ondersteunt zelfmanagement	



Document	Organisatie(s)	Datum	Taken	Rollen
Position paper De medisch specialist in de rol van wetenschapper	Federatie Medisch Specialisten	2017	Actief in drie onderzoekstypen: innovatief, zorgevaluatie en patiëntenzorg-onderzoek; in vier rollen:	
			• Integer onderzoeker	
			• Betrouwbare onderzoeker van relevant onderzoek	
			• Verbinder in onderzoek	
			• Richtinggevend aan een goede infrastructuur (wetgeving, financiering)	
			Opdracht: wetenschappelijke vorming verankeren in de opleiding	
CAO Ziekenhuizen - BIJLAGE 1 FUNCTIEPROFIEL MEDISCH SPECIALIST	AMS de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)	2018	1. Curatieve zorg	
			2. Patiëntenvoorlichting en -begeleiding	
			3. Geneeskundig onderzoek en behandeling	
			4. Documentatie	
			5. Relatiebeheer	
			6. Beleid- en organisatieontwikkeling	
			7. Professionele ontwikkeling	
			8. Opleiding	



Document	Organisatie(s)	Datum	Taken	Rollen
Positioneringsnota Medisch specialist in instellingen voor geestelijke gezondheidszorg	Federatie Medisch Specialisten/ LAD	2019		1. Behandelbaar/expert
				2. Netwerker & teamspeler
				3. Consulent
				4. Coach en opleider
				5. Wetenschapper & innovator
				6. Belangenbehartiger voor psychiatrische patiënten en voor goede kwaliteit binnen de instelling
				+ de vier rollen uit 'Dure geneesmiddelen'
Visie in wording 'De rollen van de arts in 2040 zijn kernwaarden en verhouding tot de samenleving'	KNMG	2021		• Zorgverlener oog, oor en handen voor iedereen
				• Duider menselijke interface
				• Partner teamplayer en netwerker
				• Richtinggever moreel kopas en autonoom denker
				• Vernieuwer Academicus



Document	Organisatie(s)	Datum	Taken	Rollen
Andere rol zorgverlener vanuit perspectief patient (ppt consultatieronde maart)	MIND	2021		<ul style="list-style-type: none"> • Adviseur - Behandeling op maat (op maat, dichtbij, digitaal, technologie, informele zorg) - Gezonde leefstijl - Toegankelijk taalgebruik
				<ul style="list-style-type: none"> • Verbinder - In de regio (zorg en sociaal domein) - In een gedigitaliseerde omgeving
				<ul style="list-style-type: none"> • Verwijzer - Kennis van voorlichting, zelfhulp, ervaringskennis - Kennis van specialismen <input type="checkbox"/> Doorverwijzen <input type="checkbox"/> Consultatie
Competentieprofielen in alle opleidingsplannen			Visiedoc Orde van Medisch Specialten 2013: De competenties van de medisch specialist zijn slechts benoemd in de CanMEDs-rollen:	obv de 7 CanMEDS-rollen, zoals opgenomen in Kaderbesluit CGS (B.2.2a t/m g):
			1. Medisch handelen	• Medisch handelen
			2. Communicatie	• Communicatie
			3. Samenwerking	• Samenwerking
			4. Kennis en wetenschap	• Kennis en wetenschap
			5. Maatschappelijk handelen	• Maatschappelijk handelen
			6. Organisatie	• Leiderschap
			7. Professionaliteit	• Professionaliteit



> Bijlage 4 Leden werkgroep Opleidingsstructuur

- Dr. Paetrick Netten, internist, decaan - Jeroen Bosch Ziekenhuis (voorzitter werkgroep)
- Angelique van Bijsterveld, deelprojectleider (projectmanager en coach)
- Ramon van den Berg MSc (projectleider Opleiden 2025 – Federatie Medisch Specialisten)
- Miriam Boer MSc (manager AVL academie - NKI)
- Hedwig Neefs MSc (senior beleidsadviseur - STZ)
- Prof. dr. Roger Damoiseaux (hoofd huisartsopleiding – UMC Utrecht)
- Prof. dr. Jacqueline de Graaf (opleidingsdirecteur medisch-specialistische vervolgopleidingen - Radboudumc)
- Edin Hajder (plastisch chirurg - OLVG)
- Dr. Ursula Klumpers (psychiater - GGZ in Geest)
- Dr. Maarten van der Laan (vaatchirurg - UMCG)
- Prof. dr. Jan van Lith (gynaecoloog - LUMC)
- Prof. dr. Saskia Peerdeman (neurochirurg - UAMC)
- Steffi Rombouts (voorzitter De Jonge Specialist, aios oogheelkunde -OLVG)
- Prof. dr. Götz Wietasch (anesthesioloog - UMCG)
- Kèren Zaccai (aios urologie - Amphia)