

# Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'

# Inhoudsopgave

<b>1. Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'</b>	<b>3</b>
.....	
<b>2. Bijlagen</b>	<b>7</b>
.....	
#1: Speerpunten voor de toekomst van Patiëntenfederatie, Harteraad en VSOP	7
.....	
#2: Een nieuw profiel voor de toekomstige dokter	7
.....	
#3: Visie Interfacultair Medisch Studentenuverleg	8
.....	

# Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'

**De commissie die zich gaat buigen over de herziening van het Raamplan Artsopleiding kan voortbouwen op het bestaande Raamplan uit 2009, maar er zijn wel belangrijke accentverschuivingen nodig bijvoorbeeld vanwege de verdergaande digitalisering en veranderingen in de rollen van arts en patiënt en in de kijk op gezondheid. Dat bleek tijdens de drukbezochte werkconferentie 'Basisarts van de toekomst' die op donderdag 5 april 2018 werd gehouden in Nijmegen.**

Het Raamplan Artsopleiding uit 2009 is aan herziening toe. Het is de bedoeling dat in 2019 een nieuwe versie wordt vastgesteld, die richting geeft aan het medisch onderwijs voor de komende jaren en antwoord geeft op de vraag: 'Wat zijn de belangrijkste competenties die de basisarts anno 2025 moet hebben?' Bij de artsopleiding zijn veel organisaties direct of indirect betrokken. Om te inventariseren welke wensen ten aanzien van de basisopleiding er bij de diverse organisaties leven, organiseerde de NFU op 5 april 2018 een werkconferentie. De conferentie werd voorbereid door een commissie onder voorzitterschap van prof. dr. Roland Laan (Radboudumc Health Academy).

Zoals het programma van de dag ook laat zien, werd aandacht besteed aan actuele onderwerpen zoals positieve gezondheid en e-health. In de stellingen en discussies van die dag kwamen ook verschillende toekomstperspectieven aan de orde, bijvoorbeeld het patiëntenperspectief, het studentenperspectief, het maatschappelijk perspectief en het perspectief van verschillende wetenschappen (natuurwetenschappen, menswetenschappen, geesteswetenschappen, medische wetenschappen, techniek, ethiek en onderwijskunde). Vergelijkbare perspectieven komen naar voren in recente beleidsnotities en rapporten zoals het verslag van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen van het Zorginstituut Nederland.

## **Levendige gesprekken**

De conferentie verliep in een enthousiaste, levendige sfeer, mede dankzij de gekozen werkvorm, een 'World Café'. De ongeveer 150 deelnemers werden verdeeld over een twaalfstal tafels, waar zij onder leiding van een host gedurende een half uur spraken over een stelling over bijvoorbeeld het belang van interprofessioneel leren of van digitale vaardigheden. In de volgende ronde wisselden de deelnemers van tafel en bouwde men voort op de inbreng uit de vorige ronde. Dit leidde tot een breed scala aan inzichten, mede dankzij het feit dat veel verschillende organisaties en gremia vertegenwoordigd waren, waaronder KNMG inclusief College Geneeskundige Specialismen (CGS), Patiëntenfederatie Nederland, het Interfacultair Medisch

Studentenoverleg, ministerie van VWS, cliëntenraden umc's (CRAZ), Harteraad, IOSG, het Promovendi Netwerk Nederland, Verenso en VSOP. Deze inzichten worden meegegeven aan de herzieningscommissie voor het Raamplan.

### **De oogst van de werkconferentie**

De Maastrichtse kinderarts- intensivist dr Piet Leroy presenteerde aan het eind van de conferentie enkele van de meest opvallende conclusies.

- Veel aanwezigen waren van mening dat artsen in de toekomst moeten beschikken over voldoende ICT-vaardigheden, zoals het beoordelen van de kwaliteit van digitale hulpmiddelen en omgaan met *clinical data science*, *predictive modelling* en *personalised medicine*. Ten dele is dit een verantwoordelijkheid van de basisopleiding, maar de student van morgen beschikt waarschijnlijk al over veel ICT vaardigheden. Programmeren is daarbij overigens volgens de meesten geen essentiële vaardigheid. Volgens sommigen bestaat er een spanningsveld tussen datavaardigheden en menselijke vaardigheden.
- Veel deelnemers hadden twijfels bij de stelling dat het belang van parate kennis zou afnemen door de opkomst van beslissingsondersteunende software. Wel is volgens de aanwezigen het belang toegenomen van context en dynamiek. Artsen moeten in staat zijn om actuele kennis te vinden en op de goede manier in de juiste context toe te passen. Met andere woorden: 'Leren nadenken is belangrijker dan kennis verwerven'. Parate kennis blijft echter ook belangrijk.
- In de nieuwe ('positieve') definitie is gezondheid 'het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven'. Dit heeft consequenties voor de rol van de arts. Volgens sommigen zou ook binnen de geneeskunde de aandacht moeten verschuiven van ziekte naar gezondheid. Dit kan echter ook leiden tot ongewenste medicalisering. Op dit punt is het moeilijk om te anticiperen op de veranderende maatschappelijke rol van de arts. Het belangrijkste is wellicht om studenten goed voor te bereiden op verandering. Zoals de KNMG zegt in haar standpunt (zie bijlage) 'vraagt de veranderende maatschappij en gezondheidszorg, om continu ontwikkelen en aanpassen van een arts'.
- Ook de stelling dat de medische opleiding studenten actief moet uitdagen om zich breed te ontwikkelen en 'levensvaardig' te worden, leidde tot de nodige discussie. Enerzijds zagen velen het belang van een dokter die zich ook op andere terreinen ontwikkeld heeft en in staat is tot de gewenste reflectie op het eigen handelen en de behoeften van de patiënt. Een goede arts kan omgaan met onzekerheid en kwetsbaarheid. Daarbij is het belangrijk dat het socialisatieproces gedurende de medische opleiding van meet af aan gebaseerd is op de juiste rolmodellen en niet op fictieve medische helden, zoals te zien in populaire televisieseries. Concreet zou bijvoorbeeld een vorm van sociale 'dienstplicht' kunnen bijdragen aan een bredere ontwikkeling van de student. Anderzijds werd gepleit tegen het toevoegen van nog een 'lijn' aan het medisch onderwijs, tegen reflectie

omwille van de reflectie en tegen een vorm van decentrale selectie die een bepaald soort eenvormigheid stimuleert (bijvoorbeeld het stereotype van de geneeskundestudent als 'blanke blonde vrouw'). Ook werd de vraag opgeroepen wat een pleidooi voor bredere ontwikkeling concreet betekent voor studenten die nog wat onrijp zijn, zeker bij aanvang van de studie.

- Een andere stelling bepleitte dat studenten al vroeg in de opleiding leren om interactie aan te gaan met patiënten in hun context, om zo de vaardigheden te verwerven die de zelfregie en actieve participatie van de patiënt ondersteunen. In het World Café werd deze stelling in het algemeen omarmd, met daarbij de opmerking dat context van enorm belang is en dat artsen de interactie met de patiënt zo vroeg mogelijk in hun opleiding moeten leren. Uiteraard moet deze interactie wel goed worden ingebed in het geheel van het onderwijs. Bovendien moet ervoor worden gewaakt dat de veiligheid en de autonomie van de betreffende patiënten gewaarborgd blijven. Studenten moeten uiteraard ook leren omgaan met patiënten die (tijdelijk) minder goed in staat of bereid zijn tot zelfregie en actieve participatie.
- Interprofessioneel leren is van belang, omdat medisch studenten al vroeg moeten leren samen te werken met andere disciplines. Deze vorm van leren zou ook belangrijk zijn voor de ontwikkeling van de identiteit. Er werd zelfs gepleit voor een nog bredere interpretatie, waarbij niet alleen zorgverleners, maar bijvoorbeeld ook patiënten bij het interprofessionele leren betrokken worden.
- Competenties volgens CANMEDS vormen de basis voor het huidige Raamplan en de vervolgoopleidingen. Tegelijkertijd is er een beweging naar EPA's (entrustable professional activities). In een van de discussies werden deze twee tegenover elkaar geplaatst. De deelnemers kwamen tot de conclusie dat zowel competenties als beroepsactiviteiten van belang zijn en dat competenties de taal zijn waarin professionele activiteiten worden beschreven. Een kritische kanttekening bij EPA's is dat daarmee het vak kan vernauwen tot een lijst met 'vinkjes'. Een andere belangrijke opmerking betrof het adaptieve vermogen van de student/toekomstige arts en het vermogen om juist buiten de grenzen van het eigen vak en de eigen professionele activiteiten te kijken.
- Ten slotte besprak Leroy de discussie over de stelling: 'Leren op de werkplek zonder gedegen basiskennis zet lerenden op het verkeerde spoor van louter routinevorming'. Er bestaat een spanningsveld tussen praktijkgericht leren en het (eerst) verwerven van basiskennis. Uiteraard heeft de begeleider in dit spanningsveld een cruciale rol. Voldoende houvast, inzicht in de context is inderdaad belangrijk, al blijft een relevante vraag wat voldoende basiskennis is en wie dat bepaalt (Alleen professionals? Ook anderen?). Belangrijk is vooral dat studenten en jonge professionals een houding aanleren van nieuwsgierigheid, waarin zij een leven lang blijven leren. Daarbij is het noodzakelijk om goed na te denken over de optimale inzet van de werkplek als leerplaats.

### **Betrokkenheid vanuit het veld**

Misschien wel de belangrijkste conclusie van deze inspirerende dag is het feit dat velen zich betrokken voelen bij de toekomst van de basisopleiding geneeskunde. Dat bleek ook uit de diverse reacties die de organisatoren achteraf per e-mail mocht ontvangen. Een selectie uit de tips en suggesties die op deze wijze binnen kwamen:

- vraag voor het nieuwe Raamplan ook input van artsen die net hun basisopleiding hebben afgerond en/of aan het begin van hun carrière als specialist staan;
- infectiepreventie verdient meer specifieke aandacht in het curriculum, met name handhygiëne en een vaccinatiebeleid;
- patiëntenorganisaties willen graag betrokken worden bij de ontwikkeling van het nieuwe Raamplan en hebben een aantal aandachtspunten geformuleerd (zie bijlage 1);
- de KNMG heeft een visiedocument opgesteld 'Een nieuw profiel voor de toekomstige dokter' (zie bijlage 2);
- ook het Interfacultair Medisch Studentenuverleg (IMS) heeft een visie opgesteld (zie bijlage 3).

Kortom, de herzieningscommissie kan bij haar werkzaamheden rekenen op feedback vanuit diverse organisaties en van een groot aantal betrokken individuen.

## Bijlagen

### **Bijlage 1**

**Speerpunten voor de toekomst van Patiëntenfederatie, Harteraad en VSOP**

### **Bijlage 2**

**Een nieuw profiel voor de toekomstige dokter**

***Vorbereitung werkconferentie Raamplan door artsenfederatie KNMG***

### **Bijlage 3**

**Visie Interfacultair Medisch Studentenuverleg**

## Bijlage 1

### Speerpunten voor de toekomst van Patiëntenfederatie, Harteraad en VSOP

- Dat basisartsen hebben ervaren en onderschrijven dat patiënten beschikken over kennis van het eigen lichaam, persoonlijke context en voorkeuren: een unieke vorm van deskundigheid welke onmisbaar is om te bevragen en gebruiken (in de spreekkamer, maar ook in wetenschappelijk onderzoek en in beleidskwesties). De student kan demonstreren hoe verschillend patiënten en artsen kunnen kijken naar definities van ziek en gezond. De student kan uitleggen dat waarden en feiten niet altijd gescheiden zijn en dat de medische blik altijd theorie-geladen is.
- Dat basisartsen zo moeten kunnen informeren/toerusten/faciliteren dat patiënten naar wens en vermogen eigenaar van de ziekte kunnen zijn en er regie over kunnen voeren. Dit vraagt om een rol voor basisartsen passend bij de individuele persoon/patiënt. Actief luisteren, kennis kunnen overbrengen, *motivational interviewing*, coaching en de mening van patiënten als gelijkwaardig laten meewegen in beslissingen, zijn daarvoor van groot belang.
- Dat basisartsen onderschrijven dat en aandacht hebben voor de impact van psychosociale factoren op aandoeningen
- Onderwijs over zeldzame aandoeningen, zodat basisartsen beseffen dat zij allen regelmatig met zeldzame aandoeningen (allen tezamen genomen) in aanraking zullen komen, en vroeger kunnen verwijzen dan wel diagnosticeren.
- Dat basisartsen kennis hebben van zorgvelden, verwijsmogelijkheden, sociale kaart en patiëntenorganisaties. Dat zij de eigen beperkingen erkennen en doorverwijzen, bruggen slaan waar nodig. Dit vraagt om een integrale benadering van mensen, om over de eigen schutting te kijken.
- Samenwerken, ook interdisciplinair en interprofessioneel.



## Bijlage 2

### Een nieuw profiel voor de toekomstige dokter

Vorbereiding werkconferentie Raamplan door artsenfederatie KNMG

Het raamplan heeft ten doel om de gezamenlijke landelijke eindtermen vast te leggen voor de initiële opleiding tot arts. Daarbij gaat het om een niveau dat we stellen aan de afgestudeerde arts en dit niveau is opgebouwd uit het profiel van de arts en de competenties waaraan de arts moet voldoen aan het einde van de opleiding. Hierbij gaat het om de dokter van de toekomst. De beroepssituaties en de context waarin deze arts moet kunnen functioneren verschillen van de huidige. Daarom schetsen we in deze notitie kort de verwachte ontwikkelingen in zorg en samenleving in 2040 en wat dit betekent voor de toekomstige dokter en vormt daarmee de basis van het Raamplan 2019.

#### **Nederland in 2040**

De samenleving in 2040 ziet er anders uit dan anno 2018. Een aantal relevante ontwikkelingen op een rij:

- een sterke toename van het aantal (oudere) ouderen (26% van de totale bevolking van 18 miljoen) (CBS)
- 2017: 3,1 miljoen 65-plussers, waarvan 0,7 miljoen 80-plussers
- 2040: 4,7 miljoen 65-plussers waaronder 2 miljoen 80-plussers;
- meer dan de helft van de volwassenen heeft 1 of meer chronische ziekten, hoewel dit niet betekent dat deze personen ook problemen hebben bij hun functioneren;
- meer mensen met psychosociale problemen en psychische aandoeningen;
- meer multimorbiditeit, toename van zorgcomplexiteit;
- meer diversiteit in de samenleving, door toenemende migratie, maar ook grote verschillen in Sociaal Economische Status (SES) en daarmee gezondheidsverschillen.

Patiënten zullen meer dan nu thuis dan nu thuis wonen en zorg ontvangen. Nederlanders werken in 2040 langer door. Naast en na afloop van hun werkzame leven worden zij geacht in toenemende mate te participeren in de samenleving en mantelzorg te bieden. De verwachting is dat er substantiële personeelstekorten ontstaan in de zorg en er zijn zorgen dat de kosten zullen stijgen.

Tot slot hebben de snelle technologische ontwikkelingen een groot effect op de samenleving. Dit is merkbaar in alle aspecten van het leven en de (zelf)zorg. Denk aan meer digitale communicatie, domotica, robots en E-health.

#### **Zorg in 2040**

Ook in de zorg vinden verschuivingen plaats. Het is noodzakelijk dat er meer aandacht wordt besteed aan voorzorg/preventie. Naast aandacht voor ziekte en zorg komt er meer focus op gezondheid en gedrag. Op het voorkomen van ziekte, zelfs al vanaf de conceptie, in plaats van genezen. En op het ondersteunen van maatschappelijk functioneren van mensen met (meervoudige) chronische ziekten.

De relatie tussen arts en patiënt verandert ook. De regie komt niet meer bij de patiënt te liggen. Zelfmanagement wordt steeds belangrijker. De dokter en patiënt beslissen samen. Daarbij bestaat ook een groep die deze verantwoordelijkheid niet aan kan en juist begeleiding en ondersteuning nodig heeft.

Naast nauwe samenwerking tussen patiënt en arts, wordt ook steeds meer interprofessioneel en multidisciplinair samengewerkt. Zorg is dicht bij huis georganiseerd, lijnen verdwijnen

en meer behandelingen vinden buiten het ziekenhuis plaats. Er is sprake van zogenaamde netwerkgeneeskunde. In het bijzonder bij multimorbiditeit is een integrale en generalistische aanpak noodzakelijk. Dit alles vraagt om gerechtvaardigd vertrouwen in de betrokken professionals. Gerechtvaardigd, omdat inzichtelijk is wat de kwaliteit en uitkomsten van zorg zijn.

De (informatie)technologie verandert de processen binnen en buiten zorginstellingen. De patiënt en behandelend arts hebben eenvoudig contact via digitale technologie. Zowel patiënten als artsen maken veelvuldig gebruik van digitale hulpmiddelen. Diverse medische behandelingen worden door techniek overgenomen en big data draagt bij aan ontwikkelen van nieuwe interventies en het proactief kunnen inspelen op behoeften van verschillende populaties.

### **Arts in 2040**

Al deze ontwikkelingen hebben invloed op de rol en situatie van de arts van de toekomst. Deze krijgt meer dan nu te maken met de volgende groepen:

- ouderen (met multimorbiditeit);
- chronisch zieken;
- presymptomische patiënten;
- kinderen, die al voor de geboorte behandeling vragen (of zelfs rondom de conceptie).

Artsen hebben niet alleen aandacht voor de medische zorg van het individu (in de domeinen huis, werk en vrije tijd), maar ook voor verschillende bevolkingsgroepen (populatiegerichte zorg) en de volksgezondheid.

Naast cure is groeiende aandacht nodig voor care, palliatieve zorg, gezondheidsbevordering, preventie en participatie in school, werk en maatschappij. De verschillen tussen individuen worden groter, ook met betrekking tot gezondheidsvaardigheden. Burgers moeten (al jong) over gezondheidsvaardigheden beschikken en zicht hebben in gezondheidsrisico's. Artsen moeten hen daarbij ondersteunen.

Ook de context waarin artsen werkzaam zijn verandert. Meer focus op preventie en behandeling vindt veel meer thuis of buiten het ziekenhuis plaats. En technologie krijgt een steeds grotere rol, zowel in de communicatie als de behandeling.

Dit alles vraagt niet alleen veel verschillende handelingsvaardigheden van artsen, maar ook een nieuw soort omgevingsbewustzijn. Aandacht voor de mens in zijn/haar context en omgeving. Elke arts moet breed kunnen denken, ook al word je een specialist. Er is een grotere vraag naar generalisten.

Tot slot vraagt de veranderende maatschappij en gezondheidszorg om continu ontwikkelen en aanpassen van een arts.

### **Raamplan visie federatie KNMG**

In 2040 is dus een andere arts nodig dan nu. Volgens de federatie KNMG vraagt dit om een stevige, brede basisopleiding, die de toekomstige arts goed voorbereidt op een andere zorgvraag in een nieuwe context. Dit leidt tot duurzame geneeskunde en gezondheidszorg voor alle inwoners van Nederland. Hierbij is het van belang dat de basis medische kennis goed geborgd blijft, denk aan vakken als anatomie, pathologie, farmacologie en fysiologie, naast psychologie, sociologie en technologie. Dit draagt ook bij aan het ontwikkelen van een gemeenschappelijke taal.

Daarnaast moeten studenten in de basisopleiding kennis verwerven van de verschillende domeinen waar de arts in kan komen te werken. Een meer representatieve verdeling van het

onderwijs in domeinen, waarbij de indeling in clusters<sup>1</sup> zoals gehanteerd bij de KNM hierbij als handvat kan dienen.

De kennismaking met de diverse domeinen is essentieel voor een goede beroepsoriëntatie, maar draagt ook bij aan de netwerkgeneeskunde, een goede multidisciplinaire samenwerking en communicatie met de patiënt. Door expertise op te doen in diverse domeinen en vakgebieden verwerft de student inzicht in de impact van maatschappelijke ontwikkelingen, volksgezondheidsrisico's, ziekten en life-events op de patiënt en op de bevolking. Zo krijgt de student een goed beeld van wat artsen en andere zorgverleners in diverse situaties kunnen bijdragen aan diagnostiek, preventie en behandeling.

Daarbij is het belangrijk dat de student zich tijdens de basisopleiding bewust wordt van welke zorgcontext of specialisme hem of haar past en leert reflecteren op zijn/haar rol in de maatschappij. Een breed aanbod van onderwijs en praktijkervaring ondersteunt de student hierbij.

Het huidige raamplan is gebaseerd op het CanMeds-model. We achten het verstandig om voor te bouwen op dit model. Opleiders beginnen het model net te kennen en leren er mee te werken. Wel is het Canadese model in 2015 aangescherpt en het lijkt ons goed om dit ook te vertalen naar de Nederlandse situatie. Hierin is o.a. meer aandacht voor de 'Health and well-being of Physicians'. Een belangrijk aandachtspunt in verband met toenemende overbelasting van coassistenten en aios.

Daarnaast zien we dat in de huidige opleidingen vooral de rollen medisch deskundige, communicator en beroepsbeoefenaar aandacht krijgen. In het licht van de bovenbeschreven ontwikkelingen vinden we het van belang dat ook rollen als gezondheidsbevorderaar, beroepsbeoefenaar en samenwerker veel meer aan bod komen. Ook menen wij dat de technologische ontwikkelingen en andere innovaties meer aandacht moeten krijgen binnen het raamplan.

### **Aanbevelingen**

De federatie KNMG adviseert de Raamplancommissie om de volgende onderdelen een plek te geven in het nieuwe Raamplan:

- meer representatieve verdeling van het onderwijs in verschillende clusters/domeinen;
- stages en kennismaking met de verschillende clusters, waarbij de chronisch zieke (oudere) patiënt meer centraal staat;
- meer aandacht voor maatschappelijk bewustzijn;
- meer aandacht voor de rollen: gezondheidsbevorderaar, beroepsbeoefenaar en samenwerker (bijbehorende competentiedomeinen in vervolgoopleidingen: maatschappelijk handelen, professionaliteit en samenwerking);
- meer aandacht voor technologische ontwikkelingen en innovatie.

---

**1 Clusters 1, huisarts- en ouderengeneeskunde en geneeskunde voor verstandelijke gehandicapten, Cluster 2 Medische specialisten, Cluster 3 Sociale geneeskunde).**

## Bijlage 3

### Visie Interfacultair Medisch Studentenuverleg

Als studentenvertegenwoordiging zijn wij het er met elkaar over eens dat het huidige raamplan uit 2009 in de basis goed in elkaar zit. De essentiële competenties van een arts komen aan bod en het raamplan laat in principe veel ruimte over aan de faculteiten. We ervaren echter dat veel punten die wij in het bijzonder belangrijk vinden, weliswaar worden aangestipt in het raamplan maar niet in dezelfde mate doorwerking kennen in de verschillende curricula. Dit, in combinatie met maatschappelijke en technologische ontwikkelingen van de afgelopen paar jaar, vraagt ons inziens tenminste om een accentverschuiving binnen de eindtermen van de artsopleiding.

Het doel van een nieuw raamplan is: de curricula voorbereiden op het opleiden van artsen die goed functioneren over 20 jaar. Daarom is de hamvraag: wat doet een arts over 20 jaar? Naar onze mening zijn medische (basis)kennis en de overige competenties allemaal even belangrijk.

Het huidige raamplan speelt hier al veel beter op in dan de voorgaande versies. Een volledige onderwijsvernieuwing gaat echter nog langzaam en zeker op het niveau van de individuele docenten wordt nog vaak inspiratie opgedaan uit oudere versies van het raamplan. Concreet zou dit raamplan meer prioritering kunnen aanbrengen in de onderwerpen die er nu al in beschreven staan, zodat dit in het onderwijs vertaald kan worden naar een betere balans tussen kennis en vaardigheden.

Onderwerpen die wij belangrijk vinden zijn:

- het vermogen kennis te verspreiden en daarin te onderwijzen (omvat ook begeleiding van coassistenten);
- ruimte voor *bildung* (de algemene vorming tot academicus) die artsen van de toekomst ook blijft onderscheiden van andere zorgprofessionals;
- inzetten op leiderschapsvaardigheden: sturen kunnen gaan aan een groep, maar ook persoonlijk leiderschap;
- het vermogen samen te werken in multi-en interdisciplinaire teams;
- om kunnen gaan met nieuwe technologieën en innovaties;
- kennis over thema's als financiering van de zorg, kwaliteit, veiligheid.

Uiteraard blijft het belangrijk dat de medische basiskennis van studenten op peil is. De bovengenoemde onderwerpen moeten niet losstaan van deze kennis, maar geïntegreerd zijn zonder dat er aparte leerlijnen worden ontwikkeld. Tijdens het algemene onderwijs kunnen meer dubbelstraten gemaakt worden. Denk hierbij aan een werkgroep in een interdisciplinair team, waar dezelfde medische kennis wordt opgedaan met behulp van wetenschappelijke materialen (artikelen, E-learnings, online casus etc.) in plaats van stof uit collegedia's en online samenvattingen.

Daarnaast is het belangrijk dat als er zaken worden toegevoegd/uitgebreid in het raamplan, er ook op andere plekken ruimte gemaakt dient te worden. Angst om keuzes te maken is daarbij begrijpelijk, maar met de huidige stand van zaken wel noodzakelijk. Met de hoge verwachtingen van wat een arts zou moeten kunnen, neigt men ernaar te hoge verwachtingen te stellen aan de inhoud van de zesjarige basisopleiding. De leerweg van een arts echter is lang en houdt niet op na zes jaar, wat betekent dat een deel van de (meer specialistische) kennis misschien niet in de basisopleiding opgedaan hoeft te worden. Het is daarbij belangrijk

dat studenten zich vanaf het begin van de opleiding bewust zijn van onbekwaamheden en het concept 'life long learning'. Een individuele begeleiding is daarin dan ook voor iedere student essentieel.

Een ander, meer overkoepelend bespreekpunt dat interessant zou zijn in het ontwerpen van een nieuw raamplan, is het volgende. Wij zouden graag meer mogelijkheden willen hebben om de studie zelf in te richten. *Personalized medicine* begint met *personalized medical education*. Wij zouden dat graag zien door meer keuzemogelijkheid, een systeem met verschillende tracks of zelfs verschillende masters. Dit kan de doorstroom naar de vervolgoopleidingen verbeteren, maar moet ook ruimte bieden voor de doorstroom naar andere belangrijke posities in de maatschappij. Tegelijk dwingt dit om na te denken over wat de echte basis is voor iedere basisarts en wat specifiek in de tracks/masters/keuzeruimte naar voren kan komen. Daarbij ontstaat dan ook de mogelijkheid al eerder te differentiëren naar bijvoorbeeld beschouwend/snijdend, wetenschap, sociaal of onderwijs. Dit opent ook de discussie over de verbinding tussen de bachelor en de master. Deze twee opleidingen zijn nog te veel een geheel en bieden daardoor weinig ruimte om bijvoorbeeld een andere master te gaan doen na je bachelor geneeskunde.

**Concluderend is de visie van de studentenvertegenwoordiging: het huidige raamplan omvat veel van de belangrijkste kennisonderdelen en competenties benodigd voor een arts maar mist prioritering en leidt daardoor nog niet op tot een toekomstbestendige opleiding tot arts die aan de vraag van de hedendaagse maatschappij kan voldoen. Met het oog op maatschappelijke en technologische ontwikkelingen kan het raamplan vooral verbeterd worden door de verhouding tussen de medisch-inhoudelijke kennis en de meer overkoepelende competenties te verschuiven ten faveure van de academische vaardigheden. Hierbij is het belangrijk voldoende ruimte over te laten voor de individuele faculteiten om hun profiel te kunnen bepalen en ook hun eigen accenten te kunnen leggen.**

# Colofon

Verslag van de werkconferentie 'Basisarts van de toekomst'

NFU Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra

## Bezoekadres

Oudlaan 4  
3515 GA Utrecht

## Postadres

Postbus 9696  
3506 GR Utrecht

T +31 30 273 98 80

E-mail [nfu@nfu.nl](mailto:nfu@nfu.nl)

[www.nfu.nl](http://www.nfu.nl)

september 2018

---

NFU-18.10495