



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg



Numerus fixus geneeskunde

Twaalf mensen, twaalf meningen



RVZ raad in gezondheidszorg

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is een onafhankelijk adviesorgaan voor de regering en voor het parlement. Hij zet zich in voor de volksgezondheid en voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Daarover brengt hij strategische beleidsadviezen uit. Die schrijft de Raad vanuit het perspectief van de burger. Durf, visie en realiteitszin kenmerken zijn adviezen.

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter

Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink

Leden

Mw. mr. A.M. van Blerck-Woerdman

Mr. H. Bosma

Mw. prof. dr. D.D.M. Braat

Mw. E.R. Carter MBA

Prof. dr. W.N.J. Groot

Prof. dr. J.P. Mackenbach

Mw. drs. M. Sint

Prof. dr. D.L. Willems

Algemeen secretaris

Drs. P.Vos



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Numerus fixus geneeskunde Twaalf mensen, twaalf meningen

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Den Haag, december 2009

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 19404

2500 CK Den Haag

Tel 070 3405060

Fax 070 3407575

E-mail mail@rvz.net

URL www.rvz.net

Colofon

Ontwerp Vijfkeerblauw

Tekst MC Communicatie

Fotografie Eveline Renaud, Vincent Boon, Ed Regeer

Druk Koninklijke Broese & Peereboom

Uitgave 2009

ISBN 978-90-5732-212-9

*U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net)
of per mail bij de RVZ (mail@rvz.net) onder vermelding van
publicatienummer 09/12.*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorwoord

De numerus fixus voor geneeskunde: laat deze woorden vallen en je hebt uren gespreksstof. Emoties over uitloten; golfen en promoveren om een opleidingsplek te bemachtigen; de macht van de maatschappen en wetenschappelijke verenigingen, allerlei verhalen komen los. Verhalen die je niet zo gemakkelijk in een advies kan verwoorden, maar die onontbeerlijk zijn voor een goed beeld van de problematiek en mogelijke oplossingen.

In deze brochure leest u twaalf interviews waarin mensen uit de praktijk vrijuit vertellen over hun persoonlijke mening over de numerus fixus. Ieder vanuit een ander perspectief. Het zal u verbazen hoe verschillend de verhalen zijn. De meningen verschillen zelfs over of er nou een tekort aan artsen is of niet.

Maar de overeenkomsten zullen u ook opvallen. Voor of tegen de numerus fixus, veel geïnterviewden vinden loting oneerlijk en zijn voor (gedeeltelijk) selecteren op basis van competenties. Bijna iedereen vindt de toelatingscriteria tot de vervolgopleiding niet helder. De toegang tot de arbeidsmarkt is de derde bottleneck die artsen kunnen tegenkomen in hun carrière.

Een beetje bezijden het onderwerp misschien, maar toch zeer opmerkelijk zijn de verhalen over de sfeer binnen de ziekenhuismuren; hiërarchisch, ouderwets, masculien, niet zeuren, maar werken. Dit werpt de vraag op of de medische opleidingen wel meegaan met de trend van meer verantwoordelijkheid voor patiënten, e-zorg, taakherschikking, parttime werken en het belang van communicatieve vaardigheden. Tenslotte zit de patiënt te wachten op de arts van straks, niet de arts van gisteren.

Net als de geïnterviewden in deze brochure, laten wij in ons advies de verschillende kanten van de numerus fixus zien en de effecten die we kunnen verwachten van het loslaten daarvan.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg



Prof. drs. M.H. (Rien) Meijerink,
voorzitter

Inhoud

Maarten Ploeg	6
Gerlach Cerfontaine	10
Jan Kremer	14
Jan Borleffs	18
Huibert Pols	22
Suzanne Viven	26
Frans Hiddema	30
Berber Oldenbeuving	34
Victor Jansen	38
Arnold Verhoeven	42
Charlotte Blanken-Peeters	46
Hedwig Vos	50



‘Als patiënt ben je net Calimero. Je hebt geen inzicht in de prestaties van artsen, je moet maar hopen dat het goed gaat.’

Maarten Ploeg (1961)

1979-1983	HBO Maatschappelijk Werk
1983-2000	Zelfstandig ondernemer en consultant bij non-profitorganisaties op het gebied van marketing, communicatie, fondswerving en management
1992	Post HBO Bedrijfskundig management
1999-2000	Campagneleiding ChristenUnie bij de Tweede Kamerverkiezingen
2000-2007	Manager personeel, organisatie en opleidingen, Flevoziekenhuis, Almere
2007	Master of Health Care Management, Erasmus Universiteit Rotterdam, Directeur Diabetesvereniging Nederland

Wat is uw persoonlijke relatie met de zorg?

Al heel lang heb ik iets met zorg en resultaatgerichtheid. Voor mij heeft de zorg iets moois, omdat het relationele aspect daarin tot uiting komt. Vroeger was het geloof het belangrijkste voor mensen, nu hun gezondheid. Door de individualisering en globalisering kunnen mensen onthecht raken en door middel van de zorg kunnen we meer cohesie krijgen. Plus: ik ben een doener, ik wil concrete doelen bereiken: goede zorg, een beter leven, minder complicaties.

De ministers van VWS en OCW en de Tweede Kamer willen weten of de salarissen van de medisch specialisten verminderen als de numerus fixus losgelaten wordt.

Wat is uw opvatting daarover?

Ik heb in de praktijk gezien wat de kosten van schaarste zijn. In mijn vorige functie heb ik zo'n veertig medisch specialisten geworven. Bijna altijd dreef de schaarste de prijs van het contract op. Normaal gesproken starten medewerkers in trede nul, maar medisch specialisten beginnen in de hoogste trede met bonus.

Daarnaast zijn er vaak ook eisen over het instrumentarium, scanners en OK-faciliteiten, sommigen krijgen zelfs meer uren uitbetaald dan ze werken. En de medisch specialisten hebben een sterke onderhandelingspositie in de diagnose- behandelcombinaties, wat de prijs opdrijft. De machtspositie van medisch specialisten is extreem sterk, dat moet veranderen.

Wat betekent dat voor patiënten?

Als patiënt ben je net Calimero. Je hebt geen inzicht in de prestaties van artsen, je moet maar hopen dat het goed gaat. Van hotels kan je een ranking raadplegen, dat kan in de zorg niet, en zeker niet per vakgroep. Hoe vaak zijn er infecties na een operatie? Hoeveel heroperaties? Hoeveel patiënten overlijden na operaties? Je weet het niet. De medisch specialist is medisch autonoom. De bestuurder wordt aangesproken op de kwaliteit van de zorg, maar hij heeft geen idee van de kwaliteit die medisch specialisten leveren. De visitatierapporten zijn niet openbaar, de bestuurder krijgt ze niet te zien als de vakgroep dat niet wil. En als werving- en selectieprotocollen en beoordelingsprotocollen ontbreken, dan kan je medisch specialisten ook niet aanspreken op hun functioneren. Er is nauwelijks een prikkel voor specialisten om te veranderen.

Hebben patiënten baat bij nieuwe functies voor artsen of nieuwe initiatieven?

Nieuwe initiatieven kunnen zeker positief uitpakken, Stichting Diabeter is daar een goed voorbeeld van. Vanuit het Erasmus MC hebben een paar kinderartsen twee privé-klinieken opgericht voor kinderen met diabetes type 1. Dat zijn gedreven artsen die zich dag en nacht inzetten en bereikbaar zijn. Kinderen en ouders gaan er graag heen, dat zegt genoeg.

‘De machtspositie van medisch specialisten is extreem sterk, dat moet veranderen.’

Ziet u trends in de zorg die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

Bepaalde vormen van diagnostiek zijn niet aan een plek gebonden. Zo kunnen röntgenfoto's in India beoordeeld worden. Radiologen zijn dan in Nederland niet meer nodig. Ik denk dat telemedecine in de toekomst een grotere rol gaat spelen. De medisch specialist kan via de computer een oordeel vellen over het onderzoek

dat de physician assistent uitgevoerd heeft. En patiënten zullen steeds meer zelf managen, daar hebben de ondersteuners baat bij. Maar aan de andere kant heb je meer artsen nodig door de vergrijzing en de toename van het aantal patiënten met chronische aandoeningen.

Bent u voor verruimen of loslaten van de numerus fixus?

Ik ben voor een flinke verruiming van de numerus fixus. De numerus fixus wordt op grond van bedrijfseconomische redenen bepaald, maar ook omdat de beroepsverenigingen hun eigen veld willen beschermen. Over de hele linie is er een tekort aan artsen. Als er meer artsen zijn, wordt hun onderhandelingspositie minder sterk, waardoor de kosten verminderen, en gaan ze wat beter hun best doen. Ons wereldbeeld is er een van 'kopen en verkopen'. Vroeger was dat 'zorgen voor elkaar'. Alles draait om spreadsheets, dat vind ik een vorm van verloedering. Ik kom veel medisch specialisten tegen die met bezieling hun werk zijn begonnen, maar die hun idealen door de werkdruk gaandeweg verliezen. Ik gun hun dat ze dat vasthouden. Als patiënt voel je of een dokter er voor jou zit, of je het liefst zo snel mogelijk ziet vertrekken.

Maar dat is moeilijk, je oorspronkelijke idealen behouden.

Het is heel simpel: als je een mens tegemoet treedt, dan maak je je hoofd leeg en doe je heel erg je best om die ander te helpen. De rest is onbelangrijk.



‘Je moet inkomenspolitiek vooral niet vermengen met opleiden. Het beleid moet zich richten op kwaliteit en doelmatigheid.’

Gerlach Cerfontaine (1946)

1965-1972	Studie geneeskunde, Universiteit Utrecht (UU)
1972-1976	Arts-assistent chirurgie, verloskunde in Indonesië, waarnemend huisarts en scheepsarts
1976-1998	Bestuursfuncties in de gezondheidszorg, onder meer voorzitter Raad van Bestuur, UMC Utrecht
1998-1 jan 2009	President-directeur Schiphol Group
2003	Hoogleraar Corporate Governance, UU
2009	Hoogleraar Regionale Innovatie, United Nations University Maastricht
	Thans adviseur hoofdbestuur Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, inzake innovatie geneesmiddelenvoorziening
1 januari 2010	Voorzitter Raad van Toezicht, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Amsterdam

Is er een tekort aan artsen?

De politiek wil een licht overschot aan artsen, want dat is goed voor de concurrentie. Maar in de praktijk is het probleem zeer complex. De demografie, en dus de zorgvraag, verschilt per regio. Daarnaast is de randstad voor veel specialisten aantrekkelijker dan andere delen van het land, en komen er steeds meer vrouwelijke specialisten op de arbeidsmarkt die deeltijdbanen willen. Hoe speel je daarop in? Plannen op behoefte is uitermate moeilijk.

Dus het opheffen van de numerus fixus vindt u geen oplossing.

De poort openzetten en zoveel mogelijk artsen opleiden, daar geloof ik niet in. Een ziekenhuis valt of staat met kwalitatief goede medisch specialisten, dat dreigen we uit het oog te verliezen. Als de numerus fixus losgelaten wordt, dan zal de kwaliteit van de opleiding ernstig inboeten. Kijk maar naar de universiteiten, die kunnen de toestroom van studenten niet meer aan, omdat ze de infrastructuur en de middelen

niet hebben. De laatste jaren is zowel het onderwijs geneeskunde als de specialistenopleiding verbeterd, omdat men opgeleid wordt op basis van een breed palet van competenties. Op dat gebied van de specialistenopleiding moeten de opleiders zelf ook professionaliseren, en daar moet tijd en geld in gestopt worden.

‘Opleiders moeten zich veel meer profileren, laten zien welke kwaliteit ze bieden, net als in het bedrijfsleven.’

Wat is dan wel de oplossing?

Ik weet de oplossing niet, er zijn teveel onbekende factoren. Over het algemeen vind ik dat er veel meer geld voor opleiden beschikbaar moet komen. Ik ben een praktisch mens. Laten we nou kijken aan welke artsen nú een tekort is, en dát oplossen. Zoals het tekort aan klinisch geriater; dat was twintig jaar geleden al zo, dat is nu nog steeds zo, en door de vergrijzing zal dat alleen maar groter worden. Het gaat hier om een kwetsbare groep

mensen met complexe, chronische ziekten. Maak studenten enthousiast om geriatr te worden, het is een prachtig vak. Hetzelfde geldt voor de jeugd- en gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg.

Zal een toename van het aantal artsen goed zijn voor de marktwerking?

Er is geen marktwerking, want de minister bemoeit zich tot op detail met de regelgeving. Ik denk wel dat de patiënt meer keuzevrijheid krijgt, als er tenminste meer transparantie komt in de kwaliteit van medische prestaties. Maar hoe meer aanbod, hoe meer ingrepen, dat is weer een groot nadeel.

De ministers van VWS en OCW en de Tweede Kamer willen weten of de salarissen van de medisch specialisten verminderen als de numerus fixus losgelaten wordt.

Daar ben ik totaal niet in geïnteresseerd.

Waarom niet?

Ik vind dat zo’n...eindeloos negatieve energie opleveren. Natuurlijk zijn er excessen, maar ik vind dat een afgeleide zaak. Je moet inkomenspolitiek vooral niet vermengen met opleiden. Het beleid moet zich richten op kwaliteit en doelmatigheid. Daarnaast heb je ook nog de problematiek van de verdeling van het opleidingsgeld tussen de UMC’s en de periferie.

Is het voor een bestuur van een ziekenhuis goed om een groter aanbod van artsen te hebben?

Meer aanbod betekent meer keuze, dat is een goede zaak, mits goed opgeleid. Maar ook dat is een afgeleide.

Over de toegang tot de vervolgoopleidingen zeggen sommige geïnterviewden: de procedure is niet helder, de nadruk ligt teveel op promoveren en je moet goede vrienden hebben. Is er veel veranderd ten opzichte van de tijd dat u in de zorg zat?

Vroeger bepaalde de opleider wie toegelaten werd. Later kreeg je regionale consortia voor opleidingen met opleidingscommissies, tegenwoordig is de toelating veel meer geobjectiveerd.

Zou het nog objectiever kunnen? Door te toetsen op competenties bijvoorbeeld?

Al die assessments: ik heb er veel ervaring mee, en ik weet dat het niet zo simpel is. We willen graag alles onder controle houden, maar mensen moeten zich ook kunnen ontwikkelen, en dat gebeurt juist tijdens de opleiding. Het is wel belangrijk om de opleidingen te beoordelen op kwaliteit, en op basis daarvan plaatsen toe te wijzen. Alleen vind ik dat niet ambtenaren, maar professionals die kwaliteit moeten beoordelen. En opleiders moeten zich veel meer profileren, laten zien welke kwaliteit ze bieden, net als in het bedrijfsleven.

Wat vindt u van nieuwe functies en initiatieven van artsen op de arbeidsmarkt?

Wat dat betreft word ik steeds conventioneeler. Ik geloof in de centrale rol van de huisarts, de arts van het gezin, die zijn of haar patiënten langdurig volgt. Die ketenzorg, daar zie ik niks in. Ik ben tegen vervreemding van het vak, tegen fragmentatie. De huisarts is uniek, houd die kern vast.

En artsen in managementfuncties?

Ik wens het niemand toe!



‘Drie keer uitgeloot voor geneeskunde is een van de ergste dingen die ik tot nu toe heb meegemaakt in mijn leven. Ik weet ze allemaal nog, de lotingsnummers.’

Jan Kremer (1959)

1977-1987	Studie biologie (drie jaar) en geneeskunde, Radboud Universiteit Nijmegen
1987-1991	Arts-onderzoeker, Academisch Ziekenhuis Nijmegen
1991	Gepromoveerd
1996	Vervolgopleiding gynaecologie voltooid Staflid, UMC St Radboud
2002	Universitair hoofddocent fertiliteitgeneeskunde, UMC St Radboud Start van de digitale IVF poli
2006	Volop in het nieuws om IVF-behandelingen opnieuw in het basispakket te krijgen, met succes
2007	Hoogleraar Voortplantingsgeneeskunde, UMC St Radboud
2008	‘Baanbrekend zorginitiatief’ uitgereikt door het Zorginnovatieplatform
2009	Start MijnZorgNet Voor de vierde keer op rij: ‘meest patiëntvriendelijke IVF-team’ door patiëntenvereniging Freya

U bent drie keer uitgeloot voor geneeskunde. Wat heeft dat met u gedaan?

Het is een van de ergste dingen die ik tot nu toe heb meegemaakt in mijn leven. Ik weet ze allemaal nog, de lotingsnummers: 5.091, 5.401 en 4.551. Een absolute ramp was het.

En dat met een gemiddelde van 8,2! Uitermate frustrerend, je wilt dolgraag geneeskunde doen, en dan word je door een loting tegengehouden. Dat vind ik het oneerlijkste wat er is. Dat je zo met jonge talenten omgaat, is maatschappelijk gezien een van de grootste blunders die je kan maken.

Ik heb veel steun gehad aan de Rolling Stones. 'You can't always get what you want'. Dat heb ik heel vaak en heel hard gedraaid.

‘Laat iedereen toe tot een korte HBO-achtige opleiding geneeskunde. Leid een groot aantal op in de breedte, en een klein aantal in de diepte.’

En toen?

Met frisse tegenzin ben ik biologie gaan doen. Best een leuke studie, maar ik miste de sociaal-maatschappelijke context. Biologie is wel een meer wetenschappelijke opleiding dan geneeskunde, daar heb ik veel aan gehad. En het heeft mijn respect en interesse gewekt voor voortplanting. Dat is een essentieel onderdeel van de definitie van leven. Met mijn kandidaats biologie kon ik in het tweede jaar geneeskunde instromen. Eindelijk.

Zijn er ook voordelen van de numerus fixus?

Het aantal studenten blijft beperkt. Ik heb net college gegeven aan 350 studenten. Dat is nog te doen. En de opleiding zal duurder worden als je de numerus fixus opheft. En hoe minder artsen, hoe minder vraag naar zorg, want aanbod creëert vraag. Maar ja, nadeel van een klein aantal artsen is dat de salarissen stijgen en dat er een rem komt op innovatie, want waarom zou je efficiënter werken en de zorg verbeteren als er toch geen concurrentie is?

Is er een tekort aan artsen in Nederland?

Ik vind dat er teveel artsen zijn. Artsen doen veel werk dat net zo goed door andere, minder dure professionals gedaan kan worden. Het is maar net hoe je tegen de zorg aankijkt. Je kan het zien als een McKinseymodel, met allemaal hoogopgeleide adviseurs, en je kan het zien als een autofabriekmodel, waar je voor een Toyota Corolla gewoon 15.000 euro betaalt, en niet iedere keer opnieuw voor alle kennis die daarachter zit. Artsen zijn creatief en kunnen complexe processen begrijpen, maar ze zijn minder goed in het leveren van eenvoudige en doelmatige diensten. Neem de zwangerschapscontroles en echo's. Waarom moet een arts met een opleiding van zestien jaar die uitvoeren? De adviseurs van McKinsey gaan toch ook niet zelf het gebouw bouwen dat zij ontworpen hebben?

Wie moet dat werk dan doen?

Ik pleit sterk voor een HBO-achtige opleiding, bijvoorbeeld de huidige geneeskunde masteropleiding, die mensen opleidt voor dat soort verrichtingen. Je hebt nu wel de physician assistants en de nurse practitioners, maar jammer genoeg zijn zij vaak al een jaar of vijfendertig als ze daarmee beginnen. Maak die opleiding ook toegankelijk voor schoolverlaters. Dan krijg je een grote groep jonge mensen in de zorg die uitstekend werk kan doen.

Kortere opleidingen dus.

Ik vind dat alle geneeskunde-opleidingen korter moeten. Vervolgopleiding gynaecologie? Vier jaar. Dat is meer dan genoeg. Ik heb tijdens mijn opleiding wel honderd prolapsoperaties gedaan, daarna nooit meer één. Ik was zesendertig toen ik klaar was met promoveren en met de specialistenopleiding. De laatste jaren voelde ik me opgesloten, alsof ik in een kooi zat. Ik wilde los, aan de slag! Artsen komen veel te laat op de arbeidsmarkt.

Ziet u trends in de zorg die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

Patiënten gaan meer zelf doen. Onze digitale IVF poli geeft alle algemene informatie die patiënten nodig hebben, dat hoeft ik ze niet meer te vertellen, dat scheelt enorm veel tijd. Bovendien kunnen ze hun

eigen dossier inzien en onderling kennis en ervaring uitwisselen. Verder gaan we van instituties rond artsen naar netwerken rond patiënten. Met MijnZorgNet zijn we daarmee bezig en bouwen we integrale zorgnetwerken voor parkinsonpatiënten en paren met vruchtbaarheidsproblemen, waarbij patiënten, zorgverzekeraars, hulpverleners en artsen kunnen samenwerken. Niet ieder ziekenhuis z'n eigen patiënten, maar iedere patiënt z'n eigen ziekenhuis.

Dus al met al: voor of tegen de numerus fixus?

Tegen. Laat iedereen toe tot een korte HBO-achtige opleiding geneeskunde. Leid een groot aantal op in de breedte, en een klein aantal in de diepte. Dat is efficiënter, goedkoper én goed voor de kwaliteit van de zorg.



‘Noodgedwongen ben ik voor de numerus fixus, maar ik vind wel dat we de toelating tot de opleiding moeten veranderen: we schaffen de loting af en we selecteren alle studenten op basis van hun competenties en motivatie.’

Jan Borleffs (1952)

1970-1978	Studie geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
1982	Staflid/onderzoeker Primatencentrum TNO te Rijswijk, promotie te Leiden
1982-1987	Opleiding tot internist, twee jaar in Ziekenhuis de Lichtenberg, Amersfoort en drie jaar in het Academisch Ziekenhuis Utrecht
1987-2008	Internist, Academisch Ziekenhuis Utrecht/UMC Utrecht
2000-2008	Opleidingsdirecteur geneeskunde, UMC Utrecht
Sinds 2001	Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Medisch Onderwijs
Sinds 2003	Hoofdredacteur Tijdschrift voor Medisch Onderwijs
2005	Hoogleraar medisch onderwijs, UMC Utrecht
2008	Hoogleraar onderwijs en opleiding in de medische wetenschappen, UMC Groningen
	Prodecaan onderwijs en opleiding, UMC Groningen

Waarom wilde u geneeskunde studeren?

Dat was een heel oude wens, van jongs af aan wilde ik geneeskunde studeren. Albert Schweitzer is mijn grote inspirator geweest. Op de lagere school bewonderde ik al zijn bevlogenheid, de manier waarop hij invulling gaf aan zijn roeping om in Afrika te werken als arts.

Dat wilde ik ook. Die passie voor het vak, dat mis ik wel eens bij de huidige generatie artsen. Je kunt een heleboel dingen leren, maar daarmee ben je nog geen goede arts. Het gaat om kennis en kunde, maar ook om enthousiasme en passie.

En meteen ingeloot?

Ik ben nog net van voor de loting, dus ik heb geluk gehad.

‘Het zou een heel ander verhaal worden als je het aantal vervolgopleidingsplaatsen zou uitbreiden.’

Dit jaar is het UMC Groningen begonnen met decentrale selectie, maar op een andere manier dan we gewend zijn. Hoe is dat gegaan?

We hebben studenten niet alleen geselecteerd op basis van cijfers en ervaring, maar we hebben ook gekeken of zij het in zich hebben om een goede dokter te worden. Na een schriftelijke selectie hebben driehonderd studenten vier ‘stationtoetsen’ afgelegd, een methode waar men in Canada sinds 2003 mee werkt. Onze toetsen bestonden uit casussen over ethiek, reflectie, communicatie en samenwerking. Hiermee proberen we

studenten met aanleg voor het beroep van arts en met motivatie te selecteren. Uit de Canadese resultaten blijkt dat het functioneren van de co-assistenten gecorreleerd is aan het resultaat van dit soort toetsen die zij bij aanvang hebben gemaakt. Die correlatie is er niet bij studenten die op grond van middelbareschoolcijfers en interviews zijn toegelaten. Je kunt dus voorspellen hoe goed een student het in de klinische fase zal doen.

De masterfase is in Groningen anders georganiseerd dan bij andere UMC's. Waarom?

Wij vinden dat je praktische vaardigheden het beste kunt aanleren op het moment dat je ze gaat toepassen. Als je eerder begint, zakt het weg. Dat betekent dat in het eerste jaar van de master, wanneer de junior co-schappen beginnen, alle co-schappen worden voorafgegaan door een training in het klinisch trainingscentrum. In het tweede jaar van de master doen studenten een jaar lang al hun senior co-schappen in één affiliatieziekenhuis in de regio. Wij blijven eindverantwoordelijk voor de kwaliteit van de opleiding, maar die ziekenhuizen regelen het hele logistieke proces. Het derde jaar is een schakeljaar zoals bij de andere opleidingen.

En Groningen heeft een Engelstalige bachelorfase.

Ja, daarmee bieden we Nederlandse artsen de mogelijkheid om later in het buitenland te gaan werken, en buitenlandse studenten om in Nederland te studeren. We vinden dat we als universiteit over de grenzen van Nederland heen moeten kijken.

Wat vindt u van de numerus fixus?

Het is fysiek niet mogelijk om de numerus fixus los te laten of flink te verruimen. Ten eerste hebben we op dit moment niet voldoende capaciteit voor nog meer co-assistenten. We kunnen extra collegezalen bouwen, maar niet het aantal bedden uitbreiden. Ten tweede staat het huidige regeringsbeleid niet toe dat er meer specialisten worden opgeleid. Meer basisartsen opleiden heeft in dat beleid geen zin. Het zou een heel ander verhaal worden als je het aantal vervolgopleidingsplaatsen zou uitbreiden. In dat geval zullen we toch nog eens na moeten denken over hoe we de instroom in de basisopleiding kunnen verruimen.

Moeten alle artsen wel zo goed en zo lang opgeleid worden?

Dat is een goede vraag. We hebben nu heel knappe specialisten, maar je zou misschien ook specialisten kunnen opleiden die wat minder superspecialistisch geschoold zijn. Ik denk dat differentiatie in de vervolgopleiding zou moeten

plaatsvinden. Daardoor kun je tussentijdse uitstapmomenten creëren, die afgesloten worden met een diploma waarmee een arts aan de slag kan. Zoals een ziekenhuisarts die geen volleerd chirurg of internist is, maar wel de basisspecialistische zorg kan bieden. Dat is beter voor de kwaliteit van de zorg, en je krijgt een grotere capaciteit in de vervolgopleidingen.

Al met al: voor of tegen de numerus fixus?

Noodgedwongen ben ik voor de numerus fixus, maar ik vind wel dat we de toelating tot de opleiding moeten veranderen: we schaffen de loting af en we selecteren alle studenten op basis van hun competenties en motivatie. Wat mij betreft schaffen we de 8+-regeling helemaal af. En als er meer uitstroombmogelijkheden komen voor basisartsen in de vervolgopleiding, dan moeten we nog eens bekijken of de numerus fixus toch verruimd kan worden.



‘Kwaliteit moet leidend zijn, niet inkomsten. Als je inkomenspolitiek als instrument gaat gebruiken, dan ben je fout bezig, dan zal de instroom aan kwalitatief goede artsen drastisch verminderen.’

Huibert Pols (1952)

1971-1977	Studie geneeskunde, Erasmus Universiteit Rotterdam
1978-1983	Vervolgopleiding inwendige geneeskunde, St. Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
1983-1998	Arts-onderzoeker (drie jaar) en daarna chef de clinique, Erasmus Universiteit Rotterdam, gepromoveerd in 1988
1996-2000	Opleider klinische endocrinologie, Erasmus MC
1998	Hoogleraar inwendige geneeskunde
1999	Prijs voor Endocrinologie 1999, Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie
2000-2006	Hoofd en hoofdopleider inwendige geneeskunde, Erasmus MC
Sinds 2006	Decaan en vice-voorzitter Raad van Bestuur, Erasmus MC
	Voorzitter Onderwijs en OpleidingsRegio Zuid-West Nederland
Sinds 2007	Lid plenair orgaan Capaciteitsorgaan (namens NFU)

Waarom wilde u geneeskunde gaan doen?

Tot mijn veertiende, vijftiende jaar was het vanzelfsprekend dat ik naar Delft zou gaan, ik deed HBS-B en mijn vader had een aannemersbedrijf. Maar toen ik de jaren des onderscheids bereikte, trok de interactie met mensen mij meer dan de techniek. Ik ben zeer tevreden met mijn keuze, als ik het over mocht doen, zou ik het zo weer doen.

Is er een tekort aan artsen?

Het is maar hoe je ernaar kijkt. Vanuit de markt gezien is er geen overschot aan artsen, eerder een tekort. Een zeker overschot is nodig voor een gezonde situatie, dat geldt voor iedere markt. Ik ben voor een open systeem met meer concurrentie.

Dus verruimen van de numerus fixus?

Gegeven de omstandigheden waar we nu mee te maken hebben, is het niet verstandig om de numerus fixus los te laten of sterk te verruimen. Dat kunnen de faculteiten fysiek niet aan en de kwaliteit van de bachelor- en masteropleiding zou daar sterk onder lijden. Een paar honderd extra studenten zou wel kunnen, maar niet een paar duizend. Als je echt de numerus fixus wil loslaten, dan moet je een heel ander opleidingssysteem opzetten. De instroom in de vervolgopleidingen zou wel wat groter kunnen.

U bent bestuurslid van het Capaciteitsorgaan. Is het waar dat de wetenschappelijke verenigingen minder artsen toelaten tot de vervolgopleidingen dan de ramingen aangeven?

Dat was vroeger zo, maar met de huidige manier van financieren door het Opleidingsfonds is dat verleden tijd.

De overheid wil weten of de salarissen van medisch specialisten dalen als de numerus fixus losgelaten wordt.

Dat is een te gemakkelijke gedachte. Het belang van de overheid, als vertegenwoordiger van de maatschappij, is om relatief goedkoop een goede kwaliteit van zorg te bieden. Dat wringt met het belang van de beroepsgroep.

‘Ik vind dat we eerst een principiële discussie moeten voeren over welke vorm van zorg we willen garanderen.’

Zouden medisch specialisten niet hetzelfde belang moeten hebben als de overheid?

Ik denk dat medisch specialisten wel hun verantwoordelijkheid moeten nemen. De eed van Hippocrates zegt dat je als arts een goede, met compassie geleverde zorg moet bieden. Ik vind dat een arts een mooi inkomen mag verdienen, maar als dat inkomen afhankelijk is van het aantal verrichtingen, dan leidt dat niet tot een verantwoorde zorg met compassie. Ik persoonlijk ben niet tegen loondienst voor alle artsen die in ziekenhuizen werken. Daarbij moet kwaliteit leidend zijn, niet inkomsten. Als je inkomenspolitiek als instrument gaat gebruiken, dan ben je fout bezig, dan zal de instroom aan kwalitatief goede artsen drastisch verminderen.

Dus u vindt dat de overheid fout bezig is door uit te gaan van vermindering van inkomens?

Het is te gemakkelijk om te denken dat meer artsen de oplossing is. Een groot surplus aan artsen zal ertoe leiden dat artsen allerlei onnodige zorg gaan aanbieden. Ik vind dat we eerst een principiële discussie moeten voeren over welke vorm van zorg we willen garanderen. Welke zorg moet door de academisch gevormde arts gegeven worden, en welke door een HBO-opgeleide zorgverlener. We moeten meer denken in zorgprofielen en verbindingen tussen de eerste lijn en de tweede lijn, dan in orgaangerichte geneeskundige handelingen. Ik ben er overigens niet van overtuigd dat daardoor de zorgkosten zullen verminderen.

Is het moeilijk concurreren als UMC met ziekenhuizen in de periferie?

Ik heb meerdere keren meegemaakt dat we goede artsen verloren aan de periferie. Dat zou niet gebeuren als de inkomens vergelijkbaar zijn.

Als u het voor het zeggen had, welke maatregelen zou u dan als eerste doorvoeren?

Ik zou dan eerst door macro-economen laten doorrekenen wat de effecten zijn van loondienst voor alle intramuraal werkende artsen. En ik zou een deel van de vervolgopleiding laten betalen door de opgeleiden zelf.

Dat is bij iedere andere studie ook zo, dus waarom niet bij geneeskunde? Een plastisch chirurg die in een privé-kliniek cosmetische ingrepen doet, is gratis opgeleid. Dat klopt toch niet?

Al met al: voor of tegen de numerus fixus?

In de huidige constellatie ben ik voor de numerus fixus, maar ik kan me voorstellen dat je vanuit capaciteitsoverwegingen de instroom wat oprekt. Ik ben voor het handhaven van de 8+-regeling, want die mensen doen het goed, maar daarnaast zou ik alle studenten willen selecteren op basis van motivatie en doorzettingsvermogen. Dat doen we al vanaf 2000 voor de helft van de studenten en zij behoren tot de best presterende co's die we hebben, én ze participeren meer in de researchmasters.



‘Hé,’ tikt Hugo me aan. ‘Welke specialisatie ga jij eigenlijk doen?’ ‘Nog geen idee,’ zeg ik. ‘Ik heb twee jaar om dat uit te zoeken: pas als ik alle afdelingen heb gezien, kies ik.’ ‘Kiés ik?’ herhaalt Hugo cynisch. ‘Alsof je niet een iétsje eerder al moet gaan lobbyen! Hoe denk je dat deze wereld werkt?’

Uit: *De co-assistent*, door Anne Hermans, pseudoniem van Suzanne Viveen

Suzanne Viveen (1978)

1996-2004	Psychologie (1 jaar), geneeskunde, Vrije Universiteit, Amsterdam
Vanaf 2004	Publicatie van columns, artikelen en een roman onder pseudoniem, zoals: <i>Dokter Hermans</i> en <i>Dokter Hermans in de jungle</i> , columns in NRC Handelsblad en <i>De co-assistent</i> , roman
2004-2007	Tropenopleiding, Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam
2007-2008	Tropenarts voor Medecins du Monde, Colombia
2008-2009	Poortarts en dienstdoend arts interne geneeskunde, neurologie en chirurgie, Flevoziekenhuis, Almere
2009	Huisarts in opleiding

Waarom bent u na uw studie eerst de tropenopleiding gaan doen?

Ik heb erg getwijfeld over welke vervolgopleiding ik zou willen doen. Ik ben altijd geïnteresseerd geweest

in de menselijke geest, en ik wilde de tropen in om te leren hoe ze daar met ziekte en gezondheid omgaan. Maar ik was ook ambitieus en wilde het hoogst haalbare bereiken, en dus

medisch specialist worden. Ik vond veel specialismen interessant, maar ieder specialisme focust op een onderdeel van de mens, ik miste het totaalbeeld. Toen de hoogleraar kindergeneeskunde in het AMC mijn twijfels hoorde, zei hij: ‘Doe de dingen die je graag wilt doen. Als je een goede arts bent, kom je toch wel goed terecht.’ Toen besloot ik mijn interesses te volgen in plaats van status, en dat was een hele opluchting.

‘Van de honderd
co’s zijn er altijd wel
twee van wie
iedereen denkt ‘mijn
god, als dat maar
niet mijn arts wordt!’

En nu huisartsgeneeskunde.

Ja, ik heb de tropenopleiding nooit als eindpunt gezien. Ik wilde toch een thuisbasis hebben. Voorlopig hier in Nederland, maar uiteindelijk wil ik weer naar het buitenland. Als huisarts kan ik overal werken. Huisartsgeneeskunde beslaat het hele vakgebied en je kijkt naar de totale mens, al mis ik wel eens de acute zaken en de hectiek van het ziekenhuis.

Hoe werkt de toegang tot de vervolgopleiding in de praktijk?

Je begint eerst als anios, arts niet in opleiding tot specialist, en dan solliciteer je naar een plek. Je moet óf uitblinken in wetenschappelijk onderzoek, óf goede referenties hebben van je klinische werk. Of heel goede vrienden natuurlijk, haha! Je wordt beoordeeld door je bazen, en als die jou leuk vinden, heb je een grote kans dat je een plaats krijgt. Ik heb wat dat betreft geen strijd hoeven leveren, want het is niet moeilijk om de tropenopleiding binnen te komen, je doet dat niet voor de titel. Huisartsgeneeskunde begint wat populairder te worden, maar in verhouding zijn er veel plekken.

Wat vindt u van die selectiecriteria bij de vervolgopleiding?

Ik vind dat er teveel nadruk ligt op wetenschappelijk onderzoek. Ik ken veel mensen die promoveren op onderwerpen die ze helemaal niet interessant vinden. Ze moeten onderzoek doen dat de professor al een paar jaar op de plank heeft liggen. Ik vraag me af of dat de artsen zijn die patiënten graag willen hebben. Goede onderzoekers zijn niet per se goede artsen. Artsen in opleiding zouden meer beoordeeld moeten worden op klinische vaardigheden en sociale en communicatieve competenties.

Dat gebeurt toch al tijdens de co-schappen?

Tijdens de co-schappen word je wel beoordeeld, maar dat is niet altijd transparant. Als je niet goed functioneert, krijg je overal zesjes, maar word je wel arts. Het zou logischer zijn als die beoordelingen meer aandacht krijgen en ook doorwerken in de rest van je carrière. Van de honderd co's zijn er altijd wel twee van wie iedereen denkt 'mijn god, als dat maar niet mijn arts wordt!' Daarom ben ik voor een bindend studieadvies vroeg in de opleiding én een zwarte lijst voor artsen die slecht functioneren. En beoordelen op sociale competenties. Dat gebeurt nu ook wel, maar het zit nog in een overgangsfase. Het probleem is dat de meeste artsen die moeten beoordelen of je over competenties beschikt, deze zelf nooit hebben aangeleerd. Huisartsgeneeskunde is de grote uitzondering: daar word ik wel continu beoordeeld op sociale en communicatieve competenties, en ook nog eens door verschillende mensen.

Als u het voor het zeggen had, wat zou u dan veranderen in de toegang tot geneeskunde en vervolgopleidingen?

Ik zou geneeskundekandidaten selecteren op basis van een combinatie van cijfers, motivatie en competenties. Er kunnen naar mijn idee wel meer artsen toegelaten worden tot de vervolgopleidingen, want er is een tekort aan medisch specialisten, dat

kan je bijvoorbeeld zien aan de wachttijd van drie maanden voor veel specialismen in Hoorn. Daarnaast vind ik dat er meer nadruk moet komen op klinische vaardigheden en sociale competenties bij de toelating tot de vervolgopleiding ten opzichte van promotieonderzoek. Het zou ook een goede zaak zijn als de maatschappen ooit weg zouden vallen. Chirurgen klagen dat ze te hard moeten werken en dat er geen geld is voor een extra chirurg. Maar in feite willen ze gewoon niet terug in salaris, want er zijn genoeg werkloze chirurgen die graag aan de slag willen.



‘Ik vind dat de beroepsgroep niet de capaciteit van de opleiding moet bepalen. Dat is een maatschappelijke functie die bij de overheid hoort.’

Frans Hiddema (1948)

1967-1975	Studie geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
1976-1977	Tropenopleiding, Koninklijk Instituut voor de Tropen, Amsterdam
1977-1978	Tropenarts in Ghana
1978-1981	Vervolgopleiding chirurgie (vier jaar)
1981-1984	Tropenarts in Kameroen
1985-1990	Hoofd medische en paramedische dienst, ziekenhuis Gooi Noord
Sinds 1990	Algemeen directeur van het Oogziekenhuis Rotterdam
Sinds 1994	Bestuurslid European Association of Eye Hospitals
Sinds 1998	Bestuurslid American Association of Eye and Ear Hospitals

Waarom wilde u tropenarts worden?

Mijn vader was arts en als kind ging ik vaak mee naar het ziekenhuis, voor mij sprak het vanzelf dat ik ook arts zou worden. Ik heb altijd veel belangstelling gehad voor Afrika. Als tropenarts heb je chirurgische vaardigheden nodig, vandaar dat ik nog vier jaar chirurgie heb gedaan.

Is oogheelkunde een populaire vervolgopleiding?

Oogheelkunde staat samen met dermatologie en KNO helemaal onderaan de ladder in de medische pikorde. Bovenaan staat cardiochirurgie. De groep die wij opleiden bestaat uit negentien personen, per jaar stromen drie of vier nieuwe artsen in. Wij kunnen best meer opleiden, maar daar zijn afspraken over.

Afspraken?

Het Capaciteitsorgaan maakt ieder jaar een raming van het aantal oogartsen dat opgeleid kan worden, maar de beroepsvereniging, het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, is daar behoudend in, want zij willen voorkomen dat oogartsen werkloos worden.

En als het ziekenhuis toch meer oogartsen opleidt?

Dan krijg je problemen met de opleiders. Zij zitten in het consilium dat deze afspraken gemaakt heeft, en dus willen zij zich eraan houden.

Maar u vindt dat er wel wat meer oogartsen bij kunnen.

Ja, door de vergrijzing krijgen we steeds meer patiënten met oogziekten, die komen nu eenmaal vooral bij ouderen voor. De minister zegt dat er een overcapaciteit aan artsen moet komen om de marktwerking te bevorderen, maar de beroepsvereniging wil het tekort aan artsen oplossen door taakherschikking. Gedeeltelijk kan dat ook, maar ik weet niet hoe taakherschikking zich verder gaat ontwikkelen.

Uw ziekenhuis loopt voorop als het gaat om taakherschikking.

We proberen steeds te kijken naar wat 'des dokters' is, en wat andere hulpverleners kunnen doen. Begin jaren negentig waren wij het eerste ziekenhuis dat geen brillen meer

voorschreef. Destijds riep dat veel weerstand op. Nu hebben wij een oogzorgnetwerk opgericht, waarbij veertig optiekwinkels aangesloten zijn. Mensen die voor een leesbril komen, worden door de optometrist, werkzaam bij de opticiens, gescreend op glaucoom.

‘De vraag is niet of de salarissen omlaag gaan, de vraag is wat maatschappelijk gezien een gewenst salaris is voor medisch specialisten.’

De foto's gaan digitaal ter beoordeling naar het ziekenhuis en patiënten met afwijkingen gaan vervolgens naar de oogarts. Maar eigenlijk zouden patiënten met een stabiele afwijking net zo goed door de optometrist in de winkel gecontroleerd kunnen worden onder verantwoordelijkheid van de oogarts. Dat verbetert de kwaliteit van zorg, want de optometrist werkt gestandaardiseerd en de patiënten krijgen zorg in hun eigen omgeving. Maar oogartsen zijn daar huiverig

voor, dus hebben we als overgangsfase een glaucoompost in het ziekenhuis opgericht waar de optometrist de patiënten controleert.

Herschikken oogartsen ook taken naar patiënten?

Patiënten krijgen meer verantwoordelijkheden en moeten zich bewust worden van hun eigen aandeel in het genezingsproces. Daar valt nog veel winst te boeken. Een behandeling is een reis, en die begint thuis met een goede voorbereiding. Zo benut je de capaciteit beter. Onze manier van behandelen is gebaseerd op angstreductie, want mensen die minder gespannen zijn, herstellen sneller. Eén: we geven goede voorlichting. Twee: patiënten moeten altijd iemand meenemen, want ze missen de helft van wat de arts zegt. Drie: wij laten alles zien. De familie kan live de operatie van de patiënt volgen. Uit onderzoek blijkt dat onze patiënten door die transparantie significant minder bang zijn.

Zijn er nog andere manieren om aan de groeiende zorgvraag te voldoen, zonder extra artsen op te leiden?

Een betere stroomlijning van de zorgprocessen, wij waren de eerste met een cataractstraat. Daarnaast kunnen we beter gebruik maken van internet, niet alleen voor informatievoorziening, maar ook voor communities waarin patiënten hun ervaringen kunnen

delen. Dat scheelt tijd tijdens het spreekuur en leidt tot minder bezoeken

Denkt u dat de salarissen van de medisch specialisten omlaag gaan als er meer artsen opgeleid worden?

De vraag is niet of de salarissen omlaag gaan, de vraag is wat maatschappelijk gezien een gewenst salaris is voor medisch specialisten. Wij gaan niet over het honorarium van specialisten, dat doet de maatschap.

Als u het voor het zeggen had, zou u dan het huidige systeem van toelating tot de vervolgopleidingen handhaven of veranderen?

Ook al kom je een heel eind met taakherschikking, toch zou ik iets meer oogartsen opleiden, omdat de oogarts door taakherschikking alleen nog maar patiënten met complexe aandoeningen ziet, een groep die bovendien door de vergrijzing zal groeien, en omdat er steeds meer mogelijkheden komen voor behandeling. En ik vind dat de beroepsgroep niet de capaciteit van de opleiding moet bepalen. Dat is een maatschappelijke functie die bij de overheid hoort.



‘Stel dat ik meteen met de vervolgopleiding KNO begonnen was, dan had ik het ook wel afgemaakt, en dan was ik nu geen specialist ouderengeneeskunde geweest.’

Berber Oldenbeuving (1973)

1992-1999	Studie geneeskunde, Rijksuniversiteit Groningen
1999-2002	Arts-assistent chirurgie, daarna KNO
2002-2006	Vergoopleiding verpleeghuisgeneeskunde bij Argos Zorggroep en Gerion
2006-feb 2009	Verpleeghuisarts Sensire, Doetinchem
Februari 2009	Specialist ouderengeneeskunde (voorheen: verpleeghuisarts), Stichting Sutfene, Zutphen

Wanneer wist u dat u verpleeghuisarts wilde worden?

Tijdens een wetenschapsstage in Amerika maakte ik kennis met plastische chirurgie, en dat vond ik een mooi vak. Terug in Nederland ontdekte ik al snel dat dit een ontzettend populaire richting is, met maar heel weinig opleidingsplekken. En ik had het gevoel dat het toch een Ken en Barbie-wereld was: mooie mannen en vrouwen, ellebogenwerk. Dat past niet bij mij. Een plastisch chirurg vertelde dat hij een kwart van zijn werk buiten kantoortijd deed. Dat zag ik ook niet zo zitten.

Wat bent u toen gaan doen?

KNO werd mijn volgende doel, maar er waren landelijk maar zestien opleidingsplaatsen per jaar en in Groningen waren de plaatsen al voor de komende drie of vier jaar vergeven. Dus ben ik begonnen als arts-assistent chirurgie in Amsterdam. Dat vond ik een goede basis om dokter te worden. Daarna kon ik aan de slag bij de KNO in Rotterdam, en na een jaar kreeg ik te horen dat ik per 1 juni 2002 een vervolgopleidingsplek had. Ik kon meteen met mijn promotieonderzoek beginnen.

Alles in kunnen en kruiken dus.

Nou, niet helemaal. Gaandeweg voelde ik me steeds minder thuis in die academische wereld waar je ja en amen moest zeggen tegen de professor, en waar je weinig ruimte kreeg om dingen naast het werk te doen. De dreiging dat de vervolgopleiding niet door zou gaan als je fouten maakte, hing continu in de lucht en daar werd ik erg onzeker van. Als een presentatie niet zo goed ging, dan moest je al oppassen. Ook het groepsgedrag paste niet bij mij. Als je niet elk weekend op de golfbaan stond, dan hoorde je er niet bij. Op een gegeven moment kochten mijn man en ik een huis, ik was net dertig, en ik dacht: 'Nou moet ik nóg vijf jaar!'

En toen?

1 juni 2002 naderde. De druk op mijn promotieonderzoek nam toe en de begeleiding was minimaal. Ik liep vast in mijn onderzoek en in het klimaat van het ziekenhuis. Vier mannelijke collega's gingen naar de professor, omdat ze ouderschapsverlof wilden, en dat kregen ze! De vrouwen waren hun erg dankbaar, want die zagen ertegenop het zelf te vragen. Je wilt vooral niet als lastig gezien worden, aan de andere kant moet je je wel gedragen als een zelfstandige dokter. Dat is heel moeilijk... Wist je trouwens dat maar liefst tien procent van de artsen die een vervolgopleiding doen uitvalt?

‘Voor de huisartsen-
en verpleeghuisartsen-
opleiding word je op
kwaliteit beoordeeld.
Dat was bij KNO
ook wel zo, maar als
je bij de marine of
het corps had gezeten,
had je wel een
streepje voor.’

Heeft u toen definitief besloten verpleeghuisgeneeskunde te gaan doen?

Ja. Ik heb een goed gesprek gehad met de professor, en ik kreeg de tijd om er over na te denken, maar diep in mijn hart had ik de beslissing al genomen. En het is een goede beslissing geweest. Medisch is mijn vak heel uitdagend, mijn patiënten hebben vaak meerdere chronische ziekten en ik doe alles zelf, hartinfarcten, beroertes. Ik vind het prettig om de tijd te kunnen nemen

voor mijn patiënten, en voor de familie eromheen, ook met hen bouw ik een band op. Heel anders dan bij KNO, daar was de geijkte grap altijd: houd uw jas maar aan, ik kan uw oor zo ook wel zien!

Heeft u geen spijt dat u niet meteen voor verpleeghuisgeneeskunde heeft gekozen?

Nee, helemaal niet. Stel dat ik meteen met de vervolgopleiding KNO begonnen was, dan had ik het ook wel afgemaakt, en dan was ik nu geen specialist ouderengeneeskunde geweest. Ik vind wel dat de toegang tot de vervolgopleiding doorzichtiger moet worden. Voor de huisartsen- en verpleeghuisartsenopleiding word je op kwaliteit beoordeeld. Dat was bij KNO ook wel zo, maar als je bij de marine of het corps had gezeten, had je wel een streepje voor. En de professor wilde het liefst jonge studentes aannemen, want die hadden niet veel weerwoord. Dat vond ik schokkend.

Ziet u trends in de zorg die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

Door de vergrijzing neemt de vraag naar zorg toe, en jonge dokters, ook mannen, willen niet meer zestig uur werken, daardoor zullen ook meer dokters nodig zijn. Maar ik ben niet

voor heel veel meer dokters op de arbeidsmarkt, dat maakt het mij niet makkelijker. Waarom niet? Bang voor concurrentie denk ik. Van mij mogen ze de numerus fixus wel iets verruimen, maar niet helemaal loslaten. Mensen mogen er best iets voor doen om toegelaten te worden.



‘Bij kindergeneeskunde moet je minstens één keer gepromoveerd zijn, bij voorkeur ben je een man, en als je een vrouw bent, dan moet je geen vaste relatie hebben en al helemaal geen kinderwens.’

Victor Jansen (1978)

1996-2000	Studie geneeskunde, Rijksuniversiteit Leiden
2000-2003	Propedeuse Bestuurskunde, Katholieke Universiteit Nijmegen en twee jaar gewerkt
2003-2009	Wetenschappelijk onderzoek bij interne geneeskunde, Leids UMC
	Co-schappen en artsexamen, Universiteit Leiden
September 2009	Arts niet in opleiding tot medisch specialist (anios) thoraxchirurgie, Erasmus MC, Rotterdam

Waarom wilde u geneeskunde gaan doen?

Enerzijds om het technische aspect, anderzijds om iets te kunnen betekenen voor mensen, en het is geen saai werk. In 2000 heb ik door persoonlijke omstandigheden een pauze ingelast, en in 2003 heb ik geneeskunde weer opgepakt. Alleen was het curriculum veranderd, en moest ik de hele studie opnieuw doen. Ik vond dat nieuwe, probleemgestuurd onderwijs echt een verschrikking. Een paar werkgroepjes werden geleid door een professor of een arts-assistent, de rest door personen

die toevallig beschikbaar waren. Er was een enorme concurrentie om in de goede werkgroepen te komen. Dat gold ook voor de co-schappen, we moesten loten om een plek en ik moest zestien maanden wachten voor ik kon beginnen.

Wat heeft u in de tussentijd gedaan?

Onderzoek bij interne geneeskunde, maar dat liep uit en ik vond het zonde om het niet af te maken. Ik vroeg om uitstel van de co-schappen, maar dat kreeg ik pas na allerlei

bezwaar- en beroepsprocedures. Tijdens de co-schappen merkte ik dat de langdurige begeleiding van chronisch zieken mij niet gelukkig maakt. De korte interventies, het snelle handelen en de meer vrolijke sfeer bij chirurgie past beter bij mij.

Wanneer kunt u beginnen met de vervolgopleiding thoraxchirurgie?

Het is nog maar de vraag of ik de opleiding kan doen. Ieder centrum heeft ongeveer één plek in de twee jaar en de concurrentie is groot. Sommige centra zitten al vol tot 2015! In Rotterdam komt de eerstvolgende plek in 2011 beschikbaar. Ik heb mijn leeftijd tegen, maar ik heb wel een mooi cv en werkervaring. Promotie weegt bij snijdende vakken niet zo zwaar als bij andere specialismen. Bij kindergeneeskunde moet je minstens één keer gepromoveerd zijn, bij voorkeur ben je een man, en als je een vrouw bent, dan moet je geen vaste relatie hebben en al helemaal geen kindervens.

Wat moet je doen om een opleidingsplek te krijgen?

Als je goede contacten hebt en zonder oponthoud het juiste pad bewandelt, dan kom je er meestal wel. Bij voorkeur begin je al in het tweede studiejaar met onderzoekjes en stages, dan doe je in vierde jaar een deftig onderzoek, je loopt je co-schappen zoveel mogelijk in centra bij commissieleden en dan ga

je promoveren bij iemand die een grote stem heeft bij de toelating tot de vervolgopleiding. En borrelen met de juiste mensen natuurlijk!

Is er een tekort aan artsen?

Er is een virtueel tekort. In de praktijk werken artsen keihard om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Zestien uur in een dienst werken is wel de limit, maar als er een leuke OK achteraan komt, tja...dan wordt het wel eens twintig uur. Als je alle uren die wij draaien zou registreren, dan kan je niet anders dan concluderen dat er een tekort is aan artsen.

‘Ik ben principieel voor afschaffing van selectie voor en bij de poort, zeker op de (semi) willekeurige manier zoals het nu gebeurt.’

Dus mogen er wel meer artsen opgeleid worden wat u betreft.

De numerus fixus, de ramingen van het Capaciteitsorgaan, de regels van

de wetenschappelijke verenigingen, het is allemaal de grootst mogelijke onzin. Dat geldt ook voor de maatschappen. Ik vind dat artsen goed betaald moeten worden voor het aantal uren dat zij zich inzetten en de verantwoordelijkheid die ze dragen. Maar inkomens van 500.000 euro en meer, zijn natuurlijk belachelijk.

slot kan de numerus fixus verruimd of opgeheven worden. En zolang je nog moet selecteren, moet je dat doen op basis van kennis, kunde en motivatie door middel van een objectieve selectieprocedure, net als bij de pilotenopleiding.

Dus de numerus fixus afschaffen?

Ik ben principieel voor afschaffing van selectie voor en bij de poort, zeker op de (semi) willekeurige manier zoals het nu gebeurt. Maar ik weet dat directe afschaffing in Nederland de eerstkomende vijftien jaar niet realiseerbaar is. De eerste jaren zou het aantal aanmeldingen verdrievoudigen, de universiteiten zouden ontploffen, wie moet al die mensen opleiden?

Hoe zou u er dan voor zorgen dat het tekort aan artsen opgelost wordt?

Ik zou beginnen met het opheffen van de maatschappen en alle artsen die in een intramurale setting werken, in loondienst uitbetalen. Als je een privé-kliniek hebt, moet je het zelf weten, maar generieke, collectieve zorg is een andere zaak. Vervolgens: de werkelijk gewerkte uren concreet maken, meer artsen aannemen en de werkdruk evenredig verdelen, bijvoorbeeld door naar een drieploegensysteem te gaan, zoals op de Spoed Eisende Hulp. Dan kunnen meer mensen de vervolgopleidingen instromen en tot



‘Die hele *numerus fixus* begrijp ik niet.
Waarom mag niet iedereen geneeskunde
studeren? Juristen kunnen toch ook allerlei
soorten functies uitoefenen?’

Arnold Verhoeven (1955)

1973-1992	Dansleraar, trainer topdansers
Jaren '80	Presentator tv-programma Avro's Danstest
Jaren '80-'90	Eigenaar diverse dansscholen, hotel en partycentra
1994	Alle bedrijven verkocht, naar Frankrijk verhuisd en hotel begonnen
2001-2004	Schrijver van vier boeken over de Côte d'Azur
2004	Start internetbedrijf dat eigen websites ontwikkelt
2008	Lancering SOS-arts

Hoe bent u vanuit de dans- en horecawereld in de zorg terechtgekomen?

Na een aantal negatieve ervaringen met de onbereikbaarheid van huisartsen toen onze ouders ziek waren, heb ik besloten om SOS-arts in Nederland te introduceren. In Frankrijk heeft men daar al veertig jaar ervaring mee: als je eigen huisarts niet snel genoeg kan komen, dan bel je SOS-médecin en de huisarts komt bij je thuis. Overdag tegen een kleine eigen bijdrage van dertien euro, de basisverzekering betaalt de rest. Ze zijn vierentwintig uur per dag beschikbaar en met instemming van de patiënt sturen ze een verslag van

het consult naar de huisarts. We hebben al tweehonderdvijftig aanmeldingen van huisartsen die eraan mee willen werken. De grootste groep bestaat uit waarnemers die in huisartsenposten werken.

Wat waren die negatieve ervaringen?

Mijn schoonmoeder lag onderaan de trap met een gebroken pols. Ze had de telefoon in haar hand, het laatst gebelde nummer was haar huisarts, ze kreeg een antwoordapparaat. Dan word je geacht om naar de huisartsenpost te komen. Absurd natuurlijk in zo'n situatie. Vraag maar aan jonge moeders hoe vervelend

het is om met een baby met koorts naar de huisarts of huisartsenpost te gaan en in een overvolle wachtkamer te gaan zitten wachten. Uit een NIPO-onderzoek dat we in 2008 hebben laten uitvoeren, blijkt dat het merendeel van de Nederlanders ontevreden is over de bereikbaarheid van huisartsen en vooral over de bereidheid tot huisbezoeken. Formaliteit is in Nederland belangrijker dan dienstbaarheid. De patiënt moet veel meer zeggenschap krijgen.

‘Waarom niet meer artsen in managementfuncties? In de zorg kan je beter een manager hebben die geneeskunde heeft gedaan dan economie of rechten.’

Hoe werd de lancering van SOS-arts in Nederland ontvangen?

Ik was zo naïef, ik dacht er is vast een zorgverzekeraar die het idee omarmt, huisartsen zijn vast enthousiast over SOS-arts, het is tenslotte een

aanvullende service voor hun patiënten, want ze hebben het zelf te druk voor huisbezoeken. Maar ik kwam vooral weerstand tegen, hakken in het zand. Toen dacht ik: het zorgsysteem heeft niet een paar aanpassingen nodig, het hele systeem moet veranderen! Ik heb alle huisartsen informatie en een antwoordkaart toegestuurd. Maar het overgrote deel denkt er niet over na, een klein deel is geïnteresseerd, en een kleine minderheid is uitgesproken negatief. Ken je ‘Get off my cloud’ van de Rolling Stones? Dat is hun reactie. Zo arrogant, daar kan ik niet tegen. Het probleem is angst, artsen zijn bang voor vernieuwing.

Hoe heeft u het toen aangepakt?

Het motiveerde me extra om door te zetten. Ik ben niet voor niets ondernemer, ik heb vroeger veel seminars in mijn partycentra georganiseerd, daardoor ken ik veel mensen op topposities, ook uit de zorg. De Nederlandse Zorgautoriteit geeft binnenkort een tarief ‘niet verzekerde zorg’ af voor SOS-arts. Dat is een belangrijke mijlpaal. En intussen heeft Chris Oomen, directeur van onder andere DSW, besloten om via verzekeraar Stad Holland een deel aan alle verzekerden te vergoeden, zonder premieverhoging. Dus niet in de aanvullende verzekering, gewoon als service voor de klanten.

Denkt u dat er meer nieuwe functies voor artsen mogelijk zijn?

Die hele numerus fixus begrijp ik niet. Waarom mag niet iedereen geneeskunde studeren? Juristen kunnen toch ook allerlei soorten functies uitoefenen? Het gaat om het niveau van academisch denken. Waarom niet meer artsen in managementfuncties? In de zorg kan je beter een manager hebben die geneeskunde heeft gedaan dan economie of rechten. Ik ken veel managers die de hogere hotelschool hebben gedaan. Zij zijn goede managers, omdat ze gewend zijn om hun handen uit de mouwen te steken, ze hebben bedden opgemaakt, mensen bediend, sociale vaardigheden geleerd. Co-assistenten leren precies hetzelfde, maar dan in de zorg. Wie bepaalt de numerus fixus? De Landelijke Huisartsenvereniging! Zij bepalen welke huisartsen hun licentie mogen behouden, zij bepalen hoeveel artsen opgeleid mogen worden. Er is geen scheiding van machten en dat klopt niet.

Ziet u trends die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

Uiteraard zal de vergrijzing de vraag naar zorg vergroten en zou je dus verwachten dat het aantal artsen alleen maar zal toenemen. Daartegenover staan de razendsnelle ontwikkelingen op het gebied van internet, zoals e-zorg en automatisering, waardoor zorg efficiënter en sneller geleverd kan worden door een kleiner aantal

artsen. Artsen moeten meegaan met deze nieuwe ontwikkelingen, ik denk dat toekomstige artsen daar niet aan voorbij kunnen. Door beter gebruik te maken van internet krijgen ze meer tijd om dienstbaar te zijn aan de patiënt. Nu verliezen ze te veel tijd aan administratieve rompslomp.



‘Veel jonge chirurgen zijn op zoek naar een vaste plek, en er is een trend dat ook oudere chirurgen wisselen van maatschap. In het westen is het nog moeilijker, chirurgen willen daar graag werken omdat hun partner daar een baan heeft.’

Charlotte Blanken-Peeters (1974)

1992-1999	Studie geneeskunde, UMC St Radboud, Nijmegen
1999-2001	Arts niet in opleiding tot medisch specialist (anios) chirurgie, UMC St Radboud
2001-2002	Arts-onderzoeker, UMC St Radboud, gefinancierd door KWF Kankerbestrijding
2002-2009	Vervolgopleiding chirurgie, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem
2007	Gepromoveerd
2009	Chirurg, Ziekenhuis Rijnstate, Arnhem

Wanneer wist u dat u chirurg wilde worden?

Tijdens de co-schappen vond ik de snijdende vakken het meest interessant. Chirurgie is een prachtig vak, het is mooi om de anatomie te doorgronden en zo nodig te herstellen. En als oncologisch chirurg heb ik ook veel contact met patiënten.

Hoe gaat de toelating tot de vervolgopleiding chirurgie in de praktijk?

Er zijn ongeveer zeven plekken per jaar in de regio, de meesten worden eerst een jaar anios, arts niet in opleiding tot specialist, en daarna mag je de vervolgopleiding in. Ik heb het zelfs nog een half jaar uitgesteld, want ik had

een mooi onderzoek lopen dat ik wilde afmaken. Tijdens de opleiding ben ik gepromoveerd en heb ik drie kinderen gekregen.

Dat is een nieuw geluid. Meestal hoor je verhalen over de mannelijke, competitieve sfeer van keihard werken en niet zeuren.

Tja, misschien dat de sfeer per ziekenhuis of per regio verschilt. Ik ben ervan overtuigd dat je voor jezelf het leven moet leiden dat je graag wilt leiden, en voor de rest is het een kwestie van goed organiseren. Ik werk nu tien procent minder dan mijn collega's. Dit staat de kwaliteit van zorg op geen enkele manier in de weg.

Wat moeten chirurgen doen om aan werk te komen?

Je moet een chivo-schap, chirurg in vervolgopleiding, gedaan hebben, of gepromoveerd zijn. Uit een onderzoek uit 2008 blijkt dat negentig procent van de chirurgen na de vervolgopleiding een chivo-schap doet om hun kansen op de arbeidsmarkt te vergroten.

Kon u makkelijk aan de slag als chirurg?

Eind 2008 heb ik mijn opleiding hier in Arnhem afgerond, en ik kon blijven als chef de clinique. Mijn doel is altijd geweest om in een groot, top-klinisch centrum te werken. Deze functie en de dingen die ik hier kan doen sluiten goed aan op mijn persoonlijke ambities. Ik vind dat, naast het plezier in het

werk, belangrijker dan de zekerheid van een baan als chirurg in een maatschap elders.

In de maatschap werken achttien mannelijke chirurgen en orthopeden, hoe is het om met alleen maar mannen samen te werken?

Dat gaat goed, maar ik denk dat dat meer aan je eigen instelling ligt, dan aan het man- of vrouw-zijn. Het is altijd prettig werken met mensen die eenzelfde interesse in een vak delen. Door positief in het leven te staan is er veel mogelijk is mijn ervaring.

‘Er zijn wel tekorten bij plastische chirurgie en neurochirurgie, daar bepalen de wetenschappelijke verenigingen het aantal opleidingsplaatsen.’

Is er een tekort aan chirurgen?

Nee, er is een overschot. Uit hetzelfde onderzoek uit 2008 blijkt dat zestig procent van de chirurgen die net klaar waren een vaste aanstelling had, één procent was werkloos en de rest verborgen werkloos. Heelkunde houdt zich aan de ramingen van het Capaciteitsorgaan. Maar er zijn wel tekorten bij plastische chirurgie en neurochirurgie, daar bepalen de wetenschappelijke verenigingen het aantal opleidingsplaatsen. En veel ziekenhuizen hebben te maken met een tekort aan ok-assistenten, waardoor ok's leeg staan.

Dus de concurrentie voor een plek in de maatschap is groot.

Ja, veel jonge chirurgen zijn op zoek naar een vaste plek, en er is een trend dat ook oudere chirurgen wisselen van maatschap. In het westen is het nog moeilijker, chirurgen willen daar graag werken omdat hun partner daar een baan heeft. Door de differentiatie binnen heelkunde zullen de maatschappen wel iets uitbreiden en taken herverdelen.

Wat vindt u van nieuwe functies en initiatieven van artsen op de arbeidsmarkt?

Binnen heelkunde hoor je wel dat maatschappen chirurgen in loondienst nemen om één specifiek soort operatie te doen. En ik kan me voorstellen dat je als basisarts kleinere ingrepen kan doen, daar zag ik laatst nog een vacature voor.

Ziet u ontwikkelingen in de zorg die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

De zorgvraag zal toenemen door de vergrijzing en doordat steeds meer mensen overgewicht hebben. Maar ook door nieuwe technologieën. Neem de digitale mammografie, daardoor zie je ieder kalkspatje. Dat is goed voor een nog vroegtijdigere diagnose, maar het vergroot ook de druk op de capaciteit. Ook door differentiatie en parttime werken zijn in de toekomst meer artsen nodig.

Kan het toekomstig tekort aan artsen opgelost worden met het loslaten van de numerus fixus?

Ik zie meer in taakherschikking. Daarmee krijg je een kwalitatief betere zorg, dat is beter voor patiënten, maar ook voor artsen.



‘Ook mannelijke artsen willen minder werken, maar door de oude garde wordt dat gezien als een zwakgebod dat ontstaan is door de komst van vrouwelijke artsen.’

Hedwig Vos (1972)

1992-1999	Studie geneeskunde, Leids UMC
1999-2001	Arts-assistent chirurgie, verzekeringsarts en bedrijfsarts
2001-2003	Vervolgopleiding tot huisarts
2003-2007	Huisarts in dienst van een huisarts in Den Haag
2006	PvdA gemeenteraadslid Den Haag
2007	Vrij gevestigd huisarts in Den Haag

Waarom koos u voor huisartsgeneeskunde?

Tijdens mijn co-schappen wist ik al dat ik niet in een ziekenhuis wilde werken. Het is erg hiërarchisch, de opleiding is meer een soort ontgroening. De ziekenhuiswereld is zeer masculien, je ziet veel haantjesgedrag, zeker bij de snijdende vakken. Je leert welk gedrag gewaardeerd wordt, en dat gedrag moet je kopiëren. Mannelijk gedrag dus: handelen, doen. Dat beviel me niet. Als huisarts moet je juist luisteren, soms even afwachten voor je wat doet en dat ligt mij veel beter.

Hoe gaat de toelating tot de vervolgopleiding huisartsgeneeskunde in z'n werk?

Je moet gewoon solliciteren bij de Huisarts- en Verpleeghuisarts Registratie Commissie, dat geldt ook voor verpleeghuisartsen en artsen voor verstandelijk gehandicapten. Ik kreeg vrij snel een plaats. Voor de andere vervolgopleidingen bepaalt het opleidingsziekenhuis vaak wie toegelaten wordt. Het is wisselend hoe dat gaat. Een vriendin van mij is chirurg en zij moest solliciteren. Een andere vriendin is longarts, tegen haar werd gezegd dat ze een plek kreeg. Ik weet niet of een landelijke commissie goed zou werken bij deze specialismen.

Ik kan me voorstellen dat een ziekenhuis graag mensen wil opleiden met wie ze goede ervaringen hebben. Een ziekenhuis draait op assistenten, vooral tijdens de diensten.

En toen aan de slag als huisarts.

Ja, eerst in loondienst bij een huisarts waar ik in mijn derde opleidingsjaar zat. Daarnaast werkte ik op het consultatiebureau en de crisisdienst van de RIAGG. Er was sprake van dat ik zijn praktijk kon overnemen, maar daar kreeg ik geen zekerheid over. Na vier jaar heb ik besloten om samen met een collega een eigen praktijk op te zetten. Ik vind het veel prettiger om vrij gevestigd te zijn. Ik heb meer vrijheid om dingen te ondernemen, ik zou bijvoorbeeld echo's kunnen gaan maken. Ik ken een radioloog die dat ook wel zou willen, maar dat mag zij niet buiten de ziekenhuismuren.

Ervaart u druk van andere huisartsen om u aan te sluiten bij een Huisartsen Onder Een Dak?

Helemaal niet. Ik heb er twee jaar gewerkt, de huisarts bij wie ik in loondienst was, is aangesloten bij een HOED. We zaten met vijf praktijken bij elkaar. Ik heb niet het idee dat artsen er laaiend enthousiast over zijn. Eén arts krijgt meestal een managementtaak erbij, dus die kan minder patiënten zien. Het is wel prettig dat je kan overleggen met elkaar, maar dat kan ik met mijn collega nu ook.

Tegen welke problemen loopt u op in de praktijk?

Sommige overheidsregels zijn onhandig. Die veranderen steeds. Eerst worden bepaalde medicijnen wel vergoed, dan weer niet. Minister Klink wil huisartsen voor honderdtachtig miljoen korten, maar als we bepaalde, goedkopere maagmedicijnen en cholesterolverlagers voorschrijven, dan krijgen we in 2010 weer zestig miljoen terug. Voor een startende praktijk is dat heel vervelend, vorig jaar hebben we nul winst gedraaid. Laat ons gewoon ons werk doen, als ik al duurdere medicijnen voorschrijf, dan geeft de apotheek toch goedkopere mee.

‘De flexibiliteit voor parttimers is niet groot. Chirurgen bijvoorbeeld moeten vaak fulltime werken, vier dagen in de week is een uitzondering.’

Tegen welke problemen lopen artsen op als ze de arbeidsmarkt op gaan?

De flexibiliteit voor parttimers is niet groot. Chirurgen bijvoorbeeld moeten vaak fulltime werken, vier dagen in de week is een uitzondering. Daardoor werken vrouwen vaker als huisarts, verpleeghuisarts of internist. Ook mannelijke artsen willen minder werken, maar door de oude garde wordt dat gezien als een zwaktebod dat ontstaan is door de komst van vrouwelijke artsen.

Ziet u trends die verband houden met het aantal artsen dat nodig is?

Natuurlijk kan veel werk dat ik doe door een ander gedaan worden. Een praktijkondersteuner kan uitstrijkjes maken en mensen met diabetes of hoge bloeddruk zien. Dat is efficiënter en goedkoper. Maar er zitten wel grenzen aan, want dit soort handelingen zijn ook rustpunten voor mij. Als je alle inefficiëntie eruit haalt, en alleen maar met complexe problemen bezig bent, dan wordt het werk veel zwaarder. En het zou fijn zijn als er meer artsen bij VWS zouden werken. Ik heb het idee dat beleid vaak gemaakt wordt door niet-artsen.

Bent u voor of tegen de numerus fixus?

Voor. Ik zie niet hoe we al die artsen moeten opleiden, nog meer studenten geeft een enorme druk op opleidingsziekenhuizen en

huisartspraktijken, daardoor kan je minder patiënten zien en gaan de zorgkosten omhoog. Meer concurrentie tussen artsen zal de kosten misschien drukken, maar je krijgt alleen concurrentie als je meer artsen opleidt dan je nodig hebt, en dat kost ook geld.





Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

