



OOR-zaak en gevolg

OPLEIDING IN DE ZORG
NFU-VISIEDOCUMENT

OOR-zaak en gevolg

OPLEIDINGEN IN DE ZORG

NFU-VISIEDOCUMENT

(NFU-nr. 053059)

Kennis maken, kennis toetsen en kennis overdragen, het zijn kernactiviteiten van de Universitair Medische Centra. Voor U ligt een visiedocument dat gaat over kennis overdragen. Medewerkers van de UMC's dragen dagelijks kennis over, aan studenten die arts of onderzoeker willen worden, aan mensen die al een basisopleiding hebben gehad en zich in een meer gespecialiseerd beroep willen bekwamen, aan medewerkers van andere zorginstellingen die willen bijleren en aan beroepsbeoefenaren in de zorg die nascholing zoeken. Geschat is dat op elke willekeurige dag ongeveer 25.000 mensen met de acht UMC's samen een opleidingsrelatie hebben. Al deze activiteiten vragen gemotiveerde mensen en de kennis en infrastructuur die hoort bij modern onderwijs. De UMC's hebben juist hierin veel geïnvesteerd en gezien de resultaten van evaluaties en visitaties met succes.

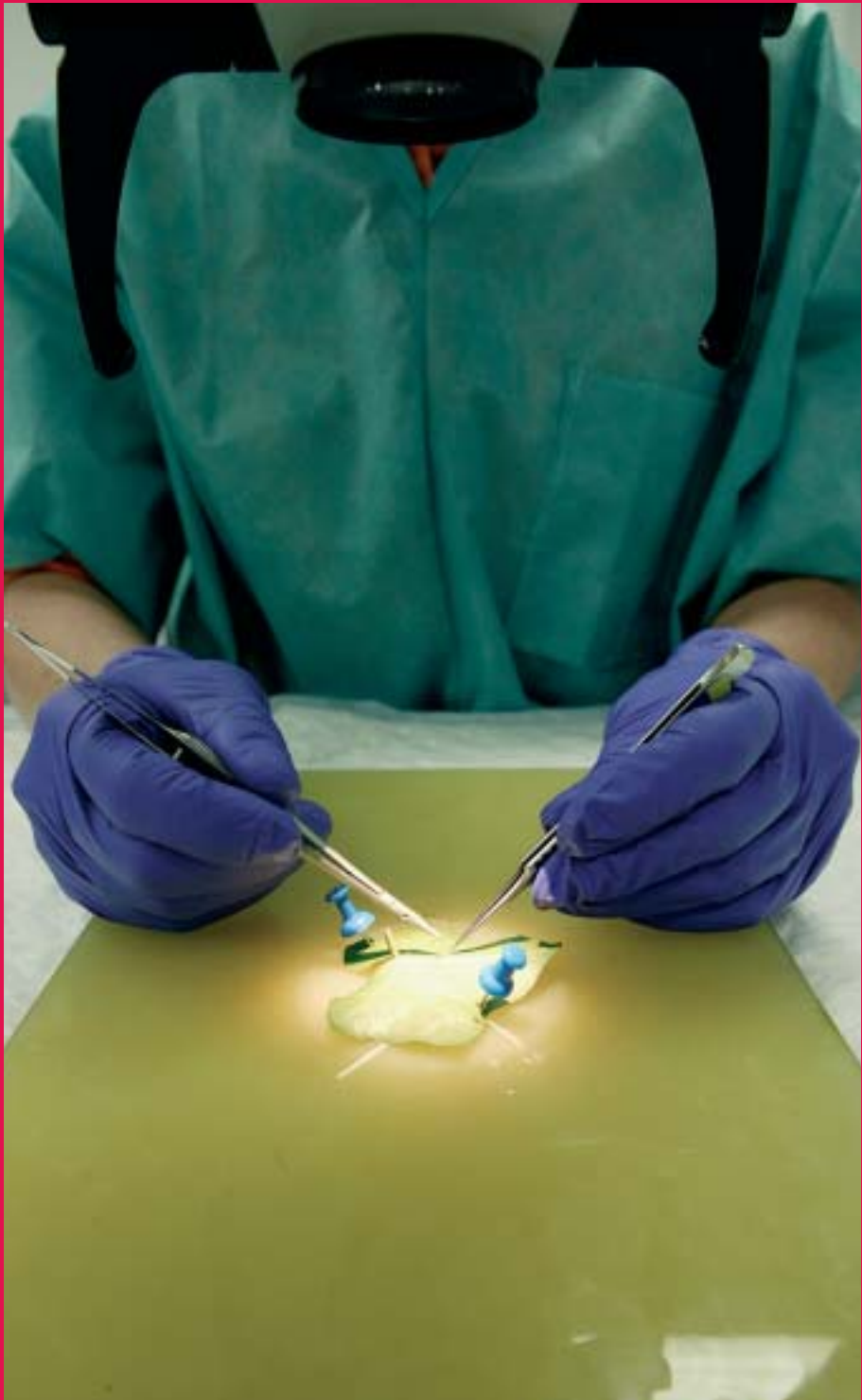
De Nederlandse samenleving realiseert zich meer dan ooit dat de kwaliteit van de zorg afhangt van de kwaliteit van de mensen die de zorg verlenen. Vandaar een toenemende belangstelling van de overheid en anderen voor de vraag: hoe worden mensen voor de verschillende zorgberoepen nu eigenlijk opgeleid? Wie zich daarin verdiept ziet veel kwaliteit maar ook veel versnippering. Het is dus tijd voor enige ordening, niet te veel want onderwijs en opleiding zijn dynamisch en veranderen steeds, maar ook niet te weinig want ook hier mag samenhang en efficiency worden gevraagd.

In dit visiedocument geven wij aan welke rol de UMC's met hun ervaring, expertise en infrastructuur op het terrein van onderwijs en opleiding willen spelen in een nieuw geordend stelsel van opleidingen voor beroepen in de zorg. Centraal daarbij staat een verdere vorm van regionalisering in zogenaamde onderwijs- en opleidingsregio's, afgekort OOR's. Vandaar de titel: OOR-zaak en gevolg. Al lezende zult U zien dat een OOR meer is dan een geografische bundeling van opleidingsziekenhuizen. Voorbeelden van dat 'meer' vindt U in 'OOR-zaak en gevolg' terug, zoals een nationaal trainingscentrum, docentprofessionalisering en discipline overstijgend onderwijs. Uw OORdeel over deze ontwikkelingen zien wij met belangstelling tegemoet.

Prof.dr. G.H. Blijham

Voorzitter Nederlandse Federatie van UMC's

Samenvatting	7
1 Inleiding	11
2 Visie op de medische Onderwijs- en OpleidingsRegio (OOR)	13
2.1 Onderwijs - initiële geneeskunde opleiding	13
2.2 Opleiding - medisch specialistische vervolgopleiding	14
2.3 Samenhangende visie op de medische Onderwijs en Opleidingsregio (OOR).	17
3 Innovatie en infrastructuur	21
3.1 Vaardigheidsonderwijs	21
3.2 Cursorisch onderwijs in de medisch specialistische vervolgopleidingen	22
3.3 Onderwijsprofessionalisering	23
3.4 Naar een virtueel nationaal trainingscentrum en opleidingsinstituut	24
4 Bestuurlijke inrichting van de OOR	26
5 Landelijke coördinatie en aansturing	31
6 Geografische overwegingen	37
6.1 Initiële opleiding geneeskunde	37
6.2 Medisch specialistische vervolgopleidingen	37
6.3 Acht OOR's	38
7 Financiering	41
8 Andere opleidingen	45
Bijlagen	49



Inhoud en vorm van de opleidingen voor beroepen in de zorg zijn aan het veranderen. Dat is het gevolg van nieuwe onderwijskundige inzichten, andere invullingen van bestaande beroepen en verandering in het zorgstelsel. In dit document presenteert de NFU haar visie op het medisch zorgonderwijs van de toekomst. Daarin neemt de vorming van Onderwijs- en Opleidingsregio's (OOR's) een centrale plaats in. Daarnaast wordt ingegaan op vaardigheidsonderwijs, landelijke sturing en bekostiging en de positie van niet-medische zorgopleidingen. Dit visiedocument vormt de basis voor de actuele discussies op centraal (NFU) en regionaal (UMC's) niveau en is opgebouwd uit de volgende elementen.

- 1 De UMC's zijn verantwoordelijk voor de initiële geneeskunde opleiding. Door de samenwerkingsverbanden tussen één UMC, algemene ziekenhuizen en andere instellingen wordt in een OOR een netwerk van leerplaatsen gecreëerd. Hiermee komt een gevarieerde patiëntenmix in uiteenlopende contexten beschikbaar die past bij modern, patiëntgeoriënteerd geneeskunde onderwijs.
- 2 Bij de medisch specialistische opleidingen krijgt samenhang hoge prioriteit. Dit betreft de samenhang tussen de opleidingen onderling, tussen de vervolgoopleidingen en de studie tot arts en tussen opleiding en wetenschap. Hiervoor is een organisatievorm nodig die deze samenhang structuur kan geven. De regionale benadering is daarvoor het meest geëigend. Er wordt voortgebouwd op het bestaande netwerk waarover bij de initiële opleiding werd gesproken: de onderwijs- en opleidingsregio's, OOR's.
- 3 Per OOR is een infrastructuur en expertise beschikbaar die vaardigheidsonderwijs in skillslabs en simulatielaboratoria mogelijk maakt. Concentratie van dure voorzieningen en een (virtuele) centrale entree daarvoor voorkomen verdunning en kapitaalvernietiging. Daartoe wordt een virtueel nationaal trainingscentrum voorgesteld. De OOR is eveneens een goed vehikel voor discipline- en ziekenhuisoverstijgende activiteiten op het gebied van onderwijs-, docentprofessionalisering en cursorisch onderwijs.
- 4 Voor de bestuurlijke inrichting van de OOR's presenteert de NFU enkele procedures en instrumenten die meer bestuurlijke uniformiteit creëren en tegelijkertijd recht doen aan de eigenheid per OOR. Het collectief en/

of bilateraal overleg kent agendapunten zoals verdelingsvraagstukken binnen de regio, doorvoeren van kwalitatieve ontwikkelingen, gebruik van beschikbare infrastructuur en disciplineoverstijgende activiteiten.

- 5 Voor de landelijke aansturing acht de NFU een aanpassing van verantwoordelijkheden noodzakelijk. De ‘verticale’ benadering (elke wetenschappelijke vereniging is verantwoordelijk voor de inhoud van de eigen opleiding) moet worden aangevuld met een ‘horizontale’ benadering (planning, uitvoering, financiering en bepaalde aspecten van de inhoud worden disciplineoverstijgend vastgesteld en geregeld). Hiervoor is een ‘drie-kolommen-structuur’ ontworpen: inhoud, planning en bekostiging.
- 6 Ook in deze structuur vervullen de OOR’s een belangrijke rol. Zij verzorgen samen met een landelijk overleg van aanbieders van opleidingen (BOLS geheten) de vertaalslag van landelijk bepaalde capaciteit naar opleidingsplaatsen per ziekenhuis.
- 7 Voor de landelijke aansturing worden bestaande en goed functionerende structuren en organen in belangrijke mate gehandhaafd en wordt van reeds aanwezige know-how en ervaring gebruik gemaakt. Zo wordt de ‘oplossingscreativiteit’ van alle betrokkenen maximaal benut, wat de noodzaak van een zwaar opgetuigd, centralistisch opererend en alles in zich verenigend ‘College’ of ‘Opleidingsorgaan’ wegneemt. De UMC’s zien wel het nut van een overkoepelend orgaan dat vooral zal opereren als ‘toezichthouder’ op het goed functioneren van het systeem. Dit ‘College van Toezicht op de Beroepsopleidingen in de Zorg’ (CvTBZ) dient instrumenten te krijgen die adequaat toezicht op kwaliteit, innovatie en samenhang mogelijk maken.
- 8 De NFU adviseert ernstig tegen de vorming van meer dan acht OOR’s. Zowel geografisch als conceptueel staat de samenwerking van één UMC met partnerziekenhuizen in een OOR centraal. Juist deze combinatie zorgt voor optimale synergie tussen algemene ziekenhuizen en UMC’s. Hoewel de UMC’s niet geheel gelijkmatig over Nederland zijn verdeeld, strekken de huidige acht OOR’s zich wel over het gehele land uit. In een aparte Brabant of Twente OOR (Brabant of Twente Medical School) worden de synergievoordelen niet bereikt terwijl de vorming daarvan evenmin nodig is om reden van capaciteit of regionale uitsluiting.

-
- 9 De bekostiging en financiering van de vervolgopleiding tot medisch specialist moet worden aangepast door de invoering van de DBC's. Versleuteling van opleidingskosten in de prijzen van de DBC's zou tot onaanvaardbare verstoring van de concurrentiepositie tussen ziekenhuizen met en ziekenhuizen zonder opleiding leiden.
Uit het nog te vormen Opleidingsfonds of via een beleidsregel worden aan de opleidingsinstelling op basis van feitelijk gegeven onderwijskosten vergoed in de vorm van salaris en opleidingskosten. Hiervoor kan een bescheiden uitvoeringsorganisatie worden gecreëerd.
 - 10 De UMC's hebben in de zogenaamde academische component middelen die bestemd zijn voor de ziekenhuis- en disciplineoverstijgende opleidingsactiviteiten, alsmede de daarna benodigde ontwikkelingsfunctie en infrastructuur voor de opleiding tot medisch specialist. Deze budgetcomponent blijft geoormerkt in de academische component aanwezig.
 - 11 Voor de niet-medische zorgopleidingen pleit de NFU voor lokale, dan wel subregionale netwerken. Daarbinnen bestaat intensieve samenwerking gericht op een adequate voorziening (kwalitatief én kwantitatief) in de (zorg)personeelsbehoefte van de desbetreffende ziekenhuizen. Het is wenselijk deze netwerken in te passen in de structuur van de medische OOR's zonder overlap daarmee na te streven. Het betreffende UMC fungeert binnen deze netwerken als linking pin en waarborgt zo coördinatie en coöperatie ten behoeve van de regionale capaciteits- en opleidingsplanning en voor de ontwikkeling en innovatie van opleidingen.



Er verandert veel in zorgopleidingsland. Voor de opleiding tot arts zijn in vrijwel alle Universitair Medische Centra (UMC's) nieuwe programma's ontwikkeld. De vervolgopleiding waarin artsen worden voorbereid voor de zelfstandige uitoefening van hun beroep gaat op de schop en ook bij de verpleegkundige opleidingen worden veranderingen doorgevoerd. In alle gevallen gaat het erom de inhoud en vormgeving aan te passen aan ontwikkelingen in het vakgebied, in de zorgvraag en in de onderwijskunde. Voor de vervolgopleidingen geldt bovendien dat het nieuwe zorgstelsel vraagt om een aanpassing van verantwoordelijkheden voor planning en financiering.

Deze veranderingen vormen met name voor de UMC's een grote uitdaging. Met onderwijs en opleiding als kerntaken zijn zij zowel in de initiële opleiding tot arts als bij de vervolgopleidingen van artsen en verpleegkundigen de instellingen met de grootste verantwoordelijkheden. Uitgerekend is dat op elk willekeurig moment de acht UMC's met ongeveer 25.000 vooral jongemensen een onderwijs- of opleidingsrelatie hebben. Om deze verantwoordelijkheid goed vorm te kunnen geven is al in 2002 voor de samenwerking met de algemene ziekenhuizen en andere opleidingspartners gekozen voor een regionale invalshoek door het creëren van zogenaamde 'Onderwijs en Opleiding Regio's' (OOR's). Deze benadering is vervolgens met name door de commissie LeGrand overgenomen als structurend element voor planning van capaciteit en het bereiken van goede inhoudelijke afstemming en samenhang. De MOBG heeft aan de NFU gevraagd te adviseren hoe deze regionale benadering verder vorm moet krijgen. In deze notitie geeft de NFU haar visie op de regionale samenwerking en voegt daaraan haar visie op landelijke aansturing, capaciteitsplanning, financiering en innovatie toe. Daarbij staat de medische as centraal, maar de gekozen uitgangspunten zijn ook op andere zorgopleidingen toepasbaar.

Daarmee is 'OOR-zaak en gevolg' voor de NFU/UMC's het visiedocument om de komende discussies over de inhoud en vormgeving van zorgonderwijs in te gaan.



2.1 ONDERWIJS - INITIËLE GENEESKUNDE OPLEIDING

De UMC's zijn verantwoordelijk voor de initiële geneeskunde opleiding. Nog niet heel lang geleden bestond het curriculum uit een stevige theoretische basis en kwamen de studenten pas laat in de opleiding in contact met de kliniek en de patiënten. In de afgelopen jaren zijn alle curricula veranderd en is de patiënt met zijn verhaal, zijn klachten en zijn context uitgangspunt voor leren geworden. Dit leidt ertoe dat andere 'leermiddelen' dan vroeger ter beschikking moeten zijn. Kort samengevat: minder snijzaal en meer röntgenfoto's, minder grootschalig en minder hoorcollege's, meer patiëntencontacten en praktijkleerplaatsen. Een gevarieerde patiëntenmix in uiteenlopende contexten moet in de loop van de opleiding als 'leermiddel' beschikbaar zijn. Beschikbaarheid alleen is echter niet voldoende. De praktijk kan slechts een krachtige leeromgeving zijn als theorie en praktijk goed op elkaar aansluiten. Daarnaast vereist competentiegericht onderwijs andere vaardigheden van de (praktijk)docenten. Het meester-gezelmodel of het 'see one, do one, teach one'-principe (leren in de praktijk) blijft een belangrijke pijler van medisch onderwijs maar volstaat al lang niet meer. De paragraaf 'onderwijsprofessionalisering' gaat hier nader op in.

Vanuit het belang van patiëntgeoriënteerd onderwijs, heeft elk UMC in de loop der jaren een gevarieerd netwerk opgebouwd van leerplaatsen in de praktijk. Naast het eigen UMC zijn onder meer leerplaatsen gecreëerd in de psychiatrie, sociale geneeskunde, eerstelijnszorg en andere, grotere en kleinere ziekenhuizen. Bovendien heeft elk UMC ook mogelijkheden gecreëerd om praktische vaardigheden te leren zonder de patiënten daarmee te belasten. Trainingen in een skillslab of klinisch trainingscentrum zijn een steeds belangrijker plaats gaan innemen in het onderwijs. Op dit onderdeel zal de paragraaf over het vaardigheidsonderwijs nader in gaan.

De UMC's zijn verantwoordelijk voor het vinden van voldoende geschikte leerplaatsen, passend bij de verschillende fasen van het curriculum voor de geneeskunde opleiding. Uitbreiding van de numerus fixus in de afgelopen jaren heeft de noodzaak van een groot, gevarieerd netwerk met leerplaatsen doen toenemen. De vorming van OOR's is daarbij een belangrijk instrument geweest. Tussen de partnerziekenhuizen en het UMC binnen de OOR zijn

de relaties versterkt door het initiëren van kwaliteitsvisitaties, het geven van feed-back over de ervaringen van de studenten en het vormgeven van bijzondere stages die aansluiten bij specifieke aspecten van het partnerziekenhuis.

De genoemde ontwikkelingen vanuit de initiële geneeskunde opleiding, zoals de introductie van patiëntgeoriënteerd onderwijs en competentiegericht leren, hebben ook gevolgen voor de medisch specialistische vervolgopleiding. Immers, een adequate aansluiting tussen initiële en vervolgopleiding komt de kwaliteit (te weten effectiviteit en efficiency) van het hele medische opleidingstraject ten goede. Om die reden is er bijvoorbeeld gewerkt aan verschillende vormen van wat wel het ‘schakeljaar’ heet. Door de bijzondere positie van de hoogleraar die verantwoordelijkheid draagt voor de inhoud van de initiële opleiding, maar vaak ook opleider is voor een medisch specialistische vervolgopleiding, is het bovendien mogelijk binnen de regio de continuïteit tussen beide te vergroten. Al met al is de OOR een krachtig instrument geworden om een inhoudelijke en organisatorische kwaliteitsslag te maken. Het is nu zaak deze samenwerkingsvorm structureel te verankeren.

2.2 OPLEIDING - MEDISCH SPECIALISTISCHE VERVOLGOPLEIDING

De opleiding tot medisch specialist was tot voor kort vooral een zaak van de eigen wetenschappelijke vereniging. Deze stelde de eisen op die aan de opleider en aan het opleidingsziekenhuis werden gesteld, zorgde voor de toelating van en controle op de opleidingsziekenhuizen en bepaalde het aantal op te leiden arts-assistenten (aios¹). De formele legitimering van dit systeem werd gevonden in organen verbonden aan de KNMG. Het Centraal College Medische Specialismen (CCMS) bekrachtigde de opleidingseisen en de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) zag toe op de uitvoering. Deze organen werden samengesteld vanuit de specialistische wereld met een aanzienlijke vertegenwoordiging van medisch specialisten uit de UMC's.

Voor ziekenhuizen, verzekeraars en overheid was hooguit een adviserende

¹ Artsen in opleiding tot (medisch) specialist

rol weggelegd. Dit alles resulteerde in een kwalitatief goed systeem van medisch specialistische opleidingen, dat echter ook gekenmerkt werd door aanzienlijke heterogeniteit in opleidingseisen en opleidingsvormen, onvoldoende aansluiting bij nieuwe ontwikkelingen in onderwijsland en zeer wisselende vormen van ‘man power planning’.

Van oudsher spelen de UMC's een belangrijke rol bij de opleiding tot medisch specialist. Feiten daarbij zijn:

- Van alle aios bevinden zich op elk moment 45% in de 8 UMC's en 55% in een veel groter aantal algemene ziekenhuizen. Er is dan ook een groot verschil in opleidingstaak tussen het kleinste UMC en grootste algemene ziekenhuis.
- De opleiders in de UMC's vervullen sleutelposities in opleidingsland. Zij zijn actief in de opleidingsorganen van de wetenschappelijke verenigingen (de zogenaamde ‘concilia’). Acht UMC-opleiders maken deel uit van het CCMS en ze fungeren veelal als ‘hoofdopleider’ wanneer sprake is van een opleidingssamenwerking van een UMC met een aantal algemene ziekenhuizen.
- De UMC's zijn de enige instellingen die een erkenning hebben voor alle of bijna alle medisch specialistische vervolgoedingen. Waar bijna geen algemeen ziekenhuis erkenning heeft voor meer dan 10 vervolgoedingen, heeft een UMC ongeveer 25 tot 30 erkenningen. Dit betekent dat de UMC's bij uitstek in staat zijn om opleiding- of discipline overstijgende activiteiten te ontwikkelen.
- In de opleiding tot medisch specialist is plaats ingeruimd voor wetenschappelijke vorming terwijl aios naast of in directe aansluiting op hun opleiding veelal een promotietraject ambiëren. In de UMC's vindt verreweg het grootste deel van het klinisch en preklinisch medisch wetenschappelijk onderzoek plaats. De UMC's nemen bij de wetenschappelijk aspecten van de opleiding dan ook een centrale plaats in.
- De ontwikkeling van nieuwe onderwijsvormen vindt voornamelijk in de UMC's plaats.

Het is dan ook vanzelfsprekend dat de UMC's zich actief opstellen in de discussies over en vormgeving van de modernisering van de opleiding

tot medisch specialist. Deze modernisering is het gevolg van een vijftal ontwikkelingen:

- **Inhoud:** noodzaak om de opleidingen zodanig aan te passen dat aan moderne onderwijskundige principes recht wordt gedaan en de vereiste competenties worden verworven. Deze aanpassing heeft ook gevolgen voor de bij- en nascholing die vanuit de UMC's wordt aangeboden.
- **Planning:** noodzaak om de opleidingen zo te organiseren dat voldoende medisch specialisten worden opgeleid en dat daarbij de aanwezige opleidingscapaciteit optimaal wordt benut.
- **Samenhang:** noodzaak om de opleidingen zo vorm te geven dat zowel verticale (met opleiding tot arts) als horizontale (superspecialisaties binnen vakgebied) samenhang is gewaarborgd.
- **Vernieuwing:** noodzaak om na te gaan of de traditionele verdeling tussen en binnen het medisch en niet-medisch domein nog geldig is en om experimenten met vormen van substitutie tussen medische beroepen en andere zorgprofessionals te bevorderen.
- **Financiering:** noodzaak om de financiering van de opleidingen buiten het DBC systeem te plaatsen en een eenduidig, op opleidingsprestaties gebaseerd systeem van bekostiging te ontwikkelen.

Inmiddels zijn deze ontwikkelingen onderkend en hebben verschillende werkgroepen en commissies zich met onderdelen ervan beziggehouden. Te noemen zijn van de zijde van de overheid de commissies Meyboom², LeGrand³ en de Stuurgroep MOBG⁴, van de zijde van NFU, Orde, NVZ en ZN het zogenaamde BOLS-plus⁵ overleg in een aantal samenstellingen en van de zijde van de KNMG het Centraal College en werkgroepen daarvan. Deze bestuurlijke drukte illustreert twee zaken. Ten eerste bevestigt het dat zich op dit moment erg veel partijen en organisaties bemoeien met en verantwoordelijk zijn voor het opleiden van medisch specialisten.

² Het project toekomstverkenning medisch opleidingscontinuüm, uitmondend in het rapport 'De arts van straks'.

³ De Commissie implementatie opleidingscontinuüm en taakherschikking, uitmondend in het rapport 'De zorg van morgen, flexibiliteit en samenhang.'

⁴ Modernisering Opleidingen en Beroepsuitoefening in de Gezondheidszorg

⁵ Bestuurlijk Overleg lichte structuur

Ten tweede lijken al deze partijen en organisaties zich te realiseren dat verandering dringend nodig is. Daarmee is de uitdaging aangegeven: een grote verandering realiseren in aanwezigheid van veel belanghebbenden. De NFU wil met anderen deze uitdaging graag aannemen.

Voor de NFU gelden de volgende uitgangspunten voor de modernisering van de medisch specialistische vervolgopleidingen:

- Er dient een nieuwe indeling in verantwoordelijkheden te komen waarbij de ‘verticale’ benadering (elke wetenschappelijke vereniging is verantwoordelijk voor de inhoud van de eigen opleiding) wordt aangevuld met een ‘horizontale’ benadering (planning, uitvoering, financiering en bepaalde aspecten van de inhoud worden disciplineoverstijgend vastgesteld en geregeld). Hiervoor wordt een nieuwe structuur ontworpen die zoveel mogelijk uitgaat van bestaande organen maar tevens vereenvoudiging van overleg en verantwoordelijkheden nastreeft.
- Samenhang krijgt hoge prioriteit. Dit betreft de samenhang tussen de opleidingen onderling, tussen de vervolgopleidingen en de studie tot arts en tussen opleiding en wetenschap. Hiervoor is een organisatievorm nodig die deze samenhang structuur kan geven. Daarvoor is de regionale benadering het meest geëigend en wordt voortgebouwd op het bestaande netwerk waarover bij de initiële opleiding werd gesproken: de onderwijs- en opleidingsregio’s, OOR’s.

2.3 SAMENHANGENDE VISIE OP DE MEDISCHE ONDERWIJS EN OPLEIDINGSREGIO (OOR).

Uit deze beschrijving van de ontwikkelingen in het initiële medisch onderwijs en de medisch specialistische vervolgopleidingen volgt een duidelijke visie op de ‘medische’ OOR. In een OOR werkt een UMC samen met een aantal partnerziekenhuizen en andere academische werkplaatsen ten behoeve van de capaciteitsplanning, de inhoudelijke afstemming, de wetenschappelijke vorming en het disciplineoverstijgende onderwijs aan studenten geneeskunde en aios. Deze vorm van regionale samenwerking en afstemming garandeert optimalisatie van onderwijs en opleiding door gestructureerd om te gaan met twee tegengestelde maar complementaire fenomenen: spreiding en concentratie.

2

Spreiding is nodig om minstens twee redenen:

- 1 Het kunnen aanbieden van een gevarieerde patiëntenmix en een variëteit aan werksituaties;
- 2 Het goed kunnen benutten van de in Nederland aanwezige en noodzakelijke capaciteit voor initieel en medisch-specialistisch onderwijs.

Concentratie is nodig om minstens drie redenen:

- 1 Het kunnen aanbieden van discipline- en/of ziekenhuisoverstijgend onderwijs dat een beroep doet op bijzondere deskundigheid en hoogwaardige infrastructurele voorzieningen;
- 2 Het goed kunnen vormgeven van de wetenschappelijke aspecten van de opleiding tot arts en medisch specialist.
- 3 Het garanderen van de samenhang en continuïteit tussen initiële en vervolgopleidingen en tussen vervolgopleidingen onderling.

De OOR met zijn gestructureerde vorm van overleg, afstemming en planning is daarvoor bij uitstek de geschikte organisatorische vorm. Alvorens dit verder uit te werken wordt aandacht geschonken aan nieuwe ontwikkelingen rond onderwijs en opleiding die zich in de UMC's voltrekken.





3.1 VAARDIGHEIDSONDERWIJS

Voor het verwerven van competenties vormen skillslabtrainingen en simulatielaboratoria, zowel in de geneeskundeopleiding als tijdens de medische specialisatie, een belangrijke (tussen)fase in het leerproces. Deze trainingen bieden immers de mogelijkheid om meer of minder complexe vaardigheden, variërend van het toedienen van injecties tot laparoscopische ingrepen, te oefenen voorafgaand aan de eerste toepassing bij patiënten. Deze worden op die manier niet onnodig belast en de jonge dokters kunnen met meer vertrouwen ‘de echte patiëntenzorgpraktijk’ in. Het is daarom van belang dat het oefenen in een skillslab ‘just in time’ plaats vindt: vrijwel direct voorafgaand aan de fase van ‘bedside-teaching’ met patiëntencontact. Belangrijk is eveneens dat het leerproces zich voltrekt in een contextgebonden leeromgeving dat wil zeggen een zo natuurgetrouw mogelijke nabootsing van de werkelijkheid. Dat geldt ook voor het oefenen met simulatiepatiënten. De UMC’s hebben recentelijk steeds meer oefenpoppen en andere simulatoren aangeschaft waarmee real life patiëntencontacten worden nagebootst. Tevens hebben zij een netwerk van simulatiepatiënten opgebouwd. Door de trainingen interdisciplinair te maken worden bijvoorbeeld artsen, aios, verpleegkundigen en studenten van verschillende soorten opleidingen goed voorbereid op reële samenwerkingsverbanden in de zorgpraktijk.

De infrastructurele skillslabvoorzieningen waarover de UMC’s beschikken of waarvoor bouwplannen bestaan, zijn afgestemd op de vernieuwde opleidingseisen. Immers, de behoefte om in een oefensituatie vaardigheden aan te leren is sterk toegenomen. Een skillslab biedt niet alleen extra praktijkruimtes maar ook de mogelijkheid om vaardigheden aan te leren waarbij specifieke eisen worden gesteld aan de omgeving. Zo beschikken enkele UMC’s over driedimensionale anatomiemodule’s en een simulatieoperatiekamer met hightech simulatoren waar artsen in opleiding (endoscopische) chirurgische vaardigheden kunnen aanleren. Verder zijn er ruimtes met uitgebreide cameravoorzieningen. Daar worden bijvoorbeeld reanimatievaardigheden geoefend op een computergestuurd fantoom, waarbij het effect van de protocollaire handelingen op de ‘vitale functies’ van het fantoom zichtbaar wordt. De camera’s maken tevens

mogelijk om de communicatie te trainen tussen de leden van een medisch team tijdens een stressvolle situatie als een reanimatie.

De veelal hypermoderne skillslabs van de UMC's bestaan uit een groot aantal multifunctionele praktijkruimtes die elk beschikken over een aantal basisvoorzieningen. Bij sommige zijn de ruimtes zo ingericht dat ze eenvoudig omgebouwd kunnen worden tot nieuwe leer- werksituaties. Zo verandert een verpleegeenheid in een handomdraai in een tutorkamer en een snijkamer in een studio voor communicatietrainingen. Voor het nabootsen van de levensechte situaties wordt gebruik gemaakt van 'up-to-date' apparatuur, lotuspatiënten en computergestuurde poppen. Initiatieven om te komen tot virtual reality-trainingen en uitbouw van e-learningprogramma's zijn inmiddels genomen.

3.2 CURSORISCH ONDERWIJS IN DE MEDISCH SPECIALISTISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

Het CCMS heeft de kerncompetenties van de medisch specialist onderverdeeld in zeven competentiegebieden: medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit. Daarbij kan onderscheid worden gemaakt in disciplinegebonden en meer algemene, disciplineoverstijgende aspecten, waarbij veel onderwerpen op hun beurt weer onder verschillende competentiegebieden kunnen worden gerubriceerd. 'Dossiervoering' bijvoorbeeld kan worden gerekend tot communicatie en organisatie, 'consultatieve vaardigheden' en 'medisch ethische casuïstiek' vallen onder medisch handelen en professionaliteit. Bij de UMC's heeft dit geleid tot de ontwikkeling van een variëteit aan cursussen die aan alle aankomend specialisten in de regio worden aangeboden: concentratie van deskundigheid en infrastructuur. Veelal worden de cursussen gegeven door vakdocenten op het betreffende gebied in samenwerking met (senior)clinici, teneinde de brug te slaan naar de klinische praktijk.

Enkele voorbeelden ter illustratie:

- Evidence Based Medicine van het Dutch Cochrane Centre
- 'Communicatie en attitude' met onderwerpen als omgaan met agressie,

- reflectie, conflicthantering en presentatie van klachten in allochtone cultuur.
- Patiëntveiligheid, waarbij onder meer de WGBO aan de orde komt, medisch-ethische casuïstiek, gezondheidsrecht, tuchtrecht en medisch strafrecht.
 - ‘Management’ met onderwerpen als organisatie en financiering in de gezondheidszorg, dossiervoering en omgaan met het elektronisch patiëntendossier en taakafbakening van professionals in de gezondheidszorg.
 - ‘Good manufacturing practice’, deze cursus geeft inzicht in regelgeving, gebaseerd op Nederlandse en Europese richtlijnen, bij het produceren van geneesmiddelen en de toepassing van deze regelgeving op het ontwikkelen van nieuwe medicijnen.

De relevantie van de afzonderlijke cursussen voor de diverse specialismen zal verschillen. De opleider bepaalt of het volgen van de cursussen wenselijk of verplicht is voor de betreffende opleiding of aios.

Tenslotte zij opgemerkt dat deze cursorische activiteiten ten behoeve van de medisch specialistische vervolgopleidingen nauw aansluiten bij en soms overgaan in de vormen van bij- en nascholing die vanuit de UMC’s worden georganiseerd. Voor de vormgeving daarvan kan dan ook ten dele bij de OOR-vorming worden aangesloten. Daarmee ontstaat tevens een krachtig vehikel om zorginnovaties te vertalen naar toepassingen in de dagelijkse zorgpraktijk.

3.3 ONDERWIJSPROFESSIONALISERING

De modernisering van de opleidingen komt veelal tot stand in de UMC’s. Net als in de geneeskunde is ook in de onderwijskunde het principe van ‘Evidence Based’ volop in ontwikkeling. De UMC’s, in het bijzonder de onderwijsinstututen, doen onderzoek naar nieuwe onderwijs- en leermethoden, evalueren de resultaten en geven hiermee input aan curriculumherzieningen, implementatietechnieken en toetsingsmethoden.

Deze onderwijsprofessionalisering heeft gevolgen voor de rol van de opleiders c.q. docenten en supervisors en maakt een proces van docentprofessionalisering noodzakelijk. Dat geldt in het bijzonder voor de nieuwe rol die iedere docent heeft in het kader van het competentiegericht opleiden. Zowel het ontwikkelen, als het voorbereiden, uitvoeren en evalueren krijgt een geheel nieuwe dimensie.

Het begeleiden en coachen, doelgericht feedback geven en laten zien van goed voorbeeldgedrag zijn cruciaal, vooral bij de instructie en begeleiding bij het aanleren en trainen van nieuwe, vaak complexe, specialistische skills. Alle UMC's bieden de mogelijkheid om onder deskundige begeleiding te oefenen in een skillslab. Eveneens zijn cursussen ontwikkeld voor toepassen van toets-, beoordelings- en ontwikkelinstrumenten als kort klinische beoordelingen (kkb's) en portfolio.

3.4 NAAR EEN VIRTUEEL NATIONAAL TRAININGSCENTRUM EN OPLEIDINGSINSTITUUT

Recent is een inventarisatie bij de UMC's gehouden van de beschikbare infrastructuur waarmee het complete landelijke aanbod skillstrainingen en andere voorzieningen in kaart is gebracht. De gezamenlijke infrastructuur van de acht UMC's, inclusief de voorzieningen voor bijvoorbeeld anatomisch onderwijs (zoals snijzaal, proefdiercentrum), vormt de basis voor een virtueel landelijk trainingscentrum. Door het creëren van een (virtuele) centrale entree krijgen andere instellingen en wetenschappelijke verenigingen toegang tot deze faciliteiten, zodat verdunning en kapitaalvernietiging vanuit het 'me too' principe kan worden voorkomen. Nederland kan zo, regionaal maar ook nationaal beschikken over een hoogwaardig trainingscentrum voor artsen, vervolgopleidingen alsmede na- en bijscholing zonder dat daarvoor veel extra kosten voor infrastructuur of personeel hoeven te worden gemaakt.

Naast de eerder genoemde cursussen leent een virtueel landelijk opleidingsinstituut zich eveneens goed voor toegang tot overig (disciplineoverstijgend) cursorisch onderwijs, zoals communicatieve vaardigheden, samenwerking, ethiek en reflectie. Hierdoor kan ook voor bij- en nascholing door de acht UMC's in een landelijke dekking worden voorzien. Tot slot dient de digitale bibliotheek niet onbenoemd te blijven. Actuele informatie kan via een breedbandverbinding op meerdere plekken beschikbaar worden gemaakt. Ook op dit terrein biedt samenwerking in OOR-verband voordelen.





4 | Bestuurlijke inrichting van de OOR

De medische OOR is de organisatiestructuur waarin landelijk vastgestelde kaders over de inhoud en planning van de medische opleidingen vertaald worden naar concrete activiteiten op het niveau van de ziekenhuizen. Gezien de eerder geschetste centrale rol en verantwoordelijkheden van de UMC's in zowel de initiële medische opleiding als de medisch-specialistische vervolgoopleidingen ligt het voor de hand dat de coördinatie van de OOR in handen van een UMC wordt gelegd. Zij zijn overal verreweg de grootste en meest gevarieerde onderwijs- en opleidingsinstituten, zij beschikken over een uitgebreide infrastructuur voor ziekenhuis- en/of discipline overstijgende activiteiten, zij maken de verbinding met de wetenschappelijke vorming en onderwijskundige inbedding en zij dragen verantwoordelijkheid voor zowel de initiële als vervolgoopleidingen. In alle OOR's heeft de centrale en coördinerende rol van de UMC's dan ook vorm gekregen.

De algemene ziekenhuizen in de medische OOR zijn heterogeen van aard. Er bevinden zich grote en kleinere algemene ziekenhuizen onder die al gedurende vele jaren bijdragen aan het onderwijs aan studenten en waar medisch specialistische vervolgoopleidingen traditie zijn. Andere ziekenhuizen zijn pas recent daarmee gestart en sommige ziekenhuizen kennen wel studenten geneeskunde maar geen aios. Door deze heterogeniteit zijn de belangen van de deelnemers in de OOR niet gelijklopend. Deze belangen worden bovendien mede bepaald door de hoogte van de financiële vergoedingen die met het geven van onderwijs aan studenten en het deelnemen aan een opleiding tot medisch specialist gemoeid zijn. De bestuurlijke inrichting van de OOR dient aan deze verschillen in belangen in voldoende mate recht te doen.

De bestuurlijke inrichting van de OOR's is momenteel divers en hangt samen met grootte, samenstelling en cultuur binnen een OOR. Van oorsprong kennen de samenwerkingsafspraken met de partnerziekenhuizen een bilateraal karakter. Daarnaast heeft zich in meer of mindere mate een collectief overleg ontwikkeld. In dergelijk overleg blijkt de OOR een goed vehikel om het verdelingsvraagstuk binnen de regio te agenderen, om de kwalitatieve ontwikkelingen door te voeren en om optimaal gebruik te maken van de bestaande infrastructuur voor ziekenhuis en/of discipline

overstijgende activiteiten. Daarbij sluiten bilaterale contacten en collectief overleg elkaar overigens niet uit.

Een uniforme bestuurlijke inrichting van de OOR is niet noodzakelijk mits bepaalde procedures en bepaalde instrumenten overal worden toegepast. Voor de procedures gelden de volgende afspraken:

- 1 De partnerziekenhuizen in een OOR komen twee keer per jaar op het niveau van de Raden van Bestuur bijeen. Deze bijeenkomst wordt voorbereid en voorgezeten door een lid van de Raad van Bestuur van het UMC.
- 2 Op de agenda van dit plenair OOR-overleg staan in elk geval: de voortgang van de invulling van het vigerende regionale medische capaciteitsplan, de opstelling van het regionale medische capaciteitsplan voor het komende jaar, arbeidsvoorwaardelijke knelpunten, inhoudelijke ontwikkelingen en innovatie.
- 3 Ten behoeve van de dagelijkse afstemming en ter voorbereiding van het plenair OOR-overleg kunnen werkgroepen met deeltaken worden ingesteld, bijvoorbeeld voor kwaliteitsbeleid, logistiek en innovatie.
- 4 Er is regelmatig operationeel overleg tussen het UMC en de onderwijs/ opleidingscoördinatoren van de ziekenhuizen, collectief dan wel bilateraal.

Voor een goede werkwijze gebruikt de OOR in elk geval de volgende instrumenten:

- 1 Een landelijk format voor een regionaal verdelingsplan van plaatsen voor studenten en aios (regionaal medisch capaciteitsplan).
- 2 Een set van criteria die wordt gehanteerd bij besluitvorming over de verdeling van onderwijs- en opleidingsplaatsen over de ziekenhuizen in geval van uitbreiding of krimp.
- 3 Een jaarplan voor de inhoudelijke en innovatieve ontwikkelingen in een OOR.





De OOR fungeert als bestuurlijk scharnierpunt tussen de UMC's, ziekenhuizen en andere opleidingsplekken enerzijds en de op nationaal niveau vastgestelde kaders anderzijds. Voor het vaststellen van deze landelijke kaders zijn nu een aantal organen en structuren verantwoordelijk. Het is nodig daarin nadere ordening aan te brengen. De visie van de UMC's daarop wordt hier weergegeven.

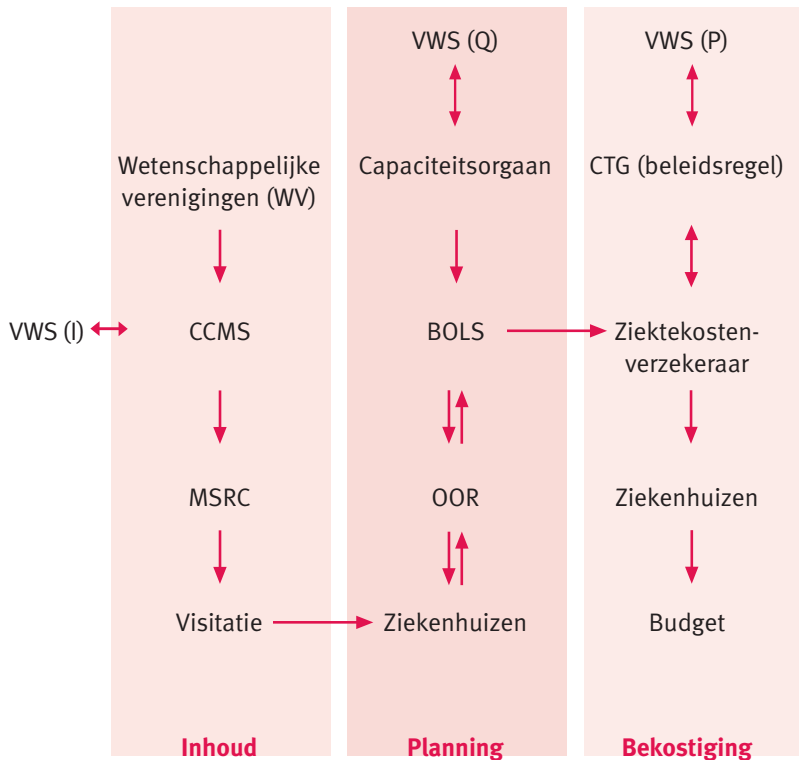
Voor de initiële artsopleiding ligt de verantwoordelijkheid voor de inhoud, de capaciteit en de bekostiging primair in de as 'ministerie van OCW, universiteiten en UMC's'. Inhoudelijk wordt landelijke afstemming bereikt door het voorbereiden en vaststellen van de nationale eindtermen, voor de capaciteit wordt de door het ministerie vastgestelde numerus fixus in overleg binnen de NFU en de VSNU over de acht UMC's verdeeld. Er is geen reden in dit overzichtelijke en efficiënte systeem wijzigingen aan te brengen. Mocht zich een nieuwe aanbieder voordoen, dan is daarop een landelijk erkenningstraject (NVAO⁶) van toepassing en moet het ministerie van OCW een besluit over de financiering en bekostiging nemen. Toelating van nieuwe opleidingen tot arts is gezien de beschikbare capaciteit overigens op dit moment niet aan de orde.

⁶ Nederlands-Vlaamse Accreditatieorganisatie

5

Voor de medisch-specialistische vervolgoopleidingen ligt het landelijke traject van erkenning, planning en bekostiging aanzienlijk ingewikkelder. In hoofdlijnen kunnen daarin drie ‘kolommen’ worden herkend die in figuur 1 zijn aangegeven.

Stroomschema voor de medisch specialistische vervolgoopleiding: thans



Figuur 1

Kolom 1 betreft het vaststellen van de inhoud van de opleiding. Dit resulteert in de eisen waaraan de opleiding, de opleider en de opleidingsinstelling moeten voldoen en in visitaties die leiden tot de erkenning daarvan. Deze activiteiten worden voorbereid door de wetenschappelijke verenigingen en zijn bestuurlijk ondergebracht bij Zelfstandige Bestuursorganen (ZBO's) binnen de KNMG, te weten het CCMS en de MSRC. In de samenstelling daarvan zijn de wetenschappelijke verenigingen en beroepsbeoefenaren, onder andere via de UMC's, dominant.

Kolom 2 betreft de capaciteit van de opleidingen en de toebedeling daarvan

aan de OOR's en de ziekenhuizen daarin. Hier wordt een belangrijke rol gespeeld door het landelijke overleg tussen UMC's, ziekenhuizen, medisch specialisten en zorgverzekeraars. Dit overleg vindt plaats in het Capaciteitsorgaan (CO) dat per specialisme landelijke ramingen van de benodigde instroom vaststelt en het zogenaamde BOLS overleg, waarin deze landelijke ramingen worden vertaald in toewijzingen aan de OOR's. Deze toewijzingen komen tot stand in een interactief proces met de OOR's.

Kolom 1 leidt tot een overzicht welke ziekenhuizen in een OOR welke opleidingen hebben, kolom 2 leidt tot een overzicht van de opleidingsruimte die in de OOR aanwezig is. Het is aan de OOR deze kaders te vertalen naar concrete toewijzingen van capaciteit aan ziekenhuizen. De uiteindelijke financiering daarvan wordt geregeld in kolom 3 in de vorm van concrete budgetuitbreidingen die door elk individueel ziekenhuis met de zorgverzekeraars wordt afgesproken binnen daartoe door het CTG opgestelde beleidsregels. Er is op dit moment geen centrale, uniforme manier van financiering afgesproken.

Het beschreven systeem voldoet in algemene termen goed. De kwaliteit van de opleidingen is goed, voor veel specialismen wordt geleidelijk de afgesproken capaciteit gerealiseerd en de financiering wordt met de nieuwe beleidsregels overzichtelijker. Toch zijn er ook problemen. Deze zijn als volgt samen te vatten:

- Kolom 1: Te veel heterogeniteit in opleidingseisen, te gering potentieel voor vernieuwing en te weinig inmenging van de opleidingsinstellingen. Overigens heeft met name het CCMS daarin belangrijke voortgang geboekt en wordt door de impulsen van de MOBG verdere modernisering verwacht.
- Kolom 2: Het CO raamt te frequent en te precies waardoor voortdurend aanpassingen nodig zijn en geen stabiel instroombeleid wordt bereikt. De diverse BOLS overleggen hebben geen formele status en de besluiten daar genomen missen kracht van wet.
- Kolom 3: Bekostiging van opleidingscapaciteit vindt niet op uniforme wijze plaats, is onzeker en hangt op ondoorzichtige wijze samen met andere onderhandelingen over het budget. Dit bemoeilijkt discussies

over de verdeling van de capaciteit en leidt zonder aanpassing tot verstoring van de werking van het DBC systeem.

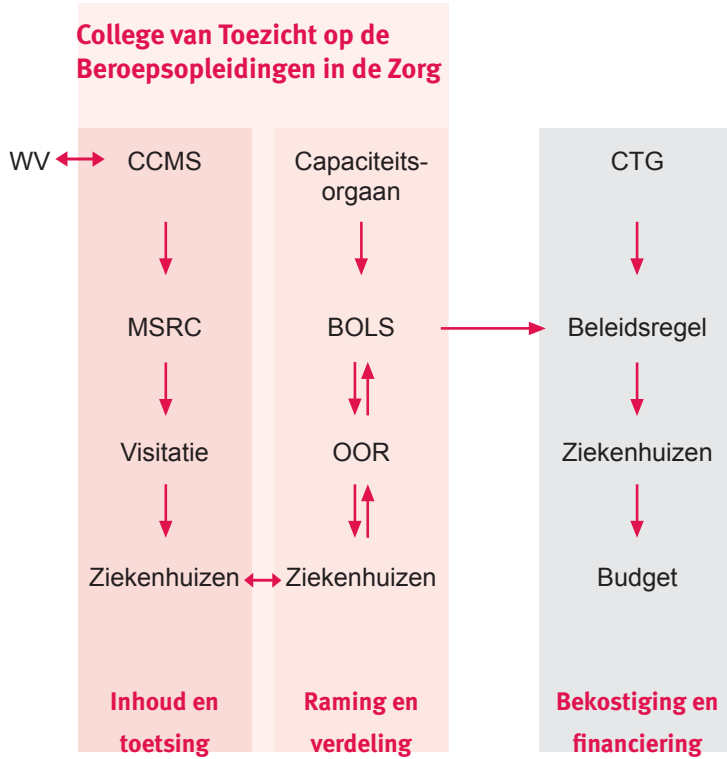
- Algemeen: de inbreng van het ministerie van VWS is diffuus en strookt niet meer met ‘afstand’ die de overheid nastreeft.

Conclusie: het huidige drie-kolommen-systeem van landelijke coördinatie en aansturing is bruikbaar maar heeft onderhoud. Daarvoor hebben de UMC's de volgende voorstellen:

- 1 In kolom 1 wordt een grotere positie ingeruimd voor de UMC's en opleidingsziekenhuizen.
- 2 In kolom 2 wordt de positie van het BOLS overleg en de OOR's formeel verankerd.
- 3 In kolom 3 worden de lokale afspraken via beleidsregels vervangen door een landelijk bekostigingssysteem. Dit heeft vooralsnog de vorm van een landelijke beleidsregel (prijs per aios). Het betreft hier dus vooral uitvoering ten dienste van in kolom 2 gemaakte afspraken. In 2006 wordt de discussie over een eventuele andere wijze van bekostiging gevoerd.

Dit verbeterde drie-kolommen-systeem heeft als grote voordeel dat bestaande en goed functionerende structuren en organen worden gehandhaafd en reeds aanwezige know-how en ervaring wordt benut. Waar nodig wordt hun samenstelling aangepast en de taakopdracht en bijbehorende verantwoordelijkheid verhelderd. Op deze wijze wordt de ‘oplossingscreativiteit’ van alle betrokkenen maximaal benut. Dit neemt de noodzaak van een zwaar opgetuigd, centralistisch opererend en alles in zich verenigend ‘College’ of ‘Opleidingsorgaan’ weg. De UMC's zien wel het nut van een overkoepelend orgaan dat vooral zal opereren als ‘toezichthouder’ op het goed functioneren van het systeem. Bemoeienis met de feitelijke gang van zaken rond inhoud, planning en betaling moet tot een minimum worden beperkt. Dit ‘College van Toezicht op de Beroepsopleidingen in de Zorg’ (CvTBZ) dient instrumenten te krijgen die adequaat toezicht op kwaliteit, innovatie en samenhang mogelijk maken. In figuur 2 is het voorstel voor landelijke coördinatie zichtbaar gemaakt.

Stroomschema voor de medisch specialistische vervolgopleiding: toekomst

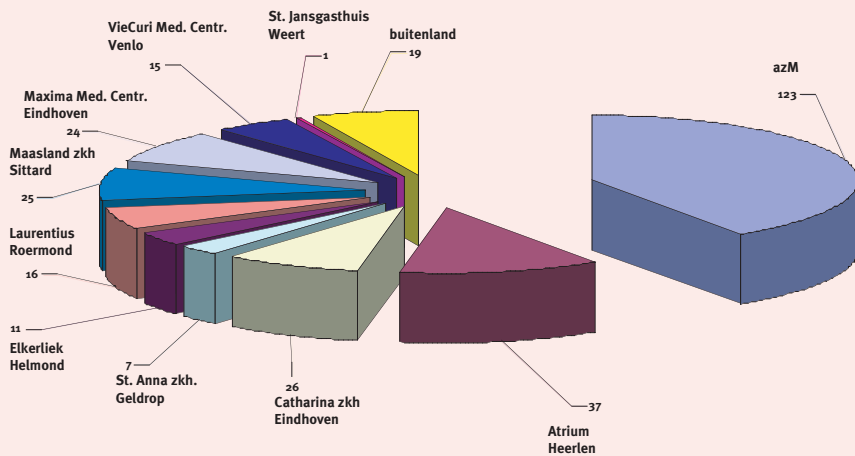


Figuur 2

VOORBEELD VAN EEN REGIONALE VERDELING: CO-SCHAPPEN EN AIOS RONDOM HET AZM/UM

Intramurale Co-schappen 2005 jaarplaatsen * (totaal 304)
inclusief voor- / naweken en terugkomdagen

*jaarplaats is 50 weken onderwijs per co-schap



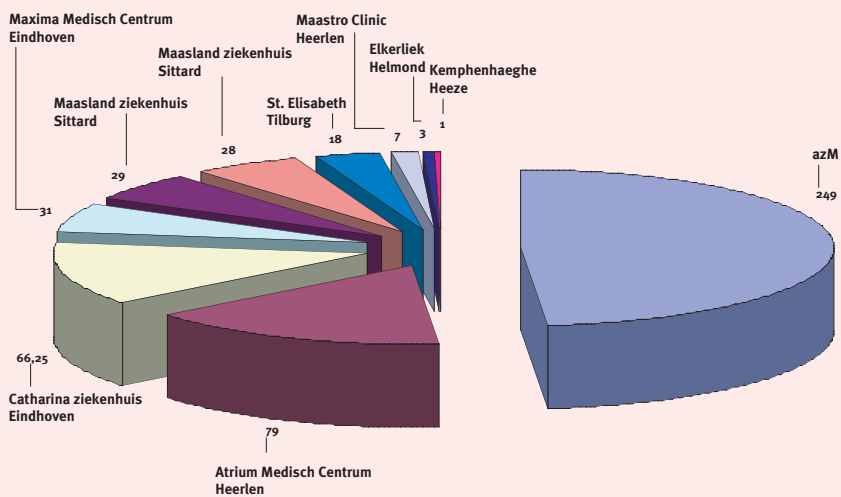
Stand van zaken september 2005

OIF dG / BO

wijzigingen voorbehouden

EH
05.10.05

Totale aios-capaciteit per affiliatieziekenhuis 2005
(511,25 aios)



EH
05.10.05

6.1 INITIËLE OPLEIDING GENEESKUNDE

In bijlage 1 is met behulp van een landkaart zichtbaar gemaakt welke UMC's met welke ziekenhuizen samenwerken ten behoeve van de initiële opleiding. Uiteraard is hier sprake van een momentopname. Uit de kaart blijkt dat vrijwel alle ziekenhuizen leerplaatsen bieden voor de geneeskundeopleiding. Veruit de meeste hebben een uniek samenwerkingsverband met één UMC. Slechts vijftien ziekenhuizen werken samen met twee UMC's en één met drie UMC's. Verder maakt de kaart zichtbaar dat slechts een enkel ziekenhuis niet participeert in de initiële opleiding. Hoewel de grenzen tussen de OOR's voor het initiële geneeskunde onderwijs niet overal haarscherp zijn te trekken, zijn de regio's duidelijk herkenbaar. Gezien lokale omstandigheden en historie is het niet nodig een volstrekte één-op-één situatie te bereiken. Afgesproken is de laatste stappen in die richting geleidelijk te zetten.

6.2 MEDISCH SPECIALISTISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

Het databestand (bijlage 2) geeft een indruk van de samenwerkingsrelaties bij de medisch specialistische vervolgopleidingen. Dit overzicht laat zien dat op **specialismenniveau** in veruit de meeste gevallen unieke samenwerkingsrelaties bestaan met één UMC. Slechts bij zeven specialismen wordt met twee UMC's samen gewerkt.

Op **ziekenhuisniveau** heeft eveneens de meerderheid (29) een uniek samenwerkingsverband met één UMC. Achttien ziekenhuizen werken samen met twee UMC's, acht met drie UMC's, drie met vier UMC's en één met vijf. Daarbij moet worden vermeld dat vrijwel altijd één UMC 'dominant' is in de samenwerking. Voor een enkel specialisme wordt met een ander UMC gewerkt. Verder kan worden opgemerkt dat in 35 ziekenhuizen geen medisch specialisten worden opgeleid.

In het overzicht wordt zichtbaar dat voor vrijwel alle specialismen de opleiding zowel in een UMC als in een opleidingsziekenhuis plaatsvindt. Alleen de opleiding tot klinische geneticus vindt uitsluitend in een UMC plaats. Voor enkele specialismen is de opleiding soms uitsluitend in een

UMC, soms in een UMC en een opleidingsziekenhuis gelokaliseerd; zoals bijvoorbeeld bij neurochirurgie en nucleaire geneeskunde. Daarnaast zijn er nog enkele zelfstandige opleidingen, maar waar sprake is van onderlinge samenwerking maakt een UMC altijd deel uit van een opleidingscluster. Uitzondering daarop vormen één bilaterale samenwerking bij anesthesiologie en drie bilaterale samenwerkingen bij cardiologie. Waar een ziekenhuis samenwerkt met meer dan één UMC betreft dat in vrijwel alle gevallen een dubbele relatie ófwel voor de initiële opleiding ófwel voor de medisch specialistische vervolgopleiding. Slechts twee ziekenhuizen werken samen met twee UMC's voor zowel de initiële opleiding als voor de vervolgopleiding.

Samengevat laat de kaart zien dat de indeling in regio's bij de initiële opleiding ver gevorderd is. Bij de medisch specialistische vervolgopleidingen heeft de regiovorming eveneens goed vorm gekregen. Daar komt het echter vaker dan bij de initiële opleiding voor dat in een bepaalde regio een ziekenhuis naast de samenwerking met een 'hoofd-UMC' ook één of meer opleidingen verzorgt in samenwerking met één ander UMC. Verdergaande promiscuïteit is relatief zeldzaam. Op pagina 36 is een voorbeeld weergegeven van de verdeling van co-schappen en aios binnen een regio, in dit geval rondom het azM/Universiteit Maastricht. De figuren tonen dat het azM verreweg de meeste co-schappen en de meeste aios huisvest. Hoewel de exacte verdeling in de andere regio's anders is, komen de verhoudingen redelijk overeen. Door de OOR vorming is in de afgelopen jaren belangrijke voortgang gerealiseerd naar de vorming van een goed samenhangend regionaal aanbod van opleidingscapaciteit. Daarbij is niet nagestreefd goed lopende, vaak historisch bepaalde vormen van samenwerking abrupt te verbreken. Er is geen reden deze gedragslijn drastisch te wijzigen.

6.3 ACHT OOR's

Centraal in de OOR vorming staat de samenwerking van één UMC met partnerziekenhuizen. Juist deze combinatie zorgt voor optimale synergie tussen primair op zorg georiënteerde algemene ziekenhuizen van verschillende omvang en met verschillende patiëntmix met daarnaast ook

op onderwijs, opleiding, onderzoek en innovatie georiënteerde UMC's. Dit leidt tot de vorming van acht OOR's. Ook gezien de instroom van studenten in opleiding tot arts en aiOS in opleiding tot medisch specialist die in de komende tien jaren worden voorzien is er geen reden meer dan acht OOR's in te richten. Tenslotte blijkt uit de kaarten voor de initiële en vervolgoopleidingen dat hoewel de UMC's niet geheel gelijkmatig over Nederland verdeeld zijn, de huidige acht OOR's zich wel over het gehele land uitstrekken. In een aparte Brabant of Twente OOR (Brabant of Twente Medical School) worden de synergievoordelen niet bereikt terwijl de vorming daarvan evenmin nodig is om reden van capaciteit of regionale uitsluiting. De NFU adviseert dan ook ernstig tegen de vorming van meer dan acht OOR's. Dit laat overigens onverlet dat met andere universiteiten dan de acht met een UMC en met de hogescholen in Nederland goed kan worden samengewerkt bij de vormgeving van andere dan de medische opleidingen in de zorg.



De financiering van de medisch specialistische opleidingen is ingewikkeld. In de algemene ziekenhuizen werd tot voor enkele jaren de aios vooral betaald door de maatschap van de opleider; het ziekenhuis was relatieve buitenstaander in aanstelling, betaling en aansturing. Wel kreeg het ziekenhuis een budgetcomponent die geacht werd samen te hangen met de zogenaamde 'capaciteitskosten' die de aanwezigheid van de aios voor het ziekenhuis met zich meebracht. Voor de extra aios die sinds 1990 zijn aangesteld wordt een nieuwe beleidsregel toegepast waarin alleen het ziekenhuis kosten voor het opleiden (salaris en capaciteitskosten) aan het budget toegevoegd krijgt. Deze regel is niet in alle regio's en door alle verzekeraars op dezelfde wijze toegepast. Kosten samenhangend met het opleiden van medisch specialisten zijn nu dus te vinden in de honorarium lumpsum van de medisch specialisten, het ziekenhuis- en UMC-budget van voor 1990, het ziekenhuis- en UMC-budget na 1990 en voor de UMC's ook nog in de voor deze instellingen geldende academische budgetcomponent.

Was er alleen al door de complexiteit een reden de bekostiging en financiering van de vervolgopleiding tot medisch specialist aan te passen, dit is noodzakelijk geworden door de invoering van de DBC's. Versleuteling van opleidingskosten in de prijzen van de DBC's zou tot onaantoonbare verstoring leiden van de concurrentiepositie tussen ziekenhuizen met en ziekenhuizen zonder opleiding. Reeds in een vroeg stadium is afgesproken de opleidingen buiten het DBC-stelsel te plaatsen en daarvoor een aparte bekostiging en financiering te zoeken. Inmiddels wordt gedacht aan de vorming van een Opleidingsfonds, dat met premie- en/of belastingmiddelen wordt gevuld. In de overgang daar naartoe wordt gewerkt met een landelijk geldende beleidsregel.

Uit het Opleidingsfonds of via een beleidsregel worden aan de opleidingsinstelling op basis van feitelijk gegeven onderwijskosten vergoed in de vorm van salaris en opleidingskosten. Onder opleidingskosten worden verstaan de extra operationele kosten die de opleidingsinstelling heeft door de aanwezigheid van de assistent in opleiding. Voor de overgang van het oude naar het nieuwe systeem worden het budget en, waar dat van toepassing is, de honorarium lumpsum geschoond met een bedrag dat overeenkomt met de trekkingsrechten. Daarna loopt de opleidingsinstelling

7

risico over deze budgetcomponent, dat wil zeggen dat deze fluctueert met de geleverde prestatie.

De UMC's hebben in de zogenaamde academische component middelen die bestemd zijn voor de ziekenhuis- en disciplineoverstijgende opleidingsactiviteiten alsmede de daarna benodigde ontwikkelfunctie en infrastructuur voor de opleiding tot medisch specialist. Deze budgetcomponent blijft geoormerkt in de academische component aanwezig en is bedoeld voor de centrale onderdelen in de opleiding tot medisch specialist zoals beschreven in paragraaf 3. De hoogte wordt vastgesteld als het product van het aantal aios in de betreffende regio en een vast bedrag dat nader wordt vastgesteld.





De UMC's vormen de natuurlijke centra voor de medische OOR's. Het ligt voor de hand dat andere medische vervolgoopleidingen, zoals de sociale geneeskunde en de huisartsgeneeskunde en de tandheelkundige (vervolg)opleidingen aansluiten bij de OOR's. Voor het andere zorgonderwijs (verpleging, bètaberoepen (klinisch chemici, klinisch fysici en ziekenhuisapothekers), paramedici, OK-personeel, stralings- en laboratoriumpersoneel) gelden andere netwerken. Deze netwerken zijn gekoppeld aan de locaties van Hogescholen, ROC's en algemene ziekenhuizen en bestaan veelal uit een UMC met één Hogeschool, een of twee ROC's en enkele algemene ziekenhuizen. Rond de planning van stages en leerwerktrajecten (BBL) voor OK-opleidingen en verpleegkundige vervolgoopleidingen die verzorgd worden door een opleidingsinstituut (veelal verbonden aan een UMC), is in de loop der tijd intensieve samenwerking ontstaan. Voor innovatietrajecten en de ontwikkeling van mastersopleidingen bestaat vooral tussen UMC's en Hogescholen intensieve samenwerking, waarbij ook grotere algemene ziekenhuizen een aandeel leveren.

De netwerkstructuur van de samenwerking tussen zorg en onderwijs voor de niet-medische zorgberoepen is dus kleinschaliger en meer lokaal gebonden dan die voor de medische beroepen (HBO/MBO versus WO). Ook de arbeidsmarkt zit anders in elkaar. Verpleegkundigen uit Friesland, zo blijkt in de praktijk, gaan niet in Oost-Groningen of Drenthe werken en omgekeerd. De Arnhemse verpleegkundige wil wel naar Doetichem of Nijmegen, maar solliciteert niet in Eindhoven. Uit eerder onderzoek naar arbeidsmarktplanning is dan ook gebleken dat er specifieke arbeidsmarktregio's zijn met specifieke demografische kenmerken en capaciteitsvragen. Verder blijkt in de praktijk van het (zorg)beroepsonderwijs dat korte, directe lijnen tussen onderwijsinstelling en zorginstelling noodzakelijk zijn voor een adequate afstemming van theorie en praktijk, voor het verkrijgen van stageplaatsen en praktijkplaatsen, voor het innoveren van opleidingen en voor het ontwikkelen van nieuwe opleidingen/masters voor nieuwe functies in de zorg.

Om recht te doen aan de eigenheid van de niet-medische zorgopleidingen pleit de NFU voor lokale, dan wel subregionale netwerken. Qua

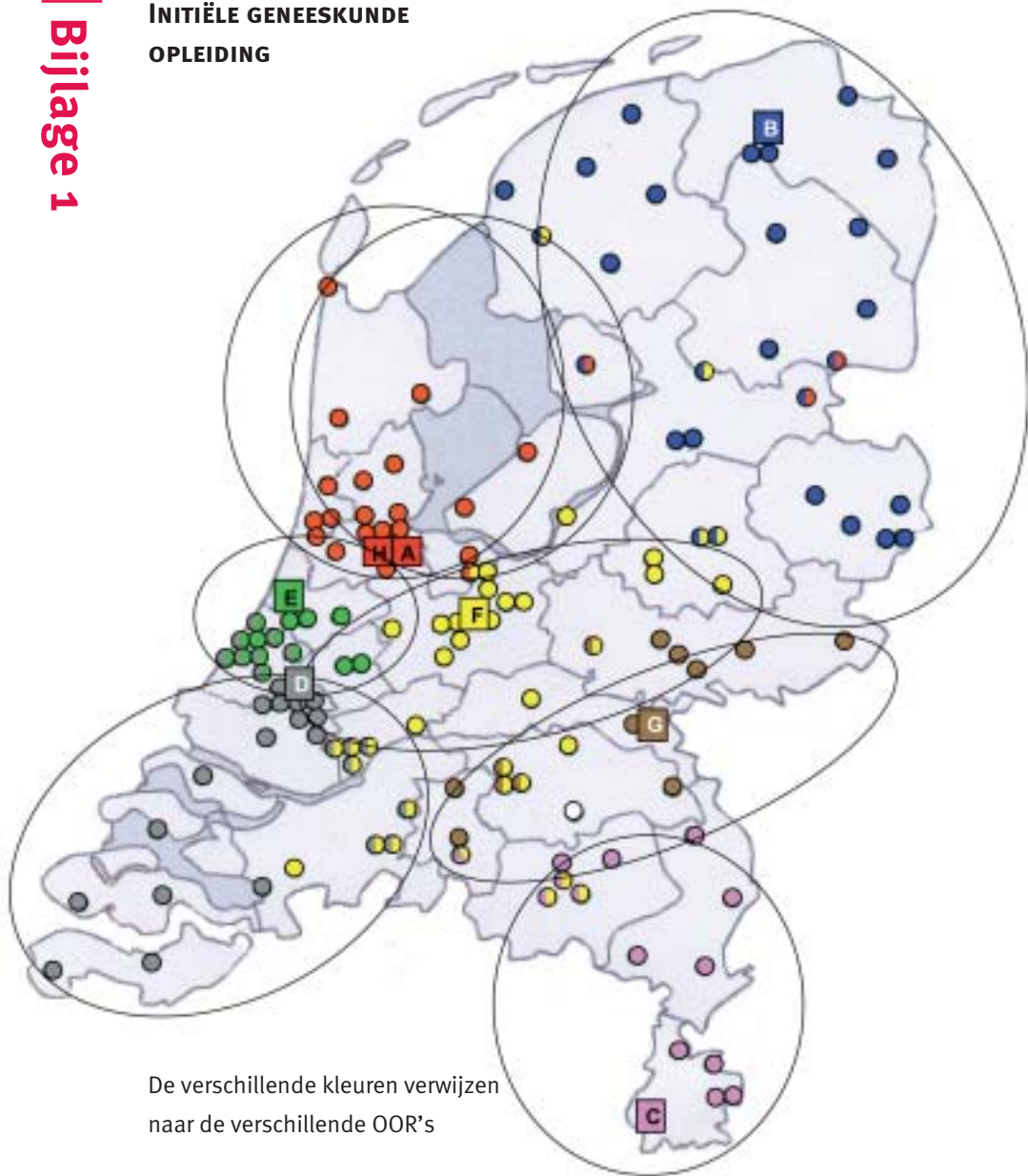
8

deelnemers en geografie hebben zij een wisselende samenstelling, maar bestaan vaak uit een UMC met een Hogeschool, omringende algemene ziekenhuizen en ROC's. Daarbinnen bestaat intensieve samenwerking gericht op een adequate voorziening (kwalitatief én kwantitatief) in de (zorg)personeelsbehoefte van de desbetreffende ziekenhuizen.

Het is wenselijk deze netwerken in te passen in de structuur van de medische OOR's zonder overlap daarmee na te streven. Zo ontstaan als het ware lokale OOR-satelliet-netwerken ten behoeve van andere zorgopleidingen. Het betreffende UMC fungeert binnen deze netwerken als linking pin en waarborgt zo coördinatie en coöperatie ten behoeve van de regionale capaciteits- en opleidingsplanning en voor de ontwikkeling en innovatie van opleidingen. De lokale netwerken leveren input voor die afspraken en hebben hun rol in de uitvoering ervan.



INITIËLE GENEESKUNDE
OPLEIDING



De verschillende kleuren verwijzen naar de verschillende OOR's

- academische ziekenhuizen (A t/m H)
- algemene ziekenhuizen
- globale OOR-grenzen

**Overzicht samenwerkingsverbanden
tbv medisch specialistische vervolgoopleidingen**

		Anest	Cardio	Thor.ch	Derma	Gyn/ver	Heelk	Interne	Kinder
Plaats	UMC								
A	Amsterdam	AMC	A	A	A	A	A	A	A
B	Groningen	UMCG	B	B	B	B	B	B	B
C	Maastricht	azM	C	C	C	C	C	C	C
D	Rotterdam	Erasmus MC	D	D	D	D	D	D	D
E	Leiden	LUMC	E	E	E	E	E	E	E
F	Utrecht	UMC Utrecht	F	F	(F)	F	F	F	F
G	Nijmegen	UMC St Radboud	G	G	G	G	G	G	G
H	Amsterdam	Vumc	H	H	H	H	H	H	H

	Plaats	Algemeen ziekenhuis							
1	Alkmaar	Medisch Centrum	H	A/H/m			A/H	H	H
2	Almelo	Ziekenhuisgroep Twente	B				F	B	
3	Almere	Flevoziekenhuis				A	A	A	
4	Amersfoort (+14)	Meander Medisch Centrum (Eemland)		k/F		F	F	F	
5	Amstelveen	Ziekenhuis Amstelveen							
6	Amsterdam	Antonie van Leeuwenhoek							
7	Amsterdam	BovenY							
8	Amsterdam	Lukas Andreas	H/E				A/H	A	H
9	Amsterdam	OLVG	A	m	x	A/H	A	A	A
10	Amsterdam	Slotervaart						H	A
11	Apeldoorn/Zutphen	Gelre Ziekenhuis	F				F	A	F
12	Arnhem (83,92)	Alysis Zorggroep (Rijnstate Zh)	G/F	G				G	G
13	Assen	Wilhelmina Ziekenhuis							
14	Baarn (=Afrt+ 4)	Meander Medisch Centrum (Molendael)				F		F	F
15	Bergen op Zoom	Ziekenhuis Lievensberg							
16	Beverwijk	Rode Kruis Ziekenhuis	H					H	A
17	Blaricum	Gooi Noord							A
18	Boxmeer	Pantein							
19	Breda	Amphia ziekenhuis	D					F	D
20	Capelle a/d Yssel	Ysselland Ziekenhuis						D	D
21	Delft	Reinier de Graaf Gasthuis	E				D/E	D	D
22	Delfzijl	Delfzicht Ziekenhuis							
23	Den Bosch	Jeroen Bosch Ziekenhuis		F		G		F	G
24	Den Haag	Bronovo-Nebo						E	E
25	Den Haag (ook 27)	Haga (Leyenburg)	E	E				E	E
26	Den Haag	Med. Centr. Haaglanden	k			E		E	E
27	Den Haag (ook 25)	Haga (Rode Kruis Zh & Juliana Kind.	E/k					E	E
28	Den Helder	Gemini							
29	Deventer	Stichting Deventer Ziekenhuizen	B	B				B	B
30	Dirksland	Van Weel - Bethesda Ziekenhuis							
31	Doetinchem	Slingeland Ziekenhuis							G
32	Dokkum	St.Chr. Zorgvoorziening Talma Sionsberg Zh.							
33	Dordrecht	Albert Schweitzer Ziekenhuis	D					A	D

**Overzicht samenwerkingsverbanden
tbv medisch specialistische vervolgoopleidingen**

		Anest	Cardio	Thor.ch	Derma	Gyn/ver	Heelk	Interne	Kinder	
	Plaats	UMC								
A	Amsterdam	AMC	A	A	A	A	A	A	A	
B	Groningen	UMCG	B	B	B	B	B	B	B	
C	Maastricht	azM	C	C	C	C	C	C	C	
D	Rotterdam	Erasmus MC	D	D	D	D	D	D	D	
E	Leiden	LUMC	E	E	E	E	E	E	E	
F	Utrecht	UMC Utrecht	F	F	(F)	F	F	F	F	
G	Nijmegen	UMC St Radboud	G	G	G	G	G	G	G	
H	Amsterdam	Vumc	H	H	H	H	H	H	H	

	Plaats	Algemeen ziekenhuis								
34	Drachten	Chr. Zh. Nij Smellinghe								
35	Ede	Gelderse Vallei	F					F		
36	Eindhoven	Catharina Ziekenhuis	C	l	x	D		C	C	F/C
37	Eindhoven (+82)	Maxima Medisch Centrum						G/C	C/G	
38	Emmen	Zorggroep Suydevelt, Scheper Zh.							B	
39	Enschede	Medisch Spectrum Twente	B	B/n	x		H	B	B	F
40	Geldrop	St. Anna Zorggroep								
41	Goes	Oosterscheldeziekenhuis								
42	Gorinchem	Rivas Zoegroep								
43	Gouda	Het Groene Hart Ziekenhuis					E	E	E	E
44	Groningen	Martini Ziekenhuis		B			B	B	B	B
45	Haarlem	Kennemer Ziekenhuis		H			H	H	H	A/H
46	Haarlem	Spaarne Ziekenhuis	H				A		H	A/H
47	Hardenberg	Saxenburgh Groep								
48	Harderwijk	St.Jansdal								
49	Heerenveen	Tjongerschans	B							
50	Heerlen	Atrium Medisch Centrum		C		C		C	C	C
51	Helmond	Elkerliek Ziekenhuis				C			C	
52	Hilversum	Ziekenhuis Hilversum				F		H	A	
53	Hoogeveen	Bethesda Ziekenhuis								
54	Hoorn	Westfries Gasthuis	H						A	
55	Leeuwarden	Zorggroep Noorderbreedte	B	B		B	B	B	B	B
56	Leiden	Diaconessenhuis								
57	Leiderdorp	Rijnland Ziekenhuis	E	E				E	E	
58	Lelystad	Ysselmeer Ziekenhuizen								
59	Meppel	Zorgcombinatie Noorderborg								
60	Nieuwegein	Antonius Ziekenhuis			x	F	F	F	F	F
61	Nijmegen	Canisius Wilhelmina Ziekenhuis	G	G		G		G	G	G
62	Purmerend	Waterlandziekenhuis								
63	Roermond	Laurentius Ziekenhuis								
64	Roosendaal	St. Franciscus Ziekenhuis	D					D	D	
65	Rotterdam	Havenziekenhuis	D						D	
66	Rotterdam	Ikazia	D					D	D	

**Overzicht samenwerkingsverbanden
tbv medisch specialistische vervolgopleidingen**

		Anest	Cardio	Thor.ch	Derma	Gyn/ver	Heelk	Interne	Kinder	
	Plaats	UMC								
A	Amsterdam	AMC	A	A	A	A	A	A	A	
B	Groningen	UMCG	B	B	B	B	B	B	B	
C	Maastricht	azM	C	C	C	C	C	C	C	
D	Rotterdam	Erasmus MC	D	D	D	D	D	D	D	
E	Leiden	LUMC	E	E	E	E	E	E	E	
F	Utrecht	UMC Utrecht	F	F	F	F	F	F	F	
G	Nijmegen	UMC St Radboud	G	G	G	G	G	G	G	
H	Amsterdam	Vumc	H	H	H	H	H	H	H	

	Plaats	Algemeen ziekenhuis							
67	Rotterdam	Med.Centr.Rijnmond Z.(Clara-&Zuid)	D	D				D	D
68	Rotterdam	Ruwaard van Putten (Spijkenisse)							
69	Rotterdam	St. Franciscus Gasthuis			D				
70	Rotterdam	Vlietland ziekenhuis (Schiedam)							
71	Sittard	Orbis Medisch en Zorgconcern (Maasland Zh)						C	C
72	Sneek	Antonius Ziekenhuis							
73	Stadskanaal	Refaja Ziekenhuis							
74	Terneuzen	Ziekenhuis Zeeuws Vlaanderen							
75	Tiel	Rivierenland							
76	Tilburg	St.Elisabeth Ziekenhuis	G					F	G
77	Tilburg	Tweestedenziekenhuis						F	F
78	Utrecht	Centraal Militair Hospitaal							
79	Utrecht (+91)	Diaconessenhuis	F					F	F
80	Utrecht	Mesos (Overvecht & Oudenrijn)							
81	Veghel	Ziekenhuis Bernhoven							
82	Veldhoven (+37)	Maxima Medisch Centrum		l				G/C	C/G
83	Velp (+12, 92)	Alysis Zorggroep (Ziekenhuis Velp)							G
84	Venlo	VieCurie Medisch Centrum			C			C	C
85	Vlissingen	Ziekenhuis Walcheren							
86	Weert	St.Jans Gasthuis							
87	Winschoten	St.Lucas Ziekenhuis							
88	Winterswijk	Streekziekenhuis Koningin Beatrix							
89	Woerden	Zorggroep Utrecht West (Hofpoort)							
90	Zaandam	De Heel Zaans Medisch Centrum						A	H
91	Zeist (+79)	Diakonessenhuis						F	F
92	Zevenaar (12,83)	Alysis Zorggroep							
93	Zoetermeer	Ziekenhuis 't Lange Land							G
94	Zwolle	Isala kliniek	B	n				A/B	B

x	zelfstandige opleidingen, geheel niet universitair, zonder ander samenwerkingsverband
k,l,m,n	UMC-onafhankelijke samenwerking

Kl.gen	Kl.geri	KNO	Long	MDL	M.micro	Neu.chi	Neurol	Nucl.g	Oogh.k	Ortho	Path.	Plast.ch	Psych eigen indeling	Radiol	Rad.the	Reuma	Reval eigen indeling	Urolog
A		A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
B		B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B	B
C		C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C		C
D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D	D
E		E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G	G
H		H	H	H	H	H	H	H	H	H/F	H	H		H	H	H	H	H

		D										D		x				x
												D						D
										C						C		
						F							x	x	F		x	F
G				x		x				D		x						
		H														(F)		
										C								
		G										G		G			x	
													A					
		H											(F)					
												G		G				
		B	x	B/F			B			B	B	x					x	B

COLOFON

Auteurs:

prof.dr. G.H. Blijham, voorzitter

mw. drs. M.A.P. Mens, senior beleidsmedewerker

Illustraties:

UMCG

UMC Utrecht

VUmc

Opmaak en druk:

Badoux drukkerij BV

Oktober 2005

Oudlaan 4 | Postbus 9696 | 3506 GR Utrecht | T +31 30 273 98 80 | F +31 30 273 95 32

