

Het specialismenlandschap 2035**Lezing bij de invitation van het Capaciteitsorgaan op 27 november 2023**

Als je zorg nodig hebt, dan kan je maar het beste in Nederland wonen.

Onze zorg is goed, en de levensverwachting stijgt al jaren.

Dat is mede het resultaat van vakinhoudelijke ontwikkelingen en de specialisatie binnen de geneeskunde.

Het aantal erkende vakgebieden is gestegen van 21 in 1931, bij de start van de specialistenregistratie, naar 47 nu. Snel voortgaande ontwikkelingen in kennis en technologie, en de trend om nieuwe routines vast te leggen in erkende en geregistreerde specialismen, stimuleren vooruitgang in een vakgebied en borgen de kwaliteit van de kennis en expertise. Dit is en blijft een noodzakelijke en goede ontwikkeling, maar er is ook een keerzijde.

De toenemende specialisatie gaat ervan uit dat de presentatie en behandeling van klachten en ziektebeelden binnen de afgebakende vakgebieden plaatsvindt.

Dat wordt versterkt door de inrichting en financiering van de zorg die zo zijn geregeld dat artsen gestimuleerd worden om alleen de klachten en aandoeningen in hun eigen vakgebied en superspecialisatie te behandelen en patiënten voor een andere klacht te verwijzen naar een ander specialisme, ook al is dat voor de complexiteit van de klacht niet altijd nodig.

Dat leidt tot meer zorg en meer kosten, en het levert niet of nauwelijks een extra bijdrage aan volksgezondheid.

Bovendien sluit het niet aan bij de huidige ontwikkelingen in de maatschappij en de zorgvraag en ik zal een paar van die ontwikkelingen noemen, de minister en de heer Levi refereerden hier ook al aan:

- Steeds meer mensen hebben meerdere aandoeningen;
Naar verwachting zal het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen in 2040 met 25% gestegen zijn. De groeiende zorgvraag en de multimorbiditeit is mede het gevolg van leefstijl en het toenemend aandeel ouderen in de populatie. In het huidige systeem met toenemende specialisatie leidt de stijging in multimorbiditeit tot meer verwijzingen en polyfarmacie. Patiënten ervaren vertraging in behandeling door wachttijden tussen verwijzingen, en als zij een andere specialist bezoeken, moeten ze vaak weer hetzelfde verhaal vertellen en worden onderzoeken herhaald. Want elke specialist wil zijn eigen diagnostiek doen.
Bovendien bevordert specialisatie de kennisontwikkeling over de behandeling van multimorbiditeit onvoldoende.
- Een tweede aspect is dat specialisatie in combinatie met het afnemend aanbod van zorgprofessionals leidt tot schaarste en oplopende werkdruk.
Verdergaande specialisatie leidt tot problemen in de continuïteit van avond- nacht en weekenddiensten. Het vak lijkt ook onaantrekkelijker te worden. We zien dat het steeds moeilijker wordt om aniossen te vinden en opleidingsplaatsen, bijvoorbeeld binnen de huisartsgeneeskunde, worden niet gevuld. Ruim 40% van de werknemers in de zorgsector ervaart een hoge tot zeer hoge werkdruk.
- Een derde aspect dat ik wil noemen is dat de nieuwe generatie artsen andere eisen stelt aan werk en privé en de balans daartussen. We horen dat die nieuwe generatie ook graag

flexibiliteit in hun opleiding en carrièrepad wil. Dit sluit aan bij het voorbeeld van de heer Levi, van de huisartsen die vaker parttime werken.

Uit de enquête van de Jonge Specialist bleek dat zelfs 26% van de aiossen tijdens de opleiding serieus overwogen heeft om te stoppen, waarbij de werk-privébalans de meest genoemde reden was.

- En als laatste punt zou ik willen noemen dat de vele specialismen ook voor problemen zorgen in de basisopleiding. Ik zie dat in mijn eigen werkomgeving in Utrecht tot uitdrukking komen.

De geneeskunde opleiding is nog steeds onverminderd populair, en in Utrecht worden jaarlijks ruim 300 studenten geselecteerd die de opleiding starten.

Zoals u weet duurt de opleiding 6 jaar en bestaat deze voor de helft uit cursorisch onderwijs, dus uit kennisoverdracht, en de andere helft uit werkplekleren, de coschappen. De bedoeling van die coschappen is om studenten te socialiseren, en vaardig te maken in de breedte van het vakgebied en daarom reflecteren de coschappen de huidige praktijk.

Het gevolg daarvan is dat met het toenemen van het aantal specialismen, er ook een toenemend aantal verplichte coschappen gelopen wordt.

Op dit moment lopen studenten in Utrecht 15 verschillende coschappen. Tegelijkertijd is de opleidingsduur niet toegenomen, en dat betekent dat studenten veel korte coschappen lopen, zij leren daardoor weinig verantwoordelijkheid nemen, en zij ervaren de vele wisselingen als stressvol.

Daarnaast verandert de zorg heel snel, steeds meer zorg wordt buiten het UMC verleend, in perifere ziekenhuizen, in ZBC's, of thuis.

Dat vind ik op zich een wenselijke ontwikkeling, maar het gevolg is dat het steeds moeilijker is om voldoende coschapplekken te vinden, en studenten voldoende te laten leren. Dat zien we in alle vakken, zowel intramuraal als extramuraal. Ook daar is dus sprake van schaarste.

Samenvattend: de toenemende multimorbiditeit en de groeiende zorgvraag in combinatie met verdergaande specialisatie en een afnemend aanbod aan zorgprofessionals leidt tot schaarste, waardoor we de kwaliteit van de bestaande zorg straks niet meer kunnen handhaven!

Rol van het college

U kent het college waarschijnlijk van de regelgeving voor opleidingen en registratie en herregistratie, maar het college is ook verantwoordelijk voor het instellen en opheffen van specialismen en profielen.

Dat betekent dat we als college een grote en leidende rol hebben bij het inrichten van het specialismenlandschap.

Dat gaat over het erkennen van afzonderlijke vakgebieden, de spoedeisende geneeskunde is daar een recent voorbeeld van, maar het is ook onze verantwoordelijkheid om naar het brede plaatje van het totale landschap van specialismen en profielen te kijken.

Naast deze formele positie van het college voelt het college zich ook medeverantwoordelijk voor de toekomst van de zorg en de bedreigingen van het zorgsysteem. We denken na over oplossingen, ook als die in de verre toekomst liggen.

Daarom heeft het college zich in de afgelopen jaren gezien de optredende en verwachte

knelpunten georiënteerd op een aanpassing van het specialismenlandschap. Daarbij staan generalisme en meer flexibiliteit in de opleiding en beroepsuitoefening centraal. Het specialiseren blijft noodzakelijk, maar gezien de hiervoor uiteengezette wezenlijke problemen wordt het focus sterker gelegd op generalisme dan op superspecialisatie. Generalisme wordt dan de norm en doorspecialiseren wordt een optie en niet meer het uitgangspunt in de geneeskundige opleidingen zoals we die nu kennen. En naast het innoveren in generalisme, streven we er naar de opleidingen en beroepen flexibeler maken, zodat specialisten en specialisten in opleiding kunnen veranderen van richting en dus niet meer hun hele carrière in hetzelfde specialisme hoeven te werken.

In 2020 beschreven we dit perspectief al heel globaal in het pamflet: Het zorglandschap verandert, het specialismenlandschap verandert mee, en daarna hebben dit concept binnen het college verder vormgegeven in een houtskoolschets van het specialismenlandschap in 2035, met als titel: generalisme als basis voor opleiding en beroepsuitoefening.

Overigens is het college zeker niet de enige die zich verantwoordelijk voelt, en nadenkt over het herijken van de opleidingen en de beroepsuitoefening. Ik kan een hele trits aan organisaties opsommen maar ik blijf wat dicht bij huis en noem er een paar.

- De KNMG die met de arts 2040 een toekomstvisie heeft geschetst waarin de rollen van alle artsen veranderen.
- De Federatie Medisch Specialististen die met Opleiden 2025 een andere structuur van opleiden bepleit
- Maar ook de interne geneeskunde is een mooi voorbeeld van een wetenschappelijke vereniging die binnen het eigen specialisme zoekt naar mogelijkheden om het generalisme te versterken, zowel in de opleiding als in de beroepsuitoefening via herregistratie
- En de laatste die ik wil noemen is de NFU, die het Opleidingscontinuüm heeft geschetst, waarin onder andere het potentieel van de aniossen meer benut wordt.

Het zijn allemaal belangrijke trajecten die net als het college een beweging in gang willen zetten als antwoord op de geschetste ontwikkelingen.

En het zoeken naar oplossingen voor de toekomst gebeurt niet alleen in Nederland. In onze voorbereidingen kwamen we tegen dat er in Singapore geëxperimenteerd is met een specialistisch generalist, waarbij specialisten breder werden opgeleid, en generalisten specialistischer, voor een betere behandeling van patiënten met multimorbiditeit. Dat had goede effecten op verschillende uitkomstmaten. In Leuven in België is een rapport geschreven over gezondheid en zorgberoepen van de toekomst, waarin gepleit wordt voor samenwerking in multidisciplinaire teams.

We zijn ervan overtuigd dat dit ook in vele andere landen speelt, maar we hebben dat nog niet verder in kaart gebracht.

Wat houdt dat nieuwe specialismenlandschap nu eigenlijk in?

Het college ziet als perspectief een specialismenlandschap van een beperkt aantal brede kernspecialismen en diverse hoogspecialistische subspecialismen. De kernspecialismen leveren, zoals het woord al zegt, de kern en het grootste deel van de specialistische zorg en de

complexiteit van multiborditeit. Zo blijft het vak aantrekkelijk en biedt een breder perspectief voor toekomstig artsen.

In de visie van het college worden de kernspecialismen samengesteld vanuit verschillende van de huidige specialismen of delen daarvan.

Die kernspecialismen zijn als specialisme erkend door het college en hebben een door de minister wettelijk erkende specialistentitel net als de huidige specialismen.

De kernspecialist is daarmee ook als specialist geregistreerd bij de registratiecommissie van de KNMG.

Verdere specialisatie is dus niet logisch of vanzelfsprekend, maar het kan wel. Op die manier wordt het generalisme versterkt. Elk kernspecialisme heeft zijn eigen opleiding, met onderling verweven aandachtsgebieden. En - voor de duidelijkheid - de kernspecialismen komen er voor het hele spectrum aan geneeskundige specialismen, dus voor cluster 1, 2 en 3. Dat betekent niet dat een kernspecialist het hele spectrum van preventieve, eerste lijns- en klinische zorg zou moeten leveren.

Hoeveel en welke kernspecialismen er zouden moeten komen hebben we intern verkend. We hebben over ongeveer 10 varianten van indelingen in kernspecialismen gesproken, maar uiteindelijk hebben we dat geparkeerd. Juist deze discussie, over de verdeling van de kern- en subspecialismen met de voor- en nadelen voor wat betreft schaarste en de verbetering van het arbeidsperspectief, willen wij graag breder en met het hele veld voeren.

Wat de subspecialismen betreft, daarvan zijn er vaak meerdere gekoppeld aan een kernspecialisme. Hoeveel en welke subspecialismen er zijn, dat wordt grotendeels bepaald door de behoefte aan een subspecialisme. De verwachting is dat dat in het begin de huidige specialismen zullen zijn, maar dan het hoogspecialistische deel daarvan. Het college legt ze in samenwerking met kernspecialisten en subspecialisten wel vast, om een basis voor kwaliteitsborging te hebben, we laten het daarmee niet helemaal aan het veld over. Maar het instemmen met een subspecialisme zou minder bewerkelijk moeten zijn dan bij een kernspecialisme, juist ook omdat hele arsenaal aan subspecialismen adaptiever te maken voor nieuwe zorgbehoefte, al dan niet tijdelijk.

Als subspecialist ben je dus ook altijd geregistreerd als kernspecialist. Dat kernspecialisme is je basis.

Samenvattend, we zouden naar een stelsel willen waarbij het accent ligt kernspecialismen, die zich richten op veel voorkomende zorg en de complexiteit van de multiborditeit en de specialistische behandeling daarbij. De subspecialismen concentreren zich dan op het kleinere deel aan hoogcomplexe minder voorkomende zorg.

Dit zijn de hoofdlijnen. We hebben nog wel meer uitgewerkt. Daarvoor verwijs ik u naar de houtskoolschets, maar ook daar hebben we enkele grote vraagstukken bewust nog opengelaten.

Bijvoorbeeld hoe dit nieuwe stelsel in de Europese setting zou kunnen passen. Of hoe dit juridisch zou passen en wat financiële gevolgen hiervan zijn. Daarvoor zouden we het perspectief veel verder hebben moeten uitwerken en op basis daarvan allerlei experts moeten benaderen om

die vragen te beantwoorden. Zover zijn we nog niet, omdat we ook begrijpen dat ons perspectief veel impact heeft en we dus eerste moeten kijken of we samen verder kunnen komen bij de ontwikkeling van een dergelijke ingrijpende stelselwijziging.

Het is tegelijkertijd ook niet zomaar een ideeetje of een losse flodder. Het is een serieus perspectief waarvan we willen onderzoeken of dit haalbaar en uitvoerbaar is. De in het begin geschetste demografische ontwikkelingen, de toenemende onaantrekkelijkheid van het vak en afhakende vakgenoten maken het noodzakelijk de structuur van onze professie te herzien. Het college denkt dat dit perspectief van kernspecialismen en subspecialismen hiervoor een oplossing kan zijn die aansluit bij de zorgbehoefte van patiënten en de maatschappij. Er zijn minder verwijzingen nodig en draagt in die zin dus bij aan minder polyfarmacie, minder wachttijden, minder diagnostiek, meer patiënttevredenheid en daardoor betere toegankelijkheid en kwaliteit van zorg.

Het stimuleert volgens het college de samenwerking met andere zorgprofessionals.

Verder sluit het beter aan op de basisopleiding en biedt meer mogelijkheden om van opleiding en van vakgebied te veranderen. Het leidt dus tot meer duurzaam en flexibel inzetbare zorgprofessionals.

Met dit perspectief willen we u, en het veld, stimuleren om samen met ons mee te denken en te discussiëren over de toekomst van ons specialismenlandschap. Om zo een breed gedragen visie te ontwikkelen om de gezondheidszorg goed en toegankelijk te houden.

Waar staan we nu?

Nadat we de houtskoolschets hebben uitgebracht begin juli van dit jaar, kregen we diverse reacties. Die reacties waren deels positief, we werden regelmatig zelfs dapper genoemd, dat beschouw ik toch als positief, maar er waren ook heel veel vragen en kritische reacties. Die gingen over hoe en of dit nieuwe landschap dan zou werken, en of dit wel echt een antwoord biedt op de schaarste.

We hebben over de houtskoolschets gepubliceerd in Medisch Contact en er komt eind dit jaar nog een artikel in het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde. Verder is de schets ook besproken in een podcast, niet geheel toevallig die van de heer Levi.

En recent kwam er zelfs een motie van de Tweede Kamer die refereerde aan onze houtskoolschets en vroeg om synergie aan te brengen tussen onze schets en het streven naar generalisme in het kader van het IZA.

Wat die motie precies gaat betekenen weten we nog niet, maar het onderwerp leeft en geeft aanleiding tot gesprek getuige ook het feit dat ik hier vanmiddag voor u sta.

Hoe gaan we verder?

Het brede gesprek gaan we graag aan met het veld. Omdat onze houtskoolschets heel veel organisaties raakt, gaat het om een echt brede dialoog die we goed zullen moeten structureren en organiseren.

We komen er niet met het voeren van een paar gesprekken met geïnteresseerden, daarvoor is het onderwerp te fundamenteel.

Het inrichten van dat dialoogtraject is al een uitdaging op zich, daar willen we volgend jaar wel mee starten, De bedoeling daarvan is om samen een breed gedragen visie op het



specialismenlandschap neer te zetten, en te toetsen of het voldoende bijdraagt aan de geschetste knelpunten. Daarbij willen we uitgaan van de houtskoolschets, maar het kan zijn dat die op basis van de discussie aangepast wordt of wordt vervangen door een beter alternatief. We denken voor dat traject een jaar of 2 nodig te hebben, waarna we kunnen uitwerken en implementeren.

In het licht van schaarste, staan we allemaal voor de uitdaging om de zorg in de toekomst kwalitatief hoog te houden.

Het college schetste een toekomstperspectief en pleit ervoor om generalisme en flexibiliteit als uitgangspunt te nemen voor specialistische opleidingen en voor de beroepsuitoefening. Ik nodig iedereen uit om hierover mee te praten, en samen na te denken over hoe we kunnen innoveren in generalisme, zodat we ook in de toekomst hoogwaardige zorg kunnen blijven leveren, voor iedereen.

Ik dank u voor uw aandacht.

Marielle Jambroes
Arts maatschappij en gezondheid
Voorzitter College Geneeskundige Specialismen