



LIEVER LEVENSLANG

PROF. DR. MATTHIJS DE HOOG

LIEVER LEVENSLANG

Oplage 1000
Omslagfoto Levien Willemse, Rotterdam
Ontwerp Ontwerpwerk, Den Haag
Drukwerk Canon Business Services

ISBN 978-90-779-0698-9

© Prof. Dr. Matthijs de Hoog, oratiereeks Erasmus MC
12 september 2014

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd zonder voorafgaande toestemming van de auteur.

Voorzover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16h t/m 16m Auteurswet 1912 j°. Besluit van 27 november 2002, Stb. 575, dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoeding te voldoen aan de Stichting Reprorecht te Hoofddorp (Postbus 3060, 2130 KB).

LIEVER LEVENSLANG

REDE

Uitgesproken ter gelegenheid van het
aanvaarden van het ambt van
bijzonder hoogleraar met als leeropdracht
Kwaliteit van medisch specialistische
vervolgopleidingen aan het
Erasmus MC, faculteit van
de Erasmus Universiteit Rotterdam
op 12 september 2014

door

PROF. DR. MATTHIJS DE HOOG

*Mijnheer de rector magnificus,
Mijnheer de Decaan van de faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen,
Leden van het Bestuur van de Erasmus Universiteit, Rotterdam,
Leden van de Raad van Bestuur van het Erasmus MC,
Leden van het bestuur van het Erasmus Trustfonds,
beste collegae, studenten, lieve familie en vrienden,
dames en heren,*

Inleiding

Vandaag gaat het over de opleiding tot medisch specialist, maar wat voor beeld hoort daar nou eigenlijk bij? Ik wil beginnen met een uitstapje naar de atletiek.



Op deze foto ziet u Sergei Bubka, de koning van de polsstok, olympisch goud halen met een sprong van 5,90 meter. Dat is het klassieke beeld van de opleiding tot medisch specialist. Je moet de lat hoog leggen. De hoge aanloopsnelheid symboliseert het aanvangsniveau en de opleiding is de polsstok die de arts-assistent helpt zijn doel te bereiken. De vreugde over het behalen van het doel spreekt voor zich. Een mooi plaatje, maar klopt het?

Tijdens de Masters van 2006 doet golflegende Jack Nicklaus mee. Voor diegenen die de sport niet kennen, de Masters is het Wimbledon van het golf en misschien wel het sterkst bezette toernooi van het jaar. Jack Nicklaus is hier 58 jaar oud en wordt zesde.

Dit symboliseert voor mij de moderne opleiding. Het eigenlijke doel van de opleiding is niet de lat te halen. Het doel is de getrainde specialist die zijn hele carrière in staat is tot topprestaties door mee te gaan met zijn tijd.

Vanmiddag wil ik met u stilstaan bij deze stip aan de horizon en het belang van veranderingen in de opleiding tot medisch specialist.

Ik startte mijn opleiding tot kinderarts in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. Een kleine groep van vier enthousiaste kinderartsen en twee arts-assistenten. Vanaf het begin geconcentreerd aan de slag op de couveuse- en kinderafdelingen en de verloskamers.



Kennis en vaardigheden deed je op in de praktijk en leerde je op de werkvloer van de kinderartsen. Hier ziet u hoe mijn opleider, Piet van der Straaten, mij de fijne kneepjes van de opvang van de pasgeborene aanleert.

De praktische do's en dont's leerde ik natuurlijk ook van de ervaren verpleegkundigen, waarvan er een aantal vandaag hier in de zaal zitten. Daar had je in de lange weekenddiensten van vrijdagochtend tot maandagochtend overigens ruim de tijd voor. De kleine club mensen waar al het werk tussen werd verdeeld gaf veel continuïteit. Ik kon de patiënt van opname tot ontslag vervolgen.

In het Sophia Kinderziekenhuis leerde ik het academische deel van de kindergeneeskunde met wederom veel fantastische rolmodellen. Er was een overweldigende hoeveelheid aanwezige kennis, die je wel effectief moest zien aan te boren. De lat lag hoog, en terecht, en ik werd gekneed in kritisch nadenken over het bewijs voor ons klinisch handelen.

Aan het einde van de opleiding was ik uitgerust met veel kennis en vaardigheden en kon ik in het Sophia starten als Chef de Clinique in de algemene kindergeneeskunde. Best een geslaagd eindproduct van de opleiding zou je zeggen, dus waarom verandering? Wat ontbrak er?

De specialist van vandaag wordt met een heel andere patiënt, maar vooral ook met een heel andere gezondheidszorg geconfronteerd dan tijdens mijn opleiding in de jaren 90. Dat zal in 2030 ook weer het geval zijn.

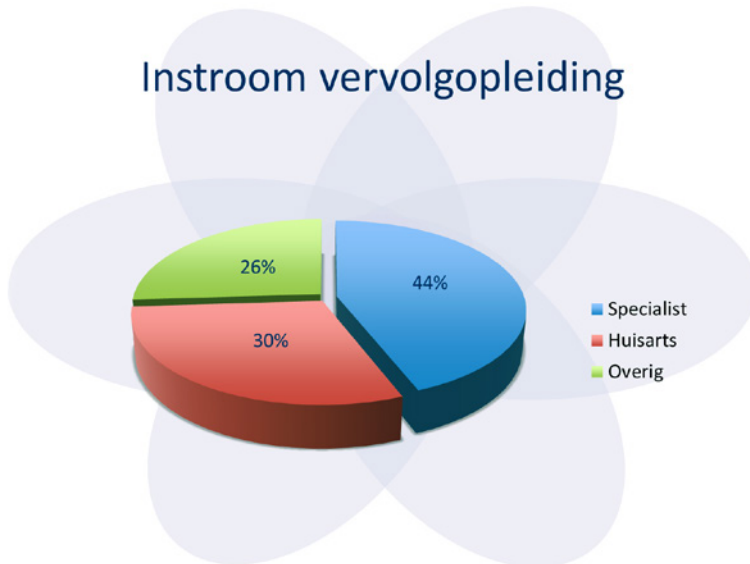
Sluit onze opleiding tot medisch specialist daar op aan? Zijn onze jonge medisch specialisten toekomstbestendig en verandervaardig?

Graag neem ik u mee in de wereld van de moderne opleiding tot medisch specialist en laat u zien wat er nodig is in structuur, inhoud en kennis om deze doelen te bereiken.

Eerst een paar basisbegrippen

Dit jaar ronden zo'n 2500 basisartsen de opleiding af. In Nederland wordt je medisch specialist door na de basisopleiding geneeskunde een opleidingsplek in een specialisme te verwerven. Er zijn totaal iets meer dan 1200 plaatsen per jaar. Op dit plaatje ziet u dat ongeveer de helft van de basisartsen medisch specialist wordt. De specialistenopleidingen worden publiekelijk bekostigd, via het opleidingsfonds.

Dan wordt je als arts in opleiding tot specialist (AIOS) in vier tot zes jaar opgeleid tot medisch specialist.



Opleidingen zijn landelijk geregeld: er is een landelijk opleidingsplan, dat een raamwerk geeft voor de opleiding. De opleiding bestaat vrijwel altijd uit een deel in het academisch en een deel in een algemeen ziekenhuis. Het feitelijke opleiden vindt dan ook plaats in onderwijs- en opleidingsregio's, zogeheten OOR's. Voor Zuid-West Nederland bestaat deze OOR uit het Erasmus MC samen met de regioziekenhuizen.



Het regionale en lokale opleidingsplan beschrijft hoe de opleiding in OOR verband en binnen het ziekenhuis wordt uitgevoerd. Daarin is opgenomen hoe de doelen van de opleiding worden bereikt via stages, onderwijs en cursussen. En hoe het bereikte niveau wordt getoetst via examens en vaardigheidstoetsen.

Opleiders en opleidingsgroepen verzorgen de feitelijke opleiding. Opleidingsgroepen bestaan uit alle medisch specialisten van het desbetreffende specialisme. De opleider is de voorzitter van de opleidingsgroep en heeft als taak de opleiding aan te sturen.

Opleiden is dus niet alleen een taak van de formele opleider, maar van de gehele vakgroep binnen een specialisme. Aan opleiden worden strenge eisen gesteld en opleidingsinstellingen, opleidingen en opleiders worden eens in de vijf jaar gekeurd. Deze keuring heet visitatie.

Opleiden in historisch perspectief

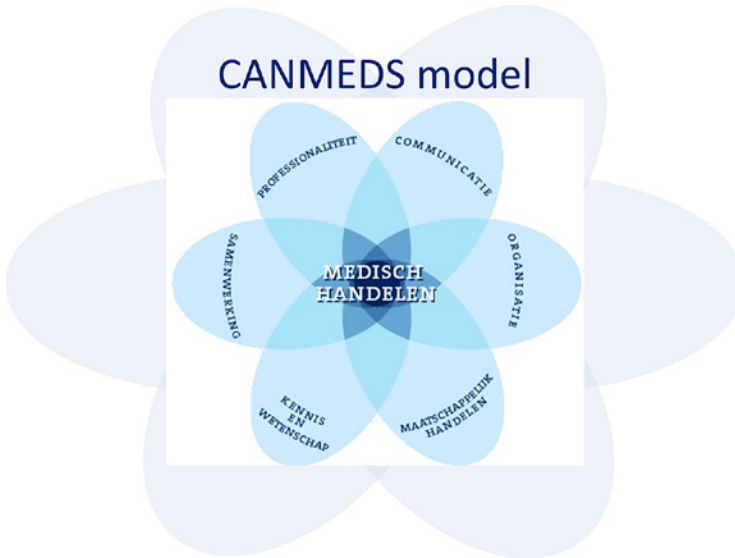
Het is niet goed mogelijk de huidige stand van medische vervolgopleidingen te beschouwen zonder een blik op het verleden. De opleiding tot medisch specialist was van oudsher een leermeester-gezel relatie, waarbinnen de student aan de hand van de meester het vak leert.

In de 20^{ste} eeuw werd opleiden meer evidence-based geneeskunde gericht, maar nog steeds in dezelfde leermeester-gezel constructie. Artsen werkten en werken vanuit professionele autonomie in de een-op-een relatie aan de beste behandeling voor de individuele patiënt. Professionele autonomie betekent hier vrijheid van oordeelsvorming en zonder inmenging van derden. Dat is een belangrijk goed, maar niet het enige.

Vanaf de jaren 80 is er een kloof ontstaan tussen het zelfbeeld van medisch specialisten en de verwachting van de maatschappij. In grote lijnen was het zo dat dokters voor patiënten zorgden, de overheid voor de financiën en de twee elkaar niet teveel lastig vielen. Mede onder invloed van de informatietechnologie kwamen nieuwe zaken aan de orde. Patiëntveiligheid, beslissingsrecht van de patiënt, maar vooral exponentiële kostenstijging in de zorg zorgden ervoor dat de dokter uit zijn medische ivoren toren werd getrokken en ook andere vaardigheden moest ontwikkelen.

Tijd voor verandering en die kwam er ook. Tijd voor professionele verantwoordelijkheid. Tijd voor competentiegericht opleiden.

De moderne opleiding



In Canada is begin jaren 90 het CANMEDS model voor opleiden in de geneeskunde ontwikkeld. Binnen het CANMEDS model worden zeven rollen, of competentiegebieden, voor medisch specialisten benoemd die essentieel zijn voor het goed uitoefenen van het beroep. Deze rollen zijn weergegeven in het plaatje. In het midden staat die van medisch expert, omringd door communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, organisatie, maatschappelijk handelen en professionaliteit. Dit systeem, waarbij expliciete aandacht is voor andere competenties dan medisch handelen, werd ook in Nederland geadopteerd. Op gezag van het Centraal College Medisch Specialismen werd competentiegerichte opleiden ook hier verplicht gesteld voor alle specialismen.

De Kindergeneeskunde en de Verloskunde & Gynaecologie waren de eersten die hun opleiding op de competentiegerichte leerst hebben geschoeid. In 2006 startte het IN VIVO project. Hier werd veel ervaring opgedaan met het inrichten en uitvoerbaar maken van competentiegerichte opleidingen en werd geëxperimenteerd met het gebruik van toetsinstrumenten. Hierbij bleek dat, zoals ook in Canada was gezien, de praktische uitvoerbaarheid nog veel haken en ogen had.

Structuur

1 januari 2011 zijn alle medisch specialistische vervolgopleidingen officieel volgens het nieuwe competentiegerichte model gestart.

Wat is er nou zo anders aan competentiegericht opleiden? Er is expliciete aandacht voor essentiële vaardigheden die noodzakelijk zijn om in de moderne tijd goede zorg te leveren. Er is daarmee samenhang ontstaan tussen wat de arts moet weten, wat hij doet, dat wil zeggen zijn medische vaardigheden, hoe hij dat doet op het gebied van attitude en communicatie en hoe hij met anderen samenwerkt.

Tot voor kort was de opleiding gericht op werken in de patiëntenzorg, aan de hand van de opleider. Dit werd gekoppeld aan theoretisch en praktisch onderwijs. De medische vervolgopleidingen hadden een gefixeerde duur en opleidingsplannen waren gebaseerd op onderwijs, stages en verrichtingen. Expliciete eindtermen voor de opleiding werden slechts globaal benoemd. Onder invloed van het competentiegerichte opleiden werd het noodzakelijk opleidingen anders in te richten. Alle opleidingen formuleerden eindtermen op de competentiegebieden en specifieke doelen voor de stages. Dat heeft geleid tot een veel fijnmaziger net aan controles op de voortgang in de opleiding. Globale toetsing van artsen in opleiding werd vervangen door het meten van competentiespecifieke ontwikkeling. Ook de indeling van stages veranderde. De AIOS deed kennis en ervaring op door te participeren in klinisch werk binnen een stage. Nu moet het werk binnen een stage zo worden ingericht dat aan de leerdoelen wordt voldaan. De invoering van dit systeem heeft veel voordelen, maar ook nadelen met zich meegebracht.

Wat zijn de voordelen?

De AIOS werkt met een persoonlijk ontwikkelingsplan, waar hij zelf invloed op heeft. De AIOS staat hiermee aan het stuur van zijn eigen opleiding en is veel meer eigenaar geworden van zijn eigen vorming. Ik ben erg blij te zien dat de AIOS Kindergeneeskunde dat voortvarend hebben opgepakt. Als voorbeeld is op initiatief van de AIOS de structuur van werken op de Medium Care Kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis drastisch omgegooid. Deelspecialisten, zoals bijvoorbeeld kinderlongartsen, kwamen één voor één in de middag langs voor de bespreking van hun patiënt. Dat betekende dat een AIOS wel drie keer per dag hetzelfde verhaal vertelde aan de volgende deelspecialist. Dit is nu geïntegreerd in de dagelijkse ochtendvisite voor de patiënt. Het leerrendement van de AIOS is hoger en de multidisciplinaire zorg voor deze ingewikkelde patiëntengroep verloopt efficiënter. De deelspecialist heeft zich aangepast aan de optimale structuur voor patiënt en opleiding. Dat klinkt simpel, maar was een echte cultuuromslag.

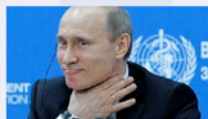
Ook op initiatief van de AIOS is gestart met intervisie, waarbij AIOS gestructureerd reflecteren op het werk om zo de eigen deskundigheid te vergroten en een betere balans in werk en privé te bereiken. Een uitstekend initiatief; naar mijn mening is zelfreflectie een randvoorwaarde voor levenslang leren en een kernkwaliteit voor een toekomstbestendige medisch specialist.

Ten tweede is gestructureerde feedback van opleider naar AIOS gemeengoed geworden, daar waar vroeger veelal het 'geen nieuws is goed nieuws' principe gehanteerd werd.

KORTE PRAKTIJK BEOORDELING

=

KPB



AIOS krijgen feedback middels Korte Praktijk Beoordelingen (KPB). Het scheelt een letter met KGB, maar wordt hier in de praktijk nog wel eens mee verward. Het doel van KPB's is niet de AIOS een kopje kleiner te maken, maar ze handvatten te geven om zichzelf te verbeteren. Zowel bij AIOS als opleiders is er nog wel wat vermijdingsgedrag te bespeuren. Dat heeft zijn oorsprong in het feit dat in de psychologie is aangetoond dat potentieel verlies twee keer zo zwaar weegt als potentiële winst. De kans op kritiek weegt dus zwaarder dan de kans om jezelf te verbeteren.

Continue aandacht voor feedback en de feedbackcultuur blijft daarmee essentieel en blijkt in de implementatie van competentiegericht opleiden een hardnekkig pijnpunt. De Centrale Opleidingscommissie (COC) van het Erasmus MC heeft feedback al jarenlang bovenaan de agenda staan. Daarbij is ook feedback van AIOS naar opleiders

van levensbelang. Dit gebeurt nu al jaarlijks geanonimiseerd in de SetQ beoordeling, maar zal in de komende jaren vast onderdeel van beoordelingsgesprekken moeten gaan uitmaken. Dat past in een professionele opstelling van opleiders. AIOS ontvangen in de opleiding 360 feedback. Hierbij wordt de AIOS beoordeeld door onder andere opleiders, collega AIOS, verpleegkundigen en vaak ook patiënten.

Vooraf feedback van patiënten is waardevol voor de professionele vorming van de AIOS. Onderzoek wijst uit dat feedback van patiënten kan aanzetten tot aanpassing van interpersoonlijke vaardigheden bij artsen en verbetering van de geleverde kwaliteit van zorg. Met prof. dr. Kiki Lombarts van het AMC verrichten wij onderzoek waarbij feedback van patiënten op AIOS wordt verzameld. Deze feedback wordt gebruikt om de kwaliteit van geleverde zorg door AIOS te verbeteren.

De herziening van de curricula heeft met zich meegebracht dat strengere eisen worden gesteld aan de inrichting en uitvoering van de opleiding. Zo wordt de opleiding op drie niveaus gemonitord, namelijk de opleidingsgroep, het ziekenhuis en de regio.

Opleidingsgroep en COC

De opleiders en AIOS binnen een ziekenhuis zijn georganiseerd in een Centrale Opleidingscommissie, die veel wettelijke taken op zich heeft gekregen. De belangrijkste is het bewaken van het opleidingsklimaat in het ziekenhuis. Daarnaast heeft de COC vele andere taken, zoals docentprofessionalisering, Discipline Overstijgend Onderwijs (DOO) voor AIOS en cyclische controle van de opleidingen.

De Centrale Opleidingscommissie van het Erasmus MC heeft ambitieuze plannen voor de komende jaren. Ik wil er twee uitlichten. Binnen het Discipline Overstijgend Onderwijs komt expliciete aandacht voor specialistische zorg in een multiculturele context. Daar past ook aandacht bij voor doorstroombmogelijkheden van studenten van niet-westerse afkomst richting de vervolgopleiding.

Het Erasmus MC is een grotestadsziekenhuis in een omgeving met bijna 40% niet-westerse allochtonen. Gesteund door de COC is het Erasmus MC een samenwerking aangegaan met de Medical Specialty Board van Oman. In de komende jaren zullen geselecteerde AIOS uit Oman hun opleiding tot medisch specialist volgen binnen het Erasmus MC, om vervolgens de opgedane kennis en vaardigheden mee te nemen naar hun eigen land.

Verder wordt de leidende rol die het Erasmus MC speelt in onderzoek vertaald naar de vervolgopleidingen. De Centrale Opleidingscommissie gaat met de Graduate School een excellente leerlijn ontwikkelen waarbij het mogelijk wordt om een opleiding 'clinical epidemiology' of 'clinical research' gedurende de vervolgopleiding te doen.

Ook regionaal is er een veel betere afstemming

Juist in deze tijd is dat essentieel op grond van twee ontwikkelingen. Ten eerste de steeds verdergaande concentratie van zorg, die leidend is voor de inrichting van de opleiding. Niet elk ziekenhuis doet meer alles. De expositie van AIOS aan patiënten met specifieke problemen is noodzakelijk en daarmee zullen AIOS hun competenties op meerdere plekken moeten opdoen. In de toekomst zal dat niet beperkt zijn tot twee ziekenhuizen in een opleiding. Als praktisch voorbeeld de samenwerking tussen het LUMC en het Erasmus MC in de Kindergeneeskunde. Het Sophia Kinderziekenhuis heeft veel te bieden op het gebied van metabole ziekten, een onderdeel dat in Leiden door concentratie van zorg grotendeels is weggefallen. AIOS Kindergeneeskunde uit Leiden zouden hun praktische kennis op dit gebied in het Sophia Kinderziekenhuis kunnen halen.

Ik ben van mening dat bij alle fusie- en herverkavelingsplannen in ziekenhuizen vanaf het begin moet worden meegenomen wat de consequenties zijn voor de opleiding. Op dit moment is dat nog de sluitpost op de begroting.

Ten tweede is de keuzevrijheid van AIOS in hun opleiding vergroot. In de landelijke opleidingsetalage kunnen AIOS stages in heel Nederland kiezen. De mobiliteit van AIOS neem toe en daarmee ook de noodzaak tot goede regie over opleidingsdoelen.

Een moderne, goede opleiding staat of valt bij regionale afstemming. Het is dan ook terecht dat wordt overgegaan op een systeem van regionaal visiteren waarbij binnen een specialisme alle regioziekenhuizen tegelijk worden bekeken, zodat de opleiding integraal wordt beoordeeld. Dat vereist een totaal andere aanpak waarbij de overbodigheid uit het huidige systeem moet verdwijnen. Het is zinloos dat Centrale Opleidingscommissies vijf tot zes keer per jaar worden getoetst bij verschillende visitaties.

De modernisering heeft een enorme procedurele storm met zich mee gebracht, waarbij uitvoering van regels en een eindeloze stroom aan formulieren de inhoud van het moderniseringsproces dreigen te verstikken. Veiligheid, ook bij opleidingsvisitaties, wordt gezocht in volledigheid en regels. Dat lijkt op gestold wantrouwen in een setting waarbinnen het overgrote deel van de medische vervolgopleidingen in Nederland goed is. We moeten terug naar de bedoeling van het opleiden, namelijk het afleveren van toekomstbestendige medisch specialisten. Het is zaak gebruik te maken van de intrinsieke motivatie van opleiders en AIOS en het eigenaarschap dat zij al hebben voor de medische vervolgopleidingen. Zoals Wouter 't Hart al aangeeft in zijn boek 'verdraaide organisaties' moeten we terug naar de kern en sturen op een beperkt aantal gezamenlijke waarden en normen waarop we elkaar kunnen en willen aanspreken. Het hart daarvan is professionele verantwoordelijkheid, zelfreflectie en levenslang leren.

Het is een uitdaging voor de RGS, de wetenschappelijke verenigingen en de OOR's om gezamenlijk tot een nieuw systeem te komen dat werkelijk recht doet aan het uitgangspunt 'niet vinken maar vonken'. Waarin het geringe aantal ondermaats presterende opleidingen wordt gesignaleerd en de overige opleidingen worden gestimuleerd in hun pogingen de opleiding te verbeteren. De RGS heeft ook deze ambitie uitgesproken. Naar mijn mening moet daarbinnen het interne kwaliteitssysteem van ziekenhuizen en OOR's nog zwaarder gaan meewegen.

Regio's moeten hun verantwoordelijkheid nemen in de capaciteitsvraag, zowel bij groei als bij krimp. Voor een aantal specialismen, waaronder de Kindergeneeskunde, zijn er teveel opleidingsziekenhuizen voor het aantal plaatsen en dat gaat ten koste van een optimaal opleidingsklimaat. Voor de Kindergeneeskunde is twee AIOS per kliniek een absoluut minimum. Er moeten dus klinieken afvallen en opleidingsvisitaties zijn daartoe niet het middel. In het belang van de opleiding moet er binnen de OOR's een groei- en krimpscenario worden ontwikkeld dat kwaliteit van opleiden als maatlat heeft. Dat betekent boter bij de vis. Bij de ambitie tot opleiden hoort dat het ziekenhuis opleiden organisatorisch prioriteert. Dat wordt met de mond beleden, maar lang niet altijd uitgevoerd.

Waar staan we dan nu?

Het opleiden van medisch specialisten heeft een enorme kwaliteitsimpuls gekregen. De implementatie en inbedding zijn op dit moment in een cruciale fase. De implementatie is door een grote groep opleiders met veel inzet geadopteerd en in gang gezet. De voortgang wordt nu bedreigd door bureaucratisering enerzijds en bezuinigingen op het opleidingsfonds anderzijds

En voortgang is nodig, want de veranderingen zijn nog geenszins geborgd. Meer dan 20 eeuwen leermeester-gezel opleiden en vier jaar competentiegericht opleiden. Het ijs is op veel plekken nog dun en er kan nog niet overal op geschaatst worden.

Wat zijn dan de uitdagingen?

De eerste en grootste uitdaging is dat er in deze cultuurverandering geen tijd is voor borging van de verworven voordelen. Er komt een ingrijpende verandering aan waarvan de consequenties nog niet zijn geland. In 2012, nog geen twee jaar na de door de het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport ondersteunde implementatie van de modernisering van de medische vervolgopleidingen, besloot het ministerie tot ingrijpende bezuinigingen op het opleidingsfonds.

Het opleidingsfonds wordt gekort met een bedrag oplopend tot € 218 miljoen op een totaal budget van ongeveer € 750 miljoen per jaar. Dat is 30%. Aanvankelijk was het plan van het ministerie om alle opleidingen met een tot twee jaar te bekorten. Op initiatief van de belangenverenigingen van ziekenhuizen, medisch specialisten en AIOS werd dit plan omgebogen. Nu is er een set minder draconische maatregelen. De eerste is een generieke efficiency korting op het bedrag dat per AIOS per jaar wordt uitgekeerd. De tweede is een vermindering van het aantal opleidingsplaatsen met 100 per jaar.

De derde maatregel is een gemiddelde versnelling van de opleiding, waarbij de totale opleidingsduur gemiddeld vijf maanden korter wordt. De maatregel gaat er van uit dat een efficiëntere doorloop van de opleiding mogelijk is. Tot 1 juli 2014 hadden alle medisch specialistische vervolgopleidingen een gefixeerde opleidingsduur variërend van vier tot zes jaar. Vanaf 1 juli 2014 is de ultieme consequentie van het competentiegericht opleiden genomen, namelijk het loslaten van de vaste opleidingsduur. Simpel gezegd, als je als AIOS je competenties hebt verworven ben je klaar met de opleiding. Een mooi principe maar de uitwerking is praktisch heel gecompliceerd.



Past het allemaal nog binnen de grenzen van de normale opleidingsduur? Goed worden in een vak vereist doelbewust oefenen. Onderzoek op dit gebied laat zien dat voor gecompliceerde taken, zoals binnen sport, muziek, maar ook geneeskunde 10.000 uur oefenen noodzakelijk is. De inhoud van de medische vervolgopleiding is alleen maar uitgebreid. Naast het domein medisch handelen is er nu expliciete aandacht voor andere competenties. Dat gebeurt deels in discipline overstijgend onderwijs en andere cursussen en gaat dus af van tijd in de patiëntenzorg. Doelen op het gebied van medisch handelen zijn niet naar beneden bijgesteld. De werktijden zijn niet veranderd. Een AIOS werkt wettelijk beschermd 48 uur per week. Een vergelijk; in de Verenigde Staten en Canada is dat 80 uur. Dat betekent dat er dus meer opleiding geperst moet worden in minder tijd. Hoe is dat te rijmen met een kwalitatief goede opleiding?

Oplossing één is dat AIOS een hoger instapniveau hebben. AIOS kunnen korting krijgen op de opleidingsduur, als zij een deel van de te verwerven competenties al hebben opgedaan in ander werk, bijvoorbeeld als arts-assistent nog niet in opleiding, of als arts-onderzoeker. Een mooi principe, maar het veronderstelt dat je een betrouwbare maatlat kunt leggen langs de competentie ontwikkeling op alle zeven competentiegebieden. En ook dat je die kunt vertalen naar een onderdeel van de opleiding waar de korting op kan worden toegepast. Een gevalideerd systeem bestaat nog niet. Ook is het zo dat documentatie van de ontwikkeling van de AIOS voorafgaand

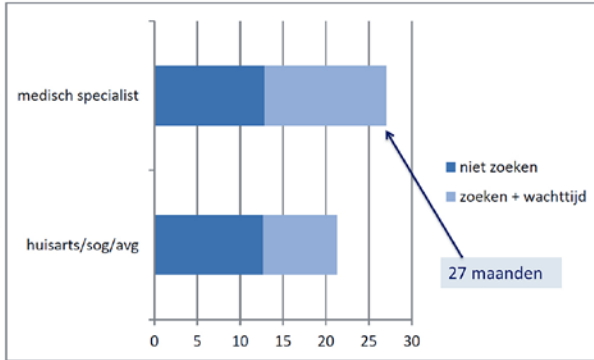
aan de opleiding kwalitatief vaak niet goed genoeg is om een betrouwbaar oordeel op te vellen. Dit leidt onvermijdelijk tot ingewikkelde en moeilijk toetsbare discussies tussen opleiders en AIOS over de staat van voortgang.

De flexibilisering van de opleidingsduur kan ook aan de voorkant van de opleiding worden ingezet. Sinds kort mogen ook competenties verworven in de basisopleiding geneeskunde meetellen. Landelijk is om die reden gestart met de invoering van het dedicated schakeljaar. Dat wil zeggen dat studenten in het laatste jaar hun keuze coassistentenschappen mogen bundelen in één richting. Dit geeft de mogelijkheid om gestructureerd competenties te verwerven die anders in het eerste jaar van de opleiding worden verkregen. Er zijn een aantal belangrijke randvoorwaarden voor de invoering van het schakeljaar. De belangrijkste is dat het schakeljaar niet ten koste mag gaan van de kwaliteit van de basisopleiding geneeskunde. Studenten hebben nu zorgen dat de specialistische opleidingsverkorting via het schakeljaar een verkapte studieverkorting is en ten koste gaat van de kwaliteit en diversiteit van de coschappen. Onderzoek gekoppeld aan de introductie van het schakeljaar zal moeten laten zien of deze vrees gegrond is.

Een tweede randvoorwaarde voor het schakeljaar is dat studenten eerder kiezen voor het specialisme dat ze willen gaan uitoefenen. Dat is nog niet zo simpel. Studenten kiezen nu vaak pas tijdens hun coschappen voor hun latere richting. Voor populaire vakgebieden, zoals de Kindergeneeskunde, is het dan vaak moeilijk voor studenten om zich nog effectief in de kijker te spelen. Bovendien is het belangrijk om vroegtijdig vast te stellen of er een goede match is tussen kandidaat en opleiding, maar vooral ook het vak. Het is van wezenlijk belang dat al vroeg in de opleiding geneeskunde aandacht wordt besteed aan beroepskeuze. Daarbij moeten we studenten ook enthousiasmeren voor op dit moment minder populaire, maar zeer noodzakelijke vakken. De bezetting moet aansluiten op de noden van de maatschappij. Er is toenemende werkloosheid onder medisch specialisten. Opleiders en ziekenhuizen hebben een morele plicht om werkgelegenheid na de opleiding te monitoren. Employability staat dan ook hoog op de agenda, zowel bij de Erasmus universiteit als het Erasmus MC.

Niet alleen studenten moeten eerder kiezen, maar ook opleiders. Daar waar het nu gebruikelijk is dat AIOS eerst al klinische ervaring in het vak opdoen alvorens geselecteerd te worden voor de opleiding, zullen opleiders moeten kiezen op andere criteria dan klinische ervaring.

Wachttijd tot start opleiding



Van Velde et al. Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen 2012/2013

Vanuit maatschappelijk perspectief is vroege aansluiting zeer wenselijk. Recent onderzoek in Nederland laat zien dat er gemiddeld bijna twee jaar zit tussen het zoeken naar een opleidingsplaats en de werkelijk start. Dat betekent dat Nederlandse specialisten relatief laat op de markt komen en dat daarmee de investering van ongeveer € 600.000 die de maatschappij in de opleiding van een specialist stopt in minder tijd moet worden terugverdiend.

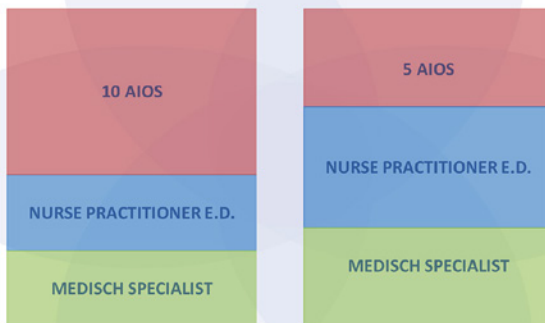
Er is dus veel aan gelegen om de snelle aansluiting van basisopleiding op medische vervolgopleiding te laten slagen. Vanuit Rotterdam zal ik, samen met prof. dr. Jacqueline de Graaf uit Nijmegen, onderzoek verrichten naar de keuze en matching van studenten voor een specialisme en de selectie van kandidaten voor het schakeljaar. Dit onderzoek is gepositioneerd in het institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR) van het Erasmus MC. Het sluit aan bij de uitgebreide kennis op het gebied van decentrale selectie die in ons instituut bestaat. Nieuwe selectie-instrumenten die voor de basisopleiding worden getest zullen hierbij worden gebruikt.

Oplossing één voor een kortere opleidingsduur is dus een hoger instapniveau. Oplossing twee is een versnelling van het doorlopen van de opleiding door een hogere efficiëntie. Dit vereist een flexibiliteit in opbouw van de opleiding die nog niet is gerealiseerd.

Stageperiodes liggen vast en er is niet in voorzien dat AIOS die de doelen van dat onderdeel vroegtijdig realiseren, doorgaan naar een volgende stage.

Dit raakt aan een andere belangrijke hobbel die moet worden genomen, namelijk de positie van directe patiëntenzorg binnen de opleiding. In de ideale wereld van opleiden staat patiëntenzorg ten dienste van de opleiding. Dat wil zeggen de AIOS heeft een optimale expositie aan patiënten om zijn leerdoelen te realiseren. De vraag is wat de 100ste pasgeborene opvangen nog toevoegt aan de opleiding, het is wel belangrijk voor de patiëntenzorg. Een ziekenhuis is echter geen school. De praktijk van ziekenhuizen is anders en primair gericht op optimale patiëntenzorg. De AIOS neemt deel in het zorgproces en heeft daarbij een productietaak, zoals hij later als medisch specialist ook zal hebben.

Patiëntenzorg en opleiding



Efficiencywinst voor de opleiding gaat dan ten koste van productie of continuïteit van zorg op de afdeling, tenzij het zorgproces onafhankelijk wordt gemaakt van een continue bezetting met AIOS, zoals in dit plaatje is weergegeven. Dit is een ingewikkelde ontwikkeling waarbij verschuiving van taken naar nieuwe beroepen, zoals nurse practitioners, physician assistants, of het nieuwe medisch specialisme ziekenhuisarts een randvoorwaarde is, die nu nog slechts deels is ingevuld.

De gezondheidszorg wordt onbetaalbaar. In deze grafiek over 2012 ziet u de zorgkosten per land uitgedrukt als percentage van het Bruto Nationaal Product. U ziet dat Nederland, na de Verenigde Staten, het duurste land is. De zorgkosten dreigen de 20% van het Bruto Nationaal Product te gaan overstijgen. In de Verenigde Staten is berekend dat tot 30% van het totale gezondheidszorg budget onnodig wordt uitgegeven. Er is dus een enorme kostenbesparing te realiseren.

Natuurlijk is dit een maatschappelijk probleem dat niet alleen via de opleiding kan worden opgelost. Het is echter essentieel dat een volgende generatie medisch specialisten wordt opgeleid in doelmatig gebruik van diagnostische en therapeutische middelen. Wij hebben de plicht een cultuurverandering te bewerkstelligen. Onze AIOS moeten doordrongen zijn van het feit dat ze moeten werken met gelimiteerde middelen en dat ze levenslang het rentmeesterschap dragen voor deze middelen.

In de OOR Zuidwest Nederland zal doelmatigheid een vaste plaats krijgen in het Discipline Overstijgend Onderwijs. Als opleider Kindergeneeskunde zal ik er voor zorgen dat doelmatige zorg een toetsbare doelstelling wordt in de opleiding tot kinderarts, zowel in onze regio als landelijk.

Hoe betrek je AIOS praktisch bij dit thema? Dat is niet zo ingewikkeld. Onze AIOS zijn hoogopgeleide enthousiaste mensen. Maak ze onderdeel van de oplossing. Zij zien zelf heel goed waar er inefficiënt gewerkt wordt. Maak ze onderdeel van kleinschalige projecten op de afdeling waarin de zorg beter en efficiënter wordt gemaakt.

Binnen de Kindergeneeskunde gaan we aan de Evidence Based Medicine besprekingen, die AIOS toch al voorbereiden, doelmatigheid toevoegen. Het gaat niet alleen om het bewijs voor het effect van de behandeling, maar ook om de doelmatigheid. Verder maakt de nieuwe zorgsuite, dat is de nieuwe elektronische werkomgeving van het Erasmus MC, het mogelijk om op behandelaar-niveau de kosten van een behandelde patiënt op te vragen en na te bespreken.

Een tweede belangrijk item is patiëntveiligheid. In 1998 werd ik als kinderintensivist geconfronteerd met een reanimatie op de Medium Care van het Sophia Kinderziekenhuis. Toen ik daar aankwam stond een van de AIOS een patiënt met masker en ballon bij te blazen. De patiënt was blauw en reageerde niet. Het was snel duidelijk dat de techniek om lucht in de patiënt te blazen niet goed gebruikt werd. Met een kleine aanpassing in de gebruikte handgreep lukte dat wel en de patiënt trok bij en kon verder op de IC worden behandeld.

Wat was er nou eigenlijk niet goed gegaan? De AIOS was in het 4^{de} jaar van zijn opleiding en stond bekend als een goed functionerende dokter. Hoe kon het dan zijn dat deze opvang niet goed ging. Lag het aan de AIOS? Was hier sprake van 'human error', een veel gebruikte, maar vooral ook misbruikte term in het kader van patiëntveiligheid? Het begrip 'human error' is een oordeel, dat impliceert dat er een schuldige is en dat er onrecht is gedaan. Het houdt geen rekening met het feit dat de mens werkt in een werkomgeving die hij maar zeer ten dele kan beïnvloeden. Deze context is essentieel voor de analyse, en nog veel belangrijker, voor de vervolgstappen die moeten worden genomen. Systeemdenken is het sleutelwoord in patiëntveiligheid.

Terug naar de AIOS. Het probleem lag hier niet zozeer bij de AIOS, maar meer bij de opleiding. In die tijd waren acute opvangcursussen zoals Advanced Pediatric Life Support nog niet beschikbaar in de opleiding en werden ook andere belangrijke doelgroepen zoals verpleegkundigen niet systematisch bijgeschoold in de handelingen en het teamwork rondom opvang. Deze vaardigheden werden wel aangeleerd, maar niet structureel onderhouden of getoetst. Naar aanleiding van dit incident heb ik in het Sophia Kinderziekenhuis een ziekenhuisbrede training in basale reanimatievaardigheden opgezet voor al het medisch en verpleegkundig personeel.

Patiëntveiligheid is belangrijk voor alle medisch specialisten, maar in de opleidings-tijd moet de juiste cultuur worden ingebakken. In die tijd leren onze specialisten van de toekomst de vaardigheden, houding en gedrag die zij levenslang als zelfstandige professionals zullen inzetten.

Patiëntveiligheid gaat over systeemdenken. De mens is niet het probleem maar de oplossing binnen dat systeem. Dat systeemdenken en de bewustwording dat veilige patiëntenzorg een teamprestatie is verdient expliciete aandacht. Opleiden in professionele autonomie moet veranderen in opleiden in professionele verantwoordelijkheid.

Ik ben gelukkig te werken op een afdeling waar patiëntveiligheid en systeemdenken gemeengoed is. Al meer dan tien jaar is de IC Kinderen van het Sophia Kinderziekenhuis leidend in het concretiseren van patiëntveiligheid. Alle medewerkers van de ICK, van het afdelingshoofd tot de zorgassistent nemen tweejaarlijks deel aan Crew Resource Management cursussen waarin teamwork en patiëntveiligheid centraal staan. Ik kijk er naar uit om dit met de begeleiders van dit programma, Cynthia van der Starre, Robert Jan Houmes en Ada Boon, ook uit te rollen over de medische vervolgopleidingen.

Aandacht voor doelmatigheid en patiëntveiligheid betekent geenszins dat andere maatschappelijke ontwikkelingen onbelangrijk zijn. Het is juist belangrijk te constateren dat het veranderende zorglandschap, met alle vragen eromheen, een moving target is, die noodzaakt tot een flexibele opleiding en het opleiden van flexibele medisch specialisten.

Herziene opleiding 2.0

Vanuit die visie moeten ook opleidingsplannen worden herzien. De eerste slag was met name een onderwijskundige herziening, maar ook op de inhoud moeten opleidingsplannen worden aangepast. De Verloskunde & Gynaecologie heeft dat recent gedaan in haar nieuwe programma BOEG. Ook de Kindergeneeskunde is bezig met een nieuw landelijke opleidingsplan, TOP, waarin expliciete aandacht is voor het spanningsveld tussen algemene kindergeneeskunde en subspecialistische zorg. Integrale zorg staat onder druk en het is essentieel dat zowel in de opleiding tot kinderarts, als in de herregistratie, kindergeneeskunde als integraal vak blijft bestaan.

Het is noodzakelijk dat ook in het Sophia Kinderziekenhuis de positie van de academische algemene kindergeneeskunde voldoende zichtbaar blijft en ondersteund wordt.

De moderne opleider

Opleider zijn is een voorrecht en er is niets leukers dan jong talent te coachen. Maar opleiden is niet langer een taak die je er even bijdoet als medisch specialist. Opleiden is een serieuze academische taak, die tijd en aandacht verdient.

Het Erasmus MC heeft de noodzaak van het positioneren van opleiden binnen de academische trias van patiëntenzorg, onderzoek en onderwijs ingezien. De leerstoel die ik mag bekleden is het rechtstreekse gevolg van het beleid dat de Raad van Bestuur van het Erasmus MC enige jaren geleden heeft ingezet.

Eisen aan opleiders



In dit plaatje ziet u het competentieprofiel van de opleider weergegeven. Op dit competentieprofiel wordt getoetst bij de vijfjaarlijkse externe controle van de opleiding, die visitatie heet. U ziet dat aan opleiders en opleidingsgroepen strenge eisen worden gesteld ten aanzien van inhoud en organisatie van de opleiding.

Opleiders en opleidingsgroepen moeten in het verlengde van het competentiegericht opleiden een traject van docentprofessionalisering doorlopen. Dit Teach the Teacher onderwijs is de afgelopen vijf jaar met name gericht geweest op het aanleren van de generieke basale vaardigheden van opleiden. Onder leiding van de Centrale Opleidingscommissie van het Erasmus MC zijn er nu op maat gesneden cursussen ontwikkeld die aansluiten bij de verdere professionaliseringslag die opleidingsgroepen nog moeten maken.

De eerder genoemde bezuinigingen op het opleidingsfonds hebben tot gevolg dat ook de gelabelde tijd van opleiders onder druk staat. Dat staat haaks op het borgen van de verworvenheden van de modernisering van de opleiding en de enorme taak die opleiders wacht in het kader van de individualisering van de opleidingsduur. Voor het behoud van kwaliteit van opleiden is het essentieel dat opleiders voldoende worden gefaciliteerd in de uitvoering van hun opleidingstaken. Het Erasmus MC staat, net als andere ziekenhuizen, voor de uitdaging om binnen de bezuinigingen in de gezondheidszorg daar voldoende middelen voor vrij te maken.

Leermethoden

Ook het onderwijs moet gemoderniseerd worden. Uit onderwijskundig oogpunt is het wenselijk om theoretische scholing in de tijd te koppelen aan de stage van de AIOS. Dus onderwijs over neonatologie moet met name tijdens die stage gegeven worden. Dat vereist dat onderwijs on-demand beschikbaar is en dat kan via e-learning.

Een goed voorbeeld van moderne e-learning is de in samenwerking met de KNMG ontwikkelde cursus 'Kindermishandeling en huiselijk geweld'. AIOS kunnen deze cursus doorlopen op elk gewenst moment in de opleiding. Voor AIOS Kindergeneeskunde is dat meestal gekoppeld aan hun poliklinische stage.



Het is mijn doel om het aanbod aan e-learning de komende jaren uit te breiden. Een eerste stap is gezet bij de ontwikkeling van een 'serious game'. Een 'serious game', zoals hier bedoeld, is een computerspel dat bepaalde vaardigheden kan helpen aanleren. Zo is in het Erasmus MC onder leiding van dr. Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit een 'serious game' ontwikkeld die artsen acute opvang op de Spoedeisende Hulp aanleert. Via het scherm kan de AIOS een digitale verpleegkundige aansturen en zo de opvang van een acuut bedreigde patiënt simuleren. De relevante internationale richtlijnen voor opvang zijn in dit spel ingebouwd. Een versie voor de opvang van acuut zieke kinderen is het afgelopen jaar onder mijn leiding ontwikkeld in samenwerking met Corinne Buysse en Elsbeth de Jager van de IC Kinderen en komt dit najaar beschikbaar. Ik heb daar overigens doelmatigheid gelijk in de praktijk gebracht. Het geheel vrijwillig participerende fotomodel is mijn kleinzoon Stijn.

Levenslange kwaliteit van medisch specialisten

Opleidingen zijn het begin, maar hoe zorgen we er voor dat de kwaliteit van de medisch specialist blijft geborgd gedurende het gehele arbeidsbestaan? De medisch specialisten in Nederland zijn er van doordrongen dat levenslange kwaliteit de norm is.

Recent heeft de Orde van Medisch Specialisten een visie ontwikkeld op optimaal functioneren van medisch specialisten. In deze visie staat levenslange ontwikkeling in het belang van de patiënt centraal.

In Nederland hebben we een systeem van hercertificering waarbij specialisten eens in de vijf jaar opnieuw geaccrediteerd worden. Deze accreditatie is, naast voldoende werkzame uren als specialist, grotendeels gebaseerd op het volgen van voldoende bij- en nascholing. Is dat voldoende?

De Registratie Commissie verklaart medisch specialisten bevoegd tot het uitoefenen van het specialisme. Maar wordt daarbij bekwaamheid voldoende getoetst?

In de huidige gezondheidszorg, waarin verregaande specialisatie en concentratie van zorg de norm is, zijn bevoegd en bekwaam niet hetzelfde. Is de breed opgeleide kinderarts, die zich heeft gespecialiseerd in kindercardiologie na vijf jaar nog capabel om in de dienst een benauwd kind op de eerste hulp naar de huidige standaard op te vangen en behandelen? Dat vereist een kritische beschouwing van bekwaamheid. In de Kindergeneeskunde wordt daarvoor de kleine kaart ontwikkeld. Dit is een essentiële set aan algemeen kindergeneeskundige kennis en vaardigheden die elke kinderarts moet behouden ongeacht zijn subspecialisatie.

Niet bevoegd, maar bekwaam is het voor de patiënt relevante eindpunt. In 2008 werd het Individueel Functioneren Medisch Specialisten-systeem (IFMS-systeem) geïntroduceerd. IFMS is gericht op het verbeteren van het individuele professionele handelen van medisch specialisten door in een periodiek gesprek de feedback van de omgeving en het eigen portfolio te bespreken. Dit systeem wordt in ziekenhuizen in Nederland geïmplementeerd. Het is een prestatie-indicator voor de Inspectie voor de Gezondheidszorg. Belangrijker nog, dit systeem bevat veel elementen die ook in de opleiding tot medisch specialist zijn opgenomen zoals multisource feedback, het bijhouden van een portfolio en een persoonlijk ontwikkelingsplan.

Dit biedt een uitstekende mogelijkheid voor een naadloze aansluiting op de opleiding in het verdere professionele bestaan in een veranderend zorglandschap. Het continue portfolio van AIOS tot medisch specialist wordt nu al voorbereid. Het einde van de opleiding is een tussenstation.

Afsluiting

Dames en heren, ik kan u gerust stellen, ik ben bijna klaar.

Ik heb u duidelijk gemaakt dat er veel belangrijke maatschappelijke thema's zijn die een plaats verdienen in de opleiding tot medisch specialist. Wij moeten onze toekomstige specialisten marineren in doelmatigheid en patiëntveiligheid. Goede zorg voor onze patiënt is zoveel mogelijk gebaseerd op evidence based medicine, maar met respect voor de grenzen van wetenschappelijk bewijs.

Zoals professor Klazinga, hoogleraar sociale geneeskunde in het AMC, het formuleerde: 'de medicus moet niet worden gereduceerd tot een volkomen rationeel handelende machine, noch tot een op ervaring drijvende amoëbe in een zee van impressies'.

Het doel van de opleiding is niet het halen van de opleiding. 'Zen and the art of opleiden' zou je kunnen zeggen. De medisch specialist van de toekomst is geen kant en klaar eindproduct. Hij is een flexibel opgeleide professional voor wie levenslang leren en ontwikkelen normaal is. Een vakman voor wie professionele verantwoordelijkheid en niet professionele autonomie centraal staat.

Dankwoord

Graag spreek ik aan het einde van deze rede nog een dankwoord uit.

Ik dank het College van Bestuur van de Erasmus Universiteit Rotterdam, de Raad van Bestuur van het Erasmus MC, het bestuur van de Vereniging Trustfonds Erasmus Universiteit Rotterdam en de leden van de benoemingscommissie van mijn leerstoel voor het in mij gestelde vertrouwen.

Professor Huib Pols, rector magnificus van de Erasmus Universiteit. Jij zei mij enkele jaren geleden dat je blij was iemand te vinden die wél enthousiast was over de modernisering van de medische vervolgoopleidingen, ondanks alle dreigende papieren tijgers. Of dat enthousiasme naïef was laat ik aan jou, maar enthousiast ben ik nog steeds. Dank voor je bevlogen betrokkenheid bij de opleiding geneeskunde en de specialisten opleidingen.

Professor Jaap Verweij, decaan van het Erasmus MC. Dank voor de steun in het positioneren van de Centrale Opleidingscommissie en het proactief blussen van binnenbranden. Ik hoop met jouw steun de opleiding in het Erasmus MC en de OOR Zuidwest Nederland verder te verbeteren.

Professor Edmond Rings en dr. Annemarie van Rossum, dank ik voor het prioriteren van de opleiding Kindergeneeskunde in deze moeilijke financiële tijd. Ik hoop samen met jullie onze samenwerking met het LUMC te versterken.

Professor Bert van der Heijden. Toen jij mij in 2004 vroeg om opleider kindergeneeskunde te worden was ik compleet verrast. Jij zag mijn kwaliteiten beter dan ik zelf. Je hebt me gecoacht in mijn ontwikkeling, me gesteund daar waar nodig en me de vrijheid gegund mijn eigen stijl te ontwikkelen. Bert, de kortste weg tussen twee punten is een rechte lijn. Die eigenschap heb ik niet van je overgenomen, maar wel je oprechte passie voor opleiden. Dank voor je vertrouwen en je vriendschap. Maak je geen zorgen, ik zal de plaatjes van de golfbaan in Oman hier niet vertonen.

Professor Dick Tibboel, hoofd van de IC Kinderen. Ik kijk met bewondering naar de kinder IC die onder jouw leiding een internationaal toonaangevende afdeling is geworden. Je hebt me geleerd dat de lat altijd hoger kan en moet. Jouw aanstekelijke enthousiasme voor onderzoek maakt ons tot een van de productiefste bench-to-beside kinder IC's in Europa. Daarnaast delen we nog een passie namelijk Ajax. Of dat veel plezier gaat brengen dit seizoen moeten we nog maar afwachten.

Mijn collega's van de kinder IC dank ik voor het delen van lief en leed op onze bruisende afdeling. Jullie expertise en de dagelijkse pathofysiologische debatten op het scherpst van de snede houden de geest scherp.

Tjitske van der Zanden, projectmanager van het landelijk Kinderformularium. Het Kinderformularium is één van de mooiste projecten uit mijn professionele bestaan, maar paste helaas niet zo in deze rede. Dank voor de voortreffelijke manier waarop jij dit project al vanaf het begin geruisloos runt.

Opleiden is teamwork. Mijn collega's in de Centrale Opleidingscommissie staan door hun oprechte betrokkenheid en inzet garant voor de kwaliteit van opleiden in het Erasmus MC. Ook Erik-Jan Schoonen, sectormanager van de Desiderius School, dank ik voor de enthousiaste ondersteuning.

Ik dank dr. Rogier de Jonge, plaatsvervangend opleider, en de hele opleidingsgroep van het Sophia Kinderziekenhuis en ons cluster voor hun fantastische inzet voor onze kindergeneeskundige opleiding.

Ik dank professor Joep Dörr, die helaas begin dit jaar overleden is, voor zijn stimulerende en krachtdadige landelijke inzet voor de vervolgoopleidingen.

De rolmodellen in mijn eigen opleiding, teveel om te noemen, maar ik wil er toch een paar uitlichten.

Piet van der Straaten, mijn opleider in Delft en toonbeeld van levenslang ontwikkelen. Al lang met pensioen, maar gewoon nog kinderarts op Corsica.

Professor Henk Visser, die ons kinderziekenhuis groot heeft gemaakt, dank ik voor zijn vertrouwen en de kans die ik kreeg om mijn academische ambitie waar te maken.

Peter de Laat, jij hebt een hele generatie kinderartsen, waaronder mij, in het Sophia Kinderziekenhuis de kneepjes van de algemene academische kindergeneeskunde geleerd.

Koen Joosten, mijn IC maatje vanaf het begin, met wie ik alle werk lief-en-leed heb gedeeld. Jij bent en blijft mijn one-stop intervisie shop.

Chantal Strik, mijn secretaresse maar beter bekend als mijn externe geheugen. Dat onze opleiding organisatorisch vlekkeloos draait is vooral ook aan jou te danken.



En dan de groep waar het om draait: de AIOS Kindergeneeskunde van het Sophia Kinderziekenhuis. Het is een feest om elke dag te mogen werken met jonge, ambitieuze en talentvolle mensen zoals jullie. Ik ben trots op hoe jullie de verantwoordelijkheid voor je eigen opleiding hebben opgepakt.

Levenslang ontwikkelen gaat alleen in balans. Ik haal die uit mijn familie en vrienden.

Lieve mam, wat fijn dat je er op je 89^{ste} vandaag bij kan zijn. Dank je wel voor je onvoorwaardelijke steun.

Mijn vader ben ik nog elke dag dankbaar voor twee eigenschappen die hij me heeft meegegeven. Namelijk om mensen te nemen zoals ze zijn en niet te snel te oordelen. Maar boven alles voor je onovertroffen gevoel voor humor in elke situatie.

Mijn lieve kinderen, Amy, Ted en Liselotte. Ik ben trots op hoe jullie je, ondanks mijn opvoeding, tot zelfstandige warme volwassenen hebben ontwikkeld. Samen met jullie partners zijn jullie voor mij een onuitputtelijke bron van energie. Maak je eigen dromen waar!

Lieve Patries. Aan hoe belangrijk jij bent in mijn leven kan ik geen recht doen in een paar zinnen. Ik eindig dan ook maar met het begin. De titel van deze rede is voor jou. Liever levenslang. Maar dan met jou.

Ik heb gezegd

Geselecteerde referenties

Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. Julio Frenk, Lincoln Chen, Zulfiqar A Bhutta et al. *Lancet* 2010; 376: 1923–58.

Specialty Board Certification and Clinical Outcomes: The Missing Link. Lisa K. Sharp, Philip G. Bashook, Martin S. Lipsky et al. *Acad. Med.* 2002;77:534–542.

Loopbanen en loopbaanwensen van basisartsen. Meting 2012/2013. F. van der Velde, M. Abbink-Cornelissen, I. Bloemendaal, A. van der Kwartel. Utrecht, november 2013, KiWa Carity.

Naar modernisering van het toezicht op de vervolgoopleidingen Discussienotitie over governance in de vervolgoopleidingen en de zorg. Rolf de Folter. Utrecht, maart 2012.

Optimaal functioneren van medisch specialisten Visiedocument van de Orde van Medisch Specialisten en Wetenschappelijke Verenigingen, 12 december 2013.

A Patient Safety Curriculum for Graduate Medical Education: Results From a Needs Assessment of Educators and Patient Safety Experts. Prathibha Varkey, Sudhakar Karlapudi, Steven Rose et al. , *American Journal of Medical Quality* OnlineFirst, published on April 3, 2009.

Gezel bij moderne meesters. een onderzoek naar het verwerven van praktijkkennis in de opleidingen tot chirurg en kinderarts. Tineke Stegeman. Proefschrift, UvA, 2008.

Thinking fast and slow. Daniel Kahneman. Farrar, Straus and Giroux, ISBN 978-0374275631, 2011.

Educating Future Physicians for Ontario. Victor R Neufeld, Robert F. Maudsley, Richard J Pickering, MD, et al. *Acad Med.* 1998;73:1133-1148.

Euro Health Consumer Index 2013. Health Consumer Powerhouse. Arne Björnberg, Brondby, Sweden, 2013.

Effect of the 2011 vs 2003 Duty Hour. Regulation–Compliant Models on Sleep Duration, Trainee Education, and Continuity of Patient Care Among Internal Medicine House Staff. A Randomized Trial. Sanjay V. Desai; Leonard Feldman; Lorrel Brown; et al. *JAMA Intern Med.* 2013;173(8):649-655.

Reflection: moving from a mandatory ritual to meaningful professional development. Deborah Murdoch-Eaton, John Sanders. *ADC Online First*, published on August 23, 2013.

Conceptual framework for performance assessment: Competency, competence and performance in the context of assessments in healthcare – Deciphering the terminology. Kamran Khan, Sankaranarayanan Ramachandran. *Med Teach.* 2012;34(11):920-8.

*Deze publicatie betreft een oratie aan
de Erasmus Universiteit Rotterdam*

ISBN 978-90-779-0698-9

