

**dr. Jessie Hermans**

arts maatschappij + gezondheid,  
onderwijscoördinator sociale  
geneeskunde, UMC en RU  
Groningen

**prof. dr. Debbie Jaarsma**

hoogleraar onderzoek en  
innovatie van medisch onderwijs,  
UMC en RU Groningen

**prof. dr. Menno Reijneveld**

sociaal geneeskundige/  
epidemioloog, hoogleraar  
sociale geneeskunde, UMC  
en RU Groningen

BASISOPLEIDING GENEESKUNDE MOET MAATSCHAPPIJGERICHTER

# Arts2040 is nu al nodig

De transitie naar ‘de drie V’s’ – zorg voorkomen, verplaatsen en vervangen – vraagt van artsen dat zij inspelen op de maatschappelijke context van hun werk. Maar, zeggen de auteurs, dan moeten we medisch studenten wel anders opleiden.

**H**et vorig jaar verschenen Raamplan Artsopleiding 2020 – het kader voor de umc’s om hun geneeskundeopleiding in te richten – schenkt meer dan vorige versies expliciet aandacht aan preventie, toegankelijke en passende zorg en de maatschappelijke context waarbinnen de arts gaat werken.<sup>1</sup>

Dat betekent een goede uitgangspositie voor de ontwikkeling van de CanMeds-competentie ‘maatschappelijk handelen’. Toch is het de vraag of het geneeskunde curriculum hierdoor ook daadwerkelijk anders wordt. Maatschappelijk handelen stond namelijk ook al in het vorige raamplan, maar kwam maar mondjesmaat aan bod in de curricula. Aldus het panel dat in 2017 alle opleidingen geneeskunde in Nederland visiteerde, en constateerde dat de umc’s daarmee hun studenten onvoldoende op hun toekomst, vaak buiten het ziekenhuis, voorbereiden.<sup>2</sup>

Dit levert twee vragen op: Hoe moet een curriculum eruit zien dat toekomstige artsen echt goed voorbereidt op maatschappelijk handelen? En wat is ervoor nodig om een dergelijk maatschappijgericht curriculum te realiseren?

## Maatschappelijk handelen

Maatschappelijk handelen gaat zowel over het voorkomen van ziekte als over het realiseren van passende en toegankelijke zorg. En het gaat om handelen op individueel én populatieniveau. Denk bijvoorbeeld aan een gesprek over leefstijl met patiënten van diverse culturele en etnische achtergronden of met lage gezondheidsvaardigheden, en het vervolgens aanbieden van een leefstijlinterventie op maat. Of aan kinderen in de jeugdhulp die de zorg moeten krijgen waar ze recht op hebben. De huidige verplaatsing van zorg van de tweede naar de eerste en nulde,

preventieve, lijn maakt het daarbij gemakkelijker om gezondheidsbehoeften van kwetsbare groepen vroeg te identificeren en daarop te interveniëren. Belangrijke gezondheidswinst is het gevolg, vooral bij laagopgeleide burgers.

Maatschappelijk handelen betekent dat de arts moet leren denken en werken over de grenzen van de eigen discipline en instelling heen, en meer buiten de context van het ziekenhuis. Hij moet op de hoogte zijn van maatschappelijke vraagstukken en trends in de zorg, en daarop kunnen inspelen, bijvoorbeeld door e-health en m-(mobile)health in te zetten. En hij moet zorgnetwerken kunnen verbinden met welzijns- en preventienetwerken, om kwetsbare groepen tijdig van de juiste zorg te voorzien en geïntegreerde oplossingen te vinden voor kwesties als obesitas of huiselijk geweld. Dat is maatschappelijk leiderschap, en het is netwerk geneeskunde en leefstijl geneeskunde in optima forma.

Een maatschappijgericht curriculum moet hier met kennis op aansluiten. Het Raamplan 2020 biedt hier zeker kaders voor. Het betekent echter ook het aanleren van vaardigheden zoals het opstellen van een ‘diagnose’ en ‘therapie’ op wijk- of

In verschillende umc’s wordt al geëxperimenteerd met een maatschappijgericht curriculum

gemeenteniveau. Hier laat het Raamplan 2020 wel wat liggen. Waar de meeste competenties worden geformuleerd als eindtermen die zelfstandig, dus zonder supervisie, uitgevoerd moeten kunnen worden, zijn competenties die betrekking hebben op maatschappelijk handelen op populatieniveau dat niet. Zij dienen slechts in overleg met een supervisor of onder supervisie ontwikkeld te worden. En maatschappelijk handelen op populatieniveau behoort ook niet tot de set beroepsactiviteiten die elke aanstaande arts moet kunnen uitvoeren.

### Opleidingsmodellen

Eigenlijk weten we heel goed hoe we een maatschappijgericht curriculum vorm moeten geven. In verschillende umc's wordt hier namelijk al mee geëxperimenteerd. Een goed voorbeeld is het 'coschap in de wijk', in Utrecht.<sup>3</sup> Studenten maken hier gedurende een week kennis met het preventie- en zorgnetwerk buiten het ziekenhuis en ervaren de invloed van leefomgeving en sociaal-maatschappelijke context op de gezondheid van en zorg voor mensen. Dan gaat het om schuldenproblematiek, armoede, laaggeletterdheid, verslaving. Thema's die meestal niet in de spreekkamer van de arts aan de orde komen, maar wel grote invloed hebben op de gezondheid. Een ander voorbeeld is Rotterdams onderwijs in doelmatigheid van zorg dat zich richt op het aanleren van kostenbewustzijn van aanstaande artsen.<sup>4</sup> Zij leren hier om keuzes in de zorg ook financieel te onderbouwen in het maatschappelijk debat. En de lijn Healthy Ageing die momenteel in Groningen wordt ingevoerd in de bachelorfase, waarin maatschappelijk handelen centraal staat in de leeropdrachten die studenten krijgen. Dat zijn drie voorbeelden van onderwijsvormen die aanstaande artsen leren breder te kijken dan het vooral ziektegericht denken en handelen dat de huidige curricula domineert.

Deze bredere aanpak wordt nog effectiever als we het hele curriculum baseren op een opleidingsmodel waarin maatschappelijk handelen volledig is geïntegreerd in medisch handelen, en met toetsing van



Met het 'coschap in de wijk' ervaren studenten de invloed van leefomgeving en sociaal-maatschappelijke context op de gezondheid van mensen.

maatschappelijk handelen als integraal onderdeel. Dat kan bijvoorbeeld met het 'competentiemodel arts 21ste eeuw', of het 'raamwerk gezondheidszorgsystemen' dat de student stimuleert om klinisch te redeneren op individueel niveau én populatieniveau: wat is er biomedisch aan de hand, maar ook, welke determinanten en maatschappelijke processen spelen hier een rol. Deze opleidingsmodellen zijn gericht op interprofessioneel samenwerken, verbinden preventie en zorg automatisch en leren studenten ook te denken in gezondheidszorgsystemen en te schakelen tussen patiënt, community en populatie.<sup>5,6</sup> Ze bouwen voort op het biopsychosociale model dat het Raamplan 2020 hanteert.

### Aanpassing curricula

Een dergelijke versterking van maatschappelijk handelen betekent een aanpassing van de geneeskundecurricula. De extramurale preventie- en zorgcontext wordt daarin dan automatisch belangrijker. Immers, daar dienen gezondheidsvragen zich meestal als eerste aan en daar worden ze voor het overgrote deel ook afgehandeld. Het betekent ook het geven van een daarbij passende rol aan

artsen uit de preventieve, nuldelijnszorg en de eerste lijn, zodat zij rolmodellen voor studenten kunnen leveren, in alle fasen van de opleiding.

Voor de masterfase geldt dat we coschappen zo moeten vormgeven dat de coassistent leert om zorg en preventie aan te passen aan de context van de patiënt en aan de sociale kaart. Die coassistent moet leren hoe de patiënt vanuit de nulde- of eerstelijnssetting ook zorg kan krijgen in meer gespecialiseerde zorgvoorzieningen. Dat vereist leren hoe er in de nulde en eerste lijn en de meer gespecialiseerde zorg wordt gedacht en gehandeld. Dan ontstaat inzicht in de manier waarop verplaatsing van zorg aan de orde is. Dat helpt om te leren werken met concepten als netwerkgeneeskunde en leefstijlgeneeskunde. Dat vraagt om substantieel langer durende (langer dan de, gemiddeld, tien weken in de huidige curricula) extramurale coschappen in de nulde- en eerstelijnszorg, bij sociaalgeneeskundigen en huisartsen, en in de care, bij specialisten ouderengeneeskunde. Extramurale coschappen die bijvoorbeeld een geheel masterjaar omvatten, waarin ook steeds verbindingen tussen extra- en intramuraal worden gelegd.

## Er zal stevig leiderschap nodig zijn om dit te realiseren

Daar zijn we nog lang niet, maar het onderwijs beweegt wel. In Groningen zijn we bijvoorbeeld het extramuraal coschap aan het verlengen, als eerste stap, van acht naar twaalf weken. Daarin leggen we verbindingen op de werkvloer tussen huisartsgeneeskunde, sociale geneeskunde en ouderengeneeskunde, en van daaruit met zorg in het ziekenhuis, en het bredere palet zorg en preventie extramuraal, bijvoorbeeld welzijnswerk. Dat gebeurt onder andere via *'patient journey's'*, waarbij de student de patiënt vergezelt op zijn zorgreis. En het gebeurt door het aanbieden van onderwijs met casuïstiek die de student leert schakelen tussen de ziekte of klacht van de patiënt en maatschappelijke gezondheidsvraagstukken, en tussen de verschillende echelons van zorg.

### Realiseren

We weten dus hoe een maatschappijgericht geneeskunde-curriculum eruit moet zien, maar kunnen we dat ook realiseren? Daar moet nog behoorlijk wat voor gebeuren in de umc's. Belangrijke bouwsteen is een multidisciplinair team van docenten, geneeskundig specialisten uit alle sectoren van de preventie en zorg en onderwijskundigen. Die moeten elkaar en elkaars expertise leren kennen en respecteren, en tijd vrijmaken voor gedegen denk- en ontwikkelwerk. De inzet van curriculumleiders met expertise wat betreft verandermanagement kan het proces bevorderen, we hebben het immers over een fundamentele herziening. Verder kan het inzetten van studenten als onderwijs-

ambassadeurs deze ontwikkeling versnellen. Zo hebben studenten die geïnteresseerd zijn in maatschappelijke zorgvragen een coschap 'publieke zorg asielzoekers' in Groningen bepleit en vervolgens helpen realiseren toen zij daarvoor de kans kregen.

Daarnaast zullen umc's in hun criteria voor selectie de belangstelling van studenten voor maatschappelijke zorgvraagstukken meer moeten meewegen. Dat past goed bij de beweging van umc's naar meer preventie.<sup>7</sup>

### Arts2040

De integratie van gezondheidsaspecten op populatie- en maatschappijniveau in een curriculum is notoir lastig, zo blijkt uit het visitatierapport uit 2017. Er zal stevig leiderschap nodig zijn om dit te realiseren – uit de literatuur zijn de barrières bekend zoals gebrek aan ruimte binnen het curriculum, prioriteit voor puur medische onderwerpen en onderschatting van het belang van public health.<sup>8</sup> Dat betekent een belangrijke rol voor de umc's en hun koepel, de NFU. Het betekent investeren in andere menskracht en in middelen, door umc's, maar evenzeer door het ministerie en zorgverzekeraars – dit gaat immers over de zorg van de toekomst.

Een maatschappijgericht curriculum geeft zicht op de Arts2040, een traject dat de KNMG nu uitwerkt en waar de voorzitter voor pleit.<sup>9</sup> Dat is een arts met een focus op preventie, met het concept van positieve gezondheid op haar netvlies en met voldoende bagage om in de extramuraal context maatschappelijk te handelen. Dat realiseren is urgent: we hebben deze Arts2040 eigenlijk nu al nodig, om de zorg effectief en betaalbaar te houden en te maken. Laten we daarom voortvarend de opleiding geneeskunde meer maatschappijgericht maken en deze lijn doortrekken naar de medische vervolopleidingen! ■

### contact

a.j.m.hermans@umcg.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

### web

De voetnoten en meer over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).