



OPLEIDINGS-
SPECIAL



Focus op onbekende
specialismen nodig

Uitdagingen buiten
het ziekenhuis

Drie opleidings-
initiatieven

Onbekend maakt onbemind





Onbekend, onbemind

Een van ons is anesthesioloog; de ander is coassistent en heeft de ambitie later kinderarts te worden. Twee totaal verschillende specialismen, maar voor ons allebei geldt dat we al vroeg wisten dat we graag in een ziekenhuis willen werken. Daar ligt ons hart, en als we ergens van overtuigd zijn, dan is het wel dat het belangrijk is je hart te volgen.

Het ziekenhuis is echter niet voor iedere geneeskundestudent de ideale werkomgeving; ook dat weten we beiden. Het punt is alleen dat de focus tijdens de opleiding sterk op ziekenhuiscare ligt. We zeggen het even heel zwart-wit, maar wie geneeskunde gaat studeren, gaat later in het ziekenhuis werken. Dat is het beeld dat mensen bij dokters hebben en het is ook het beeld waarmee veel studenten aan geneeskunde beginnen.

Natuurlijk is daar helemaal niets mis mee. Maar het is wel jammer als studenten na hun coschappen in het ziekenhuis afhaken, simpelweg omdat ze zich niet thuis voelen in het ziekenhuis en niet weten welke andere mogelijkheden er zijn. Dat je bijvoorbeeld bij een arbodienst kunt gaan werken en meedenkt over een gezond vitaliteitsbeleid. Of in een verpleeghuis om mensen, ondanks de ongemakken van het ouderdom, toch te kunnen laten genieten van wat het leven nog wél te bieden heeft.

Tijdens de bijeenkomst 'Onbekend maakt onbemind' die wij eind juni organiseerden, bleek dat er best animo is voor niet-ziekenhuisspecialismen, maar dat veel geneeskundestudenten er pas laat (of niet) in hun studie mee in aanraking komen, waardoor ze er niet snel voor kiezen. Onbekend maakt immers onbemind, zeker gezien de vooroordelen die er bestaan.

Waarom zou je met ouderen gaan werken die nooit meer beter worden? En een bedrijfsarts: die doet toch niets anders dan Poortwachtertje spelen?

Jammer, dit soort misvattingen, want als je bedenkt dat zorg zich steeds meer van het ziekenhuis naar de thuissituatie verplaatst, is er juist behoefte aan studenten die binnen de sociale geneeskunde aan de slag gaan.

De LAD en De Geneeskundestudent vinden het daarom belangrijk dat er tijdens de opleiding al vroeg aandacht wordt besteed aan 'onbekende' specialismen en dat studenten goed worden begeleid om erachter te komen waar hun intrinsieke motivatie ligt. Daarnaast willen we dat studenten voor wie het ziekenhuis wél hun droom is, ook daadwerkelijk een opleidingsplaats kunnen bemachtigen – en dat ze niet, zoals nu veel basisartsen, aan de zijlijn komen te staan.

Uiteindelijk gaat het erom een zo reëel en volledig mogelijk beeld van de werkelijkheid te schetsen, zodat studenten bewust kiezen voor het specialisme waar hun hart ligt én daar ook een baan in kunnen vinden. In deze gezamenlijke special laten we zien wat er volgens beleidsmakers, opleiders en (aankomende) artsen moet gebeuren om dat te bereiken.

Deze special wordt niet alleen naar onze leden verstuurd, maar óók tijdens de introductiedagen verspreid. Kreeg jij deze special op die manier in handen? Doe er dan je voordeel mee! Wij hopen dat we met meer bekendheid meer 'bemming' kunnen bereiken.

Christiaan Keijzer, voorzitter LAD

Claudia van Woerkom, voorzitter De Geneeskundestudent

4, 9, 13 en 14

Wat maakt jouw specialisme leuk?

Wat is er leuk aan werken met ouderen die niet meer beter worden? En een jeugdarts: die doet toch niet veel meer dan baby's wegen op een consultatiebureau? Dat er veel vooroordelen zijn over hun specialismen, ervaren deze vier aios dagelijks, maar ze vertellen in deze special graag wat hun specialisme zo leuk, complex en uitdagend maakt. Aan het woord: Liselotte de Haan (ouderengeneeskunde), Lilian van der Ven (Maatschappij & Gezondheid), Wietse Gaykema (revalidatiegeneeskunde) en Leonie Mooyman (bedrijfsgeneeskunde).

12 **Uitdagingen op de arbeidsmarkt**15 **Servicepagina****Colofon**

Dit is een speciale uitgave van het LAD-magazine, het kwartaalmagazine van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD), dat samen met De Geneeskundestudent is gemaakt. Aanleiding voor deze opleidingsspecial is de bijeenkomst 'Onbekend maakt Onbemind', die De Geneeskundestudent en de LAD op 27 juni 2017 organiseerden.

Oplage: 33.800

Redactieadres: Janssonisulaan 34-36, Postbus 20058, 3502 LB Utrecht, Telefoon (030) 670 27 27, E-mail: redactie@lad.nl

Redactiecommissie van deze special: Robert Barendse (LAD), Theo Haasdijk (LAD), Dienneke van Os (De Geneeskundestudent), Therèse van 't Westende (LAD) en Claudia van Woerkom (De Geneeskundestudent)

Redactie: Marjolein Dekker

Illustraties: Ronald Slabbers

Vormgeving: Member Since

Druk: Centrum Drukkerij

ISSN-nummer 2213-9923

**Meer focus op onbekende specialismen**

Jaarlijks melden zich veel meer basisartsen aan voor een 'ziekenhuisspecialisme' dan er aan opleidingsplaatsen zijn. Omgekeerd krijgen 'onbekende' specialismen (vooral binnen de sociale geneeskunde) hun opleidingsplaatsen niet gevuld. Hoog tijd dat dat verandert, vinden de LAD en De Geneeskundestudent. "Studenten moeten al in een vroeg stadium met 'onbekende' specialismen in aanraking komen."

**Drie opleidingsinitiatieven**

Meer aandacht voor sociale geneeskunde is niet alleen wenselijk vanuit de arbeidsmarktproblematiek, maar óók en misschien wel vooral omdat de zorg in de toekomst steeds dichterbij de patiënt plaatsvindt. Hoe spelen opleidingen daarop in? Drie initiatieven (LUMC, UMCG en Hogeschool van Amsterdam) belicht.

“Ik bouw echt een band op met mijn patiënten”



WAT MAAKT JOUW SPECIALISME LEUK?

“Toen ik aan geneeskunde begon, had ik nog niet zo’n goed beeld van wat ik later wilde. Tijdens mijn opleiding vloog ik dan ook alle kanten op: eerst wilde ik voor gynaecologie gaan, toen voor chirurgie en op een gegeven moment was ik ervan overtuigd dat het anesthesiologie moest worden. Net toen ik die beslissing had genomen, begon ik aan een verplicht coschap ouderengeneeskunde en al na een week wist ik: dit is het! Natuurlijk had ik er wel eens over gehoord, maar ik had simpelweg nooit bedacht dat werken buiten het ziekenhuis voor mij ook een optie zou zijn.”

Ingewikkelde vraagstukken

“Als specialist ouderengeneeskunde bouw je echt een band met mensen op en kun je veel betekenen. Niet alleen de doelgroep trekt me, maar ook de sfeer

en de samenwerking met collega’s in het verpleeghuis. Iedereen hier werkt met een groot hart en een enorme toewijding voor de mensen. Daarnaast vind ik het vakgebied interessant, omdat er zoveel in verweven zit: veel ouderen komen niet meer in het ziekenhuis, waardoor je soms de neuroloog, cardioloog en internist tegelijk bent. De vraagstukken die op mijn bord belanden, zijn bovendien vaak ingewikkeld, omdat je met veel complicerende factoren te maken hebt, zoals een slecht hart of niet goed functionerende nieren. Ik vind het een uitdaging om te kijken hoe ik ervoor kan zorgen iemand dan toch een stukje kwaliteit van leven te bieden.”

Ambassadeurs

“Helaas heeft ouderengeneeskunde nog steeds een ‘geitenwollensokken’-imago. Als ik uitleg dat ik hier bewust voor heb gekozen, begrijpt niet iedereen dat, totdat ik uitleg wat ik eigenlijk precies doe. Juist om die reden geloof ik sterk in ambassadeurs. Op 18 augustus is de website ouderengeneeskunde.nu online gegaan, een initiatief van SOON (Samenwerkende Opleidingen tot Specialist Ouderengeneeskunde Nederland). Ik ben een van de acht ambassadeurs die de komende tijd via social media en blogs laten zien hoe leuk dit vak is. Studenten kunnen zich via de site aanmelden om een dag met een van de ambassadeurs mee te lopen. Ons doel is dat het tot meer enthousiasme

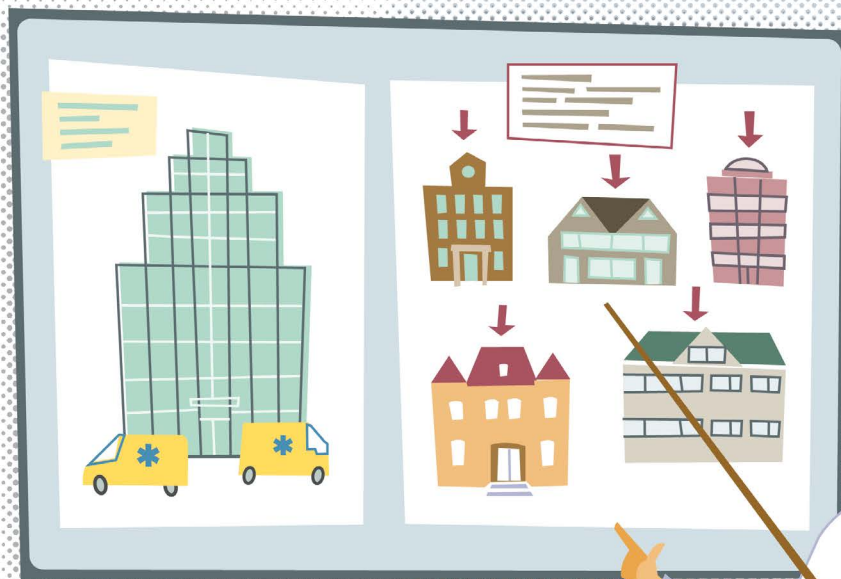
voor ons vakgebied leidt, en ik heb goede hoop: de meeste aios ouderengeneeskunde hebben hun geneeskundeopleiding in Amsterdam, Nijmegen of Leiden gevolgd, waar ouderengeneeskunde een verplicht coschap is. Die verplichte coschappen doen dus hun werk en ik denk dat dat ook voor meeloopdagen zal gelden. Het werkt als studenten met eigen ogen zien wat het vak inhoudt.”

“Al na de eerste week van mijn coschap wist ik: dit is het!”

Cluster met specialismen

Ik zou het toejuichen als het coschap op iedere opleiding verplicht wordt, want welk specialisme je ook gaat doen, je krijgt tijdens je loopbaan hoe dan ook met ouderen te maken. Dan is het goed om te weten wat een specialist ouderengeneeskunde kan betekenen. Ik geloof in die zin ook sterk in het aanbieden van een cluster met ‘aangrenzende’ specialismen, zoals ouderengeneeskunde in combinatie met neurologie of huisartsgeneeskunde: die specialismen hebben veel raakvlakken, en het is goed om van elkaar te weten hoe je elkaar kunt versterken.” ■

Focus op 'onbekende' specialismen tijdens opleiding nodig



Jaarlijks melden zich veel meer basisartsen aan voor een 'ziekenhuisspecialisme' dan er aan opleidingsplaatsen zijn. Omgekeerd krijgen 'onbekende' specialismen (vooral binnen de sociale geneeskunde) hun opleidingsplaatsen niet gevuld. Hoog tijd om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen, vinden de LAD en De Geneeskunde-student. "Studenten moeten al in een veel eerder stadium met 'onbekende' specialismen in aanraking komen én goed begeleid worden in hun beroepsoriëntatie." ►►



Wat doet het Capaciteitsorgaan?

Het Capaciteitsorgaan werd in 1999 opgericht, toen er zowel in de politiek als in het zorgveld behoefte bleek aan een onafhankelijke organisatie die de arbeidsmarkt voor artsen monitort én de politiek en het veld daarover adviseert.

Het Capaciteitsorgaan raamt het aantal geneeskundig specialisten dat in de toekomst nodig is en adviseert het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen (OCW) over de instroom in de initiële opleiding geneeskunde, en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de instroom in de medische vervolgoopleidingen.

In het bestuur van het Capaciteitsorgaan zijn drie partijen paritair vertegenwoordigd: de beroepsbeoefenaren (dat zijn artsen, maar bijvoorbeeld ook de LAD), de opleidingsinstellingen en de zorgverzekeraars.



Dat de arbeidsmarkt voor beginnend artsen niet functioneert zoals het zou moeten, maken de cijfers van het Capaciteitsorgaan in één klap duidelijk. Er is een 'opleidingsreservoir' van 5.102 basisartsen ontstaan, terwijl er jaarlijks maar maximaal 2.369 opleidingsplaatsen beschikbaar zijn. Vooral voor de ziekenhuisspecialismen is het lastig een opleidingsplaats te vinden. Voor kindergeneeskunde en plastische chirurgie zijn er acht keer meer belangstellenden dan dat er aan opleidingsplaatsen zijn. Voor heelkunde geldt een factor zeven en voor orthopedie, gynaecologie en interne geneeskunde melden zich gemiddeld vier tot vijf keer meer belangstellenden dan het aantal beschikbare opleidingsplaatsen. In afwachting van een opleidingsplaats werken de basisartsen veelal als anios in intramurale instellingen. Maar door de toenemende instroom van basisartsen groeit het opleidingsreservoir. Niet alle basisartsen vinden daarom een baan. De cijfers onderstrepen het toenemende overschot aan basisartsen, al geven de absolute aantallen wel een enigszins vertekend beeld. Niet voor alle specialismen bestaat namelijk een overschot.

5.102
basisartsen

2.369
opleidings-
plaatsen

Er is een opleidingsreservoir van 5.102 basisartsen, terwijl er jaarlijks 2.369 opleidingsplaatsen zijn

Een aantal opleidingsinstellingen binnen de sociale geneeskunde, zoals de opleiding voor bedrijfs-, verzekeringsarts en arts Maatschappij en Gezondheid, krijgt haar opleidingsplaatsen moeilijk gevuld. Hetzelfde geldt voor ouderengeneeskunde en psychiatrie. Er is simpelweg te weinig belangstelling voor.

Aanknopingspunten

Tijdens een bijeenkomst die de LAD en De Geneeskundestudent eind juni organiseerden, bespraken opleiders, beleidsmakers, artsen en geneeskundestudenten uitgebreid de dilemma's op de arbeidsmarkt en het beter afstemmen van vraag en aanbod. Kort gezegd waren ze het over twee aanknopingspunten eens: er moet iets gebeuren met de instroom van het aantal studenten én er moet iets gebeuren om de 'onbekende' specialismen bekender te maken. Immers: onbekend maakt onbemind.

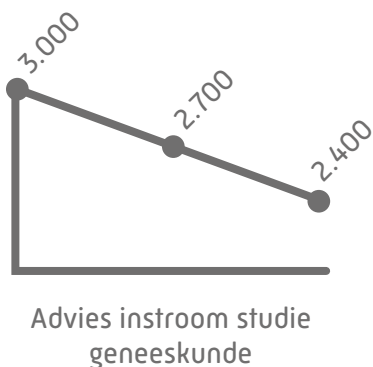
Instroom moet omlaag

Hamvraag is allereerst hoe het overschot aan basisartsen is ontstaan. Victor Slenter, directeur van het Capaciteitsorgaan: "Het benodigd aantal aios voor de medische specialismen groeit minder hard dan eerder werd aangenomen. Wij adviseren daarom al sinds 2013 om de instroom in de studie geneeskunde te verlagen, maar tot dusver heeft de minister geen gehoor gegeven aan dat advies." Dat is jammer, vindt Slenter. "Jaarlijks beginnen 3.000 nieuwe studenten aan de opleiding geneeskunde, terwijl dat aantal in onze ogen omlaag moet naar 2.700, liefst zelfs naar 2.400. Nu hebben we een opleidingsreservoir van ruim 5.000 basisartsen, maar als we niets blijven doen, zijn dat er over twintig jaar misschien wel 13.000."

Complex besluit

Afgaand op de cijfers lijkt het verlagen van de instroom een simpel besluit, maar de werkelijkheid ligt volgens Slenter gecompliceerder. "Complex in dit verhaal is dat wij ons voor de benodigde instroom in de initiële opleiding geneeskunde baseren op prognoses van het benodigde aantal aios over zeven jaar. We moeten daarbij rekening houden met de vergrijzing, met de digitalisering van de zorg, met het effect van recente wettelijke maatregelen en maatschappelijke ontwikkelingen, en dat is al met al geen eenvoudige voorspelling." Los van die inhoudelijke afwegingen spelen volgens Slenter veel verschillende belangen mee. "Als je het hebt over het beheersen van de zorguitgaven, lijkt de politiek aan de ene kant gebaat bij een artsenoverschot (want: bij een hoog aanbod gaat de prijs naar beneden). Aan de andere kant is het aanbod verhogen on-

verstandig, omdat mensen met een relatief dure opleiding in eerste instantie gaan zoeken naar manieren om de zorgvraag te verhogen (suppletie-geïnduceerde vraag). Als dat niet meer werkt komen ze op de bank te zitten, waardoor sprake is van kapitaalvernietiging. En dan speelt nog mee dat de politiek de afgelopen kabinetsperiodes verticale substitutie wilde bevorderen, waarbij bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten worden ingezet om specifieke taken van de arts over te nemen. Dat werkt echter alleen als er geen overschot aan artsen bestaat.”



Meer bekendheid

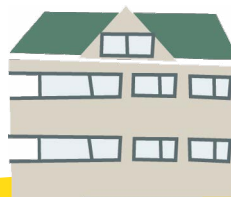
Het hoge aantal instroomplaatsen in de studie geneeskunde is echter niet de enige oorzaak van het disfunctioneren van de opleidingsmarkt. “Tijdens de opleiding wordt nu sterk gefocust op ziekenhuiszorg”, vertelt Claudia van Woerkom, coassistent en voorzitter van De Geneeskundestudent. “Als je geneeskunde gaat studeren, gaat praktisch iedereen ervan uit dat je in een ziekenhuis komt te werken. Dat beeld wordt tijdens de eerste studie jaren alleen maar versterkt. Jammer, want als je kijkt naar de ontwikkelingen in de zorg, zie je dat het systeem er steeds meer op is gericht om mensen zoveel mogelijk vanuit huis beter te laten worden of te laten revalideren. Om die reden zijn er veel mensen nodig voor de sociale geneeskunde, maar tijdens je studie maak je daar amper kennis mee. Sociale geneeskunde wordt echt ondergewaardeerd, terwijl daar misschien wel de toekomst ligt. Begrijp me overigens niet verkeerd hoor: aandacht voor ziekenhuiszorg blijft absoluut nodig en wij willen zeker niet dat mensen voor een ander specialisme kiezen omdat daar meer banen

zijn, want uiteindelijk moet iedereen zijn hart volgen. Maar het is omgekeerd wel belangrijk dat we een reëel beeld schetsen van de werkelijkheid, zodat mensen die écht voor een ziekenhuisspecialisme willen gaan daar niet een te romantisch beeld bij hebben en dat studenten die zich niet in een ziekenhuis thuis voelen, weten welke mogelijkheden er buiten de ziekenhuiswereld zijn.”

Liever buiten het ziekenhuis

Lilian van der Ven (zie ook pagina 9) is een van de aios die buiten het ziekenhuis werkt. Ze wilde aanvankelijk kinderpsycholoog worden, maar na een jaar pedagogiek kwam ze erachter dat dat het niet was. Dus switchte ze naar geneeskunde, met de insteek om kinderarts te worden. “Na mijn

studie vond ik het belangrijk om kennis te maken met alle facetten van de zorg voor kinderen, en dus wilde ik ook ervaring opdoen in de jeugdgezondheidszorg. Er ging een wereld voor me open. Ik had bij een jeugdarts het beeld van een school- of consultatiebureau-arts, en had geen idee dat het zoveel breder was. Tijdens mijn eerste studie jaren was ik er nooit mee in aanraking gekomen. In mijn geval gold letterlijk: onbekend maakt onbemind.” Datzelfde geldt voor Leonie Mooyman, aios bedrijfsgeneeskunde (zie ook pagina 14). “Ik ging studeren met het idee dat het ziekenhuis mijn toekomstige werkplek zou zijn, maar tijdens mijn eerste coschap ging ik al twijfelen. Ik vond de ziekenhuisomgeving hiërarchisch en merkte dat de cultuur niet de mijne is. ►►



Raamplan: voldoet dat nog?

Tijdens de bijeenkomst op 27 juni vroeg een deelnemer uit de zaal zich af of het Raamplan niet zou moeten worden aangepast om beter in te spelen op de dilemma's op de arbeidsmarkt. Het Raamplan beschrijft de eindtermen van de initiële universitaire opleiding tot arts in de vorm van competenties in de rollen waarin de arts in diverse beroepsorganisaties moet kunnen functioneren.

“Moet het Raamplan niet anders worden opgezet?”, vroeg de deelnemer zich af. Het leidde tot een korte discussie over het Raamplan: als je het aanpast, wat moet er dan precies anders? En is het Raamplan wel het juiste vehikel om arbeidsmarktproblemen op te lossen? De conclusie was dat er bij het herschrijven van het Raamplan zeker naar de huidige ontwikkelingen moet worden gekeken, maar dat het Raamplan niet alle problemen kan oplossen. “Het is bovendien geen ‘statisch’ iets; het gaat erom hoe je er uitwerking aan geeft”, aldus Claudia van Woerkom.

Barend Middelkoop (LUMC) gaf in dat kader aan dat die uitwerking soms lastig is. “Er is aan de ene kant behoefte aan generalisten; aan artsen die vanuit het preventieve en maatschappelijke belang denken. Maar anderzijds moeten academische ziekenhuizen zich steeds meer specialiseren in topzorg. Die tegenstrijdigheid maakt het lastig om een evenwichtig curriculum op te stellen.”

Ik had alleen niet bedacht om bedrijfs-geneeskunde te gaan doen, omdat ik er simpelweg geen voorstelling bij had.”

Bekendheid loont

Onbekend maakt dus onbemind en dat moet in de ogen van de LAD en De Geneeskundestudent veranderen. Dat meer bekendheid zorgt voor meer belangstelling, bewijzen diverse initiatieven. Zo heeft De Geneeskundestudent een paar jaar geleden onderzocht dat een verplicht coschap ouderen-geneeskunde leidt tot een hoger aantal aanmeldingen: de belangrijkste reden voor studenten om hiervoor te kiezen, ligt in de goede ervaringen van een coschap.

“Het is belangrijk om goed te weten waar je kracht ligt”

En ook in diverse opleidingsinstellingen worden initiatieven genomen die het blikveld van geneeskundestudenten verbreden, zoals in het LUMC. Geneeskundestudenten krijgen daar in het eerste jaar al sociaal-geneeskundig onderwijs, waarbij het draait om preventie en gezondheidsbevordering in het licht van het maatschappelijk belang. “We willen studenten al in een vroeg stadium bekender maken met sociale geneeskunde. Niet om ze te dwingen die richting op te gaan, maar wel om te laten zien welke mogelijkheden er zijn”, aldus hoogleraar Public Health Barend Middelkoop.

Coaching

Ook het UMCG heeft het initiatief genomen studenten alle facetten van de zorg te laten zien. Het curriculum is daar sinds drie jaar opgebouwd in vier learning communities, gebaseerd op de vraag welke dokters nodig zijn. “Alle competenties die in het Raamplan zijn gedefinieerd, leer je binnen jouw learning community. Daarnaast werken de studenten een jaar lang in coachgroepen en geeft een coach hen feedback op hun competenties. Ook helpt de coach hen bij de vraag waar hun kracht ligt en in welke artsenrol ze zich het beste thuis voelen”, aldus Anne van Lammeren, psychiater bij het UMC (lees over zowel het initiatief in het LUMC als het UMCG meer op pagina 10/11). Die begeleiding en coaching zijn volgens Van Woerkom essentieel. “Geneeskunde is

best een pittige studie, en er komt veel op je af in de ‘ratrace’ naar een baan als arts. Het is belangrijk om goed te weten wat je wilt en waar je kracht ligt, zodat je goed voorbereid aan je loopbaan begint. Daar is echt nog wat te winnen.”

Boegbeelden

Hamvraag is of bekendheid creëren alleen genoeg is. De meeste opleiders, artsen en studenten denken van niet. “Ik geloof sterk in boegbeelden: ambassadeurs die zich hard maken voor hun vak en dat breed uitdragen”, aldus Slenter. Mooyman verwees in dat kader naar de campagne van (onder andere) de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB), om bedrijfsgeneeskunde te promoten (zie ook pagina 14 en www.bedrijfsartsworden.nl). “Er zijn tien ambassadeurs en allemaal laten we zien hoe leuk ons vak is. Ik laat geregeld studenten meelopen. Als ze met eigen ogen zien wat ik eigenlijk doe, bedenken ze zich

dat bedrijfsarts zijn zo gek nog niet is.” Meer van verschillende vakgebieden zien is volgens veel betrokkenen niet alleen belangrijk voor een goede beroepsoriëntatie, maar óók voor het ‘ontschotten’ van de zorg. “Je merkt toch vaak dat artsen vanuit hun eigen specialisme naar een aandoening kijken, terwijl het heel belangrijk is om ook te weten wat anderen doen”, aldus Cisca Koning-van den Berg van Saparoea, bestuurslid bij de LAD en arts Maatschappij & Gezondheid. “De sociale geneeskunde is een prachtig vak. Het gaat om de mens in de context van de maatschappij, en dat klinkt nog te weinig door in de basisopleiding. Daar ligt een kans. Het betekent echter niet dat we de ziekenhuiszorg links moeten laten liggen; het gaat om het juiste evenwicht, en het in samenhang kijken naar de zorg. In die zin kunnen we als artsen nog veel van elkaar leren.” ■

Nuttige suggesties

Tijdens de bijeenkomst die de LAD en De Geneeskundestudent op 27 juni organiseerden, werden veel suggesties gedaan om de problemen op de opleidingsmarkt op te lossen. De belangrijkste:

Suggesties aan de minister van OCW:

- Verlaag de instroom van de studie geneeskunde, zodat het overschot aan basisartsen afneemt.

Suggesties aan de opleidingen:

- Besteed vanaf het begin van de opleiding aandacht aan ‘onbekende’ specialismen, zodat studenten al in een vroeg stadium ook met niet-ziekenhuis-specialismen in aanraking komen.
- Zorg voor een goede begeleiding en coaching van studenten, zodat ze een goede loopbaankeuze maken.

Suggesties aan belangenverenigingen en artsen:

- Creëer boegbeelden en zorg dat zij bekendheid geven aan hun vak.
- Maak het voor studenten zo laagdrempelig mogelijk om eens een dag mee te lopen of een coschap in jouw specialisme te doen.
- Kijk eens over de schutting heen: artsen werken niet in gescheiden werelden, maar kunnen nog veel van elkaar leren.



"We moeten ook naar onszelf kijken"

"Ik heb een jaar pedagogiek gestudeerd, omdat ik kinderpsycholoog wilde worden. Toen dat het niet bleek te zijn, stapte ik over naar geneeskunde met de insteek om kinderarts te worden. Ik vond mijn coschappen in het ziekenhuis ontzettend leuk, maar toen ik klaar was, was het lastig om een a(n)ios-plek te bemachtigen. Ik ben toen gaan praten met een opleider kindergeneeskunde en die adviseerde me om eerst breed ervaring op te doen. 'Maar ga niet de jeugdgezondheidszorg in', zei hij nog, wat ik vreemd vond: het leek me juist goed om als kinderarts ook die kant te hebben gezien. Ik ging dus solliciteren en vond een tijdelijke baan van zes maanden als jeugdarts. Dat beviel zo goed, dat ik nog eens zes maanden kon blijven. Daarna besloot ik voor een opleidingsplek Arts Maatschappij & Gezondheid te gaan."

"Het is voor een kinderarts ontzettend nuttig om ook de jeugdgezondheidszorg te hebben gezien"

Breder dan gedacht

"Tijdens mijn geneeskundestudie heb ik amper kennis gemaakt met de jeugdgezondheidszorg. Ik wist dat je consultatiebureau-arts of schoolarts (zoals het toen nog heette) kon worden en dat je kinderen preventief kon vaccineren. Veel verder reikte mijn

kennis niet. Jammer, want dit vakgebied is zo ontzettend leuk en complex, dat ik dagelijks weer voor nieuwe uitdagingen sta. Het is vooral veel breder dan ik had gedacht, omdat je niet alleen met de fysieke gezondheid van kinderen hebt te maken, maar ook met de psychische gezondheid en de sociale context: hoe doet een kind het op school, uit wat voor gezin komt hij, hoe ziet zijn vriendenkring eruit? Al die aspecten moet je meenemen om de juiste oplossing aan te reiken. Als een kind binnenkomt met klachten die lijken te worden veroorzaakt door ADHD, kan je de oplossing zoeken in medicijnen, maar als hij op school wordt gepest of thuis met huiselijk geweld te maken heeft, wordt het ineens een stuk ingewikkelder."

Positionering

"Vreemd genoeg wordt het vak van jeugdarts ondergewaardeerd. Natuurlijk komt dat omdat het vakgebied weinig aandacht krijgt tijdens de opleiding, maar ik vind het te makkelijk om alleen naar de opleiding te wijzen. We moeten ook naar onszelf kijken. Jeugdartsen zijn over het algemeen bescheiden, en maken niet duidelijk hoe complex de vraagstukken zijn waarmee we te maken hebben. Als je vraagt wat het vak leuk maakt, hoor ik bovendien vaak 'dat het zo makkelijk te combineren is met thuis, omdat je van 9 tot 5 kunt werken'. Nee!, denk ik dan, zo moeten we onszelf niet positioneren. We moeten vanuit de inhoud



**WAT MAAKT
JOUW
SPECIALISME
LEUK?**

laten zien wat ons vak zo interessant maakt en welke toegevoegde waarde wij kunnen bieden."

Weloverwogen keus

"Binnenkort begin ik met de tweede fase van mijn opleiding en ga ik onderzoek doen in het AMC naar de jeugdgezondheidszorg voor vluchtelingen. Het leuke is dat er in deze sector ontzettend veel ruimte is voor onderzoek en onderwijs, dat vind ik echt een pre."

Als ik om me heen kijk, heeft bijna geen van mijn collega's aanvankelijk bewust voor sociale geneeskunde gekozen. De meesten zijn er, net als ik, per toeval mee in aanraking gekomen. Dat is aan de ene kant vervelend, maar de andere kant van de medaille is wel dat de mensen die er uiteindelijk voor kiezen, dat heel weloverwogen en vol motivatie doen." ■



Bekendheid genereren helpt!

Meer aandacht voor sociale geneeskunde is niet alleen wenselijk vanuit de arbeidsmarktproblematiek, maar óók en misschien wel vooral omdat de zorg in de toekomst steeds dichterbij de patiënt plaatsvindt. Er is behoefte aan breed georiënteerde artsen die meer zijn gericht op preventie en maatschappelijke belangen. Hoe spelen opleidingen daarop in?

Barend Middelkoop is hoogleraar Public Health bij het LUMC: een leerstoel die elf jaar geleden nog niet bestond, en dat is volgens hem alleszeggend. “Sociale geneeskunde is nog steeds ondergewaardeerd, maar het glas is wel halfvol. We kunnen niet langer om dit vakgebied heen en dat besef dringt steeds verder door.”

Gelukkig maar, vindt Middelkoop, want gezien de verschuiving van de zorg van de tweede naar de eerste lijn, wordt de behoefte aan sociaal geneeskundigen alleen maar groter. “Als sociaal geneeskundige ben je anders bezig dan een clinicus: je richt je meer op preventie in plaats van curatie, op interventie in plaats van therapie en op gezondheid in het algemeen in plaats van het bestrijden van één klacht of ziekte. Je kijkt meer naar de mensen in zijn gehele context en dat maakt het, in mijn ogen, ontzettend interessant.”

Sociale geneeskunde: wat is het eigenlijk?

Bij sociale geneeskunde, of public health, draait het om geneeskunde in relatie tot de samenleving. Sociaal geneeskundigen richten zich op het bevorderen van gezondheid, het bestrijden van ziekten, maar ook op participatie en het goed verdelen en toedelen van zorg. De sociale geneeskunde bestaat uit twee hoofdstromen:

1. **Arbeid & Gezondheid:** je kunt dan aan de slag als bedrijfs- of verzekeringsarts, bijvoorbeeld bij een arbodienst, het UWV of een zorgverzekeraar.
2. **Maatschappij & Gezondheid:** je kunt jeugdarts worden, arts infectieziektenbestrijding, arts tuberculosebestrijding, arts medische milieukunde, forensisch arts, arts indicatie & advies, arts beleid & advies of donorarts. Sociaal geneeskundigen in deze richting zijn bijvoorbeeld werkzaam bij een GGD, een ministerie, Veilig Thuis-meldpunt of de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

LUMC: integraal onderwijs

Om studenten bekender te maken met de mogelijkheden, besteedt het LUMC zowel in de bachelor- als in de masterfase aandacht aan sociale geneeskunde, zodat studenten er gedurende hun hele studie mee in aanraking komen. Het eerste jaar begint meteen al met het blok 'Start tot arts', een extramuraal gekleurd, geïntegreerd onderwijsblok dat zich onder andere richt op het voorkomen van ziekten in een populatie en op preventie. De sociale geneeskunde komt nog uitgebreider aan bod in een derdejaars onderwijsblok. "We proberen meer integraal onderwijs te geven en niet te focussen op een medisch specialisme", vertelt Janneke Muyselaar-Jellema, docent Public Health en coördinator van het coschap sociale geneeskunde bij het LUMC. "In april zijn de eerste coassistenten in de masterfase gestart met het laatste

"De beroepskeuze van hbo-verpleegkundigen staat haaks op de ontwikkelingen in de maatschappij"

coschap-cluster van het nieuwe curriculum, het zogeheten POSH-cluster: psychiatrie, ouderengeneeskunde/sociale geneeskunde en huisartsgeneeskunde. Per specialisme volgen coassistenten een coschap van zes weken. Daarbij loopt de ene helft een coschap ouderengeneeskunde en de andere helft sociale geneeskunde, maar deze coschappen worden zo ingericht dat voor beide vakgebieden de competenties worden behaald."

UMCG: 4 learning communities

Ook het UMCG vindt het belangrijk om studenten al in een vroeg stadium kennis te laten maken met sociale geneeskunde. Anne van Lammeren, psychiater en verbonden aan de Dean Learning Community Duurzame Zorg, vertelt dat het UMCG sinds drie jaar een basiscurriculum hanteert met daarbij vier learning communities, waarin de competenties worden onderwezen. Deze zijn opgesteld op basis van welke dokters in de toekomst nodig zijn: global health, moleculaire geneeskunde, duurzame zorg en intramurale zorg. "Hoewel alle studenten dezelfde basisstof krijgen, verdiepen ze zich binnen hun community in de zorg waar hun interesse ligt. Voor iedere community geldt dat we ons richten op het opleiden van algemene artsen die breed georiënteerd zijn. De basiskennis leren ze in het basiscurriculum en in de community door middel van taken gerelateerd aan het thema van het basiscurriculum. Voor de competenties (CanMEDs) worden ze een jaar lang begeleid door een coachgroep, waarbij ze gerichte feedback ontvangen, ook op het terrein van niet-medische competenties. Onze indruk is dat dit model studenten leert maatschappelijke problemen te herkennen, beter te communiceren en ook het initiatief te nemen. Aan het einde van de bachelorfase moeten alle studenten een project doen dat learning community-overstijgend is en dat ze afsluiten met een pitch, waarin ze hun product en onderzoek presenteren. 85% van de studenten vindt zelfstandig een project. Dat vind ik veelzeggend."

Hogeschool van Amsterdam: wijkverpleegkunde

Niet alleen artsenopleidingen kampen met een gebrek aan belangstelling voor public health; de verpleegkunde kampt

met hetzelfde probleem. Margriet van Iersel MSc, onderwijskundige, docent-onderzoeker en tevens voorzitter van de curriculumcommissie bij de opleiding Verpleegkunde aan de Hogeschool van Amsterdam, doet momenteel een promotie-onderzoek naar de beeldvorming over wijkverpleegkunde. "71% van de Nederlandse propedeusestudenten van hbo-verpleegkunde geeft de voorkeur aan het werken in een ziekenhuis, terwijl slechts 5% voor de wijkverpleging kiest en 4% voor ouderen. Die beroepskeuzen staan haaks op de ontwikkelingen in de maatschappij, waarbij het aantal chronisch zieken en ouderen toeneemt en de zorgverlening steeds meer thuis plaatsvindt. Er wordt voor 2019 een landelijk tekort van minimaal 3.000 hbo-opgeleide wijkverpleegkundigen verwacht." Om aan te sluiten bij de maatschappelijke ontwikkelingen besloot de hogeschool tot een herontwerp van het curriculum. "We willen laten zien wat de wijkverpleegkunde inhoudt en te bieden heeft, omdat daar veel onwetendheid over is. Veel studenten denken dat een wijkverpleegkundige alleen maar laag-complexe zorg verleent, terwijl het beroep sterk is veranderd. Een wijkverpleegkundige mag tegenwoordig zelf indiceren en bepalen welke behandeling een patiënt krijgt."

Community Care Week

In het nieuwe curriculum maken studenten in het eerste en tweede jaar uitgebreid kennis met verplegen in de wijk. Ze krijgen onder meer les van wijkverpleegkundigen die als gastdocent hun ervaringen delen en ingaan op actuele casuïstiek; positieve rolmodellen zijn namelijk erg belangrijk, weet Van Iersel. Daarnaast lopen alle tweedejaarsstudenten tijdens de zogeheten Community Care Week mee met ervaren wijkverpleegkundigen in de regio Amsterdam. Van Iersel is initiator van deze week, die ze samen met thuiszorgorganisaties en andere verpleegkundedocenten heeft opgezet. De aanpak lijkt te werken: het aantal studenten dat zich voor de wijkverpleging aanmeldt, neemt langzaam toe. "In procentuele termen blijft het aantal aanmeldingen nog steeds laag, maar de cijfers tonen in mijn optiek wel aan dat het helpt om meer bekendheid te geven aan het vak en mispercepties weg te nemen", aldus Van Iersel. ■

Uitdagingen op de arbeidsmarkt



Anna Verhulst rondde in 2016 haar studie geneeskunde af en is nu anios interne geneeskunde. In haar studententijd was Verhulst onder andere actief als bestuurslid bij De Geneeskundestudent, als voorzitter van de werkgroep Studenten van het Platform Medisch Leiderschap en als lid van de redactieraad van Arts in Spe. Daarnaast schreef ze wekelijks columns voor Observant, de universiteitskrant van Maastricht, waarvan een selectie verscheen in de bundel *Het is wit en staat in de weg*.

Het aantal opleidingsplekken voor ziekenhuisspecialismen daalt dit jaar wederom. Ook voor mijn beoogde vakgebied – de interne geneeskunde – worden de plekken schaarser.

“Dwaas, had dan gekozen voor de sociale geneeskunde ...”, zegt het Verstand.

“Ambitieuw, durf te doen en ga er gewoon voor!”, zegt het Hart.

“Ja maar”, komt Anna tussen beiden, “is er dan geen gulden middenweg?”

Er wordt eindeloos gesproken over ‘problemen op de arbeidsmarkt’. Daardoor ontstaat ook een soort tunnelvisie wat betreft de oplossingen. Zeker, er is een aantal extramurale specialismen dat extra aandacht verdient. Specialismen zoals ouderengeneeskunde en sociale geneeskunde zijn wat ik noem ‘onterecht onbemind’. Maar wat écht mist, is niet alleen een vroege kennismaking met die specialismen, maar vooral het besef wáárom deze dokters zo hard nodig zijn. Je kan een suikerpatiënt wel op het hart blijven drukken dat hij zijn medicijnen goed moet innemen, maar het is pas als je uitlegt dat hij anders mogelijk blind wordt en moet gaan dialyseren dat hij er ook de noodzaak van inziet.

Wat dat betreft loopt ook de basisopleiding geneeskunde achter de feiten van de maatschappelijke ontwikkelingen aan. De zorgkosten stijgen immer door, en één van de belangrijke manieren om dat op te vangen is substitutie van zorg. Zorg die nu in de tweede lijn geleverd wordt, zal in de toekomst dichterbij de patiënt plaatsvinden. Substitutie naar de eerste of anderhalve lijn, vraagt ook om een ander type dokter. In plaats van meer supergespecialiseerde, gepromoveerde internist-endocrinologen, zal er eerder behoefte zijn aan internisten of huisartsen die diabeteszorg op maat in de anderhalve lijn kunnen bieden. Ziekenhuisspecialisten zullen steeds algemener worden, en huisartsen steeds gespecialiseerder. Over twintig jaar is er wellicht niet zo’n verschil meer tussen de internist-huisarts (internist met specialisatie extramurale zorg) en huisarts-

internist (huisarts met focusgebied interne geneeskunde). Dan zou het niet zoveel meer uitmaken of je je aanvankelijk specialiseert binnen of buiten het ziekenhuis; want uiteindelijk kom je allebei ergens in het midden uit.

Jonge dokters zullen zich pas gelijkmatiger over specialismen verdelen als al tijdens de basisopleiding een duidelijk beeld wordt geschetst van de toekomstige rol van de medische professie. Meer buiten het ziekenhuis, meer gericht op preventie en met een sterkere maatschappelijke stem. De organisatie en financiering van de gezondheidszorg, politieke ontwikkelingen en maatschappelijk handelen zijn nog steeds chronisch onderbelicht in de basisopleiding geneeskunde. Dan kan je eindeloos blijven duwen en trekken om studenten naar onterecht onbeminde specialismen te krijgen, maar als er niet duurzaam aandacht wordt besteed aan het ‘grotere plaatje’ wordt dat een bijzonder moeizame en stugge exercitie.

Er zijn geen problemen op de medische arbeidsmarkt. Er zijn wel eindeloos veel uitdagingen over hoe wij als medische professie – samen met onze patiënten en de rest van de maatschappij – het zorglandschap van de toekomst gaan vormgeven. Geneeskundestudenten en jonge artsen horen al vanaf het begin van hun carrière betrokken te worden bij die discussie. Want betrokkenheid kweekt begrip, en begrip van maatschappelijke context is onontbeerlijk voor de artsen van de toekomst. ■

Wietse Gaykema, aios revalidatiegeneeskunde bij
Revalidatiecentrum Roessingh:

"Ik doe veel meer dan protheses uitschrijven"

"Ik ben aan geneeskunde begonnen met het idee om huisarts te worden. Het langdurige contact met patiënten leek me interessant. Tijdens mijn coschap huisartsgeneeskunde miste ik echter de medische complexiteit die me ook zo aanspreekt in het artsenvak. Ik ben toen gaan nadenken: wat dan wel? Tijdens mijn bachelor heb ik een keer meegelopen met een revalidatiearts; dat had destijds niet m'n voorkeur, maar het kwam zo uit. Dat vak vond ik eigenlijk zo leuk, dat ik dacht: misschien moet ik daar meer mee doen. Puur toeval dus, want het aantal hoorcolleges dat tijdens de opleiding over revalidatiegeneeskunde werd gegeven, kan ik op één hand tellen. Als ik niet met die arts een paar dagen had meegelopen, zou ik er waarschijnlijk nooit voor hebben gekozen."

*"Ik geloof sterk in ambassadeurs
die laten zien hoe leuk dit vak is"*

Oplossingsgericht

"Het leuke aan revalidatiegeneeskunde vind ik dat het aan de ene kant een medisch specialisme is waarin veel biomechanica is verankerd, maar waarbij je aan de andere kant ook in staat moet zijn om iemand weer perspectief te geven. Hoe kun je iemand, ondanks de aandoening waar hij aan lijdt, weer regie geven, zodat hij bijvoorbeeld weer gedeeltelijk aan het werk kan of zijn rol als ouder of partner weer kan oppakken? Ik ben dus heel oplossingsgericht en holistisch

bezig, en begeleid mensen bij het weer oppakken van activiteiten die voor hen het leven de moeite waard maken. Vaak gaat het om de vraag wat iemand niet kan, maar wel weer zou willen kunnen. Als het lukt daar een oplossing voor te vinden, en vaak lukt dat, dan geeft dat veel voldoening."

Misconcepties

"Het is jammer dat revalidatiegeneeskunde een minder populair medisch specialisme is. Tijdens de opleiding is er te weinig aandacht voor en er bestaan veel misconcepties over het vak. Zo denken mensen soms dat ik alleen maar protheses uitschrijf. In maart ben ik op de KNMG Carrièrebeurs geweest om te vertellen wat ik dagelijks doe, en dan zie je veel studenten denken: interessant! Ik geloof dan ook sterk in ambassadeurs die laten zien hoe leuk dit vak is. Dit kunnen bijvoorbeeld in ziekenhuizen werkzame revalidatieartsen zijn die de coassistenten vertellen wat het vak inhoudt."

Medisch Specialist 2025

"Ik zou het toejuichen als de geneeskunde-opleiding zich wat minder op specialismen (en dan vooral wat minder op ziekenhuisspecialismen!) en meer op de integrale kant van de zorg zou richten. De Federatie Medisch Specialist 2025 heeft in het document Medisch Specialist 2025 een prachtige visie neergezet, waarin gezondheid wordt gedefinieerd als het vermogen van de patiënt om zich aan te passen aan de nieuwe



**WAT MAAKT
JOUW
SPECIALISME
LEUK?**

situatie en waarbij het herstel van maatschappelijke participatie als einddoel wordt gesteld in de behandeling. Die visie mag wat mij betreft in de opleiding doorklinken. Zo was ik laatst betrokken bij een patiënt die lijdt aan de ziekte van Duchenne, een spieraandoening. Hij is 24 uur per dag afhankelijk van beademing en kan letterlijk geen vinger meer bewegen. Maar met goede hulpmiddelen is hij in staat zich aan te passen aan de situatie, kan hij regie voeren en maatschappelijk participeren. Hij geeft bijvoorbeeld lezingen in jeugdgevangenissen en draagt daarmee zijn steentje bij aan de re-integratie van delinquenten. Dat soort casuïstiek laat zien wat je als arts kan betekenen om iemands leven de moeite waard te maken, ook als er wat betreft 'genezing' niets meer te halen valt." ■

"Als bedrijfsarts heb ik direct impact"



WAT MAAKT JOUW SPECIALISME LEUK?

"Toen ik aan mijn studie geneeskunde begon, had ik de ambitie om als gynaecoloog in een ziekenhuis te gaan werken. Al tijdens mijn coschappen twijfelde ik of het ziekenhuis wel iets voor mij was. Vooral de hiërarchische cultuur, gecombineerd met de onderlinge prestatiedrang en lange werkweken, vond ik niet prettig. Al snel dacht ik: word ik hier wel happy van? Na mijn afstuderen in 2013 heb ik daarom eerst een tijdje bij het UWV als verzekeringsgeneeskundige gewerkt. Daar merkte ik hoe leuk ik het vind om mijn medische achtergrond op organisatieniveau in te zetten. Zo kwam ik op bedrijfsgeneeskunde, al vond ik dat aanvankelijk meer iets voor oudere artsen die zich na hun pensionering toch nog nuttig willen maken. Gekscherend zei ik wel eens tegen vrienden: als ik 50 ben,

maak ik misschien ook wel die overstap. Nooit gedacht dat ik er ook mee zou kunnen beginnen ..."

Veel verantwoordelijkheid

"Toen ik eenmaal had besloten om voor bedrijfsgeneeskunde te gaan, wist ik al na de eerste week dat ik hierin verder wilde. Wat ik het leukste vind, is dat ik heel nauw contact heb met klanten en daarmee direct invloed heb op mensen en bedrijven. Ook de afwisseling trekt me. De ene keer zit ik met een gemeente aan tafel om te praten over de vraag hoe je werknemers tot hun 67ste vitaal aan het werk kunt houden, een uur later begeleid ik een medewerker bij zijn re-integratie en vervolgens heb ik een gesprek met een leidinggevende over verzuimbegeleiding.

"Als mensen horen wat ik doe, zie ik ze denken: jouw baan is zo gek nog niet"

Als bedrijfsarts heb ik veel verantwoordelijkheden en een heel zelfstandige functie. Dat is leuk, maar het moet je ook liggen. Je moet stevig in je schoenen staan om bijvoorbeeld tijdens een bespreking over preventie tegen het bestuur van een organisatie te zeggen dat je vraagtekens hebt bij de ingeslagen weg."

Invloed

"Ondanks de verantwoordelijkheid die je hebt, worden bedrijfsartsen door andere artsen niet echt als volwaardig gezien. Ik moet op verjaardagen regelmatig 'uitleggen' waarom ik niet in een ziekenhuis werk. Veel mensen hebben het idee dat ik alleen maar de Wet verbetering poortwachter uitvoer en af en toe een preventief onderzoekje doe, maar het is zoveel breder. Ik ben echt adviserend bezig op organisatieniveau, en heb daarmee invloed op de koers van een bedrijf of het verdere verloop van iemands loopbaan."

Campagne

"Ik denk dat het goed is als bedrijfsgeneeskunde al vroeg in de opleiding meer aandacht krijgt. Iedereen kan zich voorstellen wat een oogarts of chirurg doet, maar een bedrijfsarts? Geen idee! Dat is ook de reden waarom de campagne 'Bedrijfsarts worden. Het betere werk' is gestart (zie ook www.bedrijfsartsworden.nl). Ik ben een van de tien ambassadeurs die laten zien dat ons werk wel degelijk leuk én belangrijk is. De afgelopen maanden hebben we meeloopdagen georganiseerd en heb ik op diverse plekken presentaties gegeven. Dat heeft meteen effect: als mensen zien wat ik dagelijks doe, hoor ik ze denken: bedrijfsarts zijn is zo gek nog niet!" ■



De Geneeskundestudent
@DeGnskStudent 27 juni
De opleiding inrichten vanuit de
vraag: welke soort dokters hebben we
in de toekomst nodig? @umcg
@univgroningen #onbekendonbemand

LAD @LADactueel 27 juni
Deze aios kozen wél voor 'onbemand'
specialisme en zonder een seconde
spijt! #onbekendonbemand
#ouderengeneeskunde #bedrijfsarts
#jeugdarts

Claudia van Woerkom
@ClaudiaVWoerkom 27 juni
Ontzettend energieke en succesvolle
invitationaal gehad #onbekend-
onbemand mede dankzij het bevoegen
dagvoorzitterschap van @JesperRijpma

Word gratis lid!

Begin jij dit jaar aan je studie geneeskunde? Word dan lid van De Geneeskundestudent!
Ben je coassistent en nog geen lid van De Geneeskundestudent/LAD? Doe dit dan snel!

Wie zijn we?

De Geneeskundestudent is de landelijke en onafhankelijke belangenbehartiger van geneeskundestudenten, die zich inzet voor goed medisch onderwijs en zelfontplooiing. Als een van de acht federatiepartners van de KNMG kan De Geneeskundestudent de stem van haar achterban (ruim 17.000 leden) goed laten doorklinken. Bij De Geneeskundestudent kun je onder andere terecht voor advies en ondersteuning bij vervolgoopleidingen en krijg je korting op KNMG-workshops, -trainingen en -symposia.

De **Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)** is de grootste werknemersorganisatie voor (aankomende) artsen in dienstverband en enkele aanverwante beroepsgroepen in Nederland.

Met ruim 30.000 leden zijn we een partner waar de zorgsector niet omheen kan. We behartigen jouw belangen aan cao-tafels, bieden je 10 uur gratis rechtshulp per jaar en aantrekkelijke verzekeringskortingen.

Lid worden

Van De Geneeskundestudent kun je gratis lid worden zodra je geneeskunde gaat studeren. Omdat De Geneeskundestudent een samenwerkingsverband heeft met de LAD, word je ook gratis lid van de LAD als je aan je coschappen begint. Vanaf dat moment kun je dus van alle LAD-ledenvoordelen profiteren. Nog geen lid? Meld je snel aan via www.degeneeskundestudent.nl/over-ons/lid-worden of, als je al coassistent bent, via de pagina 'Word lid' op www.lad.nl.

In getal

Voor bedrijfsgeneeskunde zijn **121-140**
aanmeldingen nodig, terwijl zich in 2016 'slechts'

40

belangstellenden meldden

(bron: Capaciteitsorgaan)

Het aantal opleidingsplekken voor
specialisten ouderengeneeskunde
wordt in 2018 verhoogd van

128

naar

186

voor artsen Maatschappij en
Gezondheid stijgt het van

173

naar

186

(bron: ministerie van VWS)

Jaarlijks worden
2.500
basisartsen
geregistreerd, terwijl er

2.369

opleidings plaatsen
beschikbaar zijn

(bron: Capaciteitsorgaan)

Het totaal aantal
opleidingsplekken daalt van

1.446

in 2011 naar

1.175

in 2018

(bron: ministerie van VWS)

“

De ggz heeft op dit moment
nog evenveel chronische
patiënten als in 1990.
Onze missie:
daar nú iets aan veranderen.

”

Kees Lemke, geneeskundig bestuurder GGNet

Help jij ons mee?

Zoek je een baan of opleiding in de ggz?
GGNet heeft vacatures en opleidingsplaatsen:

- A-opleiding: de opleiding tot psychiater
- Oriëntatiejaar ggz voor (basis)artsen
- Opleiding tot klinisch psycholoog of gezondheidszorgpsycholoog (postmaster)
- Opleiding tot verpleegkundig specialist
- Opleiding tot verpleegkundige



www.ggnet.nl

www.herstelvooriedereen.nl