



NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA



Werkbezoeken van VWS aan UMC's

INNOVATIES IN ONDERWIJS & OPLEIDINGEN | 30 NOVEMBER 2011

Werkbezoeken van VWS aan UMC's

Innovaties in Onderwijs & Opleidingen | 30 november 2011

Werkbezoeken van VWS aan Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra: Innovaties in Onderwijs & Opleidingen

Wat gebeurt er in de medische wetenschap waar VWS van moet weten om te kunnen omgaan met de actuele maatschappelijke opgaven? Dat is de vraag die centraal staat tijdens een serie werkbezoeken die de NFU organiseert voor, en uiteraard in overleg met, het Ministerie van VWS. Voor u ligt een journalistiek verslag van het derde werkbezoek, op 30 november 2011 bij het Universitair Medisch Centrum Utrecht, waaraan eveneens een delegatie van het Ministerie van OCW deelnam en een vertegenwoordiging van de studenten.

Universitaire Medische Centra zijn de logische centra voor innovatie van onderwijs en opleiding; niet alleen voor de studie geneeskunde, ook voor MBO en HBO-opleidingen zoals verpleegkunde, of voor andere masterstudies. Van de caleidoscoop aan opleidingen werden aan de orde gesteld de basisartsopleiding, de opleiding tandheelkunde en de vervolgoopleidingen tot medisch specialist. De uitdaging die de UMC's oppakken is om in al die opleidingen meer jonge mensen op te leiden en de opleidingen te moderniseren en zo mogelijk breder te maken, en dit zonder kostenverhoging.

De gegeven boeiende presentaties en levendige discussies blijven de aanwezigen bij dit werkbezoek ongetwijfeld bij. Dit verslag is daarbij een mooie geheugensteun en biedt mogelijk inspiratie aan anderen.

Drs E B Mulder, voorzitter NFU

Drs P H A M Huijts, Directeur-generaal Volksgezondheid



Dagvoorzitter Frans Jaspers

UMC's als innovator van onderwijs, opleidingen en trainingen: Meer, beter en breder opleiden voor hetzelfde geld

Universitaire Medische Centra zijn de logische centra voor innovatie van onderwijs en opleiding; niet alleen voor studenten geneeskunde, ook voor MBO en HBO-opleidingen zoals verpleegkunde, of voor andere WO- en HBO-studies, zoals biomedische wetenschappen. De presentaties tijdens dit werkbezoek richten zich evenwel met name op de opleiding tot basisarts en tot tandarts, en op de vervolgoopleidingen tot medisch specialist.

In zijn opening van dit werkbezoek signaleert dagvoorzitter Frans Jaspers drie belangrijke ontwikkelingen in de opleiding tot medisch specialist. “Binnen de NFU leeft de sterke wens om te komen tot een veel efficiëntere specialistenopleiding van bijvoorbeeld vier jaar. Daarbij hoort ook een aangepaste structuur die aan de internationale accreditatie-eisen moet voldoen. Verder wil de NFU liefst meer generalisten opleiden, misschien zelfs ten koste van het aantal specialisten. Het nieuwe specialisme ‘ziekenhuisarts’ is daar een eerste concrete aanzet toe. In het vervolg daarop vraagt de maatschappij om meer en vooral ook breder opgeleide specialisten. De NFU gelooft dat dit binnen het huidige budget mogelijk is”, aldus Jaspers. Voor die vernieuwingen zijn zowel voor de inhoud als voor de structuur aanpassingen nodig. Enkele sprekende voorbeelden van die aanpassingen komen tijdens dit werkbezoek aan bod.

VOOR EN MÉT STUDENTEN

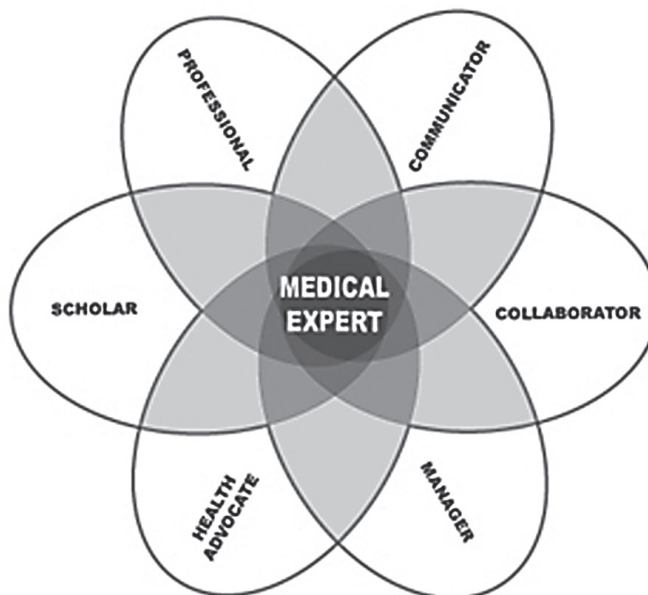
Bij de gesprekken over vernieuwing van het onderwijs zijn ook nadrukkelijk de ‘klanten’ betrokken: de studenten zelf, onder andere via het Landelijk Medische Studentenoverleg. Het LMSO is een vereniging waarin van alle acht universitaire medische centra twee tot drie studenten zitting hebben. Ook bij dit werkbezoek was de LMSO vertegenwoordigd via drie leden.

Op 1 januari 2011 werd het nieuwe Kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) over de 'Modernisering Vervolgopleidingen Medische Specialismen' van kracht. Alle opleidingen zijn nu bezig om de eisen van die nieuwe regeling in hun nieuwe opleidingsplannen te implementeren. Centrale kenmerken van alle opleidingsplannen zijn:

- Duidelijke leerdoelen in een individueel opleidingsplan
- Veilig leerklimaat
- Feedback op de vorderingen van de assistent in opleiding tot specialist
- Scholing van de opleiders
- Samenwerking binnen Onderwijs- en OpleidingsRegio's (OOR)
- Competentiegericht

Dat laatste kenmerk: denken in competenties, is een centraal thema, dat is overgenomen van collega's in Canada. In de jaren negentig ontwikkelde het *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* een onderwijsmodel voor artsen dat werd gebaseerd op een zevental competenties, het zogenoemde *CanMEDS*-model.

De zeven competenties uit het CanMEDS-model



Dit model gaat ervan uit dat een medisch specialist competent moet zijn, niet alleen als

- medisch expert op zijn of haar betreffende specialisme, maar ook als
- communicatief vaardig arts,
- als wetenschapper,
- als teamspeler, zowel binnen als buiten het eigen specialisme,
- als pleitbezorger van de (volks)gezondheid,
- als manager en
- algemeen als professional.

“In de opleiding moet de aandacht voor deze competenties één geheel vormen, het gaat hierbij immers om competenties in de klinische context”, benadrukt professor Jan Borleffs, pro-decaan onderwijs en opleidingen van het UMC Groningen. “*CanMEDS* maakt niet voor niets gebruik van het beeld van een bloem in al zijn samenhang. Tegelijk zien we in de praktijk nog wel eens een ander beeld: opleidingsprogramma’s lijken meer op een nijlpaard met een heel groot centraal lijf, waar de medische expertise huist, en daaromheen een paar relatief kleine ledematen, als toonbeeld van de onderbelichte aandacht voor de algemene competenties.”

Medische opleidingen anno nu:
een groot lijf met medische kennis en
kleine, ondergeschoven ledematen
met verdere competenties.



DE PRAKTIJK IS WEERBARSTIG

Het is duidelijk dat vernieuwing van de onderwijsplannen nooit per individueel UMC gerealiseerd kan worden. Het project 'Vaart in Innovatie Vervolgopleidingen, In Vivo' (2006-2010, eindrapport 'Eenvoud in Veelvoud') laat zien dat samenwerking met de andere ziekenhuizen in de verschillende Onderwijs- en Opleidingsregio's niet alleen noodzakelijk is, maar ook effectief. Tegelijk blijkt de praktijk weerbarstig. De aios, maar ook diverse opleiders en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg merken op dat de opleidingen nog vaak tekortschieten, juist in het trainen van de competenties die om het medisch kunnen heen horen te liggen.

Het is dan ook goed om de opleidingsplannen nog eens onder de loep te nemen. Zijn ze nog wel toegerust voor de toekomst, met bijvoorbeeld de toenemende vergrijzing, en met steeds mondiger patiënten? Passen de competenties bij de eisen die de maatschappij *nu* aan artsen stelt? Hebben de opleiders wel affiniteit met de nieuwe manier van opleiden? De opleiders zijn immers zelf ook niet opgeleid met zo'n sterke nadruk op competenties buiten het medisch kunnen.

CanMEDS NOG BETER MET CanBetter

Met deze aandachtspunten in het achterhoofd heeft de NFU ten behoeve van het onderwijs- en opleidingsprogramma voor de algemene competenties een aanvulling op het Canadese *CanMEDS*-model gemaakt, 'De medisch specialist van straks'. Dit voorstel is geëvolueerd tot het *CanBetter*-model en heeft inmiddels een centrale plek gekregen in het project Modernisering Medische Vervolgopleidingen van de KNMG (een samenwerkingsproject van o.a. NFU, NVZ/STZ, KNMG, CGS).

CanBetter kent de volgende uitgangspunten:

- aansluiting bij bestaande initiatieven,
- algemene, toekomstbestendige competenties,
- ondersteuning van zowel de aios als de opleiders,
- versterking van de leeromgeving via werkplekleren,
- academische vorming (mede op aandringen van de KNAW)
- samenwerking binnen de 8 Onderwijs- en Opleidingsregio's,
- continuüm in opleiding, dus beginnen waar de basisarts ophoudt,
- gestructureerd en gecertificeerd opleidingsprogramma tot postinitiële master.

Om het onderwijs te structureren aan de hand van algemene competenties wordt niet alleen over de oceaan gekeken. Ook dichterbij huis, in Vlaanderen, wordt de opleiding tot medisch specialist al vormgegeven volgens een vergelijkbaar model, dat ook al is geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse accreditatieorganisatie NVAO.

VIJF JAAR DE TIJD

CanMEDS is geen vrijblijvende vernieuwing. Na het van kracht worden van het Kaderbesluit CGS per 1 januari 2011 hebben alle opleidingsziekenhuizen vijf jaar de tijd gekregen om alle vernieuwingen ook daadwerkelijk te implementeren. De opleiders en de opleidingsziekenhuizen zullen bij de toekomstige visitaties worden afgerekend op de manier waarop zij de medisch specialisten van de toekomst trainen in de zeven competenties van het *CanMEDS*-model. *CanBetter* kan, als deelproject van het grote MMV-project, sterk bijdragen aan de implementatie van dit nieuwe opleidingsmodel.

VORDERINGEN

Over de vorderingen bij het trainen van andere vaardigheden dan de medische, lijken de meningen uiteen te lopen. Waar bijvoorbeeld assistenten in opleiding tot specialist nog wel eens klagen over de training in vaardigheden waar hun opleiders zelf niet in zijn getraind, constateert de Maastrichtse decaan professor Albert Scherpbier dat de communicatieve artsen van nu bijvoorbeeld al open staan voor feedback van patiënten die met informatie van internet de spreekkamer binnenkomen. “Dat artsen open staan voor die feedback en er daadwerkelijk ook iets mee doen mag je gerust al een revolutie noemen binnen de traditionele wereld van de geneeskunde”, vindt Scherpbier.

In 2008 heeft een Landelijke Commissie Kwaliteitszorg (commissie Scherpbier) voorgesteld de kwaliteitszorg rond medische opleidingen zowel intern als extern te laten gebeuren, uiteraard in afstemming. De concrete voorstellen voor vernieuwing waren even logisch als omvangrijk. Er is dan ook gekozen voor een geleidelijke invoering per instelling en per regio, om zo de nodige cultuurveranderingen binnen een instelling op gepaste wijze te laten verlopen. Een geleidelijke invoering maakt het ook mogelijk om gaandeweg het systeem te testen en waar mogelijk te vereenvoudigen. Inmiddels wordt er al volgens dat nieuwe plan gewerkt en gevisiteerd. En met succes. De organisaties die al aan zelfevaluatie doen laten zien dat er op diverse punten ook daadwerkelijk verbeteringen plaats vinden.

HET NIEUWE VISITEREN

Kwaliteitszorg is – als het goed is – een continu proces. Eens per vijf jaar visiteren is dan ook niet meer dan een ‘onderdeel’ van de complete kwaliteitszorg. De landelijke commissie had beoogd dat de visitatie in een beperkte tijdsinspanning moest gebeuren en een beperkte omvang moest kennen. “Dat is in veel gevallen tot nu toe niet helemaal gelukt”, stelt de naamgever van de commissie kwaliteitszorg, professor Albert Scherpbier, met gevoel voor understatement. “Visitatierapporten tellen niet zelden meer dan duizend pagina’s. Dat is niet werkbaar. Wil je dat er continue interne monitoring plaatsvindt, dan zul je de omvang van de externe visitatie moeten beperken.”

Scherpbier verklaart het ‘overmatig enthousiasme’ van de visitatiecommissies overigens deels uit positieve motieven. “Leden van een commissie zijn doorgaans oprecht geïnteresseerd, ook in de aspecten van een opleiding die niet per se in de visitatie beoordeeld moeten worden. En de verschillende verenigingen van specialisten roepen de problemen ook voor een deel over zichzelf af”, vindt Scherpbier. “Als, zeg, de vereniging voor psychiatrie 17 pagina’s neemt om alle eigenschappen van een goede opleider te beschrijven, realiseren ze zich niet dat die 17 pagina’s misschien allemaal in wet- en regelgeving terechtkomen.”

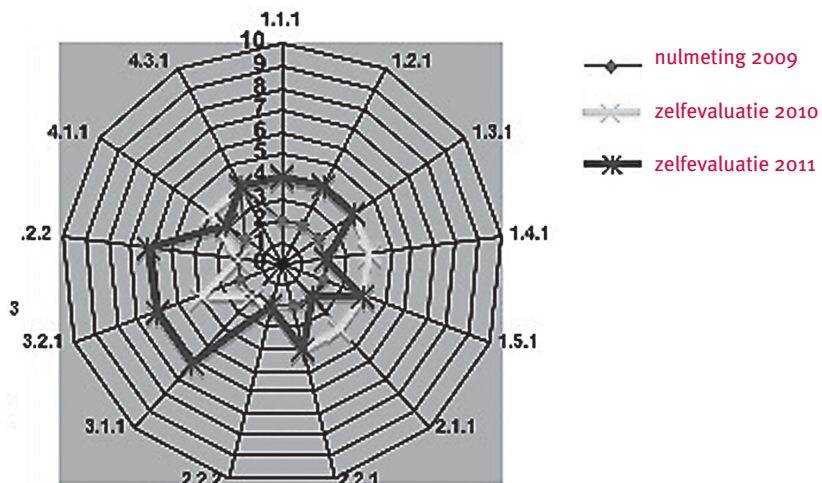
Tegelijk constateert Scherpbier ook de nodige bureaucratie. “Als er is afgesproken dat er bijvoorbeeld tien korte klinische beoordelingen van een aios moeten plaatsvinden, en er zijn er maar negen geweest, dan kan

dat in de praktijk een reden zijn om de opleiding af te keuren. Dan worden doel en middel dus door elkaar gehaald. De klinische beoordeling is immers slechts één van de vele criteria. Dergelijke bureaucrativering werkt modernisering van de opleiding tegen.”

NOG VEEL HORDEN, OOK IN BASISOPLEIDING

Dat er bij de modernisering van de medische opleiding nog veel praktische hobbels te nemen zijn is evident. Dat geldt niet alleen voor de opleiding tot specialist, ook in de basisopleiding zal nog het nodige moeten veranderen. Zo is er veel voor te zeggen om ook de organisatie van de coschappen onder handen te nemen. Denkend in competenties die de basisarts zouden kunnen voorbereiden op de opleiding van aios, zou een lossere organisatie van coschappen wenselijk zijn. Waarom kunnen bijvoorbeeld de vaardigheden in de interne geneeskunde niet worden geleerd in een coschap ouderengeneeskunde? Ook een ‘Australisch model’, waarbij een coassistent zich niet verdiept in een ziektebeeld, maar juist de patiënt volgt van eerste naar tweede en eventueel derde lijn, verdient nadere overweging.

Na drie zelfevaluaties blijken de opleidingen op verschillende onderdelen te veranderen



Verschillende universiteiten bieden tegenwoordig mogelijkheden om een alternatief traject te volgen bij de opleiding tot arts. Naast bijvoorbeeld de opleiding tot Arts Klinisch Onderzoeker in Maastricht (AKO) en Zijinstroom Geneeskunde in Groningen (ZIG), kunnen in Utrecht studenten die al een biomedische bachelortitel op zak hebben meedoen aan de selectieprocedure voor de opleiding *Selective Utrecht Medical Master* (SUMMA). In vier jaar worden zij daar opgeleid tot zowel arts als academisch onderzoeker.

“SUMMA is in 2003 geboren uit de behoefte om snel meer artsen op te leiden”, vertelt opleidingscoördinator, dr Tineke Westerveld. “In eerste instantie kon je vanuit veel verschillende studies, via een stevige selectie, instromen tot de vierjarige artsopleiding. Later is dat verengd tot bezitters van een biomedisch bachelor diploma met minimaal 90 EC biomedische studiepunten. Bachelors geneeskunde horen daar overigens, onder de huidige numerus fixus niet bij. In 2006 is de opleiding ook geaccrediteerd als *research master*. Daarmee werd aan een duidelijke behoefte voldaan aan mensen die een brug kunnen slaan tussen onderzoek en kliniek.”

ZWAAR, MAAR TE DOEN

De selectie voor de toegang tot SUMMA is stevig, benadrukt Westerveld. “Bij de selectie voor nieuwe SUMMA-studenten kijken we naar de vooropleiding en ook naar onze wens om academisch en communicatief vaardige, harde werkers af te leveren. Vanuit een eerste toets op inhoudelijke voorkennis mogen 80 studenten die de juiste diploma’s hebben meedoen aan de tweede selectieronde. Daarbij wordt bijvoorbeeld een essay over een actueel medisch thema geschreven en wordt ook met behulp van simulatiepatiënten gekeken naar de vaardigheden van de potentiële studenten om in korte tijd aangeboden kennis toepasbaar te maken. Uiteindelijk mogen per jaar 40 studenten aan de opleiding beginnen. De selectie is al met al streng en het daarop volgende curriculum is vol, maar uiterst efficiënt ingericht. De studenten noemen de opleiding zwaar, maar wel te doen”, aldus Westerveld.

INSTROOM

Bachelors die aan SUMMA willen meedoen blijken voor een groot deel uit de biomedische wetenschappen te komen, maar ook uit de zogenoemde *Liberal Arts en Sciences*, zoals bijvoorbeeld studenten van de *Roosevelt Academy* die een pre-medical program gevolgd hebben. Daarnaast komen ook steeds meer farmacologen richting SUMMA. Het aantal geïnteresseerde studenten wordt tegenwoordig iets gedrukt, doordat het volgen van een tweede master financieel onaantrekkelijk is geworden.

PATIËNT IS DOCENT

In het curriculum van deze opleiding is de patiënt letterlijk een bevlogen leermeester, zowel voor het medisch kunnen, als voor de andere competenties waar een arts anno nu aan moet voldoen. Een ander kenmerk is de kleinschaligheid en de betrokkenheid van zowel de studenten als de docenten. Alle coschappen worden gelopen in hetzelfde ziekenhuis: het Gelreziekenhuis in Apeldoorn. “Mede daardoor kent iedereen iedereen”, zegt Westerveld. “De betrokkenheid van studenten en docenten is groot en de uitval onder studenten is gelukkig klein. Tot nu toe verlaat gemiddeld slechts één student per jaar de opleiding zonder diploma.”

UITSTROOM

Na (ruim) vier jaar heeft 80% van de studenten het diploma gehaald. De afgestudeerden van SUMMA kiezen vooralsnog vooral voor promotie-onderzoek en voor klinische specialismen in plaats van bijvoorbeeld huisartsengeneeskunde. Zij blijven daarmee een duidelijke brug vormen tussen de *bench* van het onderzoek en de *bedside* in de kliniek. Volgens Westerveld is het goed om een beperkte, gerichte groep studenten gedurende de hele opleiding bijeen te hebben die allemaal onderzoek en kliniek willen combineren. “Het biedt de mogelijkheid om die brug steeds te laten terugkomen in alle onderdelen van het onderwijs.”

In de komende jaren wil het UMC Utrecht heel gericht mensen vanuit medisch-technologische opleidingen motiveren om via SUMMA voor kliniek en onderzoek te kiezen. Daarvoor zal de Technische Universiteit Eindhoven ook een pre-med track ontwikkelen.

OPPORTUNISME

Bang dat SUMMA een sluiproute wordt voor mensen die een aantal keren zijn uitgeloot voor de gebruikelijke opleiding geneeskunde is Westerveld niet echt. “Daarvoor is onze selectie te zwaar. Ook zijn er voldoende wetenschappelijke programmaonderdelen om de bereidheid om écht voor de combinatie wetenschap en kliniek te gaan te verifiëren. Opportunistische studenten die de wetenschappelijke interesse alleen maar veinzen weten we hopelijk daarmee wel te filteren”, waarschuwt de onderwijscoördinator.

Nederland kent drie opleidingen tandheelkunde: ACTA in Amsterdam (120 studenten), Groningen (48 studenten) en Nijmegen (67 studenten). Het tandheelkundig spectrum beslaat op dit moment de kaakchirurgie (vooropleiding tandheelkunde en geneeskunde), orthodontist (vooropleiding tandheelkunde), tandarts en mondhygiënist (HBO-opleiding).

De tandheelkunde kreeg in 2000 te maken met de wens van het ministerie om tot zogenoemde taakdelegatie te komen: meer taken kunnen sindsdien door de mondhygiënist worden gedaan, die daarvoor een verlengde (van drie naar vier jaar) opleiding moet volgen. De taken van de mondhygiënist worden geregisseerd door de tandarts. In 2004 is opnieuw naar de structuur van de tandheelkundige zorg gekeken. Daarbij is een 'teamconcept' ontworpen, waarbij de tandarts wetenschappelijker moet gaan werken, en waarbij nog meer basisvaardigheden voor eenvoudige patiënten voor een belangrijk deel door de mondhygiënist worden verricht.

Het definitieve besluit waarmee de tandheelkundige opleiding van dit moment werd vormgegeven volgde in 2007. De numerus fixus die in 2000 nog was verhoogd van 200 naar 300 studenten werd weer verlaagd tot 240 studenten. Vanaf 2013 zijn er drie belangrijke partijen actief binnen de tandheelkunde: naast de tandarts en de mondhygiënist is dat ook de preventieassistent, die organisatie en logistiek van de mondzorg voor een deel van de oude mondhygiënist overneemt.

NIET MEER ALLES VOOR ALLE TANDARTSEN

Om aan de eisen van deze tijd te voldoen is de zesjarige opleiding tot tandarts een gedegen wetenschappelijke opleiding, waarin een brede medische kennis wordt gedoceerd, naast uiteraard de specifieke kennis op het gebied van de tandheelkunde. Net als de studie geneeskunde volgt ook de opleiding tandheelkunde de competenties uit het CanMEDS-model.

Mede omdat solopraktijken in de toekomst waarschijnlijk steeds vaker zullen opgaan in grotere groepspraktijken, heeft bijvoorbeeld de opleiding in Nijmegen ervoor gekozen om keuzeprofielen aan te bieden. Daarbij wordt al in de basisopleiding gedifferentieerd in een specifieke richting, bijvoorbeeld de dento-alveolaire chirurgie, zonder dat aan de volwaardigheid van de opleiding tekort wordt gedaan. In de uiteindelijke praktijk

zullen eventuele specifieke ontbrekende vaardigheden door collega's binnen de groepspraktijk kunnen worden bestreken.

Binnen het veranderende landschap van de tandheelkunde vermoedt professor John Jansen uit Nijmegen dat in de toekomst wel eens grote veranderingen kunnen optreden binnen bijvoorbeeld de orthodontie. "Binnen dat vakgebied zie je nu al een enorme automatisering. Computer programma's kunnen al bepalen wat een specifiek gebit aan correcties nodig heeft en stuurt die vereisten aan de betrokken fabriek die beugels of andere hulpmiddelen automatisch kan leveren."


TANDHEELKUNDE IN HET UMC

Tandheelkunde profiteert van beschikbaarheid van docenten in de diverse basiswetenschappen binnen de faculteiten der medische wetenschappen. Omgekeerd worden de docenten tandheelkunde nog maar beperkt ingezet in het (bio)medisch onderwijs elders in de faculteit. Uitzonderingen betreffen de behandeling van schisispatiënten en behandelingen in het kader van de regeling bijzondere tandheelkunde, waar wél intensief samengewerkt wordt tussen tand- en andere artsen.

"Die samenwerking binnen de geneeskunde faculteit zou veel intensiever kunnen en moeten", vindt Jansen. "Zo is er binnen ons UMC een werkgroep die zich bezighoudt met kindermishandeling. De tandartsen zien hun patiënten met grote regelmaat in het kader van periodieke controle, en zouden dus een belangrijke rol kunnen en willen spelen binnen zo'n werkgroep. De tandartsen worden daar evenwel niet voor uitgenodigd. Om het enigszins zwart-wit te stellen denk ik dat de tandartsen nog niet voor vol worden aangezien door de artsen", aldus Jansen.

Jansen signaleert ook nadelen aan het opnemen van tandheelkunde in een UMC. "Ten eerste zijn we relatief klein ten





opzichte van de ander specialismen. Daarnaast worden onze diensten aan patiënten vergoed als eerstelijns gezondheidszorg, terwijl we ‘derdelijns kosten’ maken en ook bijdragen aan de algemene kosten van een UMC. De betaalbaarheid van onze opleiding is dan ook een serieus punt van zorg, terwijl onze opleiding wel hoog wordt gewaardeerd.”

Deelnemers 3e Werkbezoek, 30.11.11

- Jan Kimpen, voorzitter RvB UMC Utrecht
- Frans Jaspers, Lid RvB UMCG
- Jan Borleffs, Pro-decaan onderwijs en opleidingen UMCG
- Albert Scherpbier, Decaan Faculteit HMLS, MUMC
- Tineke Westerveld, Opleidingscoördinator SUMMA, UMC Utrecht
- John Jansen, Afd. Tandheelkunde UMC StRadboud
- Petra Pubben, Landelijk Medisch Studenten Overleg
- Max Knaapen, Landelijk Medisch Studenten Overleg
- Roos v/d Zwan, Landelijk Medisch Studenten Overleg

Vanuit VWS:

- Paul Huijts, DGV delegatieleider
- Katja Mur (directeur MEVA)
- Ellen Leistra (MEVA, beroepen en opleiding)
- Marinka Wildeman (MEVA, beroepen en opleiding)
- Cees Vos (MEVA, strategie en kennis)
- Annemariëke Taal (CZ, o.a. coördinatie contacten met NFU)
- Robert Segaar (CZ, 2e lijnszorg)
- Eric Koster (PG, chronisch zieken)
- Jeroen Geelhoed (IGZ, hoofd afdeling onderzoek en analyse)
- Sandy Litjens (GR, secretaris raadscommissie voor gezondheids-onderzoek)

Vanuit OCW:

- Marian Colenbrander
 - Martin Odekerken
 - Freek Pals
 - Sarah Morassi
-
- Jacques Landman, Directeur Bureau NFU
 - Rob Buiten, wetenschapsjournalist
 - Gerard Engel, organisatie Werkbezoek nms. NFU

Dit verslag werd gemaakt door Rob Buiten (wetenschapsjournalist, Heemstede), op basis van de presentaties en de discussie tijdens het Werkbezoek dat door delegaties van VWS en OCW werd gebracht aan het UMC Utrecht op 30 november 2011 over het thema Geneeskundeonderwijs. Het werkbezoek werd namens de NFU georganiseerd door dr G L Engel, in samenwerking met drs Fr. C A Jaspers en prof dr J C C Borleffs.

Tijdens het Werkbezoek werden inleidingen verzorgd door:

- dagvoorzitter drs Frans Jaspers, RvB UMCG
- professor Jan Borleffs, pro-decaan onderwijs en opleidingen UMCG
- professor Albert Scherpbier, decaan Faculteit HMLS, MUMC
- mevrouw dr Tineke Westerveld, opleidingscoördinator SUMMA, UMC Utrecht
- professor John Jansen, afdelingshoofd tandheelkunde, UMC St. Radboud

Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra
Februari 2011 – NFU-11.10056

Foto cover: ???????

Opmaak en druk: Drukkerij Badoux, Houten



Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport



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

