

Advies tekorten artsen sociale geneeskunde en eerste lijn (juni 2022)

Ons kenmerk 23.00168/DS/GvE

Er zijn grote tekorten aan geneeskundig specialisten in de sociale geneeskunde en in een aantal andere extramurale vakgebieden. De NFU stelde in 2022 een werkgroep in om na te gaan in hoeverre de NFU en haar leden kunnen bijdragen aan het oplossen van dit vraagstuk. Dit was de NFU-werkgroep 'Tekorten artsen sociale geneeskunde en eerste lijn' die onderstaand compact advies opleverde dat vrijwel het gehele extramurale veld omvat (sociale geneeskunde, huisartsgeneeskunde, specialisme ouderengeneeskunde en kleinere specialismen zoals arts VG (verstandelijk gehandicapten) en arts verslavingsgeneeskunde).

I. Achtergrond

Er is een tekort aan artsen in de sociale geneeskunde en eerstelijns geneeskunde (verslavingsartsen, huisartsen, artsen VG (verstandelijk gehandicapten), specialisten ouderengeneeskunde). In het veranderende zorglandschap zijn deze beroepen noodzakelijk om beweging te realiseren, naar meer preventie, meer zorg in de thuissituatie en terugdringen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen. De NFU ondersteunt dat publieke gezondheid en eerstelijnszorg cruciaal is en dat de umc's hierin een verantwoordelijkheid hebben. Gezien het belang van deze specialismen voor maatschappelijke gezondheidszorg/ preventie en eerstelijnszorg zijn de tekorten een fundamenteel en groot probleem. De reikwijdte van het probleem was echter nog niet duidelijk. Als eerste stap in de benadering van deze problematiek is nagegaan wat de aard en omvang van het probleem is en *of en zo ja hoe* de NFU hierin een rol kan spelen. Daartoe heeft een werkgroep van deskundigen een beknopte verkenning uitgevoerd, leidend tot onderstaand overzicht en advies.

De verkenning betrof de artsen in de clusters 1 en 3 van de vervolgoopleidingen:

- Onder cluster 1 vallen de specialismen huisartsgeneeskunde, de ouderengeneeskunde, de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten en het profiel verslavingsgeneeskunde. (Internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, en cosmetische geneeskunde bleven buiten beschouwing)
- Onder cluster 3 vallen de specialismen bedrijfsgeneeskunde, verzekeringsgeneeskunde en maatschappij en gezondheid en de acht profielen voor sociaal geneeskundigen (die worden omgevormd tot vijf domeinen met een aparte positie voor de forensische geneeskunde).

In totaal omvatten deze beide clusters in 2020 ongeveer 22 duizend geneeskundigen, 45% van alle geregistreerde specialisten en profielartsen (RGS); we duiden deze hele groep in deze notitie soms kort aan als 'extramuraal'.

II. Resultaten

De resultaten van de verkenning zijn weergegeven in twee tabellen:

- ./.
- Tabel 1 (zie bijlage NFU-23.00172) biedt per vakgebied een overzicht van de stand van zaken van de problematiek, ontwikkelingen in het vakgebied en van een aantal factoren die van invloed kunnen zijn op de capaciteit. Deze informatie is afkomstig van de werkgroep, het Capaciteitsorgaan en de SBOH. In alle in ogenschouw genomen vakgebieden van de sociale geneeskunde en eerste lijn zijn er tekorten en deze nemen toe.
 - Tabel 2 (zie hieronder) biedt een overzicht van mogelijke oplossingen. Deze liggen volgens de werkgroep op diverse terreinen: in de selectie voor de studie geneeskunde en binnen het geneeskundeonderwijs, de extramurale vervolgoopleidingen, bij de academie, de overheid en in de zorg. Veelal zijn het oplossingsrichtingen die breed voor de sociale geneeskunde en eerste

lijn van toepassing zijn. Wat de NFU hierin zou kunnen betekenen, welke vervolgstappen te nemen zouden zijn door de NFU en met wie hierin is op te trekken is verwerkt in dit advies.

Tabel 2. Oplossingsrichtingen voor de geïdentificeerde problematiek die ten grondslag ligt aan tekorten artsen eerste lijn en sociale geneeskunde (in deze tabel kortweg aangeduid als 'extramuraal').

Geïdentificeerde problematiek	Oplossingsrichting	Verantwoordelijk
Geneeskundeonderwijs		
1. Onbekendheid met breedte van artsenvak, in het bijz. de extramurale vakken onder middelbare scholieren. Voor: sociale geneeskunde en 1 ^o lijn breed (minder voor huisartsgeneeskunde)	Op middelbare scholen voorlichting geven met realistisch beeld van artsenvak (intra- en extramuraal), en voorlichting sterker richten op scholen in relatieve achterstandsgebieden.	NFU – faculteiten geneeskunde, KNMG
2. Door onbekendheid breedte artsenvak te eenzijdige populatie van geneeskundestudenten Voor: sociale geneeskunde en 1 ^o lijn breed	Richt wervingsproces voor geneeskundestudie sterker op aspirant-studenten die interesse hebben voor de extramurale vakken	NFU – faculteiten geneeskunde
	a. Analyseer kritisch de huidige vormgeving van de decentrale selectie (deze baseren op kennis en trainbare sollicitatievaardigheden brengt ongelijkheid in voorbereiding en kans op toelating met zich mee). Deel goede voorbeelden.	
	b. Bekijk binnen het systeem van decentrale selectie en verwerk in toetsing wat nodig is voor het artsenvak in de sociale geneeskunde / 1 ^o lijn.	
	c. Richt werving specifiek op belangstelling voor de vervolgopleidingen waarin tekorten zijn.	
3. Onbekendheid met breedte van artsenvak, in het bijz. extramurale vakken onder geneeskundestudenten	Meer ruimte creëren in het basiscurriculum voor extramurale vakken (innovatie in onderwijs)	NFU – faculteiten geneeskunde
	a. Verwerk in onderwijs, stages en coschappen het 0 ^o en 1 ^o lijnsdenken, met aandacht voor preventie en bijzondere doelgroepen. Integrale, proactieve/ preventieve benadering van patiënt en populatiegericht werken.	
	b. Organiseer samenwerking tussen docenten van verschillende (1 ^o -3 ^o -lijns) vakgebieden, integreer verschillende vakgebieden in een blok over een bepaald thema.	
	c. Breng via vakken in sociale geneeskunde/1 ^o lijn thema's als netwerkgeneeskunde, interdisciplinair samenwerken, communicatie, populatiegericht werken, multiproblematiek, patiënten met lage gezondheidsvaardigheden naar voren.	
	d. Optimaliseer opleidingscontinuüm tussen geneeskunde en extramurale vervolgopleidingen. Denk aan: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Overhevelen van medisch-specialistische delen van basiscurriculum naar curriculum van vervolgopleidingen en vice versa. Daardoor meer ruimte voor thema's als holistisch werken, populatiegericht werken, preventie, functioneren en participeren van mensen in hun omgeving, focus op fysieke/psychische/sociale gezondheid en gedrag i.p.v. op ziekte en zorg (breng deze thema's primair onder in het basiscurriculum). ▪ Structureel in opleiding van extramurale aiossen meenemen van begeleiding coassistenten. Aios is 1^o rolmodel voor de student. 	

	e. Versterk het extramuraal geneeskundig kader binnen de umc's zodat zorg kan worden gedragen voor voldoende input in de opleiding geneeskunde.	
4. Verandering in zorglandschap met gevolgen voor onderwijs en opleiden waarop nog niet is voorbereid.	Werk aan ontwikkeling van onderwijs-cultuur in de regio om stages/coschappen breder mogelijk te maken met goede begeleiding (innovatie in onderwijs)	NFU – faculteiten geneeskunde
	a. Investeer in samenwerking met en in de regio en in academisering van de extramuraal vakgebieden.	
	b. Investeer in toerusten van extramuraal begeleiders in de praktijk (voor stages/coschappen)	
5. Ontwikkeling van het probleem en effectiviteit van maatregelen voor oplossen van tekort aan extramuraal specialisten	Verkrijgen van inzicht door onderzoek	NFU – faculteiten geneeskunde KNMG, SBOH
	a. Onderzoek doen naar uitstroomwensen geneeskundestudenten.	
	b. Onderzoek doen onder basisartsen ivm loopbaanontwikkeling.	
	c. Onderzoek doen naar zij-instromers (wat hebben zij nodig, welke hobbels ervaren zij, etc.?).	
	d. Onderzoek doen naar effectiviteit van maatregelen, in (quasi)experimentele designs.	
Vervolgopleidingen		
6. Tekorten in veel extramuraal vakgebieden / werkloosheid in andere vakgebieden en grote groep basisartsen die wacht op vervolgopleiding Voor: breder opgeleide geneeskundig specialistisch (extramuraal en intramuraal)	Flexibeler arbeidsmarkt Onderzoeken of flexibilisering van vervolgopleidingen in cluster 1 t/m 3 c.q. bevorderen van doorstroom tussen deze vakgebieden een positief effect kan hebben op de instroom in de vervolgopleidingen (innovatie in opleiden en in registratie van specialisaties en profielen) Te denken valt aan traineeships, zoals bijv. een traineeship ouderengeneeskunde als onderdeel van de opleiding tot chirurg en vice versa, en extramuraal traineeships voor basisartsen (met portfoliovorming). Deze vorm van flexibiliseren en kruisbestuiven laat ruimte voor de benodigde specialisatie in het vakgebied.	NFU, KNMG, RGS
7. Onvoldoende opleidingscapaciteit in vervolgopleidingen Voor: sociale geneeskunde en 1 ^e lijn breed	Werk breed voor alle extramuraal vervolgopleidingen toe naar innovatie in begeleiding aios Leid een nieuwe generatie opleiders op waar mogelijk en stimuleer opleidingsgroepen (begeleiding van meer aios tegelijk door één opleider).	Opleidingsinstituten (NFU, umc's, overige) RGS
8. Uitval uit vervolgopleiding (relatief laag intern rendement) Voor artsen VG / specialisten ouderengeneeskunde / bedrijfsartsen	Verkrijg inzicht in opleidingsrendement per vervolgopleiding en in beïnvloedbare determinanten van uitval Implementatie 3-jarig opleidingsplan (Verslavingsgeneeskunde)	Opleidingsinstituten (NFU, umc's, overige) SBOH VWS, SZW
9. Beperkt aantal opleidingen Voor artsen VG	Onderzoek in hoeverre organisaties die nog geen opleidingslocatie zijn ondersteund kunnen worden in het ontwikkelen van een adequaat opleidingsklimaat. Sterke binding met de academie is een aspect hiervan (zie ook 10).	NFU, VWS, SBOH
Academie		
10. Beperkte academisering Voor sociale geneeskunde en 1 ^e lijn breed (minder bij huisartsgeneeskunde)	Stimuleer academisering door aangaan van structurele samenwerking tussen academie en extramuraal werkveld en door opleiden van meer extramuraal academisch kader - Inzetten van werkplaatsgelden voor extramuraal samenwerking. - Creëren van plaatsen voor gecombineerde extramuraal vervolgopleiding en promotieonderzoek - Versterken van de verbindingen tussen de vervolgopleiding en de academie door opzetten van structurele verbindingen tussen OOR en opleidingsinstituut.	NFU, VWS / OCW
Overheid		
11. Ontbrekende bekostiging van bepaalde geneeskundige vervolgopleidingen	Organiseer structurele financiering Breng problematiek in de randvoorwaarden naar voren bij ministeries met als doel structurele financiering te	NFU, GGD GHOR NL, VNG, Wetenschappelijke

Voor: sociale geneeskunde	realiseren van de opleidingscapaciteit die nodig is om de adviezen van het Capaciteitsorgaan te realiseren....	verenigingen en beroepsorganisaties
12. Gebrekkige samenwerking binnen VWS, tussen VWS en OCW, SZW, BZK en J&V voor de vervolgopleidingen. O.a. voor de filosofie van leven-langleren van de arts in wording is aansluiting tussen OCW en VWS nodig. Voor: sociale geneeskunde en 1 ^e lijn breed	Stimuleren van gestandaardiseerde financiering van vervolgopleidingen met per cluster één directie als aanspreekpunt; bijdragen naar rato in kosten van overige belanghebbende directies Afstemming en regie tussen en binnen ministeries kan zorgen voor meer coördinatie ook wat betreft bekostiging vervolgopleidingen. Het heeft de voorkeur als VWS hierin het primaat krijgt, waarbij er per RGS-opleidingscluster een coördinerende directie is.	Breed draagvlak nodig. Grote partners waaronder de NFU zouden hierin stelling moeten nemen.
Zorg		
13. Onvoldoende positionering in organisaties van geneeskundig specialisten. Voor: artsen VG, sociale geneeskunde	Versterk positie van extramuraal werkende specialisten 'Empowerment' van de geneeskundig specialisten. Aantrekkelijkheid van het beroep, professionele autonomie vergroten, ruimte voor professionele en persoonlijke groei (jonge artsen/ millennials hebben specifieke wensen hierin, anders dan die van de huidige generatie).	Wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties Werkgevers als bij zorgbranches Actiz en VGN, GGD GHOR NL, arbodiensten, UWV) Financiers (zorgverzekeraars, gemeenten/ VNG)
14. Hoge werkdruk Voor: huisartsen, bedrijfsgeneeskundigen, verzekeringsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, artsen VG	Bevorder taakdelegatie en waar mogelijk taakherschikking waarbij geneeskundig specialisten taken overdragen aan bijv. VS, POH/PA en andere relevante beroepsgroepen etc. Het betreft overdragen van laagcomplex geprotocolleerde taken en andere taken onder supervisie. Het vraagt om heldere taakafbakening en definitie van eigen en gedelegeerde verantwoordelijkheden van de artsen.	Zorgbranches
15. Zzp-schap in de zorg leidt tot minder opleiders, omdat opleider zijn lastig is als men niet vast aan een organisatie verbonden is. Voor: ouderengeneeskunde / bedrijfsgeneeskunde, huisartsen (waarnemers die zich niet vestigen op een plek/niet verbinden aan een organisatie. Zzp-tarieven zijn aantrekkelijk)	Voor terugdringen van zzp-schap in de zorg verwijst de werkgroep naar de Taskforce ondersteuning optimale inzet zorgverleners (Eindadvies p. 2-3) Deze taskforce adviseert "verder in te zetten op het terugdringen van de groei van zzp-ers in de zorgsector vanwege de zorgen over de groeiende onbalans in de zorg tussen het aandeel zzp'ers en het aandeel werknemers met vast dienstverband. Onder andere geeft de Taskforce mee het werknemerschap aantrekkelijker te maken en vraagt het kabinet hier nadrukkelijk extra stappen op te zetten via haar arbeidsmarktbeleid binnen de zorg. Ook kan de communicatie over voor- en nadelen van zzp en een vast dienstverband versterkt worden."	VWS

III. Advies

Probleemschets

De werkgroep constateert dat er een aanzienlijk tekort is aan artsen die zijn gespecialiseerd in de sociale en eerstelijns geneeskunde. De tekorten zijn het sterkst zichtbaar in alle richtingen binnen sociale geneeskunde, ouderengeneeskunde, geneeskunde voor mensen met een verstandelijke beperking en verslavingsgeneeskunde. Ook binnen de huisartsgeneeskunde worden de tekorten een toenemend probleem. Deze tekorten leiden tot problemen in maatschappelijke gezondheidszorg/ preventie en eerstelijnszorg (basiszorg), met als pregnante voorbeelden wegvallen van preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen, verzwakking van de infectieziektenbestrijding, wegvallen van preventieve zorg voor werknemers en adequate re-integratie, en van zorg voor kwetsbare groepen zoals mensen met een verstandelijke beperking,

mensen met verslavingsproblematiek en arrestanten en gedetineerden. Daarnaast komt de uitvoering van wettelijke taken in het gedrang, zoals beoordeling van arbeidsgeschiktheid en forensisch onderzoek.

De werkgroep ziet in enkele velden verbeteringen, maar verwacht dat bij ongewijzigd beleid de tekorten en de daarmee samenhangende problemen in de komende periode verder zullen groeien. Het probleem is groot en heeft zich geleidelijk ontwikkeld in de afgelopen decennia waarin in het maatschappelijk debat de noodzaak van generalistische zorg en preventie in de thuissituatie voorop stond, maar zich beperkt (cluster 1) tot niet (cluster 3) vertaalde in een groei van het aantal gespecialiseerde artsen, terwijl de groei in cluster 2 voor een groot aantal specialismen aanzienlijk was. In de periode 2010-2020 is zelfs sprake van een daling van het aantal artsen bedrijfsgeneeskunde, M+G en forensische geneeskunde en kwam het aantal verzekeringsartsen in 2020, na daling weer ongeveer op het niveau van 2010, terwijl in deze periode de vraag door demografische ontwikkelingen aanzienlijk toenam. Bij tegelijk blijvende onvoldoende instroom in de opleidingen betekent dit sterk oplopende tekorten aan artsen in deze vakgebieden (Tabel 1, NFU-23.00172). Voor een aantal andere specialismen (o.a. artsen VG, SO, JGZ, TB) is er een toename in het aantal artsen, maar deze is onvoldoende groot om te voorzien in de behoefte die het Capaciteitsorgaan verwacht. Ook bij deze specialismen is sprake van blijvende onvoldoende instroom in de opleidingen. Voor huisartsgeneeskunde is er de afgelopen twee jaar sprake van onvoldoende instroom in de opleiding en nemen de tekorten toe door verhoogde uitstroom en vaker in deeltijd werken, waarbij werkdruk mogelijk een rol speelt.

Oorzaken

Als belangrijkste mechanisme dat leidt tot deze tekorten ziet de werkgroep dat relatief te weinig basisartsen een extramurale specialisatie ambiëren. Er is geen tekort aan basisartsen, er is een aanzienlijke groep basisartsen die wacht op een vervolgopleiding, maar zich daarbij niet richt op een extramuraal specialisme in cluster 3 of cluster 1. De werkgroep ziet hier een scala aan oorzaken voor, die het gehele geneeskundig opleidingscontinuüm bestrijken, van voorlichting aan toekomstige geneeskundestudenten, via doorlopen van de bachelor- en masterfase van de geneeskunde-opleiding tot instroom in een vervolgopleiding en afmaken van deze vervolgopleiding. Sommige problemen betreffen hierbij bijna het gehele extramurale veld, zoals de beperkte exposure in het geneeskundeonderwijs en de omvang van het extramurale academisch kader, in soms wisselende mate per veld. Andere problemen zijn meer specifiek voor sommige specialismen, bijv. wat betreft de mate van aantrekkelijkheid van het werk, en de mate waarin de vervolgopleiding is gefinancierd.

Oplossingsrichtingen

In het opleidingscontinuüm

De werkgroep kadert oplossingen in binnen het opleidingscontinuüm, waarbij de invloed van de umc's het grootst is op het eerste deel van dit continuüm, van werving van geneeskundestudenten, het opdoen van kennis en vaardigheden die passen bij de arts van de toekomst tot voorbereiding op de keuze voor vervolgopleidingen. Op dit laatste wijst de NFU ook in de recent ontwikkelde visie op het opleidingscontinuüm. De werkgroep adviseert deze oplossingen zeker op te pakken maar constateert ook dat dit niet zal leiden tot snelle oplossingen: extramurale vervolgopleidingen duren 2-4 jaar en het traject tussen instroom van geneeskundestudenten en uitstroom uit een vervolgopleiding duurt daarmee al snel minstens 10 jaar. Oplossingen zijn hier die voor de geneeskundeopleiding en academie (Tabel 2, punten 3 en 6). Dit vereist extra extramuraal kader binnen de umc's, daarnaast zijn voor een aantal van deze oplossingen bijdragen nodig van andere

organisaties, in het bijzonder waar het gaat om stageplekken en beschikbaar stellen van professionals uit de praktijk voor onderwijs.

Voor de extramurale vervolgoedingen

Een tweede groep maatregelen betreft de extramurale vervolgoedingen. Wat betreft de sociale geneeskunde staat hier op plaats 1 het beschikbaar stellen van structurele financiering voor de verschillende vervolgoedingen. Gewenst is een situatie waarin per opleidingscluster één of maximaal twee directies bij het ministerie van VWS aanspreekpunt zijn wat betreft de vervolgoedingen. Voor de bekostiging van de vervolgoeding is het gewenst een systeem te realiseren waarin de vergoeding voor alle vervolgoedingen uniform is. Belanghebbende (directies van) ministeries kunnen dan financieel bijdragen naar rato van het volgens het Capaciteitsorgaan benodigde aantal opleidingsplaatsen. Zo valt te denken aan het beschikbaar stellen van financiële middelen vanuit de ministeries van Justitie en Veiligheid (J&V) en Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) aan VWS voor het extra opleiden van respectievelijk een bepaald aantal forensisch artsen (J&V), en bedrijfsartsen en verzekeringsartsen (SZW) gedurende een periode van 5 jaar. Om de tekorten niet verder te laten oplopen zouden bijv. per jaar een extra instroom van 15 forensisch artsen, 25 bedrijfsartsen en 15 verzekeringsartsen kunnen worden gefinancierd gedurende die 5 jaar. Bij benadering is bij instituutskosten á 35.000 euro per opleidingsjaar (dus excl. salaris- en andere kosten) over deze 5 jaar in totaal vanuit J&V ongeveer 7,9 miljoen euro gemoeid (dus 1,6 miljoen per jaar), en vanuit SZW 28 miljoen euro. Gezien de volgens het Capaciteitsorgaan benodigde instroom is dit een beperkt aantal aios, maar deze werkwijze geeft ook de kans om te onderzoeken of een centrale financiering van de opleiding leidt tot een verhoogde instroom.

Daarnaast kunnen de umc's bijdragen aan versterking van het extramuraal opleidingsklimaat en aan de beschikbaarheid van voldoende mensen en middelen voor opleiden in deze extramurale praktijk. Dat betekent voor een aantal vervolgoedingen ook een sterkere academisering, in het bijzonder voor de sociale geneeskunde. Voordeel van deze oplossingen is dat ze relatief snel leiden tot meer gespecialiseerde geneeskundigen in deze velden, gegeven de duur van de verschillende extramurale vervolgoedingen (meestal 3 of 4 jaar) kunnen de eerste effecten hiervan merkbaar zijn binnen vijf jaar. Instroom zou kunnen worden gerealiseerd vanuit de groep van de enige duizenden basisartsen die nog geen plaats hebben gevonden voor een vervolgoeding. Deze oplossingen kan de NFU maar deels alleen realiseren. Medewerking is nodig van ministeries, in het bijzonder VWS, maar daarnaast ook andere ministeries zoals SZW, van werkgevers zoals GGD-en, Arbodiensten, UWV en andere extramurale zorgorganisaties, en financiers zoals zorgverzekeraars, bedrijven en gemeenten/VNG. Tot slot kan de SBOH hierin een belangrijke rol spelen in het organiseren en financieren van opleidingstrajecten.

In de positionering van artsen

Een derde groep maatregelen betreft versterking van de positionering van de artsen in sociale en eerstelijns geneeskunde. De umc's kunnen hieraan bijdragen door versterking van het academisch leiderschap in deze disciplines. Dit kan zich bijvoorbeeld vertalen in aanstellingsbeleid van kader waaronder hoogleraren. Versterking van de positionering van artsen in deze disciplines kan alleen worden gerealiseerd in samenwerking met wetenschappelijke en beroepsverenigingen en maatschappelijke partners zoals werkgevers. Vanuit de umc's versterkt academisch leiderschap kan echter een belangrijke bijdrage leveren aan een betere positionering.

Vervolgacties

De werkgroep adviseert tot slot dit advies snel te vertalen in vervolgacties. De problematiek rond de tekorten is urgent en nog steeds groeiend. Vervolgens betreft dit een probleem met veel verschillende oorzaken waarbij voor het oplossen van het probleem ook actoren nodig zijn waarmee de NFU niet standaard samenwerkt. De werkgroep constateert wat betreft dit laatste dat er binnen de umc's de noodzakelijke expertise en netwerken wel deels beschikbaar zijn binnen de afdelingen die de extramurale velden 'dekken'. Dit betreft met name de huisartsgeneeskunde en de sociale geneeskunde, waarbij ouderengeneeskunde, geneeskunde VG en verslavingsgeneeskunde als deze academisch worden gerepresenteerd meestal zijn ingebed in een afdeling huisartsgeneeskunde.

Kortere termijn

Dit vertaalt zich in het volgende advies voor de kortere termijn op drie hoofdlijnen:

1. Verhoog de instroom in specialismen met de grootste tekorten door realisatie van voldoende financiering van de vervolgopleiding. Dit betreft specifiek een aantal M+G-deelspecialismen, de forensische geneeskunde, de bedrijfsgeneeskunde en de verzekeringsgeneeskunde. De effecten hiervan kunnen na vier jaar zichtbaar worden, en kunnen ook snel leiden tot een verbeterd perspectief voor een groep basisartsen die nog geen opleidingsplaats vond. Hiervoor is overleg nodig van de NFU met VWS en daarnaast met de ministeries J&V en SZW.
2. In het breder perspectief van het opleidingscontinuüm moeten geneeskundestudenten en basisartsen een beter zicht worden geboden op aard en inhoud van de extramurale specialismen. Dit betekent aanpassing van het geneeskundecurriculum en versterking van de voorlichting over vervolgopleidingen. Wat betreft aanpassing van het curriculum kan het recent herziene Raamplan Artsopleiding 2020 richtinggevend zijn. Voor realisatie daarvan is echter uitbreiding nodig van het academisch werkzame extramuraal kader.
Bij aanpassingen in het curriculum is het verder gewenst:
 - Beter inzicht te krijgen in de interesses en waarden van studenten en basisartsen. Waarvoor en hoe kunnen we hen interesseren voor de vakken van de sociale en eerstelijns geneeskunde?
 - Betrekken van de NFU-bestuurders Onderwijs en Onderzoek (decanen) en de NFU-Onderwijscommissie Geneeskunde (onderwijsdirecteuren/vice-decanen), gezien de aanpassingen die nodig zullen zijn in het geneeskundeonderwijs.
3. Draag bij aan voldoende capaciteit van de vervolgopleidingen door uitbreiding van de capaciteit bij de opleidingsinstituten en umc's die deze vervolgopleidingen nu aanbieden of in de toekomst willen gaan aanbieden. Aandachtspunten zijn voldoende geografische spreiding en een voldoende beschikbaar academisch leiderschap. De NFU zal hiertoe voor de sociaal-geneeskundige vervolgopleidingen ook in gesprek moeten gaan met landelijke opleidingsinstituten zoals de NSPOH en TNO, en daarnaast een versterking van de eigen opleidingsrol binnen de extramurale vervolgopleidingen moeten overwegen.

Langere termijn

Daarnaast is het voor de meer langere termijn gewenst de positie van de extramuraal werkzame artsen te versterken zodat deze vakgebieden aantrekkelijker worden of blijven. Voor een aantal sociaal-geneeskundig specialismen is dit dringend gewenst, de langdurig gunstige situatie bij de huisartsgeneeskunde lijkt echter ook onder druk te staan door werkdruk en onvrede bij beroepsbeoefenaren over hun positie in de zorg.

4. Oplossingen op dit terrein zijn alleen mogelijk in samenwerking met werkgevers en beroepsbeoefenaren en hun wetenschappelijke en beroepsverenigingen. De NFU kan hierbij

een stimulerende rol hebben, in samenhang met de uitvoering van de taken voor het geneeskundeonderwijs die zij hierin heeft.

Proces

- Stel vanuit de NFU een projectgroep in die als opdracht krijgt om oplossingen gericht op de geneeskunde-opleiding (punt 1 t/m 6) uit te werken in een actieplan; hierbij ook de studenten geneeskunde en basisartsen betrekken.
- Een deel van de onderwerpen kan waarschijnlijk belegd worden bij de al bestaande werkgroep visie opleidingscontinuüm via participatie in die werkgroep vanuit de sociale geneeskunde (eerstelijns vakken zijn hierbij al betrokken, sociale geneeskunde sluit eerstvolgende werkgroep aan).
- Koppel aan de projectgroep een werkgroep van binnen de umc's werkzame deskundigen die beschikken over bestuurlijke netwerken die relevant zijn voor de overige genoemde oplossingen (punt 7 t/m 15). Voorzie deze werkgroep van adequate ondersteuning vanuit een umc.

Gezien de urgentie van de problematiek ziet de werkgroep de beschikbaarheid van een actieplan in 2022 als noodzakelijk. De werkgroep draagt graag bij aan de verdere uitwerking en uitvoering van dit actieplan en is bereid in mogelijk gewijzigde samenstelling ook bij te dragen aan de bovengenoemde nieuwe werkgroep.

IV. Werkgroep

De volgende deskundigen namen deel aan de werkgroep.

Tabel 3. Deelnemers werkgroep

Veld	UMC	Deskundige	Functie
Sociale geneeskunde (M+G)	UMCG	Menno Reijneveld (voorzitter werkgroep)	Hoogleraar sociale geneeskunde Voorzitter Interuniversitair overleg SG (IOSG) Hoofd afdeling Gezondheidswetenschappen
Sociale geneeskunde (A&G-veld)	Amsterdam UMC	Sylvia van der Burg-Vermeulen	Bijz. hoogleraar Sociale Verzekeringsgeneeskunde Verzekeringarts Instituutopleider
Huisartsgeneeskunde	Erasmus MC	Patrick Bindels	Hoogleraar huisartsgeneeskunde Voorzitter IOH – Interfacultair Overleg Huisartsgeneeskunde Afdelingshoofd huisartsgeneeskunde
Geneeskunde VG	-	Marijke Meijer	Arts verstandelijk gehandicapten Secretaris NVAVG (deelname werkgroep op persoonlijke titel)
Ouderengeneeskunde	UMCG	Sytse Zuidema	Hoogleraar Ouderengeneeskunde Voorzitter Interfacultair overleg specialisme Ouderengeneeskunde (IOSO) Specialist ouderengeneeskunde
Verslavings- geneeskunde	Radboudumc	Mary Janssen van Raay	Hoofd opleiding tot verslavingsarts (NOVA). Verslavingsarts KNMG
Geneeskunde- onderwijs	Amsterdam UMC	Christa Boer NFU-Onderwijscommissie Geneeskunde (OCG)	Vice-decaan onderwijs locatie VU Portefuillehouder Amsterdam UMC Doctoral School, Locatie Vumc

De werkgroep kwam twee maal bij elkaar, sprak met vertegenwoordigers van het Capaciteitsorgaan en had twee schriftelijke rondes om te komen tot dit advies. Secretaris: Dini Smilde, NFU.



Bij dit advies hoort bijlage NFU-23.00172: Tabel met overzicht van tekorten en problematiek per vakgebied in sociale geneeskunde en eerste lijn.
