

## AFHANKELIJKHEID BIJ COASSISTENTEN NOG ALTIJD STA-IN-DE-WEG

# Waardeer de frisse blik van de co

Ondanks alle aandacht voor het belang van reflectie en feedback, durven de meeste co's en aiossen nog steeds niet openlijk kritiek te uiten op opleiders en anderen van wie zij afhankelijk zijn. Er zou nu eindelijk eens aan de noodzakelijke openheid gewerkt moeten worden.

*Het wordt de twaalfde poging om een lumbaalpunctie te verrichten. Er is inmiddels met drie verschillende naalden geprobeerd liquor te verkrijgen en de steriliteit heeft het zwaar te verduren. De coassistent wil de arts-assistent erop wijzen dat het beter is deze poging te staken, dan wel er een meer ervaren persoon bij te vragen.*

**B**ij vele opleidingen geneeskunde krijgen coassistenten met regelmaat de gelegenheid in kleine groepen, met geheimhouding, te spreken over disciplineverstijgende ervaringen en thema's waar zij in hun opleiding mee te maken hebben gekregen. De onderwerpen variëren van onzekerheid over medische kennis, communicatie en interacties met patiënten of hun familieleden, indrukwekkende rolmodellen, emoties rondom ziekte en overlijden, opdrachten die de eigen competentie te boven gaan en eventuele discriminatie, tot medische fouten en hoe daarmee wordt omgegaan. Deze onderwerpen worden nader geanalyseerd, waarna een adviesronde volgt en een nabespreking. Dit reflecteren op het eigen doen en laten geeft inzicht in sterke en minder ontwikkelde eigenschappen en vormt de basis voor het optimaal functioneren van aanstaande artsen.

### Brug te ver

Bij deze zogeheten reflectiesessies is de afhankelijkheid die coassistenten ervaren van de beoordelaars c.q. opleiders, een terugkerend onderwerp van gesprek. Coassistenten kaarten

onprofessioneel gedrag, onheuse bejegening, medische fouten, maar ook suboptimale zorg in vele gevallen niet aan. Zij erkennen het belang van het open en gepast bespreken van voorvallen wel en beseffen dat alle betrokkenen ervan kunnen leren. Tevens realiseren zij zich het belang voor het welbevinden van patiënten. Maar zelfs het op een beleefde manier aandacht vragen voor voorvallen waarin zij een andere mening zijn toegedaan dan de arts in kwestie, is voor veel co's een brug te ver. Hun afhankelijke positie ten opzichte van degenen die ook hun functioneren als coassistent moeten beoordelen, vormt een hindernis die slechts bij uitzondering wordt overwonnen. Bovendien bestaat dan snel de opvatting dat het 'toch niets zal helpen' om aandacht te vragen voor een gebeurtenis of handelwijze die niet volgens de regelen der kunst is uitgevoerd, omdat de arts het wellicht 'niet op prijs zal stellen' zoiets uit de mond van een coassistent te horen. De medische wereld kent een duidelijk hiërarchische structuur. In spoedeisende situaties bijvoorbeeld functioneert een poldermodel gemakkelijk contraproductief, zo niet erger. Ook in het dagelijkse werk waarin verpleegkundigen, coassistenten, aiossen en andere zorgverleners betrokken zijn in de zorg maar ook worden opgeleid, moeten bepaalde opdrachten soms 'gewoon' op gezag van een deskundige worden uitgevoerd. Echter, als er niet direct spoed is geboden en de betrokken uitvoerder zelf een gefundeerde opvatting heeft over de noodzaak of wenselijkheid van zo'n opdracht, dan zou deze zich niet gehinderd moeten voelen in het bespreekbaar maken hiervan, ook als de opdrachtgever precies heeft gedaan wat iedere redelijk opgeleide arts in dergelijke gevallen zou doen.

*Er heeft een verwisseling van patiëntenmateriaal plaatsgevonden. Volgens de specialist is het te veel gedoe om te achterhalen van wie het ernstig afwijkende materiaal dan wel afkomstig was. Naar een suggestie van de coassistent om alsnog de juiste patiënt boven water te krijgen, wordt niet geluisterd.*



De meeste coassistenten weten niet hoe zij de ander kunnen aanspreken zonder betweterig over te komen en zonder zelf opleidingsschade op te lopen.

## Coassistenten kaarten onprofessioneel gedrag veelal niet aan

### Hoever moet het komen?

In Nederland willen we artsen opleiden die zelfstandig, kritisch en onafhankelijk hun beroep uitoefenen en zich openstellen voor reacties van (aanstaande) collega's. Sommige coassistenten voelen zich genuïllkorfd, anderen tonen een gelatenheid die grenst aan lijdzaamheid. 'Zo zit de wereld nu eenmaal in elkaar' is een veelgehoorde uitspraak, beeldend voor de spagaat waarin sommigen zich verzeild geraakt voelen. Hoe ver moet het komen voordat men aan de bel trekt? Moeten patiënten eerst ernstige gevolgen ondervinden, of een kans hebben daarop, voordat iemand die stap durft te zetten? Geregeld geven coassistenten die zich in een dergelijke situatie verplaatsen aan dat zij dan 'uiteraard' de arts in kwestie zouden aanspreken. Maar 'tussen droom en daad' staan praktische bezwaren: zouden ze dit in de dagelijkse praktijk ook werkelijk durven? En zelfs als ze de stoute schoenen zouden aantrekken dan weten de meesten niet precies hoe zij de ander kunnen aanspreken zonder als betweterig over te komen en zonder zelf opleidingsschade op te lopen. Een

minder goede beoordeling van een coschap kan het pad naar de gewenste vervolgopleiding nu eenmaal ernstig blokkeren of zelfs geheel afsluiten. Bovendien is het bij het bespreekbaar maken van beleid, gedrag of bejegening nuttig je woorden zo te kiezen dat de ander zonder gezichtsverlies de eer aan zichzelf kan houden en kan erkennen dat er alternatieven bestaan voor zijn of haar doen of laten.

Een ongewenst neveneffect is het optreden van schuldgevoelens in situaties waarbij patiënten schade hebben opgelopen of nog kunnen oplopen. Want, ook al zijn coassistenten niet tuchtrechtelijk aansprakelijk, zij voelen wel degelijk verantwoordelijkheid. Juist hierdoor ontstaat een dilemma als patiënten suboptimale zorg krijgen: een gevoel van verantwoordelijkheid dat kan worden ervaren als medeplichtigheid, zonder zaken te durven aankaarten bij supervisor of opleider. Als er dan ook nog onduidelijkheid is over het bestaan van een vertrouwenspersoon binnen de zorginstelling, en over hoe deze kan worden benaderd, maakt dit de zaak alleen maar lastiger.

Er bestaat nog een andere ongewenste uitkomst van het niet aankaarten van afwijkend, onprofessioneel of apert onjuist gedrag, van deze *'conspiracy of silence'*: wie niet wordt gecorrigeerd, of althans op geen enkele manier wordt aangesproken op gedragingen en uitspraken die suboptimaal, onjuist of ongepast zijn, kan vervallen in zonnekoning-gedrag. Zolang niemand zich uit-

spreekt over de aanpak van artsen die hiërarchisch hoog op de medische ladder staan, kunnen dezen ten onrechte menen dat ze adequaat functioneren.

### Remedie

Wat kan een remedie zijn om deze situatie te veranderen? Daarvoor zijn twee partijen nodig die bereid zijn anders met elkaar om te gaan dan zoals hierboven geschetst. Ten eerste zouden coassistenten zich meer bewust moeten worden dat situaties als deze kunnen voorkomen. Zij zouden niet alleen het ‘primum non nocere’ (gij zult niet schaden) moeten eerbiedigen maar ook het ‘primum non tacere’ (gij zult niet zwijgen).<sup>1</sup> Daarnaast moet in elk medisch curriculum plaats zijn voor zogeheten spiegelgesprekken tussen coassistenten en beoordelaars.<sup>2</sup> Verder zouden op ziekenhuisniveau de patiëntenbesprekingen opgewaarderd kunnen worden. Behalve voor het overdragen van de medische habitus, zou dit ook de plaats kunnen zijn waar supervisoren, arts-assistenten en coassistenten elkaar direct en indirect kunnen en mogen aanspreken op hun wijze van handelen, waarbij dit voor alle betrokkenen tevens als leermoment kan dienen.<sup>3</sup>

Artsen in spe doen er goed aan zich op gepaste wijze uit te spreken over voorvallen, beleid en bejegeningsskwetsies als deze in hun ogen suboptimaal of apert fout zijn. De mate van ‘ernst’ bevindt zich weliswaar op een glijdende schaal, maar toch zal eenieder moeten bedenken wanneer het gewenst is de ander te attenderen op alternatieven, te vragen waarom deze aanpak is gekozen, of te benoemen dat hij/zij heeft geleerd het anders te doen. En het is de kunst daarbij ook aan te voelen wanneer de tijd er rijp voor is. Aan de andere kant doen supervisoren die zich bekommeren om hun aanstaande collega's er goed aan open te staan voor hun visie. Scherpzinnige vragen, goed onderbouwde suggesties om het anders te doen, verstandige opmerkingen van jonge intelligente mensen maar ook van collega's zouden in zo'n open cultuur kunnen gedijen. Superviserende artsen worden zelf op die manier ook scherp gehouden, en niet alleen wat betreft hun medisch-inhoudelijke kennis. Het gaat ook om de frisse blik van de relatieve buitenstaander, van hen die de collegebanken nog nauwelijks ontgroeid zijn. Hun onbevangenheid, mits terdege gekoesterd, draagt bij aan optimale zorg en aan de bereidheid zich levenslang te blijven afvragen: wat gaat goed en wat kan nog beter? ■

Dit artikel is geschreven door een masterstudent geneeskunde en een universitair hoofddocent aan een Nederlands Universitair Medisch Centrum.

Geen belangenverstrengeling gemeld

### web

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

## UNIEKE ONDERSTEUNING VOOR UW PATIËNTEN

Een goede start met insuline geeft uw patiënt vertrouwen in de behandeling en helpt bij de therapietrouw. Ondanks uitstekende voorlichting blijven de eerste injecties vaak angstig en onzeker. Eli Lilly helpt bij een goede start met eenvoudige en gerichte informatie die de instructie van uw POH ondersteunt.

Abasaglar is geïndiceerd voor de behandeling van diabetes mellitus bij volwassenen, adolescenten en kinderen van 2 jaar en ouder!

# ELI LILLY INTRODUCEERT ABASAGLAR (INSULINE GLARGINE) IN DE KWIKPEN



## > VERTROUWEN IN DE START MET BASALE INSULINE

- HbA1c verlaging zoals Lantus<sup>2</sup>
- Nuchtere glucoseverlaging zoals Lantus<sup>2</sup>
- Hypoglykemie: geen significante verschillen vs. Lantus<sup>2,3</sup>



**abasaglar™**  
insuline glargine injectie  
(rDNA oorsprong) 100 eenheden/ml