

DE VERSCHILLEN TUSSEN EEN NEDERLANDS SENIORCOSCHAP EN EEN DUIJS *PRAKTISCHES JAHR*

# Nederlands coschap door een Duitse bril

Coschappen in Nederland en in Duitsland zijn inhoudelijk ongeveer hetzelfde. Toch zijn mij als Duitse geneeskundestudent belangrijke verschillen opgevallen tijdens mijn seniorcoschap in het Radboudumc te Nijmegen.

**H**et laatste studiejaar van een Duitse geneeskundestudent (*praktisches Jahr*, PJ) is opgedeeld in drie blokken van vier maanden, die vergelijkbaar zijn met de seniorcoschappen/keuzecoschappen in Nederland. Iedere student moet een blok interne geneeskunde, een blok heelkunde en een blok naar keuze volgen. Veel Duitse geneeskundestudenten gebruiken deze tijd om een aantal maanden naar het buitenland te gaan. Hoewel mijn vrienden ook wel aan het strand liggen op Bali of bijvoorbeeld schotwonden in Zuid-Afrika behandelen, heb ik voor Nederland gekozen. Ik ging met hoge verwachtingen naar het Radboudumc. Van allerlei kanten kreeg ik te horen dat de zorg in Nederland effectiever georganiseerd is en dat afdelingen minder hiërarchisch zijn. Ook hoorde ik dat van studenten in het laatste jaar van hun opleiding een hoge(re) mate van zelfstandigheid wordt verwacht. Natuurlijk was ik vanwege mijn interesse in chirurgie benieuwd naar het werken op een Nederlandse ok en wilde ik zoveel mogelijk ervaring opdoen in het assisteren bij operaties, het zelfstandig uitvoeren van kleine ingrepen en het hechten.

### Taalcertificaat

Al tijdens de sollicitatieprocedure maakte ik kennis met het Nederlandse organisatie-talent. Na een formele sollicitatie werden veel e-mails uitgewisseld en heb ik nog voor het begin van mijn coschap een training in het gebruik van 'epic' (het elektronisch patiëntendossier in het Radboudumc) gevolgd. Ook vond er een kennismakingsgesprek plaats met mijn begeleider. Maar toch ging ook hier niet alles helemaal foutloos. Mij is nooit gevraagd om een officieel taalcertificaat Nederlands in te leveren. Pas achteraf hoorde ik dat dit wel de regel is. Gelukkig had ik al zes maanden intensief de Nederlandse taal geoefend. Dit heeft dan ook niet tot problemen geleid, mede omdat veel medische termen door de Latijnse oorsprong vergelijkbaar zijn. Op andere gebieden is géén ruimte voor compromissen: zonder het inleveren van negatieve MRSA-kweekresultaten mocht ik geen voet op de verpleegafdeling of ok zetten. Een organisatorische uitdaging voor mij, omdat ik eigenlijk nog tot de vrijdag voor mijn start in Nijmegen in een Duits ziekenhuis moest werken. Uiteindelijk bleek er geen andere optie dan in Duitsland vakantiedagen op te nemen

en eerder naar Nederland te verhuizen. Enigszins frustrerend voor mij, omdat een MRSA-screening van medisch personeel in Duitsland amper uitgevoerd wordt. Pas toen ik de literatuur had bestudeerd, begreep ik dat er een hele goede reden voor is: door een streng preventieprogramma is de MRSA-prevalentie in Nederland met bijna 1 procent één van de laagste ter wereld. Daar kunnen wij in Duitsland (met 19%) alleen maar van dromen.<sup>1</sup>

### Leerdoelen

De taken die een senior coassistent in Nederland uitvoert, lijken op die van een Duitse PJ-student. Zo is het in beide landen gebruikelijk dat coassistenten nieuwe patiënten opnemen, visite op de verpleegafdeling (mee)lopen, patiënten tijdens een overdracht, bespreking of multidisciplinair overleg (mdo) presenteren en bij operaties assisteren. Een van de grootste verschillen is dat Duitse studenten ook opdrachten krijgen

Van studenten wordt verwacht dat ze kritische vragen stellen



# KRANKENHAUS

GETTY IMAGES

In Nederland is minder hiërarchie in het ziekenhuis, waardoor een student makkelijker met een professor kan overleggen.

die in Nederland door verpleegkundigen worden uitgevoerd, zoals bloed prikken en een infuus aanleggen, maar ook arteriële bloedgasanalyses afnemen en drains verwijderen.

In Nederland is er veel meer aandacht voor de manier van opleiden. Zo moet iedere student concrete leerdoelen opstellen en schriftelijk vastleggen – smart geformuleerd, dus specifiek, meetbaar, acceptabel, realistisch en tijdgebonden. Het onderwijs is gericht op competenties die je moet verwerven. Je krijgt frequent

feedback en er worden aandachtspunten benoemd, die in een portfolio komen te staan en bij beoordeling besproken dienen te worden. Daar moest ik behoorlijk aan wennen, maar al snel merkte ik dat het leereffect voor de student door deze werkwijze toeneemt. Tegelijkertijd wordt van studenten meer dan in Duitsland verwacht dat ze kritische vragen stellen en bijvoorbeeld actief in de overdracht participeren. Overigens moet je er zelf voor zorgen dat je die opgestelde leerdoelen en verwachtingen realiseert. Het feit dat de

leerdoelen genoteerd staan en besproken zijn, is daarbij een enorme steun in de rug.

### **Werk sfeer**

De organisatiestructuur van ziekenhuisafdelingen verschilt aanzienlijk in beide landen. In Nederland geeft de gehele staf inclusief de fellows leiding en opleiding terwijl dit in Duitsland voornamelijk door het afdelingshoofd (Chefarzt) wordt gedaan. In veel Duitse klinieken regelt en beslist het afdelingshoofd veel dingen,

en in Nederland moet en mag over alles gediscussieerd worden. Dat zorgt voor minder hiërarchie, waardoor een student hier makkelijker met een professor kan overleggen. Interessante discussies over de nieuwste inzichten worden dan ook nooit uit de weg gegaan.

In Nederland heerst meer rust op de werkvloer, doordat er minder tijdsdruk is (althans, in het Radboudumc). Dat lijkt logisch want een Nederlandse arts voerde in 2013 gemiddeld 1885 consultaties uit, terwijl een Duitse collega er maar liefst 2442 doet.<sup>2</sup> Dit komt mijns inziens ook de werksfeer ten goede. Je hoeft je als coassistent niet bezwaard te voelen om om uitleg te vragen.

Ook de interne communicatie verloopt anders in Nederland. Er wordt hier veel gebruikgemaakt van zelfreflectie in de vorm van multidisciplinaire complicatiebesprekingen, morbiditeits- en mortaliteitsanalyses en multidisciplinair overleg. Dat gebeurt op een heel professionele manier en daarbij wordt constant geprobeerd om processen te verbeteren. De opmerking 'Dat moeten wij aan ... terugkoppelen' zal mij altijd bij blijven. Daarnaast communiceren artsen hier meer en uitgebreider met patiënten en geven ze meer uitleg over de verschillende behandelopties. Dit lijkt strijdig met het gegeven dat patiënten in Duitsland tevredener zijn dan Nederlandse patiënten.<sup>2</sup> Een verklaring hiervoor is wellicht dat er een mentaliteitsverschil bestaat.

## Korte ligtijd

De ligduur van patiënten in Nederland is veel korter dan in Duitsland. In Nederland is dit slechts 6,4 dagen tegenover 9,1 dagen in Duitsland.<sup>2</sup> Dat is wellicht een gevolg van de afweging van de kans op nosocomiale infecties versus perioperatieve risico's. Hoe dan ook vereist een korte ligtijd een goed geïnformeerde patiënt en goede nazorg. Mij verraste het dat in Nederland zelfs een cholecystectomie vaak in dagbehandeling wordt verricht.

Opvallend is ook dat het gebruik van antibiotica en een infuus in Nederland een stuk lager ligt. Zo wordt in Nederland

## Gemengde vierpersoonsskamers, dat is in Duitsland onvoorstelbaar

slechts 10,5 gemiddelde dagdosis antibiotica per duizend personen voorgeschreven, terwijl in Duitsland dat maar liefst 15,5 gemiddelde dagdosis betreft.<sup>2</sup> Hier bestaat vast een verband met het voor-kómen van MRSA.

Opvallend waren de gemengde vierpersoonsskamers op de verpleegafdeling met slechts een gordijntje om het bed. Dat is in Duitsland onvoorstelbaar. Van geheel andere aard zijn de verschillen in toegankelijkheid van het ziekenhuis. In Duitsland kunnen patiënten zelf de Spoedeisende Hulp binnenlopen en ligt de drempel om een specialist te mogen zien lager. In Nederland moet iemand een verwijzing van de huisarts hebben. Het werkt als een rem op de gezondheidszorgconsumptie. Dit komt ook tot uiting in de cijfers: in Duitsland bezochten mensen in 2013 gemiddeld 9,9 keer een dokter, in Nederland was dat slechts 6,2 keer.<sup>2</sup> Daar komt bij dat in Nederland met name de polikliniek in het ziekenhuis sterk ontwikkeld is, terwijl in Duitsland veel diagnostiek plaatsvindt in privépraktijken van medisch specialisten (*Niedergelassene*). Vaak worden patiënten tijdelijk opgenomen, alleen voor diagnostiek.

## Arbeidsmarkt

In de opleiding tot specialist en de arbeidsmarkt voor artsen zitten grote verschillen tussen Nederland en Duitsland. Het aantal afstuderende geneeskundestudenten ligt in Nederland een stuk hoger dan in Duitsland, namelijk 14,4 per 100.000 inwoners in Nederland tegen 12,2 per 100.000 in Duitsland.<sup>2</sup> Die concurrentie voelt de Nederlandse student ook. Het aantal geneeskundestudenten in

Duitsland is de laatste jaren gelijk gebleven, terwijl het in Nederland aanzienlijk is toegenomen (het aantal afgestudeerden was in 2013 maar liefst 75 procent hoger dan het aantal in 2000).<sup>2</sup>

In Duitsland is in de meeste vakgebieden de vraag naar specialisten groter dan het aanbod. Duitsland kent geen anios-functie en geen centrale selectie. Je kunt rechtstreeks bij een ziekenhuis solliciteren, waarbij de kans op een baan en daarmee direct een opleidingsplaats ook nog eens groot is. In Nederland is het starten van een vervolgopleiding daarentegen een moeilijk en vaak langdurig proces.

## Andere ogen

Het seniorcoschap in Nederland was bijzonder interessant voor mij. Mijn hoge verwachtingen bleken terecht: ik heb een heel efficiënt en patiëntgeoriënteerd systeem leren kennen. Daardoor heb ik mijn horizon kunnen verbreden en veel geleerd: inhoudelijk, maar ook in de communicatie met de patiënt. Na deze maanden zie ik het systeem in Duitsland nu met andere ogen. Mijn laatste blok doe ik weer in Duitsland. Ik ben benieuwd hoe ik me daar weer zal aanpassen. Hoe dan ook: een dergelijke buitenlandse ervaring kan ik iedereen aanraden, zeker in Nederland! ■

Met dank aan traumachirurg Vincent Leferink voor de begeleiding tijdens het coschap en zijn hulp bij de totstandkoming van het manuscript.

## contact

vincent.leferink@radboudumc.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteur.

## web

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