

# NIET WILLEN WAT NIET KAN

*Aios komen steeds meer onder druk te staan*

Wie na tien jaar afwezigheid zijn werk in de kliniek weer opvat, kan met de blik van de 'outsider' bepaalde problemen signaleren en beoordelen. Een heringetreden medisch specialist viel vooral de netelige situatie van de aios op.

A.C. NIEUWENHUIJZEN KRUSEMAN

**N**a circa tien jaar een universitaire bestuursfunctie te hebben vervuld, ben ik vorig jaar heringetreden bij de afdeling Interne Geneeskunde van een academisch ziekenhuis. Alhoewel de uitgangspunten van mijn discipline vrijwel hetzelfde zijn gebleven, blijkt er op tal van gebieden in de loop der jaren nogal wat veranderd te zijn.

Wat mij het meest opvalt, is 1. de toegenomen complexiteit van de patiëntenzorg, 2. de verdere structurering van de opleiding tot medisch specialist (onder meer als gevolg van ontwikkelingen in de basisartsopleiding en de toegenomen centrale regelgeving) en 3. de manier waarop de werktijden van arts-assistenten in opleiding tot medisch specialist (aios) zijn geregeld. Door het laatste is het eerste steeds moeilijker met het tweede te verenigen. Daardoor heb ik het gevoel gekregen dat veel aios vrijwel doorlopend in een spagaat verkeren in een proces dat grote overeenkomsten vertoont met de film 'Pulp Fiction' van Tarantino. In deze klassieker uit 1994 worden hink-stapsprongsgewijs drie verschillende verhalen verteld, die toch met elkaar te maken hebben. Een verhaallijn is moeilijk aan te geven, maar aan het einde van de film blijkt er toch een verband te zijn.

## WERKDruk

Mede door de veroudering van de bevolking is de zorg veel complexer geworden. Veel patiënten die onze polikliniek bezoeken, hebben een chronische aandoening met veel comorbiditeit, hetgeen veel interdisciplinair overleg vereist. Zo lang mogelijk begeleiden we deze patiënten ambulant. Als opname onvermijdelijk is, is dat meestal niet direct mogelijk door capaciteitsgebrek. Is zo'n patiënt eenmaal opgenomen, dan wordt hij weer zo snel mogelijk naar huis gestuurd om plaats te maken voor anderen. De 'omzet' in zowel de polikliniek als de kliniek is in vergelijking met 10 jaar geleden enorm toegenomen, zonder dat de bemensing en de organisatie zijn aangepast. De werkdruk in de patiëntenzorg is daardoor veel hoger geworden.

In dezelfde periode is de opleiding tot medisch specialist - terecht - meer gestructureerd, met meer stagemogelijkheden, georganiseerde opleidingsmomenten, cursorisch onderwijs binnens- en buitenshuis en portfolio's om wat wel en niet gedaan is nog bij te kunnen houden. In mijn specialisme zijn kort geleden nieuwe opleidingseisen vastgesteld.

Maar daarmee is de veranderkoek voorlopig nog niet op. Systematische formatieve en op termijn ook summatieve evaluatie door middel van periodieke voortgangstoetsing is in de maak, evenals meer gestructureerde supervisie in de vorm van directe observatie tijdens klinische en poliklinische werkzaamheden van de aios. Tegelijkertijd is de instroom van studenten geneeskunde bijna verdubbeld en zo ook de vraag naar begeleiding in klinische stages. Ook hier geldt dat de bemensing en de organisatie onvoldoende op deze veranderingen zijn aangepast en de werkdruk is toegenomen.

## CONTINUÏTEIT

In dezelfde periode zijn de werktijden van de aios meer gereguleerd en strikter gemaximeerd. Om dit te realiseren zijn ingewikkelde dienstroosters noodzakelijk en is, door compensatie na avond- of nachtdiensten en onderwijsmomenten binnen diensturen, een steeds wisselende bemensing van de polikliniek en kliniek meer regel dan uitzondering. Patiënten zijn er niet zeker van dat zij dezelfde dokter zullen treffen op de polikliniek of aan hun bed en moeten maar hopen dat bij wisseling van de wacht de overdracht in woord en geschrift adequaat is geregeld. >>

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

*Aios verkeren in een proces dat veel overeenkomsten vertoont met de film 'Pulp fiction' van Tarantino.*

<< Ook voor de aios is deze voortdurende wisseling lastig. Die krijgen steeds minder de kans om het beloop van een ziekte en de effecten van ingestelde therapie in een continuüm te observeren. In de dienst zien zij de acute fase van een ziekte. Tijdens de avonddienst bij een andere patiënt met dezelfde ziekte een complicatie. Overdag verzorgen zij bij weer een andere patiënt met dezelfde ziekte het ontslag zodra die patiënt aan de betere hand is en schrijven de ontslagbrief aan de hand van een patiëntendossier in de bewerking waarvan zij maar deels betrokken zijn geweest. 'Pulp Fiction' in optima forma.

#### DILEMMA

Als universiteitsbestuurder was ik gewend bij beleidsbeslissingen een aantal algemene uitgangspunten te hanteren. Eén daarvan was 'dat je niet moet willen wat niet kan'. Een ander was 'minder beter'. Met de huidige regulering van de werktijden is het onmogelijk om zonder uitbreiding van mogelijkheden en middelen te voorzien in én adequate zorg bij een complexer wordende zorgvraag én meer activiteiten ten behoeve van onderwijs en opleiding. Als daarin geen keuzen worden gemaakt, kan het niet anders dan dat veel maar half wordt gedaan en soms helemaal niet. En omdat daarmee de beoordeling van de kwaliteit en de accreditatie van de opleiding op de tocht kunnen komen te staan, zal dit uiteindelijk leiden tot strategisch gedrag waarbij op papier wel is vastgelegd wat men wil en moet, terwijl men dat in de praktijk niet doet, of liever gezegd: niet *kán* doen.

In beginsel zijn er drie mogelijkheden om aan het hier geschetste dilemma te ontkomen: beperking van onderwijs- en opleidingsactiviteiten, toename van personeel en middelen, en uitbreiding van de werktijden. Politici opperen gewoonlijk vergroting van de doelmatigheid als meest voor de hand liggende oplossing, maar van ondoelmatig handelen is op mijn afdeling na een aantal bezuinigingsronden zeker geen sprake meer.

Beperking van opleidingsactiviteiten op basis van een kritische reflectie van wat mogelijk en nodig is, lijkt mij in mijn discipline zeker aan de orde. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat wat op centraal niveau wordt bedacht onvoldoende wordt getoetst op uitvoerbaarheid. Waarmee ik niet wil zeggen dat niet 'meer' zou moeten maar - het zij nogmaals gezegd - men niet 'moet willen wat niet kan' en liever 'minder beter

### Liever 'minder beter dan minder goed'

dan meer minder goed'. Extra uitbreiding van de staf en van het aantal aios, biedt ook weinig uitkomst. In de eerste plaats omdat de middelen daartoe ontbreken, maar ook omdat met een toename van het aantal aios het aantal praktische opleidingsmomenten afneemt en het steeds lastiger wordt om al doende te leren. 'Minder beter' heeft ook een ondergrens. In de basisartsopleiding tekent een dergelijke ontwikkeling zich in de klinische stages reeds af. Voorts biedt extra uitbreiding van het aantal aios geen soelaas voor de nadelige effecten van de steeds meer roulerende diensten op de continuïteit van zorg en op het opleidingscontinuüm. Het lijkt mij dan ook onvermijdelijk dat

## DE FOTO IS HELAAS NIET BESCHIKBAAR VOOR INTERNET

*Met uitbreiding van het aantal aios wordt het steeds lastiger om al doende te leren.*

de thans vigerende richtlijnen voor werktijdenbeheersing van aios aan een kritische reflectie worden onderworpen.

Ik besef goed dat ik daarmee een gevoelig onderwerp aansnijdt. Als voorzitter van de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneeskundigen (LVAG) eind jaren zeventig heb ik aan de wieg gestaan van de discussie over de beheersing van de werktijden van aios. De aanleiding daartoe was destijds echter niet alleen het streven naar normalisering van de werktijden. Het was ook de bedoeling op die manier ruimte te creëren voor afgestudeerde basisartsen voor wie bij ongewijzigd beleid bij een krappe arbeidsmarkt werkloosheid dreigde.

Het ging toen dus niet alleen om een wakkere arts, maar ook om een solidaire arts. Ik wil geenszins pleiten voor een herleving van de tijden van weleer of een situatie zoals in de Verenigde Staten, waar werkweken van 80 uur en meer heel normaal zijn. Niet alleen omdat dat met de invoering van de 'European Working Time Directive' wettelijk niet kan, maar ook omdat is gebleken dat dergelijke werkweken in combinatie met continuïteitsdiensten van meer dan 24 uur schadelijk zijn voor het welzijn en welbevinden van de aios<sup>2</sup> en de kwaliteit van de zorg nadelig kunnen beïnvloeden, alhoewel dit laatste niet overtuigend is aangetoond.<sup>3</sup> Anderzijds bestaat ook de indruk dat regulering van de werktijden weliswaar leidt tot verbetering van het welbevinden van de aios, maar dat de daarmee gepaard gaande frequente dienstwisselingen nadelig kunnen zijn voor de kwaliteit van de zorg, vertragend kunnen werken en vaak ook leiden tot meer laboratoriumonderzoek en dus duurdere zorg.<sup>4</sup>

#### HEROVERWEGING

De vraag is dus welk type aios de beste zorg levert en het best is opgeleid. Is dat een uitgeruste aios die via overdrachten informatie krijgt over een patiënt omdat hij vaak afwezig is door compensatiedagen en onderwijsverplichtingen? Of een overbelaste en vermoeide aios die de patiënt uit eerste hand kent

## SAMENVATTING

- In de afgelopen 10 jaar zijn de zorgvragen en opleidings-eisen complexer geworden. Striktere werktijdbeheersing staat de optimale uitwerking daarvan in de weg.
- Met name de continuïteit van door aios geleverde zorg en het opleidingscontinuüm hebben daaronder te lijden.
- Te pleiten is voor een heroverweging van de planning van de dienstroosters en de onderwijsactiviteiten van aios en voor extra aandacht voor de organisatie en ondersteuning van hun werkzaamheden. Dit alles tegen de achtergrond van beschikbare mogelijkheden en de uitgangspunten.

omdat hij de anamnese heeft afgenomen, het lichamelijk heeft onderzoek verricht, de DD heeft opgesteld, verder onderzoek heeft afgesproken, de uitslagen daarvan heeft geïnterpreteerd, het verdere beleid heeft vastgesteld en de resultaten daarvan persoonlijk heeft geobserveerd?

De waarheid en mogelijke werkelijkheid liggen zoals gebruikelijk in het midden. Aangezien uitbreiding van de werkweek wettelijk én maatschappelijk niet kan, moet er een oplossing worden gevonden in een heroverweging van de roosterplanning. Ik denk daarbij aan het oprekken van het aantal uren dat in een continudienst mag worden gewerkt, waardoor het aantal shifts per 24 uur van drie naar twee kan worden gebracht, en aan wisseling van diensten zodanig dat langdurige afwezigheid op de stageplaats door aangesloten compensatiedagen kan worden vermeden.

Maar ook het buiten het rooster plaatsen van bepaalde opleidingsactiviteiten, zoals cursorisch onderwijs en voortgangstoetsing is een mogelijkheid. Ik, en veel aios die ik spreek met mij, snap echt niet waarom al het onderwijs binnen diensttijd moet worden georganiseerd.

Voorts zijn voor een betere balans tussen opleidings- en zorgactiviteiten binnen een gemaximeerde werktijd investeringen nodig in ondersteunende faciliteiten. Bijvoorbeeld extra secretariële ondersteuning voor overname van taken die geen toegevoegde waarde hebben in opleiding en zorg, optimale toegankelijkheid tot elektronische databestanden en communicatienetwerken, en elektronische statusvoering voor consistente en overzichtelijke patiëntinformatie-overdracht. In het Verenigd Koninkrijk bleek dat regulering van de werktijden met behoud van kwaliteit in de zorg en opleiding niet mogelijk is zonder dit soort extra investeringen.<sup>4</sup>

Ik vrees echter dat de ontwikkelingen in Nederland voorlopig die kant nog niet op zullen gaan. Veeleer gaan zij in de richting van door bezuiniging gedreven verdere beperking van ondersteuning en faciliteiten, in combinatie met meer reactief dan pro-actief inspelen op toegenomen zorgvragen, regelgeving en opleidingsrichtlijnen.

Niettemin ervaar ik sinds mijn herintreding dat - parafraserend op een column van Youp van 't Hek in NRC Handelsblad - 'het leven in de kliniek toch leuk is'. Een aanrader voor degenen die een dergelijke stap ook overwegen. ■

prof. dr. A.C. Nieuwenhuijzen Kruseman,  
internist-endocrinoloog, academisch ziekenhuis Maastricht

Correspondentieadres: a.kruseman@intmed.unimaas.nl

## Literatuur

1. Nieuwenhuijzen Kruseman AC. What can we learn from undergraduate medical education? Eur J Int Med 2005; 16: 21-3. 2. Barger LK, Cade BE, Aya NT, Cronin JW, Rosner B, Speizer FE, Czeisler CA. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. N Eng J Med 2005;352:125-34. 3. Fletcher KE, Davis SQ, Underwood W, Mangrulkar RS, McMahon LF, Saint A. Effects of resident work hours on patient safety. Ann Intern Med 2004;141:851-857. 4. Jaggi R, Surender R. Regulation of junior doctors' work hours: an analysis of British and American doctors' experiences and attitudes. Soc Sci Med 2004; 58: 2181-91.

## PRAKTIJKPERIKEL

### Opperdoezer Ronde



Op een morgen in juni werd een pakketje op mijn binnenstadspraktijk afgeleverd met het volgende schrijven:

'Sinds de komst van de supermarkten - tot in de kleinste dorpen - en het minimumloon, is het gebruik om artsen te vergasten op kippen en kazen in ongebruik geraakt. Dat valt te betreuren. Ook een arts heeft, met zijn gezin, heden ten dage recht op enkele fatsoenlijke maaltijden per week en ik zie deze genereuze gewoonte van patiënten graag weer in ere hersteld. Vandaar dit weifelend

begin met een zakje aardappelen. Het zijn wél originele Opperdoezer Ronde, gekweekt op zavelhoudende grond in Opperdoes.

Niet schillen maar schrappen, koken onder water (dus niet stomen of in de magnetron), en bij het opdienen een kommetje met gesmolten boter midden tussen de aardappelen zetten, met een vorkje prikken, in de boter dompelen en met smaak nuttigen. Wat overblijft, smaakt de volgende dag uitstekend, gebakken opgediend.

Eet smakelijk!

Piet S.'

De redactie ontvangt graag korte, door artsen geschreven signalementen. Zie voor meer perikelen de rubriek 'praktijkperikelen' op onze website: [www. medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).