

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl

[@medischcontact](https://twitter.com/medischcontact)



OPLEIDING EN CARRIÈREPERSPECTIEF VAN ARTSEN BIJ ONS EN BIJ DE OOSTERBUREN VERSCHILLEN STERK

Nederland-Duitsland: 1-1?

Opleiding en beroepsperspectief van Duitse en Nederlandse artsen verschillen van elkaar. De vertaling van een Nederlands boekje over de loopbaan van artsen legt een paar van die verschillen onder de loep.

Met het boekje *HEEL de dokter* poogden Angèle van de Ven en Lodewijk Schmit Jongbloed anno 2015 artsen uit te dagen tot reflectie op zichzelf en hun loopbaan. Noem het een zelfhulpboek met vragen en opdrachten. Opdat ze met plezier en voldoening zouden blijven werken. De Nederlandse versie van het boek sloeg destijds aan onder artsen.

Sinds twee maanden is er ook een Duitse versie: *Arzt & Ärztin als Ganzes*. Pascal Berberat, die het boekje bewerkte voor de Duitse

lezers, noemt het ‘*Ein Umdenkbuch für Ärzte und Ärztinnen*’ De noodzaak voor dat ‘omdenken’ is groot, vindt Berberat, van huis uit chirurg en nu hoogleraar didactiek van het geneeskunde-onderwijs aan de Technische Universiteit München, ‘want gemotiveerde en betrokken artsen zijn essentieel voor een kwalitatief hoogstaand gezondheidssysteem. Ze maken minder fouten en zijn minder vaak ziek. Aan de andere kant hebben medische professionals die ontevreden zijn over hun werk meer kans op burn-outklachten, een lager zelfbeeld en zijn meer vat-



baar voor stress, depressie, verslaving of lichamelijke klachten.’ Hij spreekt uit ervaring: ‘Ik ben 50 jaar, heb jonge kinderen, mijn vrouw werkt fulltime, en er heerst corona: we zijn beiden dicht bij een burn-out. En die wil je voorkomen.’

Clichés

Vertalen in het Duits, en vooral aanpassen aan de Duitse situatie, ging niet zonder slag of stoot vanwege de verschillen tussen beide landen in opleiding en beroepsperspectief. Zo’n kijkje over de grens legt die verschillen onder een vergrootglas en dat kan vruchtbare inzichten opleveren. Niet omdat, zoals Berberat zegt, ‘het gras elders altijd groener is, maar om parallele problemen te herkennen en van elkaar te leren’.

Cultuurverschillen zijn er sowieso, en die voldoen deels – het is niet anders – aan de bekende, maar ook ware clichés. Dit is er alvast één: Duitse artsen werken in een omgeving die veel hiërarchischer is gestructureerd dan in Nederland. Berberat: ‘In onze

ziekenhuizen zie je vaak grote departementen met tientallen artsen die allemaal werken voor een big boss aan wie je verantwoording moet afleggen.’

Cliché nummer twee wordt beaamd door de Duitse anesthesioloog Götz Wietasch. Hij kwam in 2004 naar het UMCG, waar hij nog steeds werkt op zijn vakgebied, maar ook sinds twee jaar hoogleraar innovatie in de opleiding is. Hij heeft lang moeten wennen aan hoe Nederlandse artsen onderling communiceren: ‘In Duitsland tutoyeer je elkaar niet zo snel. Nederlanders zijn veel makkelijker in de omgang. Maar dat maakt ook dat je soms niet weet in welke rol je met ze spreekt. In Duitsland is dat veel meer helder. Misschien heb je in Nederland daarom juist zoveel communicatieskills nodig.’

‘En misschien’, oppert onderwijskundige Marjo Wijnen-Meijer voorzichtig, ‘lukt het dankzij duidelijke gezagsverhoudingen beter om in Duitsland zo’n coronavaccinatiecampagne sneller van de grond te krijgen.’ Zij is een directe collega van Berberat en is, na vijftien jaar in Nederland in het medisch onderwijs te hebben gewerkt, sinds tweeënhalf jaar als hoogleraar en leider van het medisch-curriculumontwikkelingsteam verbonden aan de Technische Universiteit München.

Verschillen in opleiding

Belangrijker en interessanter vindt ze de verschillen in opleiding en carrièreontwikkeling van artsen. Ze legt uit: ‘De Duitse oplei-

‘In Duitsland tutoyeer je elkaar niet zo snel’

ding kent in aanvang veel meer basisvakken: scheikunde, natuurkunde, biologie, fysiologie. Dat is een groot verschil met Nederland. Verder heb je hier staatsexamens, na twee, vijf en zes jaar. Die moet je halen om naar de volgende fase van de opleiding te kunnen overgaan. En er zijn in het laatste jaar van de geneeskundeopleiding drie lange coschappen van zestien weken. Studenten worden daarbij niet beoordeeld op hun praktisch functioneren, maar leggen na afloop een examen af waarin hun medische kennis wordt getoetst.'

Wijnen-Meijer zou in het begin van de opleiding meer aandacht willen voor de klinische praktijk. En daarmee ook meer aandacht voor reflectie op het eigen handelen, en elkaar feedback geven. Geen gemakkelijke opgave, weet ze: 'Ik denk dat veel artsen dat hier raar vinden. Ik heb bijvoorbeeld geprobeerd in het managementteam 360-gradenfeedback van de grond te krijgen. Uiteindelijk is dat gelukt, maar anoniem. Dit is echt een kwestie van cultuur. Men is hier weliswaar heel direct en transparant, maar je spreekt elkaar niet gauw aan op wat er goed en niet goed ging.'

Omgaan met onzekerheid

Reflectie heeft ook nog een andere, onmisbare component, aldus Pascal Berberat. Volgens hem hebben dokters vaak te maken met complexe problemen waar geen eenduidig antwoord op bestaat. 'Wat we artsen en dus onze studenten daarom moeten leren is dat ze zowel kunnen omgaan met wetenschappelijke evidence als met onzekerheid. We geven studenten nu te veel de illusie dat er zoiets als absolute waarheid bestaat.' Hij gelooft daarom dat de geesteswetenschappen van onschatbare waarde zijn in het medisch onderwijs. Die zouden een prominentere plaats moeten krijgen in de opleiding. 'Denk aan het schrijven van essays en position papers. Zo leer je argumenten wegen en uitwisselen, een positie bepalen – steeds in het volle besef dat er niet één enkele waarheid is. Zo kun je ook leren eerlijk te zijn tegenover jezelf, en dat voorkomt dat artsen cynisch worden, of depressief.'

Altijd in opleiding

'Dat je in Nederland vaak eerst een paar jaar als anios gaat werken en dan pas kiest voor een vervolgopleiding, dat bestaat in Duitsland niet', aldus Wijnen-Meijer. 'Dat hebben we in de vertaling van het boek dus moeten aanpassen.' En het is precies die fase in de loopbaan van artsen waarover de Duitse anesthesioloog Götz Wietasch zich verbaast. 'In Nederland', zegt hij, 'zweeft menig basisarts na de opleiding in een soort vacuüm. En dat juist in de fase waarin je met vallen en opstaan soft skills als communicatie, netwerken, persoonlijk en professioneel leiderschap, en reflectie op eigen handelen wilt leren. Waarin je aan talentontwikkeling wilt doen. De belangrijke fase dus waarin je ontdekt wat je wilt, en vooral ook wat je kunt. Ik vind: leren moet een continuüm zijn. Ik begrijp niet hoe je niet in opleiding kunt zijn. In Duitsland kennen we de anios niet; je bent er altijd in opleiding. In Duitsland begin je als assistent in opleiding met veel meer verantwoordelijkheid en autonomie, je wordt veel meer losgelaten.

In Nederland zitten we aiossen veel meer op de nek. Dat geeft houvast, maar het kan je ook gevangen houden. (Zie ook *Achter het nieuws* op blz. 10.) De verantwoordelijkheid in het Duitse systeem voelt anders: je komt er eerder in de zone waar het spannend wordt, je wordt er eerder uit je comfortzone gehaald.'

Niet durven stoppen

Wietasch vindt het zelf 'ontzettend boeiend' om aiossen te begeleiden: 'Vaak hebben assistenten geen goed idee van hun passie en talenten. Je merkt dan dat mensen soms niet het juiste vak hebben gekozen. Je hebt er die dat na een maand of drie inzien. Maar het komt ook voor dat ze maar doorgaan, en dus niet durven te stoppen om een ander vakgebied te kiezen. Of ze hebben simpelweg niet door dat ze ongeschikt zijn. Dat kan behoorlijk confronterend zijn.'

'We geven studenten de illusie dat er een absolute waarheid bestaat'

Ook voor de begeleider is dat niet gemakkelijk. Wietasch, die met zijn groep meer dan tweehonderd aiossen heeft opgeleid, heeft in het verleden drie geschillenprocedures meegemaakt met aiossen die niet geschikt waren bevonden om hun opleiding voort te zetten. 'Ik voelde me dan ook een verliezer: ik heb ze niet kunnen begeleiden naar de volgende stap. Maar voor anderen geldt dat gelukkig wel: ze zijn op andere terreinen van de geneeskunde gaan werken zoals de huisartsgeneeskunde, de sociale geneeskunde en de psychiatrie.' Hij wil hiermee maar zeggen: verlies daarom geen tijd als anios. 'Ik zou willen dat we die eerste fase in Nederland slimmer aanpakken.'

Honingraatmodel

Maar ook de latere fasen van de artsenloopbaan kunnen beter, volgens Wietasch: 'Arts-zijn betekent levenslang leren, dat weet iedereen. Maar in Nederland zijn we op dat punt te veel "verzuimd". Ik bedoel: het gaat hier te veel in één bepaalde richting. Een Duitse collega van mij is inmiddels bezig met zijn derde medische specialisatie! Ik bedoel niet dat ik als anesthesioloog nog chirurg moet worden. Maar als anesthesioloog kan ik me wel specialiseren in pijnbestrijding en me daarom bekwamen in het implanteren van neurostimulatoren, een pacemaker voor zenuwen. Wat staat op den duur een overstap naar cardiale pacemakerimplantatie dan in de weg? Dat soort mogelijkheden zou je in Nederland beter moeten onderzoeken. Ik noem dat het

PRAKTIJKPERIKEL

LUISTER!

Ze is altijd al stressgevoelig geweest. Later kwamen daar angst- en paniekaanvallen bij. Ze stelt hoge eisen aan zichzelf en is heel gevoelig voor wat mensen van haar denken. Maar ze is ook een vechter. Met behulp van medicatie lukt het haar (meestal) om overeind te blijven, twee studies af te maken, een gezin en een baan te combineren.

Ze is nog maar net een halfjaar in een nieuwe baan begonnen als ze een knobbel in de hals ontdekt. Toch maar even laten controleren voor de zekerheid. En voor de zekerheid toch maar een punctie... Schildklierkanker. Misschien is verwijdering van de helft van de schildklier voldoende zodat ze niet levenslang medicatie hoeft te gebruiken. Niet dus. Na twee operaties, de nodige complicaties en een behandeling met radioactief jodium moet ze twee jaar een suppressietherapie ondergaan: een hoge dosering schildklierhormoon om de kans op recidief te verkleinen.

Maar het gaat niet goed met haar. Ze is vaak erg gestrest, geprikkeld, moe. Bij een controle krijgt ze als reactie dat we allemaal weleens gestrest zijn. Gevoelig als ze is voor wat anderen van haar vinden, gaat ze dus maar door: ze wil geen zeurpatiënt zijn. De psychiater die haar antidepressivum controleert, verandert naar aanleiding van haar verhaal de medicatie. De klachten verergeren, ze wordt agressief, onberekenbaar, wanhopig. Ze moet zich ziek melden op het werk, partner en kinderen lijden eronder, ze gaat niet mee op vakantie.

Totdat ze bij de huisarts komt, die echt naar haar luistert en in zijn dossier ziet dat haar TSH 0,010 is. 'Maar het ligt niet aan jou, het is de schildklier!' Hij belt de internist, hij belt de psychiater en na overleg wordt de dosering fors verlaagd. En dat werkt, het effect is gelukkig snel merkbaar en nog eens twee weken later is ze bijna weer de oude.

latrogene schade als gevolg van protocoldenken? Ontbreken van multidisciplinair overleg? Hokjesgeest? Hoe dan ook: zonder interventie van de huisarts had haar relatie eraan kapot kunnen gaan en hadden de kinderen er nog meer onder geleden. En het is nog maar de vraag of het tijdelijke arbeidscontract na al deze perikelen verlengd wordt.

De les? Luister! Luister! Een protocol is een gemiddelde. En vooral: durf buiten de eigen kaders te denken.

“honingraatmodel”. Je betreedt steeds een honingraat met medische competenties die je verder ontwikkelt. Via allerlei tussentappen zou je dan uiteindelijk iets anders kunnen gaan doen in de geneeskunde.’ In Duitsland is dat net wat gemakkelijker, meent Wietasch.

Maar daar speelt soms weer een ander probleem: prestige. Pascal Berberat: ‘Ik was chirurg. Dat vak heb ik in 2011 verlaten om hoogleraar medisch onderwijs te worden. Zelf zou ik dat best succesvol durven noemen. Maar als je mijn oude chirurgiecollega’s zou vragen, zouden ze zeggen: “Jammer, kennelijk is hij er niet in geslaagd om ergens hoofd van een chirurgieafdeling te worden. Daarom heeft hij deze afslag genomen.” Ze zullen het zien als falen.’ Volgens Berberat is het daarom ook in Duitsland niet altijd gemakkelijk om je loopbaan een nieuwe impuls te geven.

De kwaliteit van de zorg

Bij alle verschillen tussen beide landen is het volgens alle drie onmogelijk te zeggen of de gezondheidszorg in beide landen in kwalitatief opzicht verschilt. Kennelijk leiden er meerdere wegen naar Rome, en dus naar, aldus Marjo Wijnen-Meijer, ‘uitstekende, gemotiveerde artsen’.

Maar er is in zijn land wel verandering op til, volgens Pascal Berberat. ‘Vroeger wist je: ik moet twintig jaar keihard werken en mij veel laten welgevallen, en dan ben ik op de top. De jongste generatie denkt daar anders over: die wil niet langer een hoge prijs betalen voor een betere toekomst, die wil dat leven en werk nu in balans zijn.’ Götz Wietasch heeft in Nederland alvast ervaren dat af en toe contact met een vaste coach geen kwaad kan: ‘Om te weten te komen hoe je je persoonlijke effectiviteit kunt vergroten.’ Dat is, zegt hij, in Duitsland niet erg gebruikelijk. ‘Daar krijg je eerder een stigma: als je zo iemand nodig hebt, gaat het kennelijk niet goed met je.’ ■



web

Onder dit artikel vindt u informatie over beide boeken en meer over dit onderwerp. Zie medischcontact.nl/artikelen.

Heeft u ook een perikel? Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl