

Hoe minder aios leiden tot een andere dienstenindeling

Niet voor één gat te vangen

De verkorting van de medische vervolgoopleidingen leidt tot minder aios op de werkvloer. Dat heeft consequenties voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Met een nieuw hulpmiddel, ontwikkeld door de Federatie en medisch specialisten, kan elk ziekenhuis dit probleem nu hands-on aanpakken.

Het probleem is helder. Sinds aios de medische vervolgoopleiding sneller doorlopen, komt de bedrijfsvoering van het ziekenhuis in de knel. Met de verkorting van de opleidingen zijn aios minder lang beschikbaar om diensten te draaien. Dit betekent: minder handen aan het bed, gaten in de continuoosters in de weekenden en minder ogen in de nachtdienst. De grootste problemen ontstaan op dit moment dan ook in het sluitend krijgen van de avond-, nacht- en weekenddiensten.

‘De urgentie is hoog’, zegt projectleider Bedrijfsvoering Lotte Rijkse van de Federatie. ‘Bijna iedere specialist merkt dat er gaten vallen in roosters nu aios een ander – korter – opleidingstraject volgen dan voorheen. Maar met de huidige werkdruk kun je niet van medisch specialisten verlangen dat iedereen maar een tandje bijzet. Vanuit de Federatie willen we een constructieve oplossing bieden, die de bedrijfsvoering een stap vooruithelpt en ingericht is op de toekomst. Samen met enkele medisch specialisten hebben we daarom een instrument ontwikkeld waarmee elk ziekenhuis het probleem kan oplossen, op afdelingsniveau en zelfs op organisatieniveau.’

Minder poppetjes

Een van de medisch specialisten die heeft meegewerkt aan het nieuwe hulpmiddel, is chirurg en opleider Bas Wijnhoven van het Erasmus MC in Rotterdam. ‘Aan de lagere bezetting op de werkvloer liggen meerdere oorzaken ten grondslag’, vertelt hij. ‘Allereerst leidt de daling van de instroom tot minder aios. Door een eerdere aanpassing van de opleiding heelkunde doorloopt een aios de basisopleiding al ▶



Lotte Rijkse, projectleider Bedrijfsvoering:

‘Denk na over wie op welke plek hoort om de kwaliteit te borgen’

Chirurg en opleider Bas Wijnhoven:

‘Met dit model zie je precies wat de financiële, personele en praktische consequenties zijn’

sneller dan voorheen: in vier in plaats van zes jaar. In de nog resterende twee jaar moet hij vervolgens zijn differentiatie voltooien. Dit betekent dat we de opleiding heel efficiënt moeten inrichten. Bij onze afdeling heelkunde belasten we ouderejaars-aios bijvoorbeeld niet te veel met diensten, zodat zij overdag complexe ingrepen kunnen leren. Verder verzorgen wij als universitair medisch centrum voornamelijk tertiaire zorg. Wij leiden met name ouderejaars op voor hun specialisatie, terwijl jongere aios het grootste deel van hun opleiding doorbrengen in de perifere en STZ-ziekenhuizen. Al die factoren zorgen ervoor dat we minder ‘poppetjes’ op de afdeling hebben en vraagt van ons als begeleidend specialisten om anders te kijken naar de inrichting van de diensten.’

Omdat het probleem niet alleen op de afdeling van Wijnhoven speelt, maar binnen de hele opleidingsregio, komt het thema regelmatig als discussiestuk op tafel. Toen Wijnhoven tijdens een bijeenkomst van de opleidings- en onderwijsregio Zuidwest Nederland hoorde dat de Federatie bezig was met een project om het dienstenprobleem grondig aan te pakken, bood de opleider direct zijn expertise aan én zijn afdeling heelkunde als proeftuin. ‘Ik voel me hier als arts verantwoordelijk voor. Samen met chirurg en opleider Jaap Hamming van het LUMC Leiden en Lotte Rijkse hebben we de afgelopen maanden aan een model gewerkt om vanuit een andere benadering de diensten in te delen.’

Omgedraaid uitgangspunt

Naast de al genoemde factoren speelt er nóg een onzekere component: ‘Geen enkele specialisatie weet op dit moment hoe groot de instroom van het aantal aios volgend jaar zal zijn’, vertelt Wijnhoven. ‘Krijg je er negen, twaalf of achttien? Dat maakt nogal uit. Daarom hebben we binnen dit project het uitgangspunt

omgedraaid. We hebben niet gekeken naar hoeveel aios er komen, maar welke kwaliteit van zorg wij willen leveren en wie we daarvoor nodig hebben.’ Uit gesprekken met de vakgroep bleek dat de afdeling heelkunde het bijvoorbeeld belangrijk vindt altijd een gespecialiseerde en gedifferentieerde chirurg aanspreekbaar of beschikbaar te hebben, evenals een ouderejaars traumachirurg en een goede bemanning op de spoedeisende hulp. Wijnhoven: ‘Door de ANW-diensten los te koppelen van de aios en dit soort kwaliteitseisen te stellen, werd al snel duidelijk dat we bij gebrek aan beschikbare aios moeten nadenken over wie dan die diensten kan vervullen. Moet dat per se een chirurg zijn, of kan dat ook een ziekenhuisarts of een SEH-arts zijn? De hele bedrijfsvoering kwam ter discussie te staan.’

Dat is exact wat Lotte Rijkse voor ogen had: een model ontwikkelen dat het ziekenhuis laat nadenken over wie op welke plek moet zitten om kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. ‘Elke optie die je kiest, heeft effecten op de bedrijfsvoering. Bij het ontwerpen van dit beleidsinstrument zijn we daarom bewust niet uitgegaan van alleen het probleem van bezetting oplossen, maar van de wensen en minimale eisen die een afdeling





Kortere opleiding: hoe zat het alweer?

In 2013 hebben de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ), GGZ Nederland, De Jonge Specialist en het College Geneeskundige Specialismen (CGS) een opleidingsakkoord gesloten met minister Schippers van VWS.

In dit akkoord is afgesproken dat de opleidingen op individuele basis met gemiddeld zes maanden te verkorten. Dat moet samen met minder instroom van aios jaarlijks 128 miljoen euro opleveren. De verkorting betekent een individuelere aanpak van de opleiding. Artsen in opleiding tot specialist moeten aantonen dat ze competenties beheersen en beroepsactiviteiten adequaat kunnen uitvoeren op zowel medisch-inhoudelijk vlak als op het gebied van communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit. Niet de nominale duur van de opleiding bepaalt of een aios klaar is, maar de daadwerkelijk opgedane ervaring en vaardigheden.

binnen het ziekenhuis stelt aan kwaliteit.' Ze geeft een voorbeeld: 'Als je een ziekenhuis wilt zijn waarin 24 uur per dag zeven dagen in de week een SEH-arts in huis is, of je wilt dat de afdeling cardiologie altijd binnen vijf minuten een echo kan maken, vraagt dat een andere dienstenopzet dan wanneer je dat niet nodig acht.' Zodra alle kwaliteitseisen zijn bepaald en ingevoerd in de tool, rolt er een lijst aan scenario's uit. Rijksen: 'Per scenario krijg je inzichtelijk wat er gebeurt met de kwaliteit van zorg, welke financiële effecten optreden en wat de benodigdheden zijn qua gewenste bezetting op de afdelingen in de avond, nacht en weekenden.'

31 scenario's

Wel is het invullen van alle inrichtingseisen een tijdrovend karwei, geeft Rijksen toe. 'Dit nieuwe model geeft een oplossing voor een bepaalde afdeling, maar laat ook de effecten zien voor de bedrijfsvoering eromheen. Dat vraagt van zowel medisch specialisten als de afdeling P&O en bestuurders om keuzes op strategisch niveau. En om input van diverse kanten. Als specialist moet je dus over de schutting van je eigen afdeling heen kijken voor een waarheidsgetrouw en praktisch inzetbaar scenario. Maar als je nu kiest voor die tijdsinvestering, kost het je straks minder tijd, geld

en menskracht om de gaten – die de komende jaren alleen maar groter worden – op te vullen.'

De pilot bij de afdeling heelkunde van het Erasmus MC is inmiddels succesvol afgerond. Opleider Bas Wijnhoven beschikt nu over 31 scenario's op basis van de wensen en eisen van zijn afdeling. 'Een overzichtelijk geheel, waarin je precies ziet wat de financiële, personele en praktische consequenties zijn van elke beleidslijn. De verschillende mogelijkheden, én de bijbehorende consequenties voor de dienstenstructuur, de kwaliteit en de financiën bespreken we op dit moment met onze vakgroepleden. Iedereen heeft een eigen mening, en het is uitvinden waar de gemene deler zit. Maar het feit dat we helder voor ogen hebben waaruit we kunnen kiezen, maakt wel een verschil met hiervoor. Dan schoven we wat ad hoc in het rooster en gingen we weer verder. Nu houden we de hele bedrijfsstructuur van het ziekenhuis tegen het licht en maken we weloverwogen, toekomstgerichte keuzes.' ●

 Het deelproject **Bedrijfsvoering** is onderdeel van het Federatieproject *Individualisering Opleidingsduur* (RIO). De tool is begin 2017 beschikbaar via: www.medischevervolgopleidingen.nl.