



Hoe doen we hetzelfde werk met minder aios?



Auteurs

Wouter Blox, aios longgeneeskunde, bestuurslid De Jonge Specialist

Thomas Schok, aios chirurgie, vice-voorzitter De Jonge Specialist

Ramon van den Berg, projectmanager RIO, Federatie Medisch Specialisten

In het Opleidingsakkoord van oktober 2013 zijn twee belangrijke maatregelen beschreven: individualisering van de opleiding en het terugschroeven van de instroom van aios. Eén van de gevolgen hiervan is dat er minder aios-uren overblijven voor het werk in de kliniek. Desondanks moeten de kwaliteit van de zorg en de opleiding uiteraard gewaarborgd blijven.

Dit zal een uitdaging zijn en daarom is het belangrijk dat ziekenhuizen nadenken over de optimale formatie op de werkvloer. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten (FMS) is ter ondersteuning het TOKIO Optimum Traject en Model ontwikkeld. TOKIO staat voor Taakgericht Omdenken voor Kostenverantwoorde Individualisering Opleidingsduur. Wat het traject precies inhoudt, vroegen we aan twee aios die hier sinds kort als projectbegeleider bij betrokken zijn. Steven Giesbers is aios gynaecologie in het Radboud universitair medisch centrum en Robert Hoekstra is aios urologie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Hoe zijn jullie erop gekomen om met dit project aan de slag te gaan?

Steven: Vanaf het begin van mijn opleiding ben ik bezig geweest met doelmatigheid van zorg. Ik raakte bij TOKIO betrokken nadat mijn opleider een masterclass van de Federatie over dit onderwerp had bezocht. Het plan is om voor de vakgroep gynaecologie het TOKIO Traject te doorlopen. Mijn opleider dacht meteen aan mij, gezien mijn interesses.

Robert: Binnen ons ziekenhuis hebben we een zogenaamd Parel-traject. Dat is een traject dat erop gericht is om naast je opleiding meer inzicht te krijgen in vakoverstijgende zaken als bestuur en organisatie, financiering van de zorg en kwaliteit en patiëntveiligheid. Zo kwam ik met TOKIO in aanraking. Anders dan Steven kijk ik ziekenhuisbreed naar het optimaliseren van de formatie, dus ik kom met alle vakgroepen in aanraking. Ik doe dit overigens niet alleen, ik werk samen met de directeur van de coöperatie van medisch specialisten binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Wat is het doel dat je voor ogen hebt met het TOKIO traject?

Steven: We merken de laatste tijd steeds duidelijker dat er minder aios instromen in de kliniek. Binnen de gynaecologie, waar de dienstbelasting relatief hoog is, merken we als aios dat we steeds vaker diensten draaien. Dat valt eigenlijk niet te rijmen met een goede opleiding. Een oplossing voor dit probleem is

taakherschikking. Zijn er taken die nu door aios worden gedaan, maar die ook door iemand anders kunnen worden gedaan?

Robert: Ook bij ons groeit het besef dat er steeds minder aios op de werkvloer lopen. Omdat dit bij meerdere vakgroepen speelt, is in onze kliniek besloten om het probleem ziekenhuisbreed te benaderen. Zelfs vakgroepen die geen aios hebben, betrekken we, want ook voor hen is het zinvol om te zien of processen geoptimaliseerd kunnen worden.

Hoe verloopt zo'n traject precies?

Robert: Momenteel zijn we nog in de verkennende fase. We kijken dus hoe de dagen en de diensten ingedeeld zijn, met speciale aandacht voor de taken van de arts-assistenten. We willen per vakgroep weten welke eisen ze stellen aan de kwaliteit van

WIJ ZIJN OP DE
WERKVLOER DEGENEN
DIE HUN STEM MOETEN
LATEN HOREN OVER WAT
WIJ ACCEPTABEL VINDEN
ALS HET GAAT OM DE
KWALITEIT VAN DE ZORG
EN DE OPLEIDING.

zorg en welke knelpunten ze zien als het aantal aios terugloopt. Daarna komt de vraag: wie kan die taken overnemen? Is dat een *physician assistant*, een anios, een ziekenhuisarts of een medisch specialist? Een *physician assistant* kan bijvoorbeeld geen arts vervangen in het reanimatieteam, maar kan wel taken op zaal overnemen. Als we die vragen beantwoord hebben, kunnen we het TOKIO-rekenmodel gebruiken om allerlei verschillende scenario's met elkaar te vergelijken.

Steven: Het is belangrijk dat we per scenario beoordelen en



TOKIO OPTIMUM MODEL EN TRAJECT

Met het sluiten van het opleidingsakkoord in 2013, was direct duidelijk dat er vanaf 2018 aios-uren en geld voor aios gaan verdwijnen. Van allebei zo'n 25% van het totaal van 2013 zelfs. Project RIO (Realisatie Individualisering Opleidingsduur) van de Federatie ondersteunt het veld bij het ontwikkelen van onderwijskundige en bedrijfskundige oplossingen voor het individualiseren en verkorten van de opleiding tot medisch specialist.

Het TOKIO Optimum Model is een online rekenmodel dat vakgroepen en instellingen helpt om keuzes te maken in het samenstellen van de formatie. Uitgangspunt hierbij zijn de kwaliteitseisen die zij aan de zorg stellen. Het model berekent de kosten van de verschillende formatiesamenstellingen, bestaand uit combinaties van medisch specialisten, aios, anios, verpleegkundig specialisten, *physi-*

cian assistants, ziekenhuisartsen of SEH-artsen, met wie die kwaliteit van zorg kan worden neergezet.

Meer informatie over het TOKIO Optimum Model en Traject is te vinden op <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/tokio-traject-en-model>.

Namens De Jonge Specialist is Thomas Schok (vicevoorzitter) afgevaardigde binnen de stuur- en projectgroep van RIO. De aandacht die met het TOKIO optimum model wordt gevestigd op de bedrijfsvoering en de rol die de aios hierin speelt, is volgens hem essentieel: "Het daadwerkelijk goed kunnen implementeren van de individualisering van de opleiding is alleen mogelijk met een geregelde bedrijfsvoering waarin de aios de mogelijkheid heeft competentiegerichte keuzes te maken. Het is goed om te zien dat steeds meer ziekenhuizen hiermee aan de slag gaan."

vergelijken wat de kwaliteit is van zowel de zorg als de opleiding, maar ook wat de kosten zijn. We scoren ook de huidige situatie, ter vergelijking. Sommige scenario's vallen al direct af omdat ze onvoldoende kwaliteit bieden of simpelweg te duur zijn. Zo houden we uiteindelijk een aantal scenario's over. Het ligt uiteindelijk bij de opleiders en de managers welke van die scenario's gerealiseerd wordt.

Hoeveel tijd kost het traject?

Steven: Ik ben nu ongeveer twee maanden bezig. De bedoeling is dat het traject na een half jaar is afgerond. Ik ben er per week vier uur mee bezig. Ik heb er een halve dag per week voor gekregen, dus ik kan het combineren met mijn opleiding.

Robert: Ook wij willen in een half jaar klaar zijn. De huidige fase van inventariseren kost veel tijd: nu zo'n zes tot acht uur per week. Ook ik krijg tijd beschikbaar vanuit de opleiding, ik ben een dag in de week vrijgesteld van klinische taken om hiermee bezig te zijn.

Wat voor reacties krijg je van de mensen die je interviewt?

Robert: Dat is heel wisselend. Sommige mensen kijken met name naar wat het allemaal gaat kosten, anderen willen vooral de kwaliteit van de opleiding overeind houden. Je komt ook onbegrip tegen. Het is soms nog onvoldoende duidelijk wat de consequenties zijn van het teruglopen van het aantal aios. Gelukkig merk je in de meeste gevallen wel dat men de urgentie inziet van het probleem en mee wil denken over een oplossing.

Steven: Ik merk dat gevoel van urgentie minder. We hebben nog vrij lang een ruime bezetting gehad. Nu de groep assistenten kleiner wordt, is niet voor iedereen duidelijk dat daardoor niet alle taken op dezelfde manier kunnen worden gedaan als een jaar geleden. Als je het dan voorreken, gaan ze het vaak wel inzien. Toch merk je dat men vaak nog argumenten aandraagt waarom hun (sub)specialisme juist extra aios nodig heeft.

Robert: Dat merk ik ook. Wat overigens ook een bijeffect is, is dat er kritischer gekeken wordt naar de taken die worden uitge-

voerd. Als er nieuwe mensen voor moeten worden aangenomen, is het zinvol om opnieuw te evalueren welke taken wel en welke niet essentieel zijn om uit te voeren. En zo vertaalt het zich weer naar doelmatigheid van zorg.

Zou je andere aios aanraden om trajectbegeleider te worden?

Robert: Recent hadden we een bijeenkomst van mensen die een TOKIO traject begeleiden. Dat blijken hoofdzakelijk bedrijfsvoerders en geen medici. Dat is niet verkeerd, maar het is wel belangrijk dat medici bij zo'n traject betrokken zijn.

Steven: Het moet je wel liggen. Het is heel goed om eens op deze manier mee te denken over de organisatie van zorg en opleiding, maar ik vraag me soms wel af of ik als aios de geschiktste persoon ben om dit te begeleiden. Het gaat soms erg diep in op de bedrijfsvoering. Het belangrijkste is dat aios gaan inzien wat de urgentie is van dit probleem. Wij zijn op de werkvloer degenen die nu hun stem moeten laten horen over wat wij acceptabel vinden als het gaat om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de opleiding.



Robert Hoekstra



Steven Giesbers

