

VASO-AMSF VZW
Laarbeeklaan 101
1090 Jette
info@vaso-amsf.be
www.vaso-amsf.be

In deze tijden van reflectie over het voorbije jaar en vooruitblikken naar de nieuwe uitdagingen, willen we onze beleidsmakers graag herinneren aan één van de beloftes uit het regeerakkoord. Zo werd er een oplossing beloofd voor de dubbele cohorte, het afstudeerjaar 2018 waarin geneeskunde-studenten van zowel de zeven- als van de zesjarige opleiding gelijktijdig zullen afstuderen. Ondertussen tikt de klok genadeloos verder zonder uitzicht op een duidelijke oplossing.

Het volgende academiejaar kiezen deze geneeskunde-studenten van het afstudeerjaar 2018 definitief voor hun voorkeurs-specialisatie. Die keuze bepaalt hun toekomst, vastgelegd in een stageplan met bijhorende opleidingsplaatsen voor de komende 5 à 7 jaren. Het blijft tot op heden onduidelijk of het aantal opleidingsplaatsen zal volstaan en of de financiële draagkracht van de diensten voldoende is om een dubbel aantal afstuderende artsen in opleiding een kwaliteitsvolle stageplaats te garanderen. Recent publiceerde de cel “planning van het medisch aanbod” hierover een nota waarin het tekort geobjectiveerd werd tot een globaal tekort van ca. 1500 opleidingsplaatsen¹ in België.

Hierbij komt nog een extra moeilijkheid: de huisartsenopleiding werd hervormd en wordt vanaf 2018 met 1 jaar verlengd (2 naar 3 jaar). Hiervan zullen de HAIO's (huisartsen in opleiding) een half jaar een ziekenhuisstage moeten doorlopen, waardoor ook hiervoor bijkomende opleidingsplaatsen in de ziekenhuizen noodzakelijk zijn.

Wat het aantal opleidingsplaatsen betreft, lezen wij dat zowel de Hoge Raad voor Geneesheren Specialisten als de Koninklijke Academie voor Geneeskunde geen oplossing zien in een forse

¹ KWANTITATIEVE VOORSPELLING VAN HET EFFECT VAN DE DUBBELE COHORTE VAN GEDIPLOMEERDEN IN DE MEDISCHE WETENSCHAPPEN OP DE STAGEPLAATSEN IN DE GENEESKUNDE VOOR HET VERKRIJGEN VAN EEN BIJZONDERE BEROEPSTITEL, Update december 2016, NOTA VAN DE CEL PLANNING VAN HET AANBOD VAN DE GEZONDHEIDSBEROEPEN. http://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/sites/default/files/documents/note_2016_double_cohorte_nl.pdf

uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Een uitbreiding van het aantal stagemeesters en stageplaatsen brengt volgens deze instituten de kwaliteit van de opleiding in gevaar. Als assistenten-vereniging zijn wij het daarmee fundamenteel oneens: enkel door het verhogen van het aantal stageplaatsen en stagemeesters zal een kwalitatieve benchmarking kunnen gebeuren en wordt het mogelijk om de bestaande niet-kwalitatieve stageplaatsen te sanctioneren (hetzij financieel of door het niet-toekennen van artsen in opleiding). Het in stand houden van schaarste verhindert de noodzakelijke kwaliteitscontrole bij klachten omtrent de opleidingskwaliteit, zowel binnen niet-universitaire als binnen universitaire stagediensten. Het kan enkel leiden tot een verderzetting van het protectionisme met garanderen van ASO's voor de eigen afdeling en bevriende diensten.

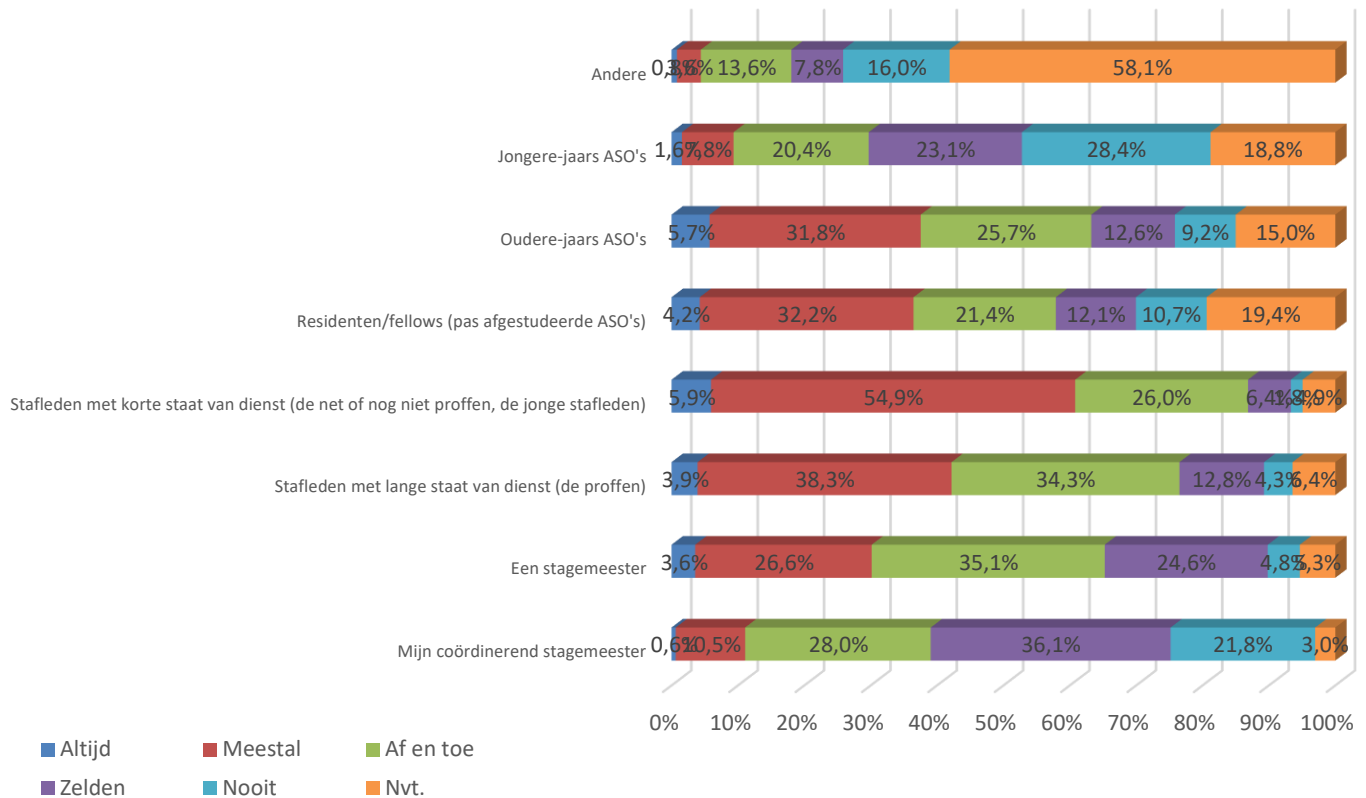
Als Vereniging voor Arts Specialisten in Opleiding willen wij de uitdagingen van de dubbele cohorte als een opportuniteit zien, om het opleidingslandschap voor arts-specialisten aan een grote hervorming te onderwerpen volgens meer moderne en effectieve onderwijsconcepten:

- Een ASO in dienst nemen, hoort niet te gebeuren vanuit een nood aan extra arbeidskracht, maar vanuit een interesse om jonge mensen op te leiden. Als de opleider nu reeds verdrinkt in het werk, waar gaat die dan de tijd vinden om zijn ASO te superviseren en de nodige feedback te geven tijdens het uitvoeren van diens taken? Want opleiden vraagt tijd en inspanning - een activiteit die er nu als vanzelfsprekend moet bij genomen worden door de opleiders, naast al de rest van het klinische werk. Diensten die minder afhankelijk zijn van ASO's om het klinische werk gedaan te krijgen, hebben waarschijnlijk meer ruimte om een veilige werk- en leerplek te garanderen voor de ASO. Karikaturaal gesteld: de ASO leert meer uit één uitgebreid besproken RX-thorax dan uit 100 niet-gesuperviseerde protocols.
- Het aanbod aan opleidingsplaatsen verruimen, kan de kwaliteit van de opleiding een extra boost geven. Benchmarking leidt op korte termijn tot keuze van de meest kwalitatieve plaats en op lange termijn tot verbetering van het opleidingslandschap. Bovendien is het aannemen van een ASO ook vaak een kwaliteitsinjectie voor de stagediensten en de aangeboden zorg. Via het *teach the teacher principe* brengt de ASO vaak nieuwe EBM-inzichten, aangeleerd in het theoretische kader van de ManaMa, in de praktijk.
- Wij stellen voor om niet de "stagemeester" maar de "stagedienst" centraal te stellen in de erkenning van opleidingsplaatsen. Dit in tegenstelling tot de huidige situatie waar er pas sprake kan zijn van een opleidingsplaats wanneer een stagemeester erkend is. Nochtans is het erkennen van een stagedienst als centrale opleidingsplaats meer conform de realiteit: opleiding geven, gebeurt zeker niet enkel door de erkende stagemeester, maar wel door het hele team. Ook de jongste stafleden zijn sterk betrokken bij de opleiding, alhoewel zij op basis van de erkenningscriteria uitgesloten worden van het stagemeesterschap².

Een volgende stap kan zijn dat opleiden ook voor andere en/of jongere stafleden meetelt in de functionele loopbaan en het organigram van een ziekenhuisarts. De facto gebeurt een groot deel van de opleiding nu al door deze artsen: een bijna afgeronde bevraging bij de ASO's van de Vlaamse universiteiten bevestigt dit (cfr. grafiek infra).

² M.B. 23 april 2014 tot vaststelling van de algemene criteria voor de erkenning van geneesheer-specialisten, stagemeesters en stagediensten

Door wie wordt mijn opleiding gegeven?



Grafiek: Voorlopige gegevens uit de nationale bevraging van arts-specialisten in opleiding 2016-2017

- Naast het verhogen van het aantal stagediensten zou het toevoegen van ASO's aan de huidige, reeds bestaande stageplaatsen een mogelijke oplossing kunnen bieden voor de dubbele cohorte. In het huidige 'osmose' leersysteem betekent meer ASO's per dienst, minder contact met ziektebeelden. Een verhoging van het aantal ASO's zou dus de opleidingskwaliteit schaden.. Vanuit een model van actieve teaching wordt het daarentegen juist mogelijk om elke casus meer in de diepte te analyseren, om tijd vrij te maken en te evalueren wat er uit elke casus/situatie geleerd kan worden. Trouwens, waar het huidige model bij gebrek aan feedback foute redeneringen/handelingen riskeert te bestendigen (door het overaanbod aan kliniek is er geen mogelijkheid om alles te superviseren), biedt een actieve teaching juist de mogelijkheid om te leren - hetgeen overigens niet alleen voor de ASO geldt.

- Omwille van de werkdruk wordt nu een deel van de opleidingstaken doorgeschoven naar de hogerejaars ASO's, die naast hun eigen opleiding ook jongerejaars dienen te superviseren. Deze vaststelling roept bij ons belangrijke vragen op: ouderejaars zijn namelijk zelf nog in opleiding. Opleiding geven is een deel van het leertraject, maar dit mag niet hun core-business worden. Zij verdienen immers zelf een volwaardige opleiding op de werkvloer. Onze eigen cijfers (cfr. supra) tonen dat dit in elk geval een aandachtspunt is.

De huidige oplossingen die door de Hoge Raad van Geneesheren-Specialisten naar voren worden geschoven, krijgen van ons een grote onvoldoende: zij stellen voor om de verplichting om minstens 1/3e van de opleiding in universitaire en 1/3e in niet-universitaire ziekenhuisomgeving door te brengen, af te schaffen. Voor ons staat dit voorstel haaks op de beoogde verbetering van de opleidingskwaliteit. De opleiding zou hierdoor opnieuw een exclusief universitaire (of niet-universitaire) aangelegenheid worden: elke omgeving biedt zijn specifieke leeromgeving, zij het meer algemene of juist de meest gespecialiseerde zorg. Beide verdienen hun plaats in de opleiding.. Verder wil de Hoge Raad het aantal arts-specialisten per opleidingsplaats verhogen. In het huidige 'osmose-leermodel' biedt dit echter geen garantie op een kwalitatieve opleiding, tenzij naast de uitbreiding van het aantal ASO's ook tijd wordt vrijgemaakt/gefinancierd voor de opleiders om de ASO's actief te begeleiden. Nu gaan onze opleiders gebukt onder de triade kliniek, wetenschappelijk werk en opleiding geven.

Waar er nog belangrijke vragen zijn rond de ruimte en kwaliteit voor opleiding, is er al helemaal geen antwoord op vragen omtrent de financiering van de dubbele cohorte. Alhoewel de problematiek van de dubbele cohorte al 8 jaar eerder kon worden voorzien, hebben onze beleidsmakers uitgeblonken in struisvogelpolitiek. De realiteit was nochtans zeer voorspelbaar: zo er geen oplossing komt, moeten dezelfde workload, hetzelfde opleiderskorps en hetzelfde budget gedurende enkele jaren onder een verhoogd aantal ASO's verdeeld worden. Eender welke oplossing vereist een budgettaire tegemoetkoming: de ASO's worden immers verloond... Momenteel ziet het er naar uit dat deze kosten zullen worden afgewend op de stagediensten. Maar in vele disciplines kan het contingent (het maximaal aantal toegelaten opleidingsplaatsen per discipline) nu al niet ingevuld worden met effectieve stageplaatsen ten gevolge van het financieringstekort. Een toenemend aantal kandidaat ASO's gaat dat probleem niet oplossen, enkel des te schrijnender maken. In het bijzonder voor de knelpunt-specialismen (waaronder geriatrie, kinderpsychiatrie, reumatologie...) wordt de unieke kans mislopen om het tekort aan kandidaten met de dubbele cohorte aan te pakken, als onze regering weigerachtig blijft om de nodige financiële middelen te voorzien.

Een bijkomend gevaar is het invullen van 'aantrekkelijke prestatie-gerichte' specialismen (waaronder orthopedie, radiologie,...) met 'vrij assistentschap'. Deze piste wordt in verschillende fora wel eens naar voren geschoven als "makkelijke oplossing". Als kandidaten na een 6- tot 7-jarige opleiding voldoende gemotiveerd zijn (lees: van thuis uit voldoende gesponsord kunnen worden) zullen ze wel één of meerdere bijkomende jaren kunnen overleven zonder loon om vervolgens hun opleiding pas echt te starten? Een zogenaamde 'overbruggings'stage. Deze 'gratis stage' lijkt niet meer van deze eeuw, maar riskeert het lot te worden van die ASO's die de

selectie nét niet haalden. Het gevaar bestaat overigens dat dit wordt doorgetrokken na de opleiding waar benoemingen als stafid even op zich laten wachten en er in ruil een verlengd assistentschap wordt aangeboden.

Bovenop die problematiek komen dan opnieuw de huisartsen: zoals hierboven vermeld zullen ook die collega's voor 6 maanden een ziekenhuis-stageplaats moeten zien te veroveren. Puur economisch gezien mag dat niet eens zo'n probleem zijn: hun opleiding wordt immers voor 50% gefinancierd door de overheid. Dit maakt van hen echter een concurrentieel interessante werknemer omdat ze zo goedkoper zijn om aan te nemen dan een ASO. Mogelijk wordt er hierdoor nog meer afgekald van het budget voor ASO-opleiding.

Tot slot nog een laatste bedenking: de dubbele cohorte wordt door beleidsmakers dus als een opportuniteit beschouwd om knelpunt-specialismen aan te vullen. Hier hebben wij onze bedenkingen bij: de keuze van het specialisme waarin men verder opgeleid wil worden, vertrekt vanuit het profiel van de geneeskunde-student. Ruw geschetst kan je de snelle beslisser en knopendoorhakker die een chirurg is, niet inwisselen met het bedachtzame profiel van een internist of de empathische psychiater. En geef toe, wie wil als patiënt een psychiater of geriater met het karakter en de vaardigheden van een orthopedist - of omgekeerd? Het klopt dat jonge mensen verkiezen om hun dure opleidingsjaren te laten bekronen door een financieel belonende specialiteit, eerder dan te eindigen in een specialiteit met vooral plichten en weinig verdienste. Wat zou je zelf kiezen? Hen dwingen in knelpunt-specialismen is dus niet wat wij verstaan onder een 'opportuniteit'. Onderzoek toont dat de prevalentie van burn-out met uitputting, depersonalisatie en depressie nu al het hoogst is bij ASO's³.

De enige opportuniteit die de dubbele cohorte volgens ons dus biedt, is dat deze een creatieve, duurzame oplossing noodzaakt die niet alleen op korte termijn de dubbele golf aan ASO's opvangt, maar ook de toekomstige opleiding veilig stelt. Laat het duidelijk zijn dat dit een bijkomende financiering vraagt. Maar wij vragen naast een bijkomend opleidingsbudget voor 2018 ook een reflectie over de huidige opleidings-methodologie - het actieve teaching-model kan maar worden geïnstalleerd mits opgeleide opleiders, die binnen de kliniek ruimte en tijd krijgen voor hun educatieve taken en die bereid zijn de eigen opleidingskwaliteiten af te toetsen bij hun publiek, de ASO's. Met de dubbele cohorte op de drempel, verdunt het dubbele aantal ASO's anders het huidige osmose-model tot een dilutie-model, waarvan we de gevolgen nog jaren zullen meedragen. Meer specifiek: tot op het einde van de artsenloopbaan, lang voorbij het wettelijk pensioen. Maar dat is weer een ander verhaal...

Geachte leden van de regering, beste beleidsmakers, mogen wij u daarom vriendelijk verzoeken om in het belang van onze jonge collega's geneeskunde-studenten, in het belang van de patiënten, uw kiespubliek en ook in uw eigen belang, eindelijk de problematiek van de dubbele cohorte onder ogen te zien en met concrete oplossingen voor de dag te komen. Als vereniging voor arts-specialisten in opleiding willen we ons alvast kandidaat stellen als een constructieve partner om deze oplossingen mee uit te werken.

³ Vandenbroeck, S. (2017). Burn-out en bevlogenheid bij artsen in opleiding en specialisten. *Tijdschrift Voor Geneeskunde*, 73(1), 9-16.

Door wie wordt mijn opleiding gegeven?

