

Minder vlieguren doet kwaliteit van de opleiding geen goed

# Werktijdenbesluit moet geen keurslijf zijn

Tineke Stegeman,  
docent, afdeling Medische  
Ethiek en Filosofie, Erasmus  
Medisch Centrum

Baptist Trimbos,  
hoogleraar gynaecologie,  
LUMC, Leiden

Onno Terpstra,  
emeritus hoogleraar heelkun-  
de, LUMC, Leiden

Correspondentieadres:  
terpsteg@xs4all.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

Met dank aan het werktijdenbesluit mogen aiossen in Nederland niet meer dan 48 uur per week werken. De opleiding van medisch specialisten heeft eronder te lijden.

**E**en arts in opleiding tot specialist mag in Nederland sinds 1993 niet langer dan 48 uur per week werken. Dat is in lijn met de European Working Time Directive, die in datzelfde jaar van kracht werd. Deze richtlijn beoogt werkers te beschermen tegen excessieve arbeidsuren, hun kwaliteit van leven te verbeteren en risico's van ongelukken door oververmoeidheid tegen te gaan. Het Werktijdenbesluit voor Geneeskundigen en Verloskundigen (WBGV) werd in februari 1993 van kracht; in juli 1997 werd deze Algemene Maatregel van Bestuur officieel onderdeel van de Arbeidstijdenwet.

De SER, die in 1992 over de ontwerpregeling moest oordelen, vroeg betrokken organisaties om commentaar. De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde was als enige tegen. De regeling met bijbehorend roosterschema zou een

bedreiging vormen voor de continuïteit van de chirurgische zorgverlening én voor de opleiding tot chirurg. De pleitbezorgers voor een 55-urige werkweek kregen nul op het rekest. In het Verenigd Koninkrijk werd de Directive in 1998 in wetgeving omgezet. Hier bedong de British Medical Association een geleidelijke teruggang van arbeidsuren van 90 naar 56 in 2007 en een verdere reductie tot 48 in 2009. In de Verenigde Staten waren werkweken van honderd uur gebruikelijk. Maar sinds juli 1989 mogen jonge dokters (*residents*) niet langer dan 80 uur per week werken. Dergelijke werkweken worden ook in Canada gemaakt. De directe aanleiding voor normering van werktijden was in de VS een andere dan in Europa. *Residents* die te lang in touw waren geweest, misten in 1984 bij de 18-jarige Libby Zion de diagnose pneumonie. Ze dachten aan een virusinfectie met hysterische symptomen. De vrouw overleed. Haar vader, jurist bij The New York Times, bracht de zaak in de openbaarheid. Dat leidde in de staat New York tot regulering van arbeidsduur; andere staten volgden niet lang daarna. Argumenten voor de 48-urige werkweek in Nederland lagen primair in de sfeer van 'welzijn' van arts-assistenten. Een normale werkweek was 38 uur en 10 uur daarbovenop voor opleiding werd voldoende geacht. De vraag is nu: is de kwaliteit van leven van de aios inderdaad verbeterd? Maar ook: is de kwaliteit van de patiëntenzorg verbeterd en wat betekent werktijdverkorting voor de kwaliteit van de opleiding? Nederlands onderzoek hiernaar ontbreekt, maar in het buitenland is wel onderzoek gedaan.

Assistenten in opleiding tot specialist mogen niet meer dan 48 uur per week werken. Te star vasthouden aan die regel kan ten koste gaan van de ervaring die ze opbouwen. Dat zeggen gynaecoloog Baptist Trimbos en chirurg Onno Terpstra in MCtv Uitgelicht.

Bekijk het filmpje op [www.medischcontact.nl/video](http://www.medischcontact.nl/video).

**mc tv**  
uitgelicht





De overdreven handhaving van het werktijdenbesluit brengt een rigide roostersysteem met zich mee dat een flexibele inzet van capaciteit verhindert.

beeld: Corbis

### Tevreden

Een review van Curret e.a. rapporteert dat in zeven van de tien onderzoeken uitgevoerd in de Verenigde Staten arbeidsduurverkorting naar een wekelijkse 80 uur een gunstig effect heeft.<sup>1</sup> Drie onderzoeken laten geen verschil zien.<sup>2,3</sup> In Nederland bracht het roosterschema met zich mee dat diensten korter maar frequenter werden. Arts-assistenten waren daarover aanvankelijk ontevreden. Maar een peiling onder aiossen heelkunde laat zien dat 76 procent nu tevreden is over de werktijden.<sup>4</sup>

Er is ook andere informatie. Een onderzoek in de East Sussex Hospitals Trust in het Verenigd Koninkrijk toont toename in ziekteverlof aan na de invoering van de 56-urige werkweek.<sup>5</sup> Een van de verklaringen van de onderzoekers is dat minder gelijktijdige aanwezigheid van het aantal jonge dokters leidt tot compressie van taken en verantwoordelijkheden en dus tot extra belasting van de aanwezigen. Jonge dokters bleken ook de discontinuïteit in zorg en het gebrek aan longitudinale follow-up van de eigen patiënten als zorgelijk te ervaren.

### Zwakke schakel

Een vermoeide dokter is een gevaarlijke dokter, daarvoor bestaat genoeg bewijs.<sup>6</sup> Maar de verschillen in arbeidsduur tussen de VS/Canada en Europa zijn groot. Moonsingh e.a. gingen

na of arbeidsduurvermindering van meer naar minder dan 80 uur in de VS en naar minder dan 56 of 48 uur in Europese landen effect heeft op de kwaliteit van patiëntenzorg.<sup>7</sup> Hun review toont voor de Amerikaanse situatie over het geheel genomen geen nadelige invloed. In sommige onderzoeken is het resultaat positief met vermindering van complicaties en fouten. Het Europese onderzoek is van onvoldoende kwaliteit en de uitkomsten zijn te divers om een conclusie te kunnen trekken. De regelingen in de VS en Europa stellen ook een maximum aan de periode van aaneengesloten werkuren, namelijk 13 uur. Meer patiëntenoverdrachten zijn daarvan het gevolg. Het onderzoek op zes Duitse intensivereafdelingen van Bollsweiler e.a. is veelzeggend. Zij vergeleken twee ziekenhuizen met een 12-uurdienstrooster (twee ploegen) met vier ziekenhuizen met 8-uuroosters (drie ploegen). De patiënten in het 2x12-rooster herstelden significant sneller dan die in het 3x8-rooster.<sup>8</sup> Overdrachtsituaties zijn een zwakke schakel in de keten van het zorgproces: hoe meer overdrachten, des te meer informatieverlies en hoe groter het risico op fouten en complicaties.<sup>9</sup>

### Expertise

Bij snijdende vakken ligt het voor de hand arbeidsduurverkorting te bezien in relatie tot

## SAMENVATTING

- De werkweek van aiossen is beperkt tot 48 uur. Tevens zijn regels gesteld aan de invulling van roosters.
- Snijdende specialisten leggen het accent op handhaven van het aantal operaties. Daardoor is er minder tijd voor polikliniek en patiëntenbesprekingen.
- Het resultaat is minder ervaring in het herkennen en oplossen van complexe patiëntenproblemen.
- Onregelmatigheid in de roosters leidt tot meer overdrachten; informatieverlies is het gevolg.

aantallen ingrepen. Guicherit bekeek aantallen operaties gerapporteerd bij de MSRC ten tijde van registratie als chirurg.<sup>10</sup> In de periode 1990 tot 2000 verminderde het aantal operaties dat de aios per jaar uitvoerde niet. Dat komt ook uit de jaarlijkse enquête onder aiossen heelkunde naar voren. Arbeidsduurvermindering en tegelijkertijd geen daling van aantallen ingrepen kan wijzen op een veranderende houding van de staf: ingrepen dienen primair om aiossen operatieve vaardigheden bij te brengen, tenzij de veiligheid van patiënten daarmee strijdig is. Maar chirurg worden behelst meer dan leren opereren. Arbeidsduurvermindering bij gelijk blijvende tijd doorgebracht op de ok betekent simpelweg minder uren op de afdeling, op de polikliniek en bij patiëntenbesprekingen. Met andere woorden 'het handelende' is veiliggesteld, 'het beschouwende' heeft te lijden. Eigen waarnemingen ondersteunen deze opmerking. Door de jaren heen constateren we bij aiossen een afnemend vermogen tot het tijdig onderkennen en analyseren van problemen bij patiënten met complexe aandoeningen, wat leidt tot onnodige diagnostiek en vertraging in adequate behandeling. Onderzoek van Schijven e.a. bevestigt dit.<sup>11</sup> Zij vergeleken Nederlandse en Canadese aiossen chirurgie. Er bleken geen verschillen tussen de groepen qua technische vaardigheden en kennisniveau, maar de Canadese aiossen waren beter in management van complexe patiënten. Het chirurgische opleidingsprogramma in Toronto omvat vijf jaar van 84-urige werkweken; het Nederlandse zes jaar van – volgens de aiossen zelf – 55-urige

werkweken.<sup>4</sup> De auteurs suggereren dat het aangetoonde verschil te maken heeft met het aantal arbeidsuren.

Impliciet in de 'arbeidsurenbenadering' is het argument dat ervaring


opdoen beïnvloed wordt door oefenen. Het is inderdaad een noodzakelijke voorwaarde voor het bereiken van een bepaald niveau van expertise, maar oefenen alleen is niet genoeg.<sup>12 13</sup> Ericsson e.a. laten zien dat aan bepaalde voorwaarden moet worden voldaan om 'oefenen' tot 'leren' – en dus tot vermeerderen van expertise – te maken. Er moet specifieke instructie gegeven worden voor *onderdelen* van een activiteit of handeling; er moet gedetailleerde en directe feedback gegeven worden op deze onderdelen; en er moet ruimschoots gelegenheid zijn om dezelfde (of gelijksoortige) taak of activiteit te oefenen. Bij het aanleren van operatieve vaar-

digheden zal doorgaans aan deze voorwaarden worden voldaan. Maar geldt dit ook voor de andere en niet minder belangrijke aspecten van de chirurgie en de gynaecologie? Hier hebben we zorgen. De beroepsverenigingen moeten zich de uitkomsten van het onderzoek van Schijven e.a. aantrekken.

## Informatieverlies

Betekent dit nu terug naar een 70-urige werkweek? Nee, dat is maatschappelijk niet aanvaardbaar. Het betekent wel dat we om te beginnen kritischer moeten kijken naar de inrichting van werkschema's en werkprocessen. De overdreven handhaving van het werktijdenbesluit en het daardoor veroorzaakte gebrek aan souplesse bij de invulling ervan, brengen een dermate rigide roostersysteem met zich mee dat een flexibele inzet van capaciteit verhinderd wordt. Door de combinatie van allerlei vormen van afwezigheid – compenseren van diensten, parttime werken, zwangerschapsverlof, ouderschapsverlof, verplichte theoretische cursussen – kan het gebeuren dat van een stage van drie maanden nog maar zestien werkdagen overblijven. Dat kan nooit goed zijn voor de opleiding.

Ook aan het informatieverlies door steeds meer overdrachten moeten we iets doen. In andere sectoren met ook kritische werkprocessen, zoals de luchtvaart, het leger en de brandweer, heeft men al veel langer begrepen dat het proces van overdragen structureel kan worden verbeterd. Dat betekent overdragen volgens een vast stramien en met terugkoppeling: is de informatie begrepen? Is men het eens met de opdracht en is men in staat die uit te voeren?

En tot slot moet de interactie tussen aiossen en supervisors ook buiten de ok educatief intensiveren. Supervisors moeten zich ervan bewust zijn dat de opleidingen tot chirurg en gynaecoloog eerst en vooral praktijkopleidingen zijn. Dit heeft implicaties. 'Boekenwijsheid' kan in principe door zelfstudie verworven worden, maar 'praktische kennis' verwerven vereist altijd interactie met ervarenen. In de ok, waar zowel voordoen en navolgen als becomingentariëren van handelingen aan de orde zijn, is deze interactie vanzelfsprekend. Buiten de ok manifesteert dit zich in het vraag- en antwoordspel en in de educatieve dialoog, die sturing moeten geven aan leren beschouwen en argumenteren. Interactie is de ruggengraat van iedere praktijkopleiding of, zoals Schön zegt: 'Teder die opleidt heeft een dubbelrol: model en coach.'<sup>14</sup> 

## Terug naar een 70-urige werkweek is maatschappelijk niet aanvaardbaar



De voetnoten en eerdere artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

## Voetnoten

1. Curet MJ. Resident work hour restrictions: Where are we now? *J Am Coll Surg* 2008; 207: 767-76.
2. Jones AM, Jones KB. The 88-hour family: effects of the 80-hour work week on marriage and childbirth in a surgical residency. *Iowa Orthop J* 2007; 27: 128-33.
3. Barger LK, Cade BE, Ayas JT et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. *N Engl J Med* 2005; 352:125-34.
4. Jaarlijkse enquête onder leden VAGH, 2003.
5. McIntyre HF, Winfield S, Te HS, Crook D. Implementation of the European Working Time Directive in an NHS trust; impact on patient care and junior doctor welfare. *Clin Med* 2010; 10: 134-7.
6. Veasy S, Rosen R, Barzansky B, Rosen I. Sleep loss and fatigue in residency training: a reappraisal. *JAMA* 2002; 288: 1116-24.
7. Moonesinghe SR, Lowery J, Shahi N, Millen A, Beard JD. Impact of reduction in working hours for doctors in training on postgraduate medical education and patients' outcomes: systematic review. *BMJ* 2011; 342: d1580, doi: 10.1136/bmj.d1580.
8. Bollschweiler E, Krings A, Fuchs K-H et al. Alternative shift models and the quality of patient care. *Langenbeck's Arch Surg* 2001; 386: 104-9.
9. Williams RG, Silverman R, Schwind C et al. Surgeon information transfer and communication: factors affecting quality and efficiency of inpatient care. *Ann Surg* 2007; 245: 159-69.
10. Guicherit OR. Operatietableaus van chirurgen geregistreerd in de periode van 1990 tot 2000. *Ned Tijdschr Heelkd* 2002; 11: 13-7.
11. Schijven MP, Reznick RK, ten Cate OTJ et al. Transatlantic comparison of the competence of surgeons at the start of their professional career. *Br J Surg* 2010; 97: 443-9.
12. Ericsson KA. Deliberate practice and the acquisition and maintenance of expert performance in medicine and related domains. *Academic Medicine* 2004; 79 (10): S70-S81.
13. Eraut M. Informal learning in the workplace. *Stud Cont Educ* 2004; 26: 247-73.
14. Schön DA. Educating the reflective practitioner: towards a new design for teaching and learning in the professions. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1987.