

Meer transparantie bij de toekenning van plaatsen voor aios

# Adherentie als verdeelsleutel

prof. dr. Douwe Biesma,  
internist en opleider Interne  
Geneeskunde, UMC Utrecht

Correspondentieadres:  
d.h.biesma@umcutrecht.nl;  
c.c.: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling  
gemeld.

De vaststelling en verdeling van het aantal aios is te complex. Verschillende belangen lopen door elkaar en het belang van de aios zelf – opgeleid worden in een goede en leerzame omgeving – staat niet voorop.

**O**p basis van adviezen van het Capaciteitsorgaan voor de medische vervolgopleiding stelt de minister van VWS de instroom per specialisme vast. Hij luistert daarbij in meer of mindere mate naar het oordeel van de betrokken beroepsgroep. Maar de capaciteit wordt ook beïnvloed door politieke belangen. Zo is doelbewust gekozen voor een royale jaarlijkse instroom van aios interne geneeskunde – ruim 170 terwijl volgens de berekening van de beroepsgroep 130 voldoende zou zijn – om op termijn een overschot te creëren. De NZa denkt op die manier een oplossing te hebben voor de marktimperfectie: een teveel aan jonge specialisten leidt tot betere kwaliteit van zorg omdat ziekenhuizen kunnen kiezen, en is goedkoper aangezien schaarste het salaris opdrijft. Andere economische wetmatigheden

– bijvoorbeeld aanbod schept vraag – kunnen hier tegenover worden gesteld. De totale instroomcapaciteit is en blijft zo een politiek issue.

Het totale aantal instromers per specialisme wordt verdeeld over de acht opleidings- en onderwijsregio's (OOR's). Daarbij wordt een ingewikkelde en vooral weinig transparante verdeelsleutel gehanteerd, gebaseerd op percentages. Zo heeft in 2009 elk van de acht OOR's minimaal 11 en maximaal 15 procent van het totale aantal opleidingsplaatsen toegewezen gekregen. Binnen een OOR staat de verdeling van de toegekende opleidingsplaatsen ook ter discussie.

Soms wisselen OOR's onderling enkele opleidingsplaatsen uit. Niet iedere regio heeft immers hetzelfde aantal opleidingen en opleidingsinrichtingen. De percentuele verdeling van opleidingsplaatsen door de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) sluit ook niet altijd aan bij de wensen van de opleiders van de verschillende specialismen, verenigd in de concilia van de diverse wetenschappelijke verenigingen.

## Kernvraag

Opleidingscapaciteit is een dynamisch begrip. Nieuwe opleidingsziekenhuizen, het beëindigen van opleidingen, fusies van opleidingsziekenhuizen – al of niet uit dezelfde OOR – en allerlei andere factoren leiden tot groei of krimp van de opleidingscapaciteit in een regio. Niet iedere OOR heeft eenzelfde aantal opleidingen en sommige opleidingen houden zich niet aan de OOR-grenzen. Er ontstaan of verdwijnen specifieke zwaartepunten in ziekenhuizen, waardoor opleidingsmomenten voor aios toe- of afnemen. In de huidige systematiek voor de verdeling van instroomplaatsen is te weinig ruimte om snel en flexibel in te spelen op deze veranderingen.

De kernvraag is welke factor het zwaarste weegt bij de toekenning van opleidingsplaatsen. In mijn optiek zijn een goed opleidingsklimaat en voldoende exposure aan patiënten doorslaggevend voor het aantal op te leiden aios in een ziekenhuis. Het opleidingsklimaat wordt periodiek getoetst door de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) in de vorm

***Opleidingsklimaat en exposure moeten doorslaggevend zijn***



De verdeelsleutel voor spreiding van aios over de regio's is nu nog gebaseerd op percentages.

beeld: Corbis

van opleidingsvisitaties. De MSRC toetst de kwaliteit van het opleidingsteam en verstrekt opleidingsbevoegdheid.

De exposure aan patiënten is van belang om aios in de gelegenheid te stellen zich te bekwaamen. Zo moet er voor een aios in opleiding tot chirurg voldoende aanbod zijn van patiënten bij wie een ingreep moet plaatsvinden. De exposure is evenredig aan de hoeveelheid patiënten die zich voor een bepaald specialisme in een ziekenhuis presenteren. Voor ieder specialisme is dit gegeven, de adherentie, bekend. Mijn voorstel is om het aantal instromers van een specialistenopleiding toe te kennen op basis van de totale adherentie van dat specialisme binnen een OOR. De hoofdopleider in een UMC kan dan in overleg met de opleiders in de algemene ziekenhuizen van de OOR komen tot een onderlinge verdeling van instromers. Daarbij moet rekening worden gehouden met de al aanwezige aios, de doorstromers. Het

totaal aan instromers en doorstromers in een opleidingsinrichting wordt ook binnen een OOR vastgesteld op basis van de adherentie van de opleidingsziekenhuizen.

#### Voordelen

Adherentie is een objectieve parameter voor het verdelen van opleidingsplaatsen. Vakgroepen of maatschappen met een grote adherentie krijgen meer opleidingsplaatsen toegewezen dan kleinere vakgroepen of maatschappen. Door uit te gaan van de adherentie per specialisme en niet per ziekenhuis, wordt tegemoet gekomen aan de verschillen tussen de diverse disciplines binnen een ziekenhuis.

Dit model biedt de mogelijkheid om binnen een OOR jaarlijks het aantal aios per opleidingsziekenhuis aan te passen. Door deze flexibiliteit in de toewijzing kan er snel worden gereageerd op algemene ontwikkelingen binnen een regio – zoals groei en krimp van

## SAMENVATTING

- Instroomplaatsen voor een opleiding tot specialist moeten eenvoudiger en transparanter worden verdeeld.
- De adherentie van opleidingsziekenhuizen moet daarbij leidend zijn.
- Per regio worden opleidingsplaatsen per specialisme toegekend.
- De opleiders in een regio bepalen onderling de verdeling van de instromers. Het totaal van instromers en doorstromers moet in verhouding staan tot de adherentie.

adherentie, of effecten van fusies – of op specifieke zaken rondom aios in een ziekenhuis – bijvoorbeeld onverwachte uitval of versnelde doorstroom. De instroom zal kleiner zijn bij een groot aantal doorstromers. En als veel aios het ziekenhuis hebben verlaten, is een hogere instroom mogelijk.

Ook grensproblemen zijn hiermee eenvoudig op te lossen. Ziekenhuizen krijgen de mogelijkheid om te kiezen voor een andere OOR en dus een ander UMC. Als een ziekenhuis daartoe besluit, neemt het de opleidingsplaatsen mee. Immers, de adherentie van de nieuwe OOR neemt toe en die van de oude OOR neemt af. En een nieuwe opleiding in een regio gaat niet ten koste van de bestaande opleidingscapaciteit in de betreffende OOR maar vergroot de totale adherentie van de gezamenlijke opleidingsziekenhuizen. Met als gevolg dat alle opleidingsziekenhuizen in het land een bescheiden deel van hun opleidingsplaatsen inleveren ten behoeve van het nieuwe opleidingsziekenhuis.


In de voorgestelde verdelingssystematiek vervalt het vastgestelde quotum opleidingsplaatsen dat aan een OOR wordt toegekend, zoals dat nu door de NFU wordt bepaald. Een OOR krijgt voortaan per specialisme een totaal aantal instroomplaatsen toegewezen op basis van adherentie.

### Gevolgen

Dit voorstel leidt tot een verschuiving van aios-opleidingsplaatsen naar dichtbevolkte delen van Nederland. Daarmee wordt een eerlijke en

logische verdeling bereikt. Het is immers niet verdedigbaar dat een opleidingsziekenhuis in de ene OOR meer opleidingsplaatsen heeft dan een ziekenhuis met eenzelfde adherentie in een andere OOR. Het voorstel kan ook leiden tot grote onderlinge verschillen in de omvang van de

OOR's, omdat ziekenhuizen de mogelijkheid krijgen om te switchen. Dat leidt echter ook tot enige en wellicht ook wel wenselijke marktwerking tussen OOR's.

Voor aios is het van belang, dat zij in voldoende mate en variatie patiënten zien. Adherentie is een van de weinige objectieve parameters voor voldoende exposure. 



Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u bij dit artikel op [www.medischcontact.nl](http://www.medischcontact.nl).

# veldwerk

## Niet handig

'Met alle respect, ...' Bij deze opening is de hoogste staat van paraatheid vereist.

Tegenover mij zit directeur D. Zijn bedrijf staat onder grote druk. Het is zo'n periode waarin ieder probleem uitdraait op een conflict. De bedrijfsarts krijgt de nodige klappen mee. Dagelijks klinkt het deuntje van 'de-medicaliseren'. Dat betekent dat de werkvloer niet ziek mag worden van de toekomstonzekerheid en de politieke spelletjes. Bij iedere ziekmelding wordt de bedrijfsarts opgetrommeld. Maar soms is het andersom. Dan komt 'medicaliseren' beter uit. Directeur D. en zijn rechterhand R. hebben de afgelopen maanden veel tijd en energie besteed aan een fundamenteel verschil van visie. Nu is het op, ze weten zich geen raad meer met elkaar, en – jawel hoor – 'hier worden wij allebei ziek van'. Daarom is de laagste in rang met ziekteverlof gestuurd.

Dat moet een aantal maanden duren. Daarna vrije dagen opmaken en met pensioen. Ik heb zojuist uitgelegd dat ik niet zal meewerken aan deze oplossing. 'Dit is niet handig. Wij verwachten een bedrijfsarts die meedenkt met onze organisatie. Dit kan zo niet verder.' Wat volgens hem niet verder kan, is niet duidelijk. Het dreigement wel.

Bedrijfsartsen opereren in de vrije markt. Werkgevers zijn de opdrachtgever en de broodheer, rechtstreeks of via het loket van de arbodienst. Professionele statuten en beroepscode ten spijt, betekent dat: keuzes maken. Hoelang ga je door met er het beste van te maken? Vrijgevestigde bedrijfsartsen beslissen autonoom wanneer de grens is bereikt. De collega's in loondienst moeten zich tussen de bedrijven door ook verhouden tot een 'de klant heeft altijd gelijk'-accountmanager van de arbodienst.

Eveline Knibbeler,  
bedrijfsarts