

FRUSTRATIES EN GELDVERSPILLING DOOR MISMATCH TUSSEN AIOS EN OPLEIDING

Assessments moeten uitval aiossen beperken



Maar liefst één op de tien aiossen breekt de opleiding af. Dat is duur en frustrerend voor alle betrokkenen. Meestal is er sprake van een 'mismatch' tussen de opleiding en de aios. Valt dat te voorspellen? En hoe doe je dat dan?

In het bedrijfsleven en bij de overheid wordt bij sollicitatieprocedures steeds vaker gebruikgemaakt van persoonlijkheidstesten, psychologische testen en simulatietesten om de meest geschikte kandidaat te selecteren. Voor een opleidingsplaats tot medisch specialist of huisarts bestaat een sollicitatie meestal alleen uit een brief met cv en – als je daarvoor wordt uitgenodigd – een gesprek. Aangezien veel aiossen uitvallen – vaak door een 'mismatch' tussen het specialisme en de aios – gaan er steeds meer stemmen op om ze professioneler te selecteren. Hoe dat moet, daarover lopen de meningen uiteen. Een aios kost de samenleving bijna 1 miljoen euro. Als hij of zij er dus halverwege mee ophoudt, is dat zonde van de investering. In Nederland en België proberen enkele opleidingen de meest geschikte aiossen te selecteren door selectieassessments in te zetten.

E-assessment

Arie Franx, opleider gynaecologie UMC Utrecht, heeft onlangs een e-assessment toegevoegd aan de standaard sollicitatieprocedure van brief, cv en interview. Deze bestaat uit een online vragenlijst waarmee in twee uur allerlei persoonlijkheidskenmerken en gedragscompetenties worden getest. Het doel is tweeledig, zegt Franx. 'Tegenwoordig moeten we competentiegericht opleiden. De oorzaak van de uitval – die voor de opleiding gynaecologie relatief hoog is – is veelal dat het ontwikkelen van een of meer competenties tekortschiet. Deze competenties hebben te maken met gedrag, maar hoe makke-

lijk dit gedrag is aan te leren hangt af van persoonlijkheidskenmerken als intelligentie, motivatie en zelfbeeld. Met het assessment proberen we vast te leggen wat iemand in zijn mars heeft. Het andere doel van het assessment is het vergroten van de diversiteit van de assistenten-groep. Dit voorkomt een oververtegenwoordiging van mensen uit een bepaald milieu, bijvoorbeeld mensen die lid zijn geweest van een bepaalde studentenvereniging. We willen een juiste afspiegeling van de samenleving. Het moet diverser, want als je het allemaal met elkaar eens bent dan leer je niks en sta je als organisatie stil.'

Franx benadrukt dat het assessment wordt geïnterpreteerd door de sollicitatiecommissie en niet door een assessmentbureau zoals in het bedrijfsleven gebrui-

breder en objectiever kijkt op een kandidaat. Dat is niet alleen handig bij de selectie, maar ook voor de begeleiding tijdens de opleiding. Aan het begin komen de zwaktes en sterktes al naar voren, waardoor iemand gerichter kan worden begeleid.

Betere selectie

Ook aan de universiteit van Gent in België wordt sinds kort een assessment gebruikt om basisartsen te testen alvorens zij worden aangenomen voor de algemene heelkunde. Belangrijk verschil met Nederland is dat basisartsen direct doorstromen in een vervolgopleiding en niet eerst als anios werken. De algemene heelkunde omvat alle snijdende vakgebieden waaronder urologie, gynaecologie, orthopedie en chirurgie. Isabelle van Herzele is vaatchirurg. 'Onze assessment bestaat uit meerdere onderdelen: een interview, cv, de evaluatie van de stage-opdracht, het lezen en interpreteren van een wetenschappelijk artikel en een simulatietest waarbij technische vaardigheden worden getest. We hopen zo een betere selectie van toekomstige chirurgen en een kleinere uitval te bereiken. Niets is zo frustrerend voor arts én aios als tijd en energie steken in de opleiding van een aios die er vervolgens mee ophoudt.' Over de oorzaak van uitval zegt Van Herzele: 'Jonge

'Jonge dokters weten vaak niet goed wat ze kunnen verwachten van een specialisme'

kelijk is. Het moet een aanvulling zijn. Ook het sollicitatie-interview en de ervaring van begeleiders met de kandidaten tijdens hun tijd in het veld moeten meewegen. Maar iedere sollicitatieronde zeggen perifere opleiders hetzelfde: 'Die van mij is de beste; zo'n goede heb ik nog nooit gehad'. Het assessment geeft een

dokters weten vaak niet goed wat ze kunnen verwachten van een specialisme. Ze kiezen voor een vakgebied maar blijken achteraf niet geschikt.' Een verschil met het assessment van Franx is dat Van Herzele ook een vaardigheidentest heeft toegevoegd. 'De grootste uitval vindt plaats bij de minder intelligente, minder

handige en emotioneel minder stabiele assistenten in opleiding. We houden de gegevens bij en zullen analyseren of deze vernieuwde selectieprocedure effectief is. Of dat lukt zal de toekomst uitwijzen.'

Chirurgenproject

Eigenlijk is een assessment niets nieuws. In 1982 werd het chirurgenproject gestart met objectieve criteria om chirurgen in spe aan te nemen. Bovendien was er sprake van een overschot. De Nederlandse stichting voor psychotechniek – actief betrokken bij de selectie van piloten in Nederland – ontwikkelde samen met de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) een eisenpakket waaraan een goed chirurg moest voldoen: een goede lichamelijke conditie, een meer dan gemiddelde handvaardigheid, bestand tegen stress en langdurige inspanning, openstaan voor overleg en soepel in de sociale omgang. Het heette in de wandelgangen de pilotentest voor chirurgen.

karakter van deze selectiemethode: men wilde toekomstige collega's liever zelf kiezen. Ook de kosten werden een bezwaar, omdat het aantal aspirant-chirurgen toenam. De belangrijkste kritiek: de kosten wogen niet op tegen de baten. Men begon te experimenteren met een decentrale procedure. In 1991 werd de relatie tussen de NVvH en de psychologen beëindigd.

Nadenktijd

'Deze test heeft geen betere chirurgen opgeleverd', zegt Olivier Busch, opleider heelkunde in het Amsterdamse AMC. Hij is sceptisch over het toevoegen van een assessment aan de sollicitatieprocedure. 'Het belangrijkste is de tijd tussen het behalen van je artsexamen en het starten met de opleiding tot huisarts of specialist', meent Busch. 'Deze tijd wordt meestal ingevuld als anios of promovendus en is een goede assessmentperiode. De minister wil deze periode zo kort

Ze zeggen: "Ik wil niks liever dan chirurg worden", maar twee weken later zeggen ze doodleuk af wegens een opleidingsplek bij radiologie of kno. Een volwaardige toets om dat eruit te filteren zou in theorie mooi zijn, maar hoe beoordeel je dat vervolgens in de praktijk? Dat is niet zo makkelijk. Naar lichamelijke gebreken mogen we en kunnen we natuurlijk niet vragen. Als iemand niet in staat is om lang te staan of slechtziend is, dan neem ik aan dat iemand zelf begrijpt dat dit consequenties heeft voor zijn keuzes. Dat hoeven we toch niet te testen? Dat is je eigen professionele verantwoordelijkheid.'

Simulatietest

Simulatieonderwijs is inmiddels niet meer weg te denken uit veel medische opleidingen. Door praktijksituaties na te bootsen in een zo realistisch mogelijke setting kunnen aiossen hun kennis en vaardigheden verbeteren. Tijdens de opleiding tot specialist wordt hier inmiddels veel gebruik van gemaakt. Maar simulatietesten 'aan de poort' zijn nog niet gebruikelijk in Nederland. Oncologisch gynaecoloog Henk Schreuder is gepromoveerd op simulatieonderzoek. Volgens Schreuder leert maar liefst 20 procent van de coassistenten nooit om goed laparoscopisch te opereren. Ze missen het inzicht of kunnen niet adapteren aan het werken in een driedimensionale omgeving met een tweedimensionaal beeld. Hoeveel zij ook oefenen, ze krijgen het vereiste niveau niet goed onder de knie. 'Maar', zegt Schreuder, 'die 20 procent, dat zijn ook de mensen die niet kiezen voor een ingewikkeld snijdend vakgebied. Het zijn de meer beschouwende specialisten en huisartsen van de toekomst.' Van de overige coassistenten zal 20 procent het heel snel leren terwijl 80 procent er wat langer over zal doen. 'Maar die leren het uiteindelijk ook.' Simulatieonderzoek om te kijken hoe 'handig' potentiële kandidaten zijn, vindt Busch daarom ook niet nodig. 'Het opereren is maar een beperkt deel van de werkzaamheden van een chirurg. Het grootste deel van de week is het visite

'Naar lichamelijke gebreken mogen we en kunnen we natuurlijk niet vragen'

In de zomer van 1983 vond het eerste testonderzoek plaats op aspirant-chirurgen, die overigens zelf moesten bijdragen aan de kosten van dit onderzoek. De 30 procent besten gingen door naar een vijfkopige centrale toelatingscommissie van de NVvH die de helft van hen uiteindelijk uitkoos voor de beschikbare opleidingsplaatsen. Aanvankelijk was iedereen tevreden en kon de instroom fors worden beperkt, maar de vreugde duurde niet lang. Eind jaren tachtig was de verhouding tussen vraag en aanbod ingrijpend gewijzigd. Bovendien zat het veel chirurgen niet lekker dat het lot van hun aspirant-collega's volledig in handen lag van psychologen. En op regionaal niveau was er toenemend verzet tegen het centrale

mogelijk maken zodat de specialisten sneller klaar zijn, maar dat moeten we juist niet doen. In deze levensfase ontwikkel je je namelijk als dokter én als mens. Het is een fase waarin je keuzes maakt over werk en privéleven. Ik noem het daarom nadenktijd. Het geeft bovendien je begeleiders waardevolle informatie – ook een vorm van assessment. Als je niet kun presteren onder de druk van een SEH-afdeling, of je krijgt tijdens je promotie bij het uitvoeren van een multicenter trial al conflicten met andere centra, dan zal het op een afdeling of in een maatschap ook niet goed gaan. Daar heb ik geen assessment voor nodig.' Busch vervolgt: 'Bijkomend probleem is dat mensen bewust of onbewust liegen.

PRAKTIJKPERIKEL

IK HEB VANDAAG IEMAND DOOD GEMAAKT EN HET VOELDE GOED

lopen, poli draaien, administratie en overleg. De aiossen die afhaken doen dat niet omdat ze het opereren niet leuk vinden of niet kunnen. Je wordt geen chirurg als je twee linkerhanden hebt, want dan heb je je tijdens je coschap al niet thuis gevoeld op een operatiekamer. Uiteraard heb je handige en minder handige chirurgen. De een zal zich meer specialiseren op de wat makkelijkere en de andere op de uitdagendere operaties. Dat selecteert zichzelf wel uit. Wij gebruiken simulatie wel om onze assistenten iets te leren, maar niet als selectiemiddel.'

Validiteit

Professor Frank Smeenk is opleider longgeneeskunde in het Catharina ziekenhuis Eindhoven, bijzonder hoogleraar kwaliteitsbevordering medisch-specialistische vervolgoopleidingen en lid van het College van Geneeskundig Specialismen. Smeenk denkt dat een assessment een waardevolle aanvulling kan zijn op de standaardselectatieprocedure, maar benadrukt dat de validiteit van een assessment goed moet worden getest. 'Uit onderzoek is gebleken dat het maar de vraag is of decentrale selectie voor de opleiding geneeskunde beter is dan het oude lotingssysteem. Daarom moet je je tevoren goed afvragen of een assessment de moeite loont en de kosten waard is. Wat betreft de vervolgoopleiding zegt Smeenk: 'Idealiter observeer en coach je een anios in de praktijk. Een voorwaarde om een anios zelf goed te kunnen beoordelen is dat je nauw contact met je anios hebt. In grote opleidingsklinieken lukt dat niet altijd. In dat geval kunnen objectieve maatstaven, in de vorm van een assessment, helpen bij een betere selectie van aiossen en daarmee de uitval van aiossen terugdringen.' ■

Vandaag heb ik om 4 uur mijn eerste euthanasie gepleegd. Het was heftig, maar dat gold eigenlijk met name de aanloop ernaartoe. Ik had het gisteren moeilijker dan vandaag. Alles is snel gegaan, van het eerste verzoek woensdag tot vandaag, zaterdag. Mevrouw had longkanker. Onze eerste ontmoeting in november moest ik haar vertellen dat het mis was. Ze kwam samen met haar dochter, die net over was uit Amerika, en zei gelijk: 'Voor mij geen gedoe, ik wil euthanasie.' Na palliatieve chemo en bestralen heeft ze alles eruit gehaald wat erin zat. Met de stichting Doe Een Wens naar Pinkpop, met de wensambulace naar familie in Engeland. Geleefd en genoten.

Tot ze terugkwam en acuut benauwd was, een week geleden. Tijdens een korte opname bleek de tumor terug, groeide om haar hoofdbronchus heen en die werd langzaam dichtgedrukt. Ademnood, rechtop slapen, voorovergebogen met haar hoofd op de lectuurmand met een kussen erop. Zo heeft ze tot vandaag gezeten. Omdat het ondraaglijk was, uitputtend, en we haar benauwdheid niet met morfine of anderszins meer konden verminderen, wilde ze nu wel dood en vroeg mij donderdag voor het eerst persoonlijk om euthanasie. Moeilijk, maar helemaal invoelbaar. Nog dezelfde dag kwam de SCEN-arts langs en was het met mij eens: uitzichtloos en ondraaglijk.

Oppas geregeld voor mijn zoontje op vrijdag, en die hele dag bezig geweest op de praktijk om alles te regelen. Vooral toen heb ik het moeilijk gehad. Traantje gelaten. En mijn collega Paul gevraagd met me mee te gaan. Hij kon, gelukkig. Ook mijn dienst van zondag nog kwijt kunnen raken. Vrijdagavond bekaft, maar voelde me rustig, had er echt vrede mee.

Vandaag zat de kamer van mevrouw vol. Ik geloof wel vijftien mensen. Het ging snel, en ik heb geen moment getwijfeld of dit goed was, geen moment gedacht dat ik nu iemand dood ging maken, alleen maar gedacht: ik help haar. Ze maakte nog wat laatste grapjes en tijdens de premedicatie (10 mg midazolam) sliep ze al diep. Tijdens de coma-inductie is ze rustig gestorven. Het was goed, het ging mooi, ik ben tevreden.

Gek: ik heb vandaag iemand dood gemaakt en het voelde goed. Niet gek, wel verdrietig. Maar ik ben blij dat ik haar laatste wens heb kunnen vervullen. Zo dankbaar als de familie mij was, ben ik het de familie, omdat dit mijn eerste ervaring met euthanasie mocht zijn.

web

Eerdere MC-artikelen over dit onderwerp vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl/artikelen.

Heeft u ook een perikel?

Stuur uw verhaal naar redactie@medischcontact.nl