

SYMPOSIUM TAAKHERSCHIKKING: RAMON VAN DEN BERG OVER HET TOKIO OPTIMUM MODEL

Op 31 mei 2018 vindt van 14:00 – 20:30 in de Reehorst in Ede het symposium Taakherschikking plaats. Ramon van den Berg, projectleider Individualisering Opleidingsduur, Federatie Medisch Specialist, zal op dit symposium spreken over het Tokio Optimum Model. Dit model geeft grip op taakherschikken. Lees hier alvast een interview met Ramon over dit belangrijke onderwerp. Het interview is overgenomen uit het boekje “Taakherschikking in de Praktijk”, dat alle symposium-deelnemers zullen ontvangen.

TEKST: ELS WIEGANT EN JENNEKE VAN DE STREEK



De bezuiniging op de medisch-specialistische vervolgopleiding kan op de klinische ziekenhuisafdelingen voor capaciteitsproblemen zorgen. Er starten fors minder artsen met de opleiding en velen stromen uit. Om de dreigende knelpunten in de personele bezetting het hoofd te bieden is het TOKIO Optimum Model ontwikkeld. Oorspronkelijk is deze aanpak bedacht vanuit artsen, maar hij geeft ook ruimte voor taakherschikking naar physician assistants en verpleegkundig specialisten.

Ramon van den Berg, projectleider Realisatie Individualisatie Opleidingsduur bij de Federatie Medisch Specialist en mede-ontwikkelaar van het TOKIO Optimum Model, schetst kort de aanleiding voor de noodzaak van een alternatieve personeelsplanning. Vanwege een bezuiniging op de medisch-specialistische vervolgopleiding zoals afgesproken in het Opleidingsakkoord, starten tussen 2014 en 2022 jaarlijks ruim honderd artsen in opleiding tot specialist (aios) minder met de opleiding. Bovendien duurt de medisch-specialistische vervolgopleiding gemiddeld een half jaar korter. Van den Berg: “Het gevolg is dat er zo’n 25 procent minder aios-capaciteit beschikbaar komt. Dat heeft forse consequenties. De aios doet naast het volgen van de opleiding nuttig werk. Medisch specialisten zijn eraan gewend geraakt, er kwamen meestal meer aios, maar tot 2013 nooit minder. Nu zijn er minder aios, maar het werk ligt er wel.”

Bezettinguraagstuk

Minder aios-capaciteit leidt vooral tot bezettingsvraagstukken in de avond-, nacht- een weekenddiensten. De

kwestie is hoe de capaciteitsproblemen het hoofd te bieden. “Het is niet altijd reëel dat zittende medisch specialisten het werk van aios gaan doen. Dat is een dure oplossing,” aldus Van den Berg. Hij ziet regelmatig de impulsreactie om dan maar meer artsen niet in opleiding tot medisch specialist (anios) in dienst te nemen. “Maar die willen op termijn ook een opleidingsplaats. Zij zijn dus maar tijdelijk personeel en willen niet werken in ziekenhuizen zonder kans op een opleidingsplaats. Anios geven dus geen continuïteit van zorg. En vergeleken met aios zijn ze zelfs vaak op beperkter vlak inzetbaar. Aios zijn met de jaren kundiger op een breder gebied.”

De klinische vakgroepen willen zelf ook liever een duurzame oplossing, merkt Van den Berg. Daarvoor is het TOKIO Optimum Model ontworpen. Een revolutionair model dat niet langer redeneert vanuit de beschikbare formatie en hoe die in te zetten, maar dat de kwaliteit van zorg als uitgangspunt heeft.

Het symposium is opgezet voor geneeskundig specialisten in de 2e en 1e lijn, physician assistants, verpleegkundig specialisten, beleidsmedewerkers en bestuursleden van instellingen in de gezondheidszorg en wetenschappelijke- en beroepsverenigingen.

Belangrijkste thema van dit symposium is de samenwerking van physician assistants en verpleegkundig specialisten met geneeskundig specialisten. Hoe maak

je goede samenwerkingsafspraken met elkaar? Hoe regel je de verantwoordelijkheden? En wat levert de samenwerking op? Onder leiding van dagvoorzitter en trendwatcher Nanon Soeters gaan we met de sprekers én met u hierover in gesprek.

Het symposium is geaccrediteerd door ABAN, NAPA en V&VN VS voor 6 punten. Meld u aan via: www.eventure-online.com/eventure/participant/personalData/form

Scenario's

De eerste en tijdrovende stap van het Tokio Optimum Model (Taakgericht Omdenken voor Kostenverantwoord Interprofessioneel Opleiden) is om de eisen voor de kwaliteit van zorg boven tafel te krijgen en de taken die nodig zijn om deze kwaliteit te kunnen leveren. Daarvoor voert een procesbegeleider gesprekken met alle mensen op de werkvloer. Als hierover met alle betrokkenen consensus is bereikt, volgt fase 2 waarin 'out of the box' verschillende scenario's worden bedacht voor wie de gewenste taken kan uitvoeren en welke voorwaarden hiervoor nodig zijn. “Dit levert al heel gauw dertig scenario's op,” volgens Van den Berg. En dat kunnen allerlei combinaties van functionarissen zijn. Bijvoorbeeld een 'klein' scenario met alleen dokters met verschillende functies, zoals een ziekenhuisarts en spoedeisende hulparts voor de generieke zorg op zaal en de eerste hulp in de dienst en medisch specialisten voor de specialistische zorg. Of een 'uitgebreid' scenario met meerdere functionarissen, waarbij bijvoorbeeld physician assistants (PA's) en verpleegkundig specialisten overdag artsen taken uit handen nemen zodat deze meer ruimte hebben voor het doen van diensten.

Experiment

Als er overeenstemming over de scenario's is, volgt een berekening van de kosten van de benodigde functionarissen per vier weken. Daarna kiest een afdeling de meest geschikte scenario's. “Meestal zijn dit er enkele, met in ieder geval de meest passende oplossing die op korte termijn haalbaar is met het beschikbare personeel en een lange termijn oplossing die ruimte biedt om mensen op te leiden of aan te trekken.”

Het model is eerst als experiment ontwikkeld op de afdelingen heelkunde van het Leids Universitair Medisch Centrum en het Erasmus MC. Door een halvering van de beschikbaarheid van aios werd het daar voor de vakgroep-hoofden wel erg ingewikkeld om de avond-, nacht-, en weekenddiensten gevuld te krijgen. Wat in zekere zin weer voordelig was voor een totaal nieuwe benadering, aldus Van den Berg. “Waar de druk het hoogst is, wordt alles vloeibaar.” Na het doorlopen van het hele proces worden in het Erasmus MC en het LUMC nu vooral spoedeisende hulpartsen en ziekenhuisartsen ingezet en werkt de afdeling heelkunde in Rotterdam overdag met PA's.

Kaartenhuis

Inmiddels zijn twintig ziekenhuizen aan de slag gegaan met het TOKIO Optimum Model. In onder meer het Antoniusziekenhuis in Nieuwegein heeft dit ook geleid tot het opleiden en het aanstellen van PA's en verpleegkundig specialisten. Met vallen en opstaan, merkt Van den Berg. Want de grootste valkuil bij deze vorm van taakherschikking is dat het ene poppetje door het andere wordt vervangen. En dat blijkt niet te werken. “Taakherschikking is te vergelijken met een kaartenhuis. Haal je er een kaart uit en zet er een kaart van een ander formaat in, dan stort het hele kaartenhuis in. Vergeleken met een aios heeft elke andere functionaris een andere afmeting. Je kunt dus niet zomaar een PA in dienst nemen, er moeten ook de juiste randvoorwaarden zijn. Er zijn protocollen nodig, er moet voldoende supervisie zijn en soms is er nog training nodig. Vooral het creëren van die randvoorwaarden kost veel tijd.” Verder moeten dokters vooral ook tijd hebben voor consultatie en er voor open staan dat ze door verpleegkundig specialisten vaker in consult geroepen worden. “Verpleegkundig specialisten hebben nog steeds moeite om voor nader advies bij een patiënt een arts aan de lijn te krijgen. Die zijn nog te veel gewend om alleen door collega-artsen om advies gevraagd te worden.”

N=1-ervaring

Die zorgvuldigheid is volgens Van den Berg ook belangrijk omdat het oordeel over taakherschikking nog vaak berust op een n=1-ervaring. “Waar een verpleegkundig specialist of een PA goed functioneert, is men laaiend enthousiast. Maar als een ander specialisme minder goede ervaringen heeft, wordt de inzet ervan voor de hele beroepsgroep minder aantrekkelijk.”

Van den Berg realiseert zich dat het TOKIO Optimum Model een aanpak is die is ontstaan vanuit medisch specialisten die vanwege de ontstane situatie taken moeten afstaan. “Ik heb er nog geen zicht op of er vanuit de beroepsgroep van verpleegkundig specialisten en PA's ook acties zijn om voor zichzelf een positie te verwerven.”