

*‘De tijd dat je geneeskunde ging studeren voor het grote geld is voorbij’*

# Wat wil je worden als je

Vanaf volgend jaar wordt er flink gesnoeid in het aantal opleidingsplekken voor basisartsen en medisch specialisten. Wat betekenen de nieuwe plannen voor geneeskundestudenten die nu al maanden moeten wachten op een co-schapplek of opleidingsplaats?

TEKST **Sanne Ruhaak**

**T**oen Sander Kuipers zeven jaar geleden werd ingeloot voor geneeskunde, dacht hij dat als hij maar netjes zijn punten zou halen hij de arts kon worden waarvan hij droomde: orthopeed. Eenmaal afgestudeerd als basisarts bleek de werkelijkheid er net even anders uit te zien. “Ik verstuurde honderd brieven naar alle grote ziekenhuizen en kleine streekziekenhuisjes voor een plek als anios, de meest basale plek waar je ervaring opdoet om later een opleidingsplek te bemachtigen. Drie keer mocht ik op gesprek komen, nergens werd ik aangenomen.” Sander is een van de vele basisartsen die na het behalen van hun diploma geen baan of opleidingsplaats kan vinden. Zelfs met uitstekende resultaten en een uitgebreid cv, lukte het hem niet om een plek op de overvolle markt te krijgen.

Als de verwachtingen van het Capaciteitsorgaan kloppen, wordt die markt alleen maar drukker. Om het aanbod artsen af te stemmen op het slinkende aantal vacatures, kwam het dinsdag met een advies aan de minister om tien procent minder geneeskundestudenten toe te laten en twintig procent minder opleidingsplekken voor medische specialisten beschikbaar te stellen. Een dag eerder maakte het kabinet samen met de zorgpartners al bekend dat er de komende jaren 218 miljoen euro minder naar de geneeskundeopleidingen gaat. Concreet betekent dit dat er tot 2022 elk jaar honderd minder specialisten worden opgeleid en hun opleiding waar mogelijk zal worden verkort.

Dat het de komende jaren druk wordt op de medische arbeidsmarkt staat vast. Wanneer de minister in het voorjaar van 2014 het advies van het Capaciteitsorgaan ter harte neemt en behalve minder opleidingsplekken tot specialist ook minder studenten tot de geneeskundestudie toelaat, lost dat op korte termijn niet veel op. Sterker nog, de gevolgen daarvan zullen pas over zes jaar – de duur van een opleiding tot basisarts – merkbaar zijn. Tot die tijd zal de uitstroom van basisartsen groeien terwijl het aantal opleidingsplekken krimpt. “De komende jaren wordt het drukker op de markt”, concludeert Victor Slenter van het Capaciteitsorgaan. “Behalve dat de overheid minder plekken voor specialismen gaat financieren, heb je ook nog te maken met artsen die steeds later met pensioen gaan en vrouwen die meer dagen gaan werken. De markt zal de komende tijd dus verstopt raken.”

## Zoveelste tegenvaller

Geen prettig vooruitzicht voor studenten die nu nog in hun bachelorfase zitten, zoals Floriane Jaspers die vier jaar geleden begon aan haar studie geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Voor haar is het de zoveelste tegenvaller in haar jonge carrière als toekomstige arts. Dit jaar kreeg ze te horen dat ze door overschot van geneeskundestudenten de komende veertien maanden niet met haar co-schappen kan beginnen. Een forse wachttijd waar de meeste faculteiten in Nederland de laatste jaren mee kampen.

“In mijn tweede jaar kregen we voor het eerst te horen dat we niet direct door zouden kun-

## Behoeftte aan artsen zou zijn overschat

Volgens het Capaciteitsorgaan zou de behoefte aan artsen toenemen, bijvoorbeeld omdat er waarschijnlijk minder artsen uit het buitenland zouden komen. Het Centraal Planbureau bekeek de plannen en was kritisch: het Capaciteitsorgaan zou de behoefte aan artsen overschatten en er te weinig rekening mee houden dat er vanuit de overheid wel eens maatregelen zouden kunnen komen om de enorme zorgkosten (en dus het aantal artsenplekken) te beperken. Dat gebeurde inderdaad terwijl er ondertussen niet minder artsen uit het buitenland kwamen.

## Cijfers

- In 2012 startten er 3050 studenten met een geneeskundestudie. Het advies aan de minister is om dat aantal de komende jaren met tien procent terug te brengen
- In 2013 waren er 4670 basisartsen beschikbaar voor een vervolgopleiding
- In 2013 waren er 1447 opleidingsplekken voor medisch specialisten. Tot 2022 worden dat er elk jaar zo'n honderd minder
- Gemiddeld deden basisartsen er in 2013 18,7 maanden over om een opleidingsplek te vinden
- De wachttijd voor co-schappers varieert per universiteit tot 14 maanden.
- Volgens een enquête van De Jonge Orde zit gemiddeld vijf procent van de afgestudeerde medische specialisten werkloos thuis.
- De opleiding tot medisch specialist kost de overheid zo'n 700.000 euro per student.

nen stromen naar onze co-schappen, op dat moment was de wachttijd nog negen maanden. Ik dacht: ‘dat kunnen ze niet maken, dat gaan ze vast oplossen’, maar dat bleek een beetje te naïef”, lacht Floriane. Ze vindt het de hoogste tijd dat er minder studenten worden aangenomen. Het probleem is volgens haar dat er de laatste jaren veel jonge studenten zijn aangetrokken door de opleiding die vaak een tussenjaar nemen en daardoor de doorstroom bemoeilijken. “Ons wordt nu geadviseerd om alvast een wetenschappelijke stage te doen die je normaal gesproken na je co-schappen doet, maar dat is verre van ideaal. Je wilt zo'n stageplek kiezen in de richting die je op wilt en dat is juist waar je tijdens je co-schappen achter

**‘Je moet je aanpassen aan de markt en misschien een ander specialisme kiezen dan je aanvankelijk voor ogen had’**

gaat komen. Dan kan zo'n stage een mooie opstap zijn naar een werkplek na je studie.”

Wachten op een plek als co-schapper, een baan als anios of een opleidingsplek als medisch specialist heeft een prijskaartje, weten Sander en Floriane uit ervaring. “Ik heb het geluk dat mijn ouders mij financieel ondersteunen, maar dat geldt zeker niet voor de meeste studenten. Veel mensen uit mijn jaar draaien nu zestig-urige werkweken om tijdens hun stage met verschillende baantjes de eindjes aan elkaar te knopen. Zij waren nooit aan deze studie begonnen als ze hadden geweten dat het zo'n lijdensweg zou worden”, weet Floriane.

Sander besloot uiteindelijk een ander specialisme te kiezen en is nu in opleiding tot mili-





# arts bent?



Sander Kuipers is in opleiding tot militair arts, omdat hij als basisarts geen baan kan vinden.

FOTO OLAF KRAAK

tair arts. Hij moest wel want zonder baan kwam er geen brood op de plank. Floriane heeft zich inmiddels voorbereid op de veranderende markt binnen haar vak en weet dat ze straks misschien geen plek vindt binnen de kindergeneeskunde waar ze graag aan de slag wil. "De tijd dat je geneeskunde ging studeren voor het grote geld is voorbij. Je moet het willen in je hart en een passie voelen voor het dokterschap. Dat betekent ook dat je je moet aanpassen aan de markt en uiteindelijk misschien een ander specialisme moet kiezen dan je aanvankelijk voor ogen had." Voor Sander pakte het in elk geval goed uit: "Het was even omschakelen, maar sinds ik hier ben heb ik een hartstikke leuke tijd!"

## Geen lage stoelen rond een salontafel

in de spreekkamer Yvette van der Pas



**E**en nieuwe patiënt komt binnen, hangt zijn jas op en blijft staan. Hij kijkt om zich heen. Ik nodig hem uit om plaats te nemen aan tafel.

"Zitten we daar, aan tafel, heeft u geen zitje?"

"Nee, ik werk aan tafel."

"U heeft anders genoeg ruimte hier."

"Ja, dat is zo. Een tafel past beter bij de soort therapie die ik doe, cognitieve gedragstherapie, een actieve methode."

In mijn gedachten noteer ik dat ik niet moet vergeten om hem te vragen of hij eerder in therapie is geweest. Zijn opmerkingen over mijn tafel en het gebrek aan een zitje zijn voor mij veelzeggend. Ze sluiten aan bij het stereotiepe beeld dat veel mensen hebben bij de psychotherapie-setting: drie lage, comfortabele, stoelen rond een salontafeltje. De stoelen staan zo opgesteld dat je elkaar desgewenst niet aan hoeft te kijken. In mijn ruimte staat daarentegen een tafel met vier stoelen.

Ik begon mijn carrière ook in een zitje, simpelweg omdat bijna alle GGZ-instellingen hun kamers zo inrichten. Werken aan een tafel was de gewoonte bij de Angstpolikliniek waar ik later ging werken. Samen

aan tafel zitten stimuleert de werkhouding en het is makkelijker om te schrijven zowel voor de therapeut als de patiënt. Cognitieve gedragstherapie is een actieve methode, therapeut en patiënt stellen samen concrete doelen op, maken een plan en de patiënt voert veel werk uit tussen de afspraken in.

Patiënt, 43 jaar, werkzaam als administrateur in een ziekenhuis,

**'Ik heb zin om lekker te spuien. En dat jij alleen maar luistert of een beetje doorvraagt.'**

blijkt vele jaren psychodynamische ofwel 'inzichtgevende' therapie achter de rug te hebben. Hij begrijpt uitstekend waar zijn klachten vandaan komen, maar is nog net zo angstig als vóór die behandeling.

"Ik ben nog steeds bang voor van alles, ik zie altijd beren op de weg. Mijn leven is beperkt, ik durf nooit een risico te nemen en ik pieker over iedere keuze. Ik wil me vrijer

voelen in mijn leven."

"U wilt minder piekeren en meer doen?"

"Ja, enerzijds lijkt me dat aantrekkelijk, anderzijds zou ik niet weten hoe ik dat moet doen, ik pieker altijd. Ik pieker omdat ik niet durf te voelen en omdat ik een perfectionist ben. Ziet u, het zit zo dat ik getraumatiseerd ben door de scheiding van mijn ouders en mijn moeder is een angstige vrouw en..."

"Ik onderbreek u, zullen we het hebben over uw doelen, wat u concreet wilt bereiken."

Maanden later komt patiënt binnen, gaat zitten, legt zijn therapieschrift op tafel en zucht.

"Wat een diepe zucht." We tutoyeren elkaar inmiddels. "Heb je geen zin?"

"Ik heb zin om leeg te lopen. Ik heb nog iedere keer de neiging om hetzelfde te doen als in mijn vorige therapie, lekker spuien en alle piekerijen vertellen. En dat jij alleen maar luistert of een beetje doorvraagt."

"Natuurlijk kan het lekker zijn om te spuien. Net zoals het lekker kan zijn om je door een fysiotherapeut te laten masseren in plaats van dagelijks lichamelijke oefeningen te doen wat effectiever is."

"Ja, ja, ik weet het en daarom zitten we hier aan tafel."

## Wie bepaalt welk merk medicijn de burger moet slikken?

het consult

De huisarts gaat niet over de kleur van de verpakking van het medicijn. En de apotheek ook niet altijd. Maar wie dan wel?

**T**wee weken geleden ging deze rubriek over de vraag van een lezeres die een nieuwe bloeddrukverlager moest gaan slikken. Met dezelfde stof, maar van een ander merk. Tot twee keer toe had ze deze verandering doorgemaakt en beide keren kreeg ze van het tweede middel bijverschijnselen, zoals duizeligheid. Overleg met de arts en kijk of de zorgverzekeraar toch nog met de hand over zijn hart wil strijken en u dat oorspronkelijke middel vergoedt, was het advies.

Dat leverde veel reacties op. Een aantal patiënten en ook werknemers in de apotheek hadden dezelfde ervaring. In de praktijk is de zorgverzekeraar de baas. Maar, zo schreef een arts, eerder dit jaar heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin staat dat de huisarts op het recept kan schrijven dat er een 'medische noodzaak' is om toch juist dat ene middel te geven.

Wie is eigenlijk de baas over de vraag welke variant de burger moet slikken? Marc Eyck is huisarts en afdelingshoofd beleid bij het Nederlands Huisartsen Genootschap, de wetenschappelijke beroepsvereniging die de richtlijnen opstelt waarin ook medicijnen worden genoemd. Die zal vast wel zeggen dat de huisarts de baas is. "Nou, toch



niet", repliceert Eyck. "In die richtlijnen schrijven wij welke werkzame stof voorgeschreven moet worden. Welk merk dat dan wordt, welke kleur van de verpakking, daar gaan wij niet over. Ik vergelijk het altijd met benzine. Je zoekt eerst uit welke samenstelling je moet hebben. Of je dat vervolgens bij Shell, Esso of BP tankt, dat maakt je auto niets uit."

Dus die keuze maakt dan de apotheeker? "Ook steeds minder", relativeert Eyck. "Er is nu eenmaal afgesproken dat zorgverzekeraars bij hun inkoop letten op het soort middel. 'Zinnige en zuinige' medicatie, dat is het advies. En dat heeft ook al flink wat geld bespaard."

Zuinig, daarmee zal iedereen het

eens zijn, maar wie ineens kampt met bijverschijnselen zal de overgang naar een nieuw middel niet snel 'zinnig' noemen. "Het enige wat kan variëren tussen de merken, is de vulstof", zegt Eyck. Neem het probleem van de oorspronkelijke lezeres: die ontwaarde in haar nieuwe middel ineens een beetje zetmeel. "Voor iemand met een gluten-intolerantie kan dat een probleem zijn", zegt Eyck.

Zo'n allergie is de enige reden voor een huisarts om het stempel 'medische noodzaak' op het recept te zetten. Maar net als vaker is hierbij de wens van de politiek dat de problemen per motie zijn opgelost, een illusie. Want inderdaad, het parlement nam in juni een SP-motie aan van deze strekking. Maar de zorgverzekeraars blijken allermindst onder de indruk.

"Ik heb wel eens iemand helemaal naar de medisch adviseur van de verzekeraar moeten sturen om toch nog om een ander middel te vragen. Het blijft ook onduidelijk: wanneer is er nou precies een medische noodzaak, hoe toon je dat aan", zegt Eyck. Hij heeft wel een andere tip voor vragenstellers: meld je klachten bij het Lareb, het instituut dat bijwerkingen registreert. Hoe meer klachten, hoe groter de kans op bijstellen van het voorschrijfbeld.

EDWIN KREULEN

Zelf een gezondheidsvraag insturen? Schrijf de redactie gezondheid, of mail naar gezondheid@trouw.nl