

HYPERTENSIE IN DE MEDISCHE SECTOR

‘Je voert uit. Je werkt patiënten af.
En je denkt: wat is de zin hier nog
van?’

Het is snijden, naaien, cashen en weer doorgaan in de mensverwerkende fabrieken die onze ziekenhuizen geworden zijn. En dat eist slachtoffers. Bij de dokters – ‘Het licht gaat uit in stappen’ – en bij de patiënten. ‘Elk jaar sterven wereldwijd 400.000 mensen door medische fouten. Dat zijn elke dag twee jumbojets die uit de lucht vallen.’

Ine Renson, illustratie Rhonald Blommestijn

‘Ik zou niet in het vliegtuig stappen.’ Michel Bafort, diensthoofd gynaecologie in het AZ Alma in Eeklo, kijkt me geamuseerd aan. ‘Mocht ik weten dat de piloot de nacht voordien ook al heeft gevlogen? Ik stap niet in.’ Hij laat een welgemikte pauze vallen. ‘Patiënten doen dat wel. Ze leggen hun

lichaam en leven in handen van artsen die uitgeput zijn na urenlang werken.’

Onze geneeskunde is wereldtop. Patiënten worden op hun wenken bediend zonder dat het hen een rib uit hun lijf kost. Dat heeft een keerzijde: onze ziekenhuizen zijn fabrieken geworden, waar elke cent telt. De machine moet draaien, verpleegkundigen moeten renderen. Operatiezalen worden overboekt – liever te veel op de planning dan te weinig. Een zaal met dure apparatuur die leegstaat, is een financiële ramp.

In die industriële logica gaat het efficiëntiedenken voor alles, getuigen specialisten. Een Limburgse orthopedist: ‘We opereren met de blik op de klok. Alles wordt gechronometreerd. 90 minuten voor een heup, 85 voor een knie. Loop je uit, dan raakt de planning in de knoei.’ Een Brusselse anesthesiste: ‘De druk om binnen die grenzen te blijven, is groot. Chirurgen worden daarop aangesproken: jij doet maar vier ingrepen in een voormiddag, je collega doet er acht. Het is op het onmenselijke af.’

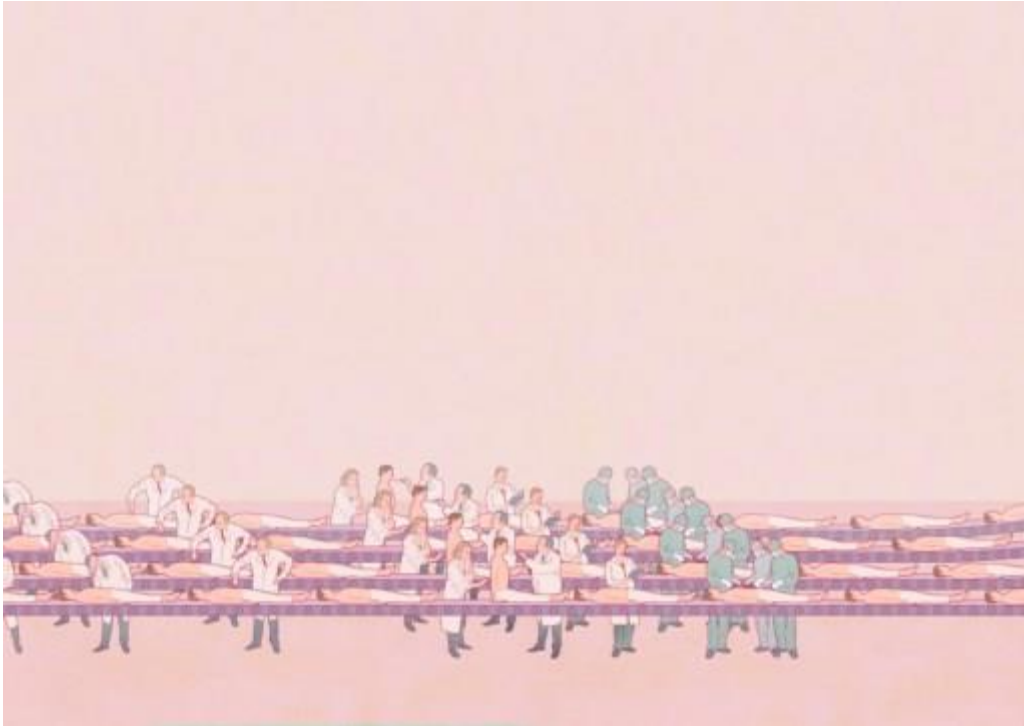
De Heilige Accreditering

‘We opereren met de blik op de klok. 90 minuten voor een heup, 85 voor een knie. Alles wordt gechronometreerd’

In die strakke planning loopt iedereen op de toppen van zijn tenen. In operatiekwartieren is de spanning vaak te snijden. Wanneer patiënten van zaal moeten wisselen of niet snel genoeg worden aan- en afgevoerd, gaan kostbare minuten verloren. Komen er spoedoperaties tussen, dan slaat de vlam in de pan. ‘Je krijgt discussies tussen chirurgen’, beaamt de hoofdgeneesheer van een West-Vlaams ziekenhuis. ‘Wie mag eerst? Of tussen chirurgen, anesthesisten en hoofdverpleegkundigen: doen we de patiënt nog in slaap, of wordt de zaal gesloten omdat de shift erop zit, en laten we de patiënt morgen terugkomen?’

Hoe dat potje tot een kookpunt komt, schetst de Belgische filmmaker Jérôme Le Maire treffend in de aangrijpende documentaire *Burning Out*, die dinsdag in de Vlaamse zalen komt. De Luikenaar liep twee jaar mee in het operatiekwartier van Saint-Louis, een van de grootste ziekenhuizen in Parijs. Het schema staat er strak: veertien zalen, zestig tot tachtig ingrepen per dag. Maar de medewerkers bezwijken onder de organisatie van het werk. Stress en burn-out verzieken de sfeer.

Ook bij ons voelen de ziekenhuisspecialisten zich radertjes in een machine. Procedures volgen, checklisten afvinken, accreditaties halen – het werk is zo in formats gegoten dat het menselijke tussen de vingers glipt. ‘We moeten niet alleen goede geneeskunde leveren, maar dat ook minutieus rapporteren, om te bewijzen dat we goed bezig zijn’, verzucht een anesthesist uit een Oost-Vlaams ziekenhuis. Met de jaren zag hij de papiermolen toenemen. ‘Het staat haaks op het streven om de snelheid op te drijven.’



Ook Jan Stroobants, voorzitter van de Belgische spoedartsen, wordt gek als hij erover begint. ‘Die hang naar accreditering heeft religieuze dimensies gekregen. Zo moeten we noteren of de patiënt in staat is onze boodschap te begrijpen, en hoe we ons aanpassen aan zijn niveau. Moeten die evidenties nu echt op papier? Die rush op “kwaliteits”-labels is nefast voor de zorgverleners én voor de patiënt. In Scandinavië komen ze erop terug.’

's nachts SCANNEN

Die verstikkende regels doen mensen afhaken. ‘We zien collega’s uitvallen. Mensen die halverwege stoppen met de opleiding tot spoedarts’, zegt Stroobants. ‘Terwijl er een acuut tekort is.’ Om het probleem in kaart te brengen, voerde de wetenschappelijke vereniging van urgentie-artsen samen met de Gentse universiteit een studie uit. De resultaten worden volgende week voorgesteld op een symposium in Brussel. Ze zijn ontstellend, vertelt Catheline Depuydt, een spoedarts van het Gentse Sint-Lucasziekenhuis die eraan meewerkte. ‘De helft van de collega’s overweegt ernstig van job te veranderen. De voornaamste redenen zijn fysieke of emotionele uitputting en het gevoel dat ze geen sociaal leven meer hebben.’

Jan Stroobants kijkt me strak aan. ‘Ze willen ermee kappen. Is dat niet triestig voor mensen die twaalf jaar gestudeerd hebben? Geloof me, dat heeft niet zozeer met de stress van de job te maken. Daar kies je voor. Alleen: we willen dit kunnen doen op *turnsloefen*, niet met lood in onze schoenen.’

‘Complexe gevallen, mensen met infecties: die stoten we af want dat brengt niet genoeg op. Dat wordt een probleem voor ouderen’

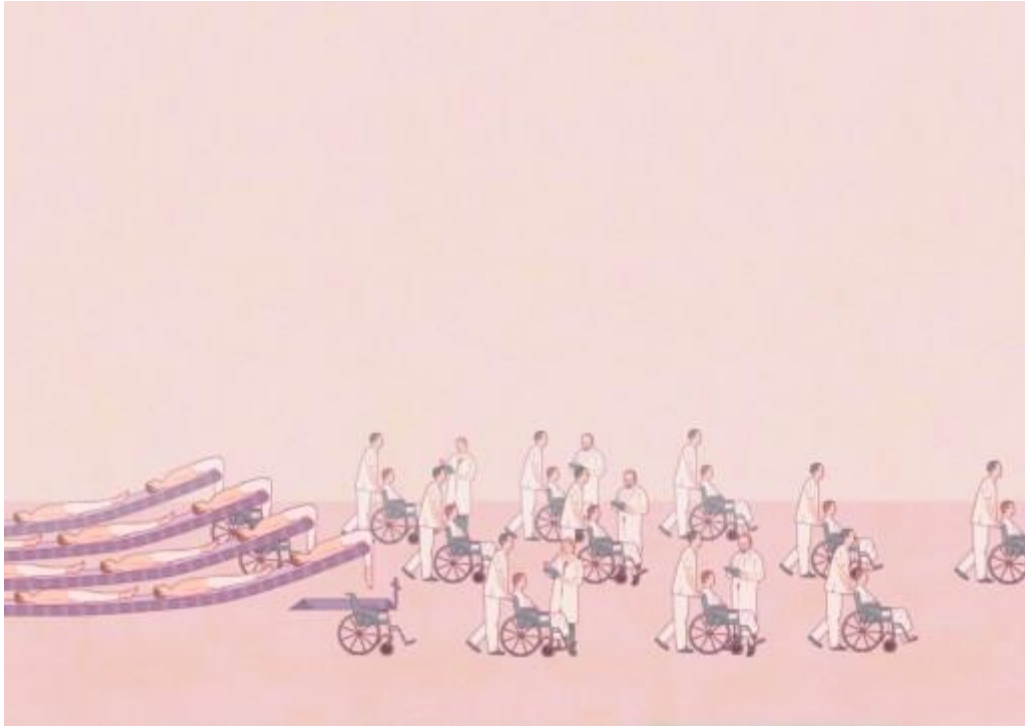
Artsen met wat jaren op de teller zagen hoe de focus zich verlegde van de patiënten naar de centen. De oorzaak is de armlastige financiering van de

ziekenhuizen, die met structurele tekorten zitten. Die putten dempen ze door een percentage te nemen op de artsenweddes. Ook machines brengen geld op, dus die moeten draaien. Er zijn ziekenhuizen waar zelfs 's nachts MRI-scans worden gemaakt. 'Je voert uit. Je werkt patiënten af. Sneller, efficiënter. En je vraagt je af: wat is de zin hier nog van?', zegt de Limburgse orthopedist.

Maar ook de specialisten gaan niet vrijuit in die wedloop. Hoe meer omzet je draait, hoe beter je onderhandelingsmarge in het ziekenhuis. Wie veel geld binnenbrengt, moet minder afdragen. Die koehandel is slopend, ook binnen artsenassociaties. 'Alle spanningen draaien om euro's', zegt Eddy Kuppens vlakaf. Hij is algemeen chirurg in het AZ Alma in Eeklo, en staat al 21 jaar aan de operatietafel. 'Centen bepalen de sfeer in ziekenhuizen. Neem twee chirurgen uit dezelfde groep. De ene doet vaatoperaties die 15 minuten duren, de andere is een hele voormiddag bezig met de darmen van één patiënt. Ze kloppen evenveel uren, maar de eerste zal meer binnenbrengen. Dus vindt die dat hij meer mag verdienen. Er zijn ook oude chirurgen die de lucratiefste ingrepen voor zichzelf houden. Zo gaat het maar door. Nemen we er een collega bij of kunnen we het bolwerken? Ook dat leidt tot discussies. Sommigen vallen nog liever dood dan dat ze het werk herverdelen.'

God met een scalpel

Dat egoïsme wordt gevoed van in de opleiding. 'We worden miskweekt', knikt Andy De Witte. Hij is diensthoofd psychiatrie in de GZA-ziekenhuizen in Antwerpen en voorzitter van Doctors4Doctors, een organisatie die vier jaar geleden werd opgericht om artsen die tegen hun limieten aanlopen naar hulp te leiden. 'Als student word je geselecteerd op je gave om te knokken, om beter te zijn dan de rest. Zo geraak je aan graden, aan felbegeerde stageplaatsen. Daarna moet je je inkopen in een associatie, waar je je weer moet laten gelden. Jezelf kapot werken. Het wordt een overlevingsstrategie.'



De ego's zijn goed gecultiveerd. Zeker van chirurgen, die – aldus de West-Vlaamse hoofdgeneesheer – ‘technisch top maar diplomatisch soms zwak zijn’. ‘Je moet natuurlijk over een zeker machismo beschikken om mensen te durven opensnijden’, glimlacht Eddy Kuppens. Zelf is hij gespecialiseerd in de buik: darmen, tumoren, galblazen, liesbreuken. ‘Sommigen wanen zich God. Zekere bij de ouderen zit dat er nog sterk in. Iedereen moet naar hun pijpen dansen. Ze roepen en tieren. Collega's verstijven van de angst. Als mensen rond de operatietafel hun mond niet meer durven opendoen, krijg je problemen.’

Op sommige diensten heerst een Far West-cultuur. Maar het idee dat er geen limieten zijn, zit er overal diep ingebakken. ‘Het wordt van generatie op generatie doorgeven’, zegt Koen Matton, coördinator van Arts in Nood, een project van de Nationale Raad van de Orde der Artsen dat dokters met psychische problemen naar professionele hulp begeleidt. ‘Lange werkdagen zijn de norm. Voor deze job laat je alles vallen. Als je het te zwaar krijgt: recht je rug.’

Het is ook een way of life, vindt Eddy Kuppens. ‘Je kunt niet halftijds chirurg zijn.’ Zelf werkt hij – even tellen – gemakkelijk honderd uur per week. Hij grijnst. Ik ben één week op de twee van wacht 's nachts, zo telt het snel op. Ik vind dat geen probleem, want ik ben goed omringd. Thuis, en in het ziekenhuis. Je moet ervoor gaan, altijd. Het gaat over leven en dood.

Dan kun je niet zeggen: ik ben moe. Of: mijn kleine zit te wachten.’

Zowat alle mensen die we spraken, kennen meerdere collega's die uit het leven stapten of een zelfmoordpoging ondernamen

En toch. Er komen barsten in dat heroïsche plaatje. ‘Ik heb van mijn beroep mijn hobby gemaakt, niet omgekeerd’, zegt de Oost-Vlaamse anesthesist droog. ‘Je maakt jezelf wijs dat het goed is zo.’ ‘Je wilt er staan, de patiënten

komen speciaal voor jou, dus je wordt bevestigd in dat eergevoel', knikt - gynaecoloog Bafort, oprichter en bezieler van Arts in Nood. 'Dan kijk je niet meer naar de klok. Je werkt van 's morgens vroeg tot een gat in de nacht. Ik heb het zelf ook gedaan. Maar het is een levensgevaarlijke cocktail: die roeping, die drive, dat ego, de schrik dat patiënten naar een concurrent gaan als jij er niet staat.'

Daar komen ongelukken van. Artsen zullen al eens een bocht afsnijden om sneller te werken. 'Een doorlopende draad gebruiken in plaats van te hechten via bepaalde punten. Het eerste gaat sneller, maar kan minder veilig zijn', geeft Bafort als voorbeeld. De niet-universitaire ziekenhuizen mikken op defensieve geneeskunde met routine-ingrepen. 'Complexe gevallen, mensen met infecties: die stoten we af, want ze brengen niet genoeg op', zegt de orthopedist. 'Dat wordt een probleem. Ouderen met meerdere ziektebeelden, wie gaat die nog willen aannemen?'

'De patiënt was toch al oud'

Erger wordt het wanneer artsen onder stress en vermoeidheid fouten maken. 'Als je 24 uur gewerkt hebt en je doet de volgende dag gewoon door, kun je dan fit zijn? Nee toch?' Het is een van de grootste taboes in onze ziekenhuizen, zegt een diensthoofd in een academisch ziekenhuis. 'Sinds de jaren 70 worden af en toe studies gedaan over de impact van vermoeidheid bij artsen. Maar die worden gecontesteerd. Door de adrenaline blijf je - hypergefocust, klinkt het dan. Ik heb daar vragen bij.'

'Als je 24 uur gewerkt hebt en je doet de volgende dag gewoon door, kun je dan fit zijn? Nee toch?'

Hij zwijgt even. 'Ik heb het zelf lange jaren gedaan. Klaarwakker tot de laatste patiënt. Maar op weg naar huis viel ik in slaap aan de stoplichten. Je stelt je daar geen vragen bij. Je denkt dat je dat aankan.'

Van piloten en vrachtwagenchauffeurs eisen we dat ze de rusttijden respecteren. Maar artsen mogen dwars door het lint gaan, knikt Michel Bafort. 'Er zijn wel degelijk cijfers die aantonen hoe gevaarlijk dat is.' Hij duikelt wat studies op die hij aanhaalde op een spreekbeurt toen hij nog voorzitter was van de Oost-Vlaamse Orde van Artsen. 'Een studie in het *Journal of Patient Safety* uit 2013 schatte het aantal sterfgevallen door medische fouten wereldwijd op 400.000 per jaar. Dat zijn twee jumbojets die elke 24 uur uit de lucht vallen, of een 9/11 elke twee maanden. Het is de derde doodsoorzaak na hartfalen en kanker.' Hij glimlacht. 'Er zat 600 man in de zaal toen ik dat vertelde. Maar je kon een muis horen lopen.'

Dit ligt nog gevoeliger dan de vermoeidheid zelf, zeggen mijn gesprekspartners. Artsen mogen niet falen. Terwijl fouten en complicaties eigen zijn aan het vak. Maar de mensen aanvaarden dat niet. Dus worden ze toegedekt. 'De patiënt was kritiek. Of hij was toch al oud', is dan steevast de verklaring. Het gevolg is dat die fouten opnieuw gemaakt worden, omdat de oorzaak vaak structureel is.

Natuurlijk sleep je dat mee, zegt Bafort. ‘Elke arts gaat naar huis met twijfels. Heb ik wel juist gehandeld? Je moet soms zo snel beslissen. Maar hier wordt onder collega’s erg weinig over gepraat. Terwijl het bij sommigen leidt tot faalangst en dus nog meer stress.’ Een plek waar je veilig fouten kan melden, zonder represailles, zou al veel doen, denkt hij. ‘In de luchtvaart bestaat dat ook. Wij hebben dringend een Hoge Raad voor Veilig Medisch Handelen nodig.’

Die hele druk op dat systeem – van de patiënten, de ziekenhuisdirecties, de eigen drive en de *peer pressure* – doet sommige artsen bezwijken. De nieuwe cijfers over de spoedartsen zijn sprekend. Onderzoek van Lode Godderis, hoogleraar arbeidsgeneeskunde aan de KU Leuven, toonde eerder al aan dat alarmbellen moeten afgaan. Bijna een kwart van de Belgische specialisten die hij bevroeg, zit in de risicozone. Bij de artsen in opleiding flirt een derde met een burn-out.

‘Ze kampen met emotionele uitputting, gecombineerd met depersonalisering en cynisme, of het gevoel niet meer competent te zijn’, vertelt Godderis. Verontrustende cijfers, terwijl het met betere werkomstandigheden helemaal niet zo hoeft te zijn.

Het licht gaat uit in stappen, schetst Luc Swinnen, huisarts en burn-outcoach. ‘Het begint met lichamelijke klachten: hoofdpijn, spierpijn, hartkloppingen, hyperventilatie. Dan komen de emotionele problemen: agressie en angst. In een volgend stadium wordt het cognitief: je gaat fouten maken, dingen vergeten. Je focust je alleen nog op de details en verliest de rest uit het oog. Ten slotte verandert je gedrag. Je wordt onuitstaanbaar. Je raakt in een isolement.’

Alcohol en slaappillen

Wat zowat iedereen benadrukt: je kúnt veel aan, mentaal en fysiek. De meesten willen zich na die lange studies ook echt smijten. Als je maar voldoening haalt uit je vak. Daar ligt het kalf gebonden. ‘De procedures en statistieken werken verlamdend’, zegt de Brusselse anesthesiste. ‘Als de sfeer slecht is, ga je onderuit. En de sfeer is vaak niet goed.’

Hij hoorde dezelfde problemen overal in Europa waar hij zijn film ging promoten, zegt regisseur Jérôme Le Maire. ‘Burn-out is een crisis van waarden. Die industrialisering van de zorg gaat in tegen de waarden van het beroep. Mensen geloven niet meer in wat ze doen. Ze laten hun menselijkheid achter in de kleedkamer. Ze moeten wel, om te blijven meedraaien.’

Bijkomend probleem: artsen zoeken zelden hulp. ‘We weten allemaal dat er geen rek op zit, maar het is not done om te zeggen dat je moe bent’, zegt Michel Bafort. ‘Ze willen hardnekkig op die sokkel blijven’, merkt ook Eric Boydens, huisarts en een van de trekkers van Doctors4Doctors. ‘Ze hebben schrik voor hun imago, schrik dat hun patiënten weglopen. En ze willen er ook gewoon staan, mensen helpen.’ Onderschat de groepsdruk niet, vult psychiater De Witte aan. ‘Wie het even wat kalmer aan wil doen, wordt

scheef bekeken. Zieke artsen worden soms uit hun associatie gepest. Je bent een zwakke, daar kunnen ze niets mee doen.'

Zo kan het heel eenzaam worden. Zowat alle mensen die we spraken, kennen meerdere collega's die uit het leven stapten of een zelfmoordpoging ondernamen. Vaak veertigers en vijftigers op het toppunt van hun kunnen.

Er is ook veel middelengebruik bij artsen. Alcohol, slaappillen, amfetamines. 'Wij zien hen helaas als het al te laat is', zegt Andy De Witte van Doctors4Doctors. 'Als de verslaving al lang bezig is, als ze voor de tweede keer gescheiden zijn, de schulden zich opstapelen en ze in hun auto slapen.'

Het systeem loopt op zijn limieten, klinkt het overal. Helaas willen velen het niet zien. 'Ziekenhuisdirecties moeten zich ernstige zorgen maken', waarschuwt Luc Swinnen. Niemand is hierbij gebaat, benadrukken ook Boydens en De Witte. 'We moeten er vooral op toezien dat dokters gemotiveerd en bevlogen blijven. Dat ze de dokters kunnen zijn die ze willen zijn.'

De vraag is hoe je het kantelt. Werktijden regelen? Artsen in loondienst laten werken? Beide opties wekken veel weerzin op bij ziekenhuisspecialisten. Het betekent minder verdienen. En de gekoesterde vrijheid opgeven, ook al is die vaak een illusie.

'Ik merk dat de jongere generatie soms wel een menselijker ritme wil aanhouden', zegt gynaecoloog Michel Bafort. 'Die worden daar door de oudere garde soms met de nek op aangekeken. Misschien kunnen we zachtjes de bocht nemen, door mensen ervoor te laten kiezen in loondienst te werken. En dus levenskwaliteit te kopen.'

Zijn collega's twifelen. 'Onderschat het verwachtingspatroon van beginnende artsen niet', zegt een diensthoofd. Ze weten wat er te verdienen valt. De rolmodellen zijn doorgaans de poenscheppers die keihard werken.'

Het grote tegenargument is dat je met artsen in loondienst staatsgeneeskunde krijgt, zoals in Engeland. Dat wil niemand, ook de patiënt niet, die het gewoon is op zijn wenken bediend te worden. 'We moeten daar niet flauw over doen', verwoordt chirurg Eddy Kuppens wat velen toegeven: 'Als mijn uren geregeld zijn zoals bij de piloten, ga ik niet meer aan een operatie beginnen net voor het einde van mijn shift. Die drive om te blijven gaan, heeft ook te maken met de beloning die eraan vast hangt.'

Achterpoortjes van het Riziv

Nóg meer geld in het systeem pompen om de werklast beter te verdelen, is ondenkbaar. De vraag is ook of dat nodig is. 'Er is geld om dit probleem op te lossen', stelt een van onze gesprekspartners droog. 'Alleen is het ongelijk verdeeld. Het zit in de zakken van mensen die de kantjes ervan aflopen en achterpoortjes vinden om het Riziv uit te melken.' Dit is misschien het laatste taboe, maar iedereen weet dat het zo is, klinkt het nog. 'De concentratie van inkomen bij bepaalde groepen is extreem. Een meer

faire verdeling zou al veel doen. Artsen moeten hierin hun verantwoordelijkheid nemen.'

'Natuurlijk moeten we goed verdienen om in alle vrijheid ons beroep uit te oefenen', zegt het diensthoofd. 'Dat is nog iets anders dan de sociale zekerheid uitmelken om met een Porsche te kunnen rijden. Wat is genoeg? 1 miljoen euro? 500.000? Misschien moeten we hier ook eens over durven praten.'

Er is in elk geval een schokeffect nodig. Dat is de reden waarom artsen – schoorvoetend – aan dit verhaal wilden meewerken. 'We hebben dit te lang verborgen gehouden', besluit Eric Boydens. 'Dit moet bespreekbaar worden. De doos van Pandora moet open.'