

THEMANUMMER

# de Medisch Specialist

MAART 2017  
UITGAVE VAN DE  
FEDERATIE MEDISCH  
SPECIALISTEN

## ANDERS KIJKEN

Machteld Huber over positieve gezondheid

## ROUTEKAART

Onderweg naar 2025

## 3 VRAGEN AAN...

Edith Schippers

Medisch Specialist 2025

# Genezer, netwerker, vernieuwer en coach



ACADEMIE VOOR  
MEDISCH SPECIALISTEN



## MET DE ACADEMIE VOOR MEDISCH SPECIALISTEN OP WEG NAAR 2025

Bent u voorbereid op de nieuwe rollen van de medisch specialist in het toekomstige zorglandschap? Ons bestaande en nieuw te ontwikkelen cursusaanbod sluit aan bij de thema's uit het visiedocument 'Medisch Specialist 2025'.

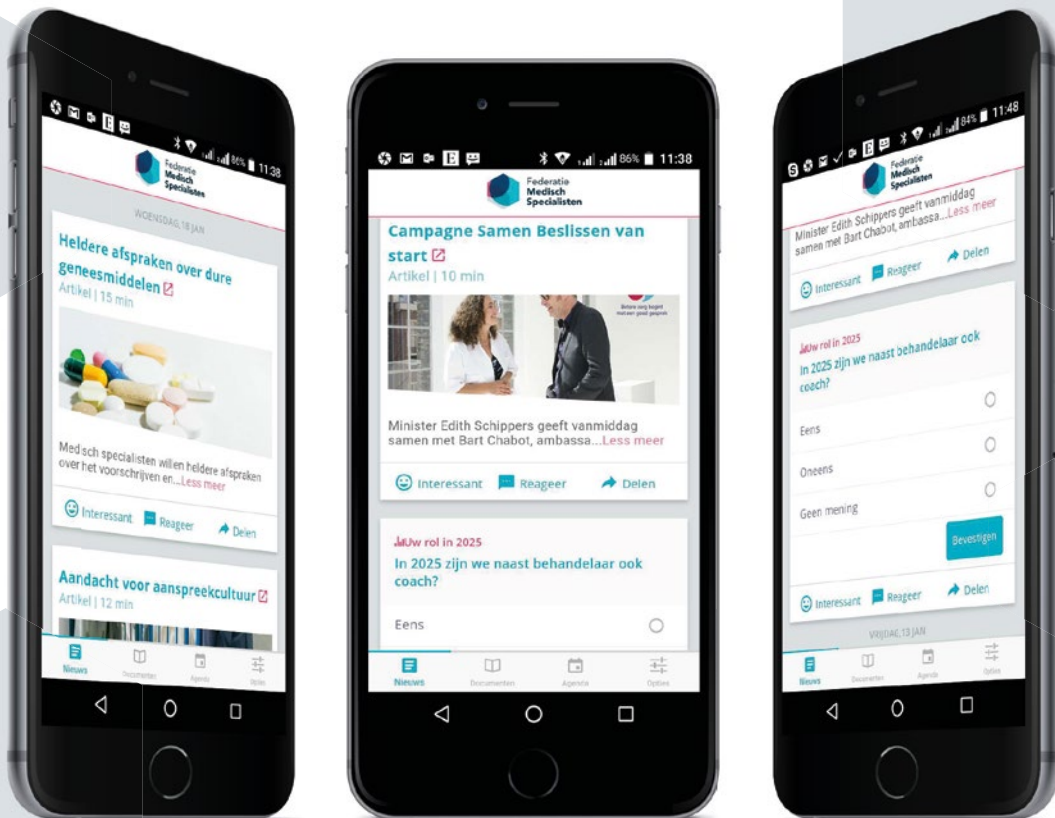
**SAMENWERKEN**  
COACHEN & ADVISEREN  
**INNOVATIE**  
KLINISCH LEIDERSCHAP  
**NETWERKEN**  
**BEVLOGENHEID**  
BETAALBAARHEID & KWALITEIT  
**PREVENTIE**  
GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING  
VERNIEUWING & TECHNOLOGIE

### Een greep uit het cursusaanbod

- Postdoctorale leergang Management voor medici
- Klinisch leiderschap • Ethiek van leven en zorgen
- Aios Talentenklas • Motiverende gespreksvoering
- Online cursus Betaalbaarheid en kwaliteit van zorg

[www.academiemedischspecialisten.nl](http://www.academiemedischspecialisten.nl)

Relevant nieuws  
& informatie  
nu altijd binnen  
handbereik



Download de Nieuws & info app van de Federatie Medisch Specialisten

Blijf op de hoogte van het laatste nieuws en relevante informatie, krijg makkelijk toegang tot praktische tools voor de dagelijkse praktijkvoering en geef uw mening over zaken binnen de zorg.



# In dit nummer



19

## Routekaart naar 2025

Langs welke thema's leidt de visie van de commissie Medisch Specialist 2025? En hoe gaat u daar samen met uw collega's mee aan de slag? Deze routekaart geeft de richting aan.

### 6 BLIK OP 2025

## Aantoonbaar de beste

Het nieuwe visiedocument kent ambitieuze doelstellingen. Voorzitter van de commissie Medisch Specialist 2025 Huib Cense: 'Wat we zeggen, moeten we ook laten zien.'

### 9 PATIENT EN SPECIALIST

## De gezondheidsvaardige patiënt

In de zorg draait alles om de relatie tussen medisch specialist en patiënt. Daarom heeft deze een prominente plaats in de toekomstvisie. Commissielid George Kienstra: 'Dat patiënten vaker de regie nemen tijdens het consult, vraagt om een nieuwe benadering.'

### 13 NETWERKGENEESKUNDE

## Muren en scheidslijnen verdwijnen

In netwerkgeneeskunde maakt de medisch specialist deel uit van een team zorgverleners. Binnen en buiten het ziekenhuis. Vanuit haar rol als commissielid schetst Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit hoe dat eruit ziet en wat het de zorg brengt.

### 23 INTERVIEW

## 'Zet de mens centraal'

Positieve gezondheid gaat uit van een brede kijk op gezondheid. Arts-onderzoeker Machteld Huber over haar vernieuwende gezondheidsconcept, dat steeds meer weerklinkt in de gezondheidszorg.

### 26 PREVENTIE

## Inzetten op leefstijl

Nieuw is de aandacht voor preventie niet, de urgentie om erop te acteren wel, vindt commissielid Jan van Wijngaarden. 'Een taak voor elke medisch specialist.'

### 32 VERNIEUWING

## 'Maak tijd en geld vrij voor innovatie'

Robotica, virtual reality, smartphones, e-health en big data: structurele aandacht voor innovatie in de opleiding en het ziekenhuis is hard nodig, betoogt psychiater in opleiding en commissielid Alexej Kuiper.

## EN VERDER

- 8 Patiëntenfederatie: 'Nu doorpakken'
- 12 Netwerken ontstaan niet vanzelf
- 16 In de Cyberpoli is iedereen deskundige
- 29 SCP: 'Een zeer urgente visie'
- 30 De kunst van langer gezond blijven
- 35 'Digitalisering helpt ons verder'
- 36 Geneeskundige met de blik van ingenieur

## RUBRIEKEN

- 18 Bestuurscolumn: Marjolein Kremers
- 38 Drie vragen aan... Edith Schippers

**COLOFON**  
jaargang 3, maart 2017

### Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialististen en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 24.000 exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie.

### Redactie

Lilian Jansen, *hoofdredactie*  
Naomi Querido, *uitvoering en coördinatie*  
Hanneke Bos, Dorinda Maas,  
Vanessa Rompelberg, Cindy van Schendel  
en Mirjam Siregar

### Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,  
Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Wouter Blox,  
longarts in opleiding, Amphia ziekenhuis,  
Breda | Jochen Bretschneider, KNO-arts,  
VU medisch centrum, Amsterdam |  
Marjolein Dekker, communicatieadviseur  
Landelijke vereniging van Artsen in  
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,  
Oogziekenhuis Rotterdam | Geert Kazemier,  
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch  
centrum, Amsterdam | Joost van der Sijp,  
chirurg-oncoloog, HMC-Bronovo, Den Haag  
| Davy Sudiono, radioloog, HMC Bronovo,  
Den Haag | Marcel Vonk, psychiater,  
Pompestichting, Nijmegen | Kerst de Vries,  
klinisch geriater, MC Slotervaart,  
Amsterdam

### Vanuit bestuur Federatie Medisch

**Specialisten:** vicevoorzitter Huib Cense,  
chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk /  
Medisch Centrum Alkmaar

### Medewerkers aan dit nummer

Mirthe Diemel, Michel van Dijk,  
Suzanne van de Kerk, Resi Lankester,  
Pim Mul, Rob Nelisse, Arenda Oomen,  
Hester Otter, Dana Ploeger,  
Onne Schuilenberg en Lynette Wijgengangs

**Fotografie cover:** Sebastiaan ter Burg

**Beeldredactie**  
&Q copy, content en communicatie, Almere

**Art direction en vormgeving**  
Haagsblauw - concept + design, Den Haag

**Druk**  
Senefelder Misset, Doetinchem

**Advertenties en redactieadres**  
Federatie Medisch Specialististen  
Cindy van Schendel  
afdeling Communicatie  
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht  
T (030) 282 36 50  
E [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl)

**Abonnement**  
Vragen over uw abonnement of een  
adreswijziging kunt u sturen aan  
het verenigingssecretariaat van uw  
beroepsvereniging.  
Via [www.demedischspecialist.nl/magazine](http://www.demedischspecialist.nl/magazine)  
kunt u alle edities van De Medisch Specialist  
online lezen en/of downloaden (pdf).

Copyright © De Medisch Specialist 2017.  
ISSN 2451-9952

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk  
worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een  
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar  
gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke  
toestemming van de uitgever en de makers van het  
werk.

De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor  
eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch  
Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van  
derden welke mogelijk voortvloeien uit het lezen  
van deze uitgave.

De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van  
cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van  
auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave  
weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt  
van de redactie. De redactie behoudt zich het recht  
voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf  
geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft  
gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld  
te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt,  
vragen wij u contact op te nemen via [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl).

# Op reis

Met de heldere toekomstvisie en bijbehorende beleids- en innovatieagenda geeft de commissie Medisch Specialist 2025 richting aan de medisch-specialistische zorg van de toekomst en de rol welke medisch specialisten daarin vervullen.

Het eerste thema, de veranderende relatie tussen arts en specialist, ziet u wellicht al terug in de dagelijkse realiteit van uw spreekkamer. De patiënt stelt meer vragen, u wilt meer uitleg geven. De patiënt zoekt in u steeds meer een coach, adviseur en begeleider.

Deze ontwikkeling brengt ook andere bewegingen op gang. De medisch specialist wordt onderdeel van een team van zorgverleners dat steeds vaker samenwerkt in regionale zorgnetwerken: rondom de patiënt, vaak dichterbij huis, en met vervaging van de grenzen tussen eerste, tweede en derde lijn.

In die netwerken komt meer aandacht voor preventie en innovatieve manieren van begeleiding— ook voor medisch specialisten een belangrijk thema. De toenemende attentie voor leefstijl en gedrag past bij de grotere verantwoordelijkheid voor de eigen gezondheid en bij de vele hulpmiddelen die de patiënt ten dienste staan om zijn eigen gezondheid te monitoren of te verbeteren. Persoonlijk verwacht ik dat al deze ontwikkelingen ons vak nog leuker, spannender en uitdagender maken!

In dit themanummer leest u meer over de overwegingen en keuzes van de commissie bij het samenstellen van het visiedocument Medisch Specialist 2025. In het hart van het blad vindt u bovendien een handig uitneembare routekaart langs de thema's. De zorg, de patiënten en de maatschappij veranderen, reist u mee naar een veelbelovende toekomst?



**Marcel Daniëls**  
Algemeen voorzitter  
Federatie Medisch Specialististen

Commissievoorzitter Huib Cense over de ambitieuze toekomstdoelen

# Aantoonbaar tot de besten behoren

Het nieuwe visiedocument Medisch Specialist 2025 hangt ambitieuze doelstellingen aan vier grote thema's. Huib Cense, chirurg en voorzitter van de commissie Medisch Specialist 2025, licht de belangrijkste uitgangspunten toe. 'De medisch specialist is straks ook medisch leider, coach en adviseur - én heeft plezier in zijn werk.'

## **Wat is de centrale boodschap van de Medisch Specialist 2025?**

'We beginnen met een ambitie. In 2025 behoort de Nederlandse medisch-specialistische zorg aantoonbaar tot de meest innovatieve, doelmatige en kwalitatief beste ter wereld, zo staat het in het visiedocument verwoord. Onze gezondheidszorg staat in de internationale lijstjes overal hoog genoteerd. We doen het dus al goed, maar het verschil zit voor mij in het woord aantoonbaar.'

## **Hoe bedoelt u dat?**

'Het gaat erom dat we niet alleen zéppen dat we de beste zorg hebben, maar dat ook laten zien. We hebben daarvoor drie soorten kwaliteitsinformatie nodig. Allereerst de harde kwaliteitsinformatie uit de kwaliteitsregistraties, bijvoorbeeld hoeveel patiënten jaarlijks een wondinfectie krijgen na een operatie. Daarnaast is er de 'zachte' kwaliteitsinformatie, zoals patiëntenenquête's of intercollegiale feedback. En ten derde is doelmatigheidsinformatie belangrijk. Als ik bij een patiënt met darmkanker een stuk dikke darm verwijder, wil ik dat de operatie succesvol is en de patiënt tevreden, maar ook weten hoeveel nietmachines ik heb gebruikt tijdens de ingreep. Soms zijn dat er twee, een andere keer zes. Dat scheelt een factor drie in de kosten. Door dit soort informatie te beschrijven, laten we zien hoe we het doen.'

## **Wat levert dat op?**

'Als we deze kwaliteitsinformatie met elkaar delen – wat nu nog te weinig gebeurt – leren we van elkaar en kunnen we op basis daarvan doelen stellen. Bijvoorbeeld dat we in 2025 het aantal naadlekkages na een maagdarmoperatie willen halveren. Zichzelf ambitieuze doelen stellen is geen gemeengoed onder

medisch specialisten. Maar willen we onze zorg op het hoogste niveau krijgen, moeten we dat wel gaan doen.'

## **Het visiedocument beschrijft drie tijdperken van medisch-specialistische zorg. Kunt u die toelichten?**

'De medisch specialist komt uit het tijdperk van blind vertrouwen. De dokter vertelde hoe het moest, de patiënt volgde. Dat tijdperk ligt gelukkig achter ons. We bevinden ons nu in het tijdperk van het vergrootglas, zoals we dat in het document hebben genoemd. Je kunt dat positief en negatief uitleggen. Positief in de zin dat we beter kijken naar resultaten, dat we *evidence based medicine* toepassen, en negatief dat veel zorgverleners het gevoel hebben onder een vergrootglas te liggen. We controleren elkaar vanuit een zeker wantrouwen. Dit willen we ombuigen naar een nieuwe fase, van gerechtvaardigd vertrouwen. In dit derde tijdperk laten we zien wat we doen en werken medisch specialist en patiënt nauw samen.'

## **Waarom speelt het begrip 'positieve gezondheid' een belangrijke rol in de visie?**

'Dokter en patiënt beslissen samen. Dat lukt alleen als dokters oog hebben voor datgene wat voor de patiënt belangrijk is. Om te beoordelen of we een man van tachtig jaar met een halstumor gaan opereren, is het nodig om de foto's van de tumor te bestuderen, maar vooral ook: luisteren naar wat zijn wensen zijn. Die holistische benadering is wat positieve gezondheid inhoudt, het gezondheidsconcept van Machteld Huber (zie ook het interview op pagina 23, red.).'

## **Hoe gaan medisch specialisten dat doen?**

'Daar moet iedere medisch specialist, elke vakgroep en elke wetenschappelijke vereniging een eigen antwoord op vinden. Het maakt nogal uit of je als



Commissievoorzitter Huib Cense:

**‘Niet alleen zéggén dat we de beste zorg hebben, maar het ook laten zien’**

reumatoloog met chronische patiënten werkt of dat je traumachirurg bent. Belangrijk is dat we hierover in gesprek gaan met patiënten en patiëntenverenigingen. Spiegelgesprekken tussen dokters en patiënten en tussen ziekenhuisbesturen en cliëntenraden, zorgen dat zorgpaden en protocollen daadwerkelijk kunnen veranderen.’

**Ook het belang van netwerkgeneeskunde wordt benadrukt. Wat houdt dat begrip in?**

‘Zowel voor patiënt als arts is netwerkgeneeskunde cruciaal. We denken dat er in 2025 een enorme slag is gemaakt in het online organiseren van zorg rondom de patiënt. Patiënten beheren dan hun eigen gezondheidsdossier, waar verschillende zorgprofessionals op zijn ingelogd. ParkinsonNet is daarvan nu al een prachtig voorbeeld. De kern van netwerkgeneeskunde is dat de patiënt de regie heeft over zijn ziekte. Hij staat centraal in een netwerk van verschillende zorgverleners.’

**Wat betekent dit voor de medisch specialist?**

‘Dat hij werkt in regionale zorgnetwerken – van de eigen vakgroep en collega’s in het ziekenhuis tot huisartsen, wijkverpleegkundigen en fysiotherapeuten. De medisch specialist is niet langer gebonden aan een staf of gebouw, maar aan een aandachtsgebied of regio. De

lijnen tussen de zorg verdwijnen. Dat is ook nodig om de versnippering weg te nemen die patiënten nu ervaren in de zorg. Voorwaarde is wel dat er één landelijk systeem komt van informatievoorziening waar we allemaal toegang toe hebben. We pleiten daarom voor een patiëntgebonden gezondheidsdossier. Het afblazen van het EPD is volgens ons een gemiste kans.’

**Ook preventie is een belangrijk speerpunt. Is dat wel een taak van de medisch specialist?**

‘Ja, dat is echt een verandering in taakopvatting van de medisch specialist. Als een patiënt bij de orthopeed komt met een gebroken enkel, maar die patiënt is ook zestig kilo te zwaar, dan vinden wij het de taak van de orthopeed om daarvan iets te zeggen. En er iets mee te doen. Dat is geen paternalisme, maar voorlichting. Als we medisch specialisten ervan bewust weten te maken dat ze een taak hebben in preventie – bij individuele patiënten en onder de algemene bevolking – hebben we veel bereikt.’

**Naast de relatie arts-patiënt, netwerkgeneeskunde en betrokkenheid bij gezondheid & gedrag, vormt innovatie de vierde pijler. Waarom is daarvoor gekozen?**

‘Van buitenaf komen enorme vernieuwingen op ons af. Het is geen toeval dat Google, Apple en Philips miljarden investeren in gezondheidszorg. Wij vinden het belangrijk dat medisch specialisten betrokken zijn bij deze ontwikkelingen. Dat vereist een cultuur waarbij we innovaties snel kunnen beoordelen en introduceren.’

**Hoe gaat de medisch specialist in de klinische praktijk vorm geven aan de visie?**

‘We hopen dat het document een leidraad vormt in het beleid en de jaarplannen van vakgroepen, medische staven van ziekenhuizen, wetenschappelijke verenigingen en uiteraard de Raden van de Federatie. Om het hen gemakkelijker te maken, hebben we bij het visiedocument een werkdocument gemaakt om concrete afspraken te maken over acties, doelen en termijnen. Daarnaast is er een toolkit met verschillende instrumenten om de visie concreet vorm te geven, en een website met achtergrondinformatie en best practices. Verder zijn de veertien leden van de commissie Medisch Specialist 2025 ambassadeurs die onze boodschap in hun wetenschappelijke verenigingen en afdelingen uitdragen.’

**Hoe ziet de medisch specialist eruit in 2025?**

‘Het is een uitermate vakbekwame professional, die laat zien wat hij doet, ambitieuze doelen stelt en meer in een netwerk functioneert dan in een instituut. Hij of zij is arts, medisch leider, maar ook coach en adviseur van de patiënt. En hij heeft plezier in zijn werk. Want onze visie kan alleen gedragen worden door gemotiveerde medisch specialisten, die zich gewaardeerd voelen en die met passie hun werk doen.’ ●

Dianda Veldman van Patiëntenfederatie Nederland

# 'Pak nu door en maak het waar'

Patiënten spelen een grote rol in het visiedocument. Niet voor niets is een van de vier thema's volledig gewijd aan de patiënt. Directeur Dianda Veldman van Patiëntenfederatie Nederland vindt dat een positieve ontwikkeling. 'We zijn blij dat het perspectief van de patiënt zwaar telt.'



## Wat vindt u van het thema 'de unieke patiënt en de medisch specialist'?

'Het is helder uiteengezet. De patiënt staat centraal en vormt samen met de medisch specialist de kern van de zorg. De Patiëntenfederatie is daar erg tevreden over. Daarnaast ben ik positief over de drie andere thema's uit het visiedocument, zoals de betrokkenheid bij gezondheid en gedrag. Het stimuleren van – bijvoorbeeld – een gezonde leefstijl zal in 2025 veel meer spelen. Het is een goede ontwikkeling dat medisch specialisten zich hier nu al voor uitspreken.'

## Welke zaken vallen het meest op?

'Medisch specialisten kopen vaak wat achter op bepaalde niet-medische zaken, zoals communicatie, gezond gedrag en de kwaliteit van leven van de patiënt.

Dat de beroepsgroep nu haar nek uitsteekt, zegt dus wel iets. Specialisten staan open voor innovatie én zien zichzelf als onderdeel van een netwerk. Wat dat betreft valt het document in z'n geheel op. Het is echt vernieuwend.'

## Zijn er verbeterpunten?

'In het visiedocument verandert van alles, behalve het vak van de specialist. En dat terwijl er komende jaren grote veranderingen in de zorg gaan plaatsvinden, met name op het gebied van digitalisering. Verandering is in aantocht en dat lees je nog niet duidelijk terug.'

## In het visiedocument wordt wel gesproken over technische innovaties, onder meer het hologram-gesprek. Is dat niet voldoende?

'In tien jaar tijd verandert er zóveel meer. Misschien kunnen dokters dan al aan het DNA van een patiënt zien welke klachten er in de toekomst kunnen opspelen. Of wordt een patiënt voor een specifieke aandoening geopereerd door een chirurg uit Canada, met behulp van een videoscherm en robot. Deze voorbeelden zijn hypothetisch, maar het zijn geen ondenkbare ontwikkelingen.'

## Waarom is het goed om daar bewust van te zijn, als je kijkt naar het patiëntenbelang?

'Als medisch specialisten beseffen dat een veranderende omgeving ook invloed heeft op hun vak en ze openstaan voor het leren van nieuwe dingen, heeft dat een gunstige uitwerking op hun werkwijze en welzijn. Dat komt de patiëntenzorg alleen maar ten goede.'

## Welk advies wilt u medisch specialisten meegeven?

'Ik zou vooral zeggen: pak nu door en maak het waar. Het gevaar van een visie is dat hij onderin de la terecht komt. Overigens worden wetenschappelijke verenigingen in dit visiedocument uitdrukkelijk opgeroepen om hiermee aan de slag te gaan. Die oproep kan ik alleen maar onderschrijven.' ●





Patiënt krijgt meer regie en verantwoordelijkheid

# Komt een patiënt bij de coach

In de zorg draait alles om de relatie tussen medisch specialist en patiënt. Daarom heeft deze een prominente plaats in de toekomstvisie. Commissielid en neuroloog George Kienstra: 'Je ziet nu al dat de patiënt de regie voert op activiteiten die zijn gezondheid en welzijn maximaliseren.'



Als lid van de commissie Medisch Specialist 2025 mocht neuroloog George Kienstra van het Slingeland Ziekenhuis zich samen met twee andere leden storten op het belangrijke thema

unieke patiënt en de moderne medisch specialist. Het begrip *Positieve Gezondheid* van Machteld Huber (zie ook het interview op pagina 23 in dit nummer, *red.*), was een belangrijk uitgangspunt, vertelt hij. 'Huber spreekt over gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Die omschrijving heeft ons enorm geholpen om het visiedocument, en ook dit thema, vorm te geven.'

## Dienstbaar en compassievol

Een van die elementen is de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. In het thema 'de unieke patiënt en de moderne medisch specialist' staat omschreven dat de patiënt de regie voert op activiteiten die zijn gezondheid en welzijn maximaliseren. Die ontwikkeling is al gaande, licht Kienstra toe. 'Ruim tien procent van de patiënten is nu al zo goed geïnformeerd dat ze zelf de regie tijdens een consult in handen nemen. Dat vinden dokters soms lastig, want het vraagt van hen om op een andere manier met de patiënt om te gaan dan ze gewend zijn. Die groep mondige patiënten wordt echter alleen maar groter. Een consult ziet er anno 2025 dan ook heel anders uit.' Kienstra doelt dan vooral op de relatie tussen medisch specialist en patiënt. 'Specialisten zijn nu nog te veel bezig met de vraag hoe ze iemand kunnen genezen in plaats van te kijken naar wat de patiënt zélf belangrijk vindt, en hoe de kwaliteit van leven zo optimaal mogelijk blijft. ▶



Neuroloog George Kienstra:

'Specialisten moeten zich realiseren dat de wereld verandert'



## ‘Het gaat om wat de patiënt zélf belangrijk vindt. Dat is voor iedereen anders’

Dat vraagt om een meer dienstbare en compassievolle opstelling van de medisch specialist. Iedere patiënt is daarin namelijk uniek en heeft andere behoeften.’

### Dokter als coach

Kienstra voorspelt dat de rol van de medisch specialist gaat veranderen en dat deze in de toekomst meer de rol van coach zal krijgen. ‘Specialisten beslissen niet meer wat het beste is voor de patiënt, maar schetsen de behandelmogelijkheden bij een bepaalde diagnose en zetten de voor- en nadelen op een rij, waarna zo

mogelijk gezamenlijk besluitvorming plaatsvindt. Dit kan tijdens een persoonlijk consult, maar ook het digitale contact zal een enorme vlucht nemen.’ Patiënten kunnen in de toekomst bijvoorbeeld vanuit huis hun persoonlijke gezondheidsdossier inzien en dit via een hologram-verbinding bespreken met de arts. Daarnaast is er in 2025 ongetwijfeld sprake van meer teamwerk en worden andere zorgprofessionals, mantelzorgers en familieleden van de patiënt meer bij het zorgproces betrokken. Kienstra: ‘Zo kan de patiënt uiteindelijk beter tot een weloverwogen beslissing komen over zijn behandeling. Dat is een andere manier van benaderen, en een significante verandering ten opzichte van de huidige situatie.’

### Gezondheidsvaardigheden

Ook op het niet-medische vlak krijgt de moderne specialist een rol toebedeeld. Zo komt er meer oog voor het vergroten en ondersteunen van de eerdergenoemde zelfredzaamheid en het stimuleren van een gezonde leefstijl. Alles om goed in te spelen op de zogeheten ‘gezondheidsvaardigheden’ van de patiënt: de vaardigheden van een individu om informatie over zijn gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van beslissingen over de eigen gezondheid.

De patiënt gaat niet meer alleen af op het advies van de medisch specialist, maar is ook zelf actief bezig met zijn welbevinden, door – bijvoorbeeld – naar medische informatie te zoeken op online fora, of door ervaringen uit te wisselen binnen een patiëntenvereniging. Ontwikkelingen die de moderne specialist moet stimuleren, meent Kienstra. 'Dit maakt dat patiënten beter in staat zijn hun eigen verantwoordelijkheid te nemen ten aanzien van hun gezondheid.'

### Extra ondersteuning

Hoewel de eigen verantwoordelijkheid in de toekomst veel meer bij de patiënt wordt gelegd, benadrukt Kienstra dat er altijd een flinke groep patiënten blijft die nog wél op de specialist leunt. 'Sommige mensen hebben alleen een duwtje in de goede richting nodig, anderen moeten bij de hand worden genomen. Je ziet dat met name bij kwetsbare groepen zoals mensen met een lage sociaaleconomische status, ouderen en mensen met een beperking.'

In vele gevallen is wat extra ondersteuning voldoende om de gezondheidsvaardigheden te versterken, in andere gevallen moet de specialist beoordelen in hoeverre de patiënt in staat is om zelf te beslissen over zijn gezondheid. 'Dat betekent trouwens niet dat de specialist automatisch het beleid bepaalt', zegt Kienstra. 'Ik kan me indenken dat het contact met familieleden of naasten in die gevallen bijvoorbeeld intensiever is. Het is belangrijk om telkens kritisch te kijken naar welke gevolgen een keuze heeft voor de kwaliteit van leven van de patiënt en daarop een afweging te maken.'

### Werk- en geneesplezier

Kienstra is ervan overtuigd dat patiënten wel varen bij de nieuwe benadering die het visiedocument beschrijft. 'Op deze manier kan het contact tussen arts en patiënt verbeteren. Uit onderzoek blijkt ook dat je betere resultaten bereikt als je een meer gelijkwaardige relatie hebt. Iemand staat sneller achter een behandeling als hij of zij of betrokken is geweest in het proces dat eraan voorafging.' Maar ook de medisch specialist wordt gelukkiger van deze constructie, verwacht Kienstra. Hij spreekt uit ervaring. 'In het verleden had ik na afloop van een consult nog weleens twijfel of de communicatie goed was verlopen. Soms kreeg ik van een patiënt ook teruggekoppeld dat ik onvoldoende aandacht had gegeven, te druk was of niet goed had geluisterd. Gedurende de ruim twintig jaar die ik als neuroloog werk, heb ik daarin zelf ook een ontwikkeling doorgemaakt en ben ik anders gaan staan in de omgang met de patiënt.' Die is volgens de neuroloog minstens zo belangrijk als de medische inhoud. 'Ik denk dat we met de rol en invulling van het vak van de medisch specialist zoals in het visiedocument beschreven, in de toekomst meer kunnen betekenen en meer kunnen bijdragen aan de gezondheid van de

*'Uit onderzoek blijkt dat je betere resultaten bereikt als je een meer gelijkwaardige relatie hebt'*

patiënt dan nu. Het zal beide partijen uiteindelijk ook meer bevrediging geven. Voor dokters betekent het bovendien meer werk- en geneesplezier.'

### Op de agenda

Nu het visiedocument en de plannen er liggen, is implementatie de volgende stap. Dat begint met aandacht vragen voor het onderwerp. Kienstra: 'In eerste instantie is het belangrijk dat het onderwerp op de agenda komt bij wetenschappelijke verenigingen, medische staven, ziekenhuisbestuurders en koepelorganisaties. Een tweede stap is om dit gedachtegoed ook onder artsen in spe te verspreiden. Dat proces is al gaande, want als ik kijk naar de geneeskundestudie van mijn dochter, wordt er aanzienlijk meer aandacht besteed aan het menselijke aspect en sociale vaardigheden – een flinke verandering ten opzichte van twintig jaar geleden. We gaan langzaam de goede kant op, maar er moeten nog behoorlijk wat stappen worden gezet voordat de visie daadwerkelijk is verankerd. Dat begint bij de individuele specialist: die moet zich realiseren dat de wereld verandert. Ik hoop dat dit document mensen aan het denken zet en ze in actie laat komen, zodat het inderdaad leidt tot de veranderingen die wij voor ogen hebben.' ●

Anoeska Mosterdijk van InEen

# 'Netwerkgeneeskunde organiseert zich niet vanzelf'

De medisch specialist als actieve partner in het netwerk rond de patiënt. Deze vorm van netwerkgeneeskunde, zoals beschreven in de Medisch Specialist 2025, spreekt directeur Anoeska Mosterdijk van eerstelijnsorganisatie InEen sterk aan.



## Wat vindt u van de visie van medisch specialisten op netwerkgeneeskunde?

'Een goed en herkenbaar antwoord op de veranderingen om ons heen. Met meer chronische en oudere patiënten moeten we de zorg rondom hen anders organiseren. Bij InEen streven we naar persoonsgerichte zorg, en aansluiting van de medisch specialisten op dat netwerk is een ambitie die ik zeer toejuich.

Ik ben blij met de beweging die specialisten willen maken vanuit het ziekenhuis naar de wijk. Op een aantal plaatsen gebeurt dat zelfs al. Muren slechten is prima.'

## Welk onderdeel uit deze visie spreekt u minder aan?

'Een medisch specialist richt zich vooral op een deelgebied, waar de huisarts of praktijkondersteuner een patiënt breder benadert, meer als geheel.

In het document staat dat *'medisch specialisten samenwerkingsverbanden initiëren en motiveren die de behoefte van de patiënt als uitgangspunt nemen.* Vanuit medisch-specialistisch oogpunt ligt dat niet voor hand. Een individueel lijntje

tussen een uroloog, huisarts en praktijkondersteuner, zoals in een voorbeeld in het document wordt aangehaald, maakt nog geen succesvol netwerk. Daar is meer voor nodig. Ik denk dat specialisten nog erg gewend zijn aan hun goed geoliede ziekenhuis, en daardoor onderschatten hoe lastig het is een goede infrastructuur te bouwen buiten de muren van een instelling.'

## Biedt deze toekomstvisie dan wel genoeg oplossingen?

'Netwerkgeneeskunde organiseert zich niet vanzelf. In het stuk lees ik nog te weinig concrete oplossingen. Nieuwe technologie en virtuele consulten klinken goed, maar moeten wel georganiseerd worden. Onze zorggroepen werken al jaren keihard om ketenzorg voor chronische patiënten goed te organiseren. Zij merken hoe complex en weerbarstig dat proces is. Maar inmiddels hebben we met 115 groepen nu landelijke dekking en zijn er daarmee goede aanspreekpunten in de eerste lijn. Daar kunnen medisch specialisten en ziekenhuizen nog beter gebruik van maken.'

## Welk advies wilt u medisch specialisten meegeven?

'Pak netwerkgeneeskunde stapsgewijs aan. Begin klein. Zoek verbinding met lokale of regionale partijen voor bepaalde (chronische) patiëntengroepen. Anders kan de eerste lijn het ook niet aan. Kijk vooral ook naar goed lopende voorbeelden, zoals de Stadspoli in Maastricht waar specialisten in de wijk spreekuur houden of PlusPunt Medisch Centrum in Heerlen, waarin huisartsen en medisch specialisten onder één dak zitten. Zoek tot slot toenadering tot actieve zorggroepen die al ervaring hebben met netwerkgeneeskunde. De visie wijst in de goede richting, maar moet nu op een slimme manier worden opgevolgd.' ●



Toekomst voor teams rondom de patiënt

# Muren, grenzen en lijnen verdwijnen

Het werk van de medisch specialist beperkt zich niet langer tot één gebouw of één lijn. In de nieuwste visie wordt de zorg rond patiënten gepland – deels fysiek, deels virtueel. Binnen de netwerkgeneeskunde is geen enkele muur meer heilig.



Patiënt-centraal werken is een ambitie die al menig jaar klinkt. De laatste jaren is ook zeker vooruitgang geboekt met ketenzorg, zorggroepen voor chronisch zieken en projecten als *Samen Beslissen*, maar: het is niet genoeg. Daarom is netwerkgeneeskunde een van de vier pijlers in het visiedocument Medisch Specialist 2025. 'Netwerkgeneeskunde gaat uit van een werkwijze waarbij de medisch specialist niet een op zichzelf staand en solitair functionerende dokter is, maar onderdeel van een samenwerkend team van zorgverleners in de wijk of andere (regionale) ziekenhuizen, door de nu nog bekende 'lijnen' heen', vertelt Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit, internist-acute geneeskunde bij het Erasmus MC in Rotterdam en lid van de commissie Medisch Specialist 2025. 'De zorg wordt rondom de individuele patiënt georganiseerd, voor een deel fysiek en voor een deel virtueel.'

## Even inloggen

Over hoe dat er in de toekomst uitziet, beschrijft de visie een situatie die dan heel gewoon kan zijn: 'De heer van Vlissingen mag naar huis na een operatie door de microrobot onder lokale verdoving. Helaas is zijn diabetes door de opname in het ziekenhuis sterk ontregeld. De huisarts, praktijkondersteuner en internist overleggen tijdens een online vergadering hoe zij hem zo snel mogelijk weer gereguleerd krijgen. Omdat Van Vlissingen een zorgrobot van het ziekenhuis heeft mee gekregen, spreken de praktijkondersteuner en uroloog af samen in te loggen op de robot en zo virtueel langs te gaan bij de patiënt. De uroloog voor de nacontrole van de operatie, en de praktijkondersteuner om adviezen te geven over de diabetes. De wijkverpleegkundige is op dat moment bij Van Vlissingen thuis aanwezig om ondersteuning te verlenen.' ▶



Internist-acute geneeskunde Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit:

'Onze ambities zijn hoog, maar wel realistisch'

# ‘Netwerkgeneeskunde is het beste samenbrengen uit de eerste, tweede en derdelijns zorg’

‘In dit voorbeeld’, stelt Klein Nagelvoort-Schuit, ‘zie je een mooie combinatie tussen technologische hoogstaande operatiemogelijkheden en virtuele en persoonlijke zorg rond nacontroles in de vertrouwde omgeving van de patiënt. Uiteraard is dit nog toekomstmuziek, maar als wij specialisten de toekomst schetsen zoals wij die voor ons zien, hebben we ook invloed op hoe die technologie wordt ontwikkeld door bedrijven. Op dit moment zijn er al enkele goedlopende praktijkvoorbeelden, zoals telehuisdialyse bij nierpatiënten, apps voor medicatiebegeleiding en telemonitoring bij COPD-, diabetes- en hartpatiënten. Onze ambities zijn hoog, maar realistisch.’

## Werelden samenbrengen

Volgens Klein Nagelvoort-Schuit zijn medisch specialisten klaar voor deze volgende stap in zorg verlenen. ‘Specialisten hebben absoluut de wil om samen te werken. Natuurlijk zijn er nog dokters die vanuit het oude denken handelen, maar de meesten zijn het erover eens dat werken in een team leuker en gevarieerder is. Je scherpt elkaar, deelt kennis en kijkt breder dan de reikwijdte van je eigen specialisme. Het lijkt mij heerlijk om straks twee dagen in de academie te werken, twee dagen in een regionaal ziekenhuis en nog een dag wetenschappelijk onderzoek te doen. Met netwerkgeneeskunde worden dit soort combinaties beter mogelijk.’

Even voor alle duidelijkheid: netwerkgeneeskunde is zeker niet hetzelfde als ketenzorg. Daarin krijgt een patiënt behandelingen van verschillende zorgverleners na elkaar, bij elk loket een ander stukje zorg. Bij netwerkgeneeskunde draait het om welke zorgverlener het beste de behandeling kan geven. ‘De netwerken die wij voor ogen hebben, vormen zich organisch. Soms in vooropgezette samenwerkingsverbanden, maar ook ad hoc rondom de specifieke behoeften van een patiënt’, vertelt Klein Nagelvoort-Schuit. ‘Het is eigenlijk het beste samenbrengen uit de werelden van de eerste-, tweede- én derdelijnszorg. Zo ontvangen mensen straks hoog-complexe zorg en de meeste moderne geavanceerde technieken van het ziekenhuis, maar gecombineerd met zorg van huisartsen en andere zorgverleners in de wijk. Daarbij is het uitgangspunt: dichtbij als het kan, en in een gespecialiseerd centrum als het moet. Er zijn al plekken waar op die manier gewerkt wordt, neem bijvoorbeeld PlusPunt in Heerlen waar cardiologen in de wijk werken, of ziekenhuis Bernhoven waar een dermatoloog één dag in de week spreekuur houdt in het lokale gezondheidscentrum.’

## Ieder op zijn stoel

Netwerkgeneeskunde is overigens geen noviteit. ‘Kijk maar naar alle multidisciplinaire en interregionale overleggen die we nu al kennen. Het is voortborduren op wat er al in gang is gezet’, zegt Klein Nagelvoort-Schuit. Het kernpunt van netwerkgeneeskunde is de teamvorming van specialisten en zorgverleners buiten het ziekenhuis en met collega’s in andere ziekenhuizen. Specialisten hoeven dus niet bang te zijn dat het ziekenhuis verdwijnt. ‘Het gaat om taakverandering en meer verbinding tussen de eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Nieuwe verbindingen aangaan en openstaan voor de input van collega-zorgprofessionals kan je enorm uit je comfortzone halen. Bij het leggen van die netwerken zullen medisch specialisten zeker de leiding hebben, maar we kunnen natuurlijk niet alles regelen. Muren slechten wordt de grootste uitdaging.’

Daarbij vraagt die nauwe, soms ad hoc manier van samenwerken, om heldere afspraken. ‘Zo moeten we waakzaam zijn dat duidelijk is welke zorgverlener op welk moment in de behandeling *in the lead* is. Daarnaast is het natuurlijk niet de bedoeling dat de specialist op de stoel van bijvoorbeeld de huisarts of wijkverpleegkundige gaat zitten of andersom, maar wel dat we wederzijds een meer proactieve opstelling dan nu ontwikkelen om ons over en weer goed te informeren. Die houding draagt eraan bij dat je als zorgverlener je behandeling nog beter kunt afstemmen op behoeften van de individuele patiënt.’

## Dossiers delen

Dat hiervoor veranderingen nodig zijn, is voor de internist kristalhelder. Een eerste voorwaarde is dat patiënten online hun eigen dossier kunnen beheren



en zorgverleners inzicht krijgen in elkaars dossiers. 'Het voordeel dat je daarmee behaalt, is ontzettend groot. Patiënten vinden specialisten nu al ouderwets omdat wij niet in het huisartsendossier kunnen. In de nieuwe opzet heeft de patiënt de regie en bepaalt die wie toegang krijgt tot zijn dossier. Het is daarbij goed voor patiënt én behandelaar dat deze informatie volledig is en 24/7 beschikbaar is, bijvoorbeeld wanneer de patiënt onverwacht acute zorg nodig heeft. Ontsluiting tot een algemeen goed werkend elektronisch patiëntendossier is dan ook meer dan noodzakelijk.'

Een andere voorwaarde voor het succesvol inzetten van netwerkgeneeskunde is de bekostiging. Klein Nagelvoort-Schuit ziet geen grote hindernissen. 'Het huidige systeem biedt genoeg mogelijkheden, mits partijen concrete afspraken met elkaar maken en de blik ferm op de toekomst richten. De lopende regelingen met zorgverzekeraars voor projecten in de anderhalvelijnszorg moeten verder worden uitgebouwd.' Is netwerkgeneeskunde dan niet een bepaalde vorm van substitutiezorg? Dat kan niet anders, willen we de zorg betaalbaar houden, vindt Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit. 'De zorg zo dichtbij mogelijk organiseren is prima, maar we moeten wel goed de risico's in kaart brengen en de kwaliteit monitoren. Substitutie mag nooit als gevolg hebben dat de kwaliteit minder wordt.'

## 'Patiënten hebben al uitgesproken ideeën over de organisatie van hun zorg'

### Meebewegen

De komende jaren zullen de netwerken worden opgezet rond ziektes als diabetes, kanker en reuma. Dat ook patiënten aan deze vorm van netwerkgeneeskunde toe zijn, weet de internist honderd procent zeker. 'Nu al merk ik dat patiënten uitgesproken wensen en duidelijke ideeën hebben over hoe zij de zorg rond hun (chronische) ziekte georganiseerd willen hebben. Zij verwachten van hun medisch specialist juist dat die meebeweegt. De maatschappij verlangt van hen een bepaalde mate van zelfredzaamheid en zelfmanagement. Dan moeten wij dat wel voor hen faciliteren.' ●

# In de Cyberpoli is iedereen deskundige

Een visie is een venster op de toekomst. Maar soms speelt die toekomst zich al gewoon in het hier en nu af. Neem bijvoorbeeld de Cyberpoli, waar kinderen met een chronische ziekte patiënt én deskundige zijn.

**WAT IS HET?** Een online en interactieve ontmoetingsplaats voor kinderen en jongeren met een chronische ziekte. Het gaat dan in het bijzonder om coeliakie, diabetes, astma, aangeboren hartafwijkingen, jeugdreuma, cystic fibrosis (CF), sikkelcelziekte, Klinefelter-syndroom, Downsyndroom, chronisch vermoeidheidssyndroom (CVS), schildklier- en hypofyseaandoeningen, craniofaryngeoom, epilepsie, hemofilie en Von Willebrandziekte. De site is ontwikkeld door Stichting Artsen voor Kinderen, die zich inzet voor een betere kwaliteit van leven voor kinderen en jongeren met een beperking of chronische ziekte.

**DOEL?** Het vergroten van inzicht in hun ziekte bij kinderen en jongeren met een chronische ziekte. Dit kan bijdragen aan een beter gesprek in de spreekkamer. Ook kan de behandelaar meer inzicht krijgen in wat er in kinderen met een chronische ziekte omgaat, door kennis te nemen van de ervaringen die de kinderen hebben opgedaan over hun eigen ziekte.

**HOE WERKT HET?** Na registratie kunnen kinderen op de site of via de app (anoniem) een vraag stellen aan een specialist, huisarts, longconsulent, diëtist, orthopedagoog of andere behandelaar. Ook kunnen ze anoniem een vraag stellen aan ervaringsdeskundigen (kinderen met dezelfde of een andere chronische

ziekte die tegen dezelfde zaken aanlopen). Verder hebben kinderen de mogelijkheid ervaringen uit te wisselen, hun kennis over hun ziekte te vergroten of te verdiepen en inzicht krijgen in hun eigen welbevinden door meer te lezen hoe het is om met hun ziekte te leven en/of er met andere kinderen te chatten.

**WIE DOEN HET?** Aan de poli zijn in totaal 112 medisch specialisten, paramedici en ervaringsdeskundigen verbonden. Daaronder zijn kindercardiologen, kinderlongartsen, kinderurologen, kinderverpleegkundigen, astmaconsulenten, diëtisten, fysiotherapeuten en jonge ervaringsdeskundigen. Zij geven steun, algemene adviezen en praktische tips, maar gaan niet op de stoel van de behandelaar zitten.







Elke maand  
bezoeken 45.000  
kinderen en jongeren  
met een chronische  
aandoening de  
Cyberpoli. En dat aantal  
groeit explosief

**UNIEK, WANT...** Kinderen met een chronische ziekte zijn geregeld ziek. Ze komen daardoor soms moeilijk mee op school, voelen zich vaak onbegrepen of eenzaam en moeten dealen met een ziekte die ze levenslang met zich mee zullen dragen. Op de Cyberpoli krijgen ze steun van experts, kunnen ze chatten met en leren van leeftijdsgenoten die tegen dezelfde dingen aanlopen en dingen met elkaar delen die ze niet met hun ouders of arts durven delen. Of ze lopen nú tegen iets aan en zien pas over een week hun eigen specialist weer. Kenmerkend voor de Cyberpoli is verder dat er geen onderscheid is tussen professional en patiënt: die laatste kan zowel vragensteller zijn als ervaringen of tips delen als deskundige.

**HOE LOOPT HET?** Elke maand bezoeken 45.000 kinderen en jongeren met een chronische aandoening de Cyberpoli. Dat aantal groeit explosief.

**TOEKOMSPERSPECTIEF** De komende jaren wil de Cyberpoli fors uitbreiden en tachtig procent van alle chronische kinderaandoeningen opnemen. Het gaat dan niet alleen om veel voorkomende ziektebeelden zoals diabetes, astma of epilepsie, maar ook om zeldzame aandoeningen die veel impact hebben op de gezondheid van kinderen. ●



## Met je tijd meegaan

Ik heb het even opgezocht, maar exacte cijfers over het aantal medische apps zijn er niet. Wel zijn er inmiddels meer dan honderdduizend: voor dokters, zorgverleners en patiënten, en dit worden er alleen maar meer. Zeker in combinatie met opkomende wearables – slimme horloges of oorbellen die van alles meten en weten.

Allemaal claimen ze even handig te zijn. Maar dat zegt nog niets over de betrouwbaarheid of veiligheid. Want wat als een patiënt ongerust bij je komt omdat de Vaat-checker heeft aangegeven dat het risico op een vaatziekte binnen tien jaar 'heel hoog' is? Of als de Diagnose-assistent erop wijst dat mevrouw een ernstige maar zeer zeldzame aandoening heeft gezien de informatie uit haar wearable en zij diagnostiek eist?

Zoals er tien jaar geleden – toen medische informatie op internet verscheen – aandacht kwam voor omgaan met patiënten die 'dokter Google' hadden geraadpleegd, is het vandaag de dag van belang dat aios een basis meekrijgen in omgaan met innovaties. Nu de medische vervolgoopleidingen profielen bieden, stel ik daarom voor om iedere aios een basis mee te geven én een profiel Innovatie in te richten.

Daarin leert elke aios hoe je de kwaliteit beoordeelt van medische apps, wearables en e-health-hulpmiddelen. Want iedere specialist krijgt straks te maken met de vraag hoe je door de bomen het bos blijft zien, hoe je onderscheid weet te maken tussen zinvol en zinloos en hoe je binnen de vakgroep en het ziekenhuis kunt aangeven wat je nodig hebt om je werk goed te doen.

Bovendien kan een kleinere groep specialisten zich verder ontwikkelen op dit gebied. Zij kunnen straks op een hoger niveau meepraten over welke technische mogelijkheden ons beroep en onze patiënten ten dienste kunnen zijn en hoe die eruit moeten zien. We hebben hard nodig dat systemen er voor ons zijn, en dus hebben we hard medisch specialisten nodig die daarin het voortouw nemen!

**Marjolein Kremers**, internist in opleiding en voorzitter De Jonge Specialist

ROUTEKAART

# Medisch Specialist 2025

*ambitie, vertrouwen, samenwerken*



In 2025 is de medische zorg volledig rondom de patiënt georganiseerd en beweegt de medisch specialist zich in een flexibel netwerk van zorgprofessionals. De medisch specialist heeft naast het genezen van ziekten ook een rol als coach op het gebied van gezondheid en gedrag. Daarnaast heeft de medisch specialist een actieve rol in beoordelen en implementeren van innovaties die daadwerkelijk waarde toevoegen voor de patiënt.

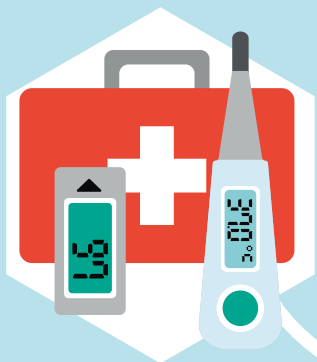
Deze special leidt u in vogelvlucht langs de ambitie van de Federatie Medisch Specialisten voor 2025 en de verschillende thema's die daarbij horen. Hang de binnenkant van deze special op het prikbord in de koffiekamer ter dagelijkse inspiratie.



# AMBITIE EN GERECHTVAARDIGD VERTROUWEN

## DE UNIEKE PATIËNT EN DE MODERNE MEDISCH SPECIALIST

De relatie tussen patiënt en medisch specialist is in 2025 vooral gericht op het optimaliseren van de kwaliteit van leven voor de patiënt. Dit is meer dan alleen de behandeling van de ziekte. Veel meer dan nu het geval is, vraagt dit van de medisch specialist om een holistische benadering van iedere, unieke patiënt.



## BETROKKEN BIJ GEZONDHEID EN GEDRAG

Naast het behandelen van ziekte spelen medisch specialisten in 2025 een belangrijke rol in preventie van ziekte en het behoud van functioneren, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving.



In 2025 behoort de Nederlandse medisch-specialistische zorg aantoonbaar tot de meest innovatieve, doelmatige en kwalitatief beste zorg ter wereld. Als gevolg hiervan wordt de Nederlandse zorg, net als watermanagement, een internationaal voorbeeld. Patiënten en medisch specialisten van overal ter wereld zullen hiervan profiteren.



Federatie  
**Medisch  
Specialisten**



## RICHTING NETWERKGENEESKUNDE

Medisch specialisten nemen het voortouw bij de ontwikkeling van zorgnetwerken van zorgprofessionals (netwerkgeneeskunde), zowel fysiek als digitaal. Een zorgnetwerk neemt de behoefte van de patiënt als uitgangspunt, vanuit de gedachte dat verschillende spelers in het netwerk op verschillende momenten waarde kunnen toevoegen voor de patiënt. Digitale ontwikkelingen vervullen hierbij een belangrijke rol.



## VOOROP IN VERNIEUWING

In 2025 zijn medisch specialisten samen met patiënten meer betrokken bij het bedenken, ontwikkelen en beoordelen van innovaties binnen de zorg. Ziekenhuisorganisaties zijn gericht op het helpen doorontwikkelen en implementeren van deze innovaties. In 2025 kunnen patiënten door *big data analysis* gecombineerd met *wearables* en thuisdiagnostiek sneller een beeld krijgen van hun medische situatie. Zelfmanagement van patiënten met chronische ziekten met online ondersteuning komt veel voor.

Meer informatie: [www.demedischspecialist.nl/visie2025](http://www.demedischspecialist.nl/visie2025)



Geachte collega,

Medisch Specialist 2025 is een leidraad voor discussie met collega's, patiënten, bestuurders en organisaties over de ambities die we samen willen realiseren. Wij nodigen u uit om uw eigen ambities te formuleren en concrete plannen te maken om daadwerkelijk van de Nederlandse zorg aantoonbaar de beste ter wereld te maken.

Hieronder zijn vragen geformuleerd die u kunt gebruiken bij discussies en het maken van concrete plannen.

- **Gaat u met dit thema aan de slag?**
- **Waarom gaat u hiermee aan de slag?**
- **Wie gaat hiermee aan de slag?**
- **Wat gaat u precies doen?**
- **Wat en wie heeft u hiervoor nodig?**
- **Hoe gaat u concrete invulling hieraan geven?**
- **Wanneer gaat u beginnen en wanneer verwacht u de eerste resultaten of voortgang te rapporteren?**

Om van elkaar te leren, stellen wij het zeer op prijs wanneer u gemaakte plannen of gestarte initiatieven instuurt ter publicatie op de website: [visie@demedischspecialist.nl](mailto:visie@demedischspecialist.nl)

Commissie Medisch Specialist 2025

De commissie bestaat uit:

- Huib Cense, chirurg (voorzitter)
- Cas van Oort, anesthesioloog
- Jan van Wijngaarden, cardioloog
- Arjen Noordzij, uroloog
- Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit, internist
- Elsbeth Helfrich, ziekenhuisapotheker
- Robert Hakvoort, gynaecoloog
- Alexej Kuiper, psychiater in opleiding
- Marjolein Kremers, internist
- Fiek van Tilborg, radioloog
- George Kienstra, neuroloog
- Jochem Nagels, orthopedisch chirurg
- Heddeke Snoek, psychiater
- Arend Arends, geriater
- Annet van Kuijk, kinderrevalidatiearts

Machteld Huber over een andere kijk op gezondheid

# ‘Zet de mens centraal, niet de ziekte’

Positieve gezondheid richt zich op een brede kijk op gezondheid én welbevinden van de mens. Op het Federatiecongres vertelde Machteld Huber als keynote speaker over haar gezondheidsconcept, dat steeds meer weerklank vindt in de zorgsector. Een interview met de arts-onderzoeker aan de hand van negen steekwoorden.

## GEZONDHEIDSZORG

‘We noemen het gezondheidszorg, maar we wachten eerst tot mensen ziek worden en komen dan pas in actie. In het voorkomen van ziekte investeren we echter nauwelijks, slechts 4 procent van het totale zorgbudget van 95 miljard euro. Terwijl we inmiddels weten dat 50 procent van de chronische ziektes te voorkomen is door verandering van leefstijl.

Gezond zijn kenmerkt zich, volgens de uitkomsten van mijn onderzoek, niet alleen door de afwezigheid van ziekte. Een patiënt kan best een ziekte hebben, maar zich wel gezond voelen en dat op een heleboel terreinen ook zijn. Aandacht voor die facetten is vaak ook gunstig voor het ziektebeloop. Daarom zou er in de gezondheidszorg meer belangstelling moeten zijn voor het ontwikkelen van veerkracht: voor hoe mensen hun leven kunnen oppakken, ook al zijn ze ziek.’

## PROEFPERSOON

‘Als jonge huisarts kreeg ik in korte tijd vier heftige ziektes na elkaar. Dat was een indrukwekkende ervaring. Terwijl ik als arts had geleerd om het menselijk lichaam biochemisch te bekijken, ontdekte ik in die periode dat je als mens een psychosomatische eenheid bent. Alles heeft invloed op je welbevinden en lichamelijke toestand: wat je eet, hoe je met problemen omgaat, hoeveel je beweegt. En je lijf geeft zelf heel veel aan. Ik heb mezelf als proefpersoon gebruikt om te kijken of bepaalde keuzes een fysieke uitwerking hadden, bijvoorbeeld: wat voor soort voeding deed me goed? Moest ik gaan rusten of juist bewegen? Had ik behoefte aan stilte of aan muziek? Ik leerde luisteren naar de signalen en behoeftes van mijn lichaam. Toen ik merkte hoeveel effect deze keuzes op mijn welbevinden hadden, dacht ik: hier moet ik iets mee.’



De zes hoofddimensies van Hubers gezondheidsconcept

## DEFINITIE

‘Vooral de vraag hoe je veerkracht kunt versterken, vond ik interessant. Daar heb ik onderzoek naar gedaan. Alleen kon ik mijn bevindingen niet onder ‘gezondheid’ scharen: de World Health Organization definieert gezondheid als ‘een toestand van compleet fysiek, mentaal en sociaal welbevinden’. Die begripsbepaling is heel absoluut en statisch; het laat weinig ruimte voor omgaan met (chronische) ziekte of herstel bevorderen of andere aspecten van gezondheid. ▶

### Wie is Machteld Huber?

Machteld Huber is als (voormalig huis-) arts en onderzoeker al ruim dertig jaar bezig met het thema gezondheid. In 2011 beschrijft ze in het *British Medical Journal* een nieuwe definitie van gezondheid als alternatief voor die van de WHO. Functioneren, zelfregie en veerkracht staan hierin centraal. In 2013 presenteert zij de resultaten van haar vervolgstudie, een spinnenwebmodel waarin zes hoofddimensies van gezondheid worden onderscheiden, met 32 deelaspecten: lichaamsfuncties (bijvoorbeeld klachten en pijn), mentale functies en beleving (zoals cognitief functioneren), spirituele dimensie (zingeving), kwaliteit van leven (lekker in je vel zitten), sociaal-maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld sociale contacten) en dagelijks functioneren (waaronder algemene dagelijkse levensverrichtingen). Met dit model nodigt Huber zorgprofessionals uit om breder naar patiënten te kijken. In 2014 is zij op haar werk gepromoveerd.



Indirect werkt deze omschrijving medicaliserend, want je moet steeds die absolute toestand zien te bereiken. Daarom besloot ik de definitie aan te kaarten. Samen met de Gezondheidsraad en ZonMw heb ik in 2009 een internationale conferentie georganiseerd over de vraag wat gezondheid is. Daarop heb ik een nieuwe omschrijving geformuleerd: 'Gezondheid als het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven.' Hoewel de WHO haar eigen definitie niet heeft aangepast, is onze definitie wereldwijd heel goed ontvangen.'

### POSITIEVE GEZONDHEID

'In de zorg hoor je altijd dat de 'patiënt centraal' staat. Dan moet je ook serieus nemen wat de patiënt denkt en belangrijk vindt. In mijn vervolgonderzoek verzamelde ik meer dan 500 indicatoren van gezondheid en kwam ik uiteindelijk tot 6 hoofddimensies: lichaamsfuncties, mentaal welbevinden, dagelijks functioneren, kwaliteit van leven, sociaal-maatschappelijk participeren en zingeving (zie illustratie op de vorige pagina, red.). Ik had een andere term nodig om die brede visie zichtbaar te maken. Ik koos voor *Positieve Gezondheid*



# ‘Iemand kan een ziekte hebben, maar zich wel gezond vóelen en dat op een heleboel terreinen ook zijn’

als werktitel. Die term raakt aan positieve psychologie, maar ik vond de term ook in de oprichtingsnotulen van de WHO. Het begrip is inmiddels uitgegroeid tot een beweging: veel zorgverleners en medisch specialisten zijn enthousiast over positieve gezondheid en willen zich richten op wat een patiënt nog wél kan.’

## VEERKRACHTPOLI

‘Voor chronisch zieken en gehandicapten is het niet mogelijk om helemaal gezond te worden. Hun uitdaging is om zo goed mogelijk om te gaan met hun ziekte: dat vraagt aanpassingsvermogen en regie kunnen voeren. Met bijvoorbeeld een ‘veerkrachtpoli’ kun je begeleiding aanbieden om de kwaliteit van het leven van een patiënt zo hoog mogelijk te maken. Daar is veel behoefte aan, want mensen willen zichzelf niet als patiënt blijven zien. Het ontwikkelen van veerkracht begint eigenlijk al bij de jeugd. Het is belangrijk kinderen te leren ‘levensvaardig’ te worden: hoe je omgaat met tegenslagen waaronder ziekte, hoe je zelf regie kunt voeren over je leven en je gezondheid kunt bevorderen op de zes hoofddimensies.’

## ZINGEVING

‘Er zijn plekken in de wereld waar mensen vrolijk en actief oud worden zonder chronische ziektes. Deze ouderen eten gezond en bewegen veel ‘natuurlijk’: ze lopen trappen, ze doen boodschappen, werken in de tuin. Ze komen ‘s morgens hun bed uit met een ideaal waarvoor ze gaan. Deze zingeving delen ze met hun sociale netwerk.

Toen ik voor mijn onderzoek behandelaars, patiënten en gezonde burgers bevroeg over de betekenis van gezondheid, kwam naar voren dat patiënten zingeving en sociale relaties net zo belangrijk vinden als de biomedische kant, terwijl beleidsmakers en met name artsen juist vooral naar lichaamsfuncties kijken. Daardoor praten mensen in de spreekkamer nog weleens langs elkaar heen.

Ziekte is in onze samenleving een verdienmodel geworden. Patiënten worden keurig en vakkundig door specialisten in het ziekenhuis behandeld, maar

aandacht voor het welbevinden is er vaak niet. Toch zou, volgens mijn onderzoek, de helft van de medisch specialisten wel breder willen kijken naar bijvoorbeeld dagelijks functioneren of zingeving. Dat zou ook goed zijn. Je hoeft de patiënt er niet voor te behandelen, maar je kunt er wel naar vragen en waar nodig de samenwerking met andere professionals zoeken.’

## MEDICALISERING

‘Kritiek van medisch specialisten is soms dat ik met mijn visie op gezondheid het leven zou medicaliseren. Veel vragen van patiënten zijn echter niet medisch, maar sociaal. Mensen worstelen bijvoorbeeld met schulden, met een echtscheiding, over zingeving of het inrichten van het dagelijkse leven. Voor die hulpvragen zouden artsen gemakkelijker moeten kunnen verwijzen naar het sociale domein. Wanneer mensen daar antwoord vinden op hun eigenlijke hulpvraag, wordt de gezondheidszorg minder belast.’

## ZORGKOSTEN

‘De zorgkosten rijzen de pan uit. Dat maakt de vraag ‘moet alles wat kan?’ steeds relevanter. Een voorbeeld. Een oude dame met staar heeft ook een hartklep die niet goed meer functioneert en een versleten heup. De specialisten willen haar met operaties aan alles helpen. Maar de dame zegt: ‘Ik wil graag dat er alleen wat aan mijn ogen gebeurt, zodat ik mijn krantje kan lezen en de kleinkinderen kan zien. Laat de rest maar zitten.’ Daar moeten we naartoe: niet de ziekte, maar de mens centraal zetten.’

## 2025

‘Ik denk dat er in 2025 een ander verdienmodel in de zorg is. Daar wordt al mee geëxperimenteerd. Zo zijn in het Bernhoven ziekenhuis alle medisch specialisten in loondienst. In dit ziekenhuis is de productieprikkel vervangen door een focus op kwaliteit, een ‘mensgerichte’ benadering en betere zorg door minder zorg daar waar mogelijk: de tijd die nodig is voor een patiënt is gewoon beschikbaar. Ik verwacht dat deze trend doorzet.’ ●

Over het belang van een gezonde leefstijl

# ‘Preventie is taak van elke specialist’

Moet de medisch specialist het begrip preventie breder trekken dan alleen het behandelen van diverse risicofactoren? Absoluut, vindt Jan van Wijngaarden, cardioloog en lid van de commissie Medisch Specialist 2025. ‘Nieuw is de aandacht voor preventie niet, de urgentie om het anders te doen wel.’



De cardioloog is te laat voor de interviewafpraak. Een ingewikkeld gesprek met een patiënt. Dat gaat voor - logisch. Zien we hier een medisch specialist die al in praktijk brengt waar het visiedocument ‘Medisch Specialist 2025’ voor pleit: ‘betrokkenheid bij gezondheid en gedrag’? ‘Ja en nee’, zegt Jan van Wijngaarden. Want natuurlijk besteedt hij als cardioloog al aandacht aan preventie bij de patiënt. Maar dan gaat het meer om het in kaart brengen van

risicofactoren. ‘Ik vraag bijvoorbeeld standaard of iemand rookt en adviseer dan om te stoppen. Maar eerlijk gezegd blijft het daar meestal bij. Ik heb niet de tijd om mensen via motiverende gespreksvoering te stimuleren om blijvend te stoppen met roken of meer te gaan bewegen en af te vallen. Vaak verandert er dan niets in het gedrag van de patiënt of vallen mensen snel weer terug in hun oude gedrag.’

Dat is jammer. Of sterker nog: niet langer houdbaar. Mede door de vergrijzing is het eerst en vooral belangrijk om de patiënt zo lang en goed mogelijk te laten functioneren met zijn (chronische) ziekte. Daar slaat de ‘betrokkenheid’ van het thema op. Dat dit effectief is en ook stijgende zorgkosten drukt is mooi meegenomen’, vindt Van Wijngaarden. ‘Denk alleen al aan wat je als medisch specialist ziet aan klachten door obesitas of roken. Ook de medisch specialist heeft mijns inziens een taak in preventie. In de visie vind ik de term ‘betrokken’ erg raak geformuleerd. Dat impliceert echter wel een aantal belangrijke randvoorwaarden: tijd, samenwerking en goede communicatie.’

## Medeverantwoordelijk

In het Deventer Ziekenhuis waar hij werkt, wordt daar al volop mee geëxperimenteerd. ‘Het is belangrijk dat we meer gaan inzetten op hulp van collega’s. Als specialist ben ik wel médeverantwoordelijk voor preventie, maar dat betekent niet dat ik alle gesprekken zelf voer. Dat moet je georganiseerd aanpakken. Ga samen om de tafel zitten om af te stemmen wie wat doet. Zo zijn de verpleegkundig specialisten binnen het cardiovasculair risicomanagement inzetbaar bij alle specialisten.’

*‘Je hoeft niet alles zelf te doen: ga samen aan tafel zitten om het te organiseren’*



Cardioloog Jan van Wijngaarden:

*‘Dat preventie, meer samenwerking en meer tijd en aandacht voor de patiënt leiden tot betere zorg, is een uitgemaakte zaak’*

Nu kaart ik leefstijl en preventie aan bij de patiënt, en verwijfs ik vervolgens met een gerust hart naar de verpleegkundige die de gespreksvoering verder oppakt en bijvoorbeeld een stoppen-met-roken of meer-bewegen-programma op maat kan opstellen.’

Voor de patiënt lijkt dat goed te werken. ‘Mensen staan ervoor open. Hooguit hoor ik soms klachten dat ze nu tijdens de behandelperiode nog vaker naar het ziekenhuis moeten komen voor de gesprekken met de verpleegkundig specialist.’ Overigens, als de patiënt niet meer onder controle staat bij het Deventer Ziekenhuis, dan neemt de huisarts de *follow-up* over. ‘Het is daarom essentieel om ook de eerste lijn erbij te betrekken en

goede afspraken te maken over (extra) personeel en de vergoeding hiervan.’

#### **Verder kijken**

Preventie, waar het thema ‘betrokken bij gezondheid en gedrag’ in feite op neerkomt, gaat verder dan alleen hameren op de *big four*: roken, alcohol, bewegen en voeding. ‘Hoe ga je bijvoorbeeld om met iemand die door een hartaandoening niet meer aan het werk kan?’, oppert Van Wijngaarden. ‘Dan moet je ook denken aan het voorkomen dat diegene dan in een sociaal isolement of depressie terechtkomt, en dus zorgen dat je als ziekenhuis ook de link kunt leggen met een bedrijfsarts of een psycholoog.’ ▶



**‘Ik geloof dat preventie echt kosteneffectief kan zijn’**

Nu is naar een bedrijfsarts of psycholoog verwijzen voor een cardioloog geen al te grote stap. Maar op welk punt wordt de betrokkenheid bij preventie wél lastig? We lezen in de visie: *‘In 2025 kijkt de medisch specialist steeds vaker samen met de patiënt hoe zij het functioneren van de patiënt optimaal kunnen herstellen, behouden of verbeteren.’* Van Wijngaarden: ‘Hoe ver ga je in het oprekken van die taak? Zo geloof ik zelf niet in spirituele of alternatieve geneeswijzen. Ik weet dus niet of ik iemand die daarop aanstuurt, dat moet adviseren. Op dat vlak kan het schuren.’

En hoe zit het met patiënten die hun leefstijl helemaal niet willen aanpassen? ‘Uit een enquête van de Federatie in 2015 bleek dat veel specialisten er vóór zijn om patiënten met een ongezonde leefstijl te kunnen weigeren voor een behandeling, als een ongezonde leefstijl bijdraagt aan het onderhouden van de aandoening. Ik vind dat onhaalbaar. Natuurlijk denk ik stiekem ook wel eens: stik er maar in, wanneer iemand niet wil stoppen met roken na een hartinfarct. Maar vind ik dat ook als iemand door te veel drank een auto-ongeluk heeft gehad? Draconische maatregelen waarbij je mensen in feite straft voor hun gedrag, leiden tot een

maatschappij die mensen tot in het oneindige controleert – voor zover dat al praktisch haalbaar is. In zo’n wereld wil ik niet leven.’

**Te duur**

Dat preventie, meer samenwerking en meer tijd en aandacht voor de patiënt leiden tot betere zorg, is voor Van Wijngaarden een uitgemaakte zaak. Maar hoe zit het met de kosten? Het onderwerp is regelmatig aan de orde gekomen tijdens bijeenkomsten van de werkgroep Medisch Specialist 2025, waar de cardioloog met nog veertien andere specialisten aan deelneemt, en de klankbordgroep waarin ook zorgverzekeraars zitting hebben. ‘Er zijn altijd mensen die metéén over geld beginnen’, verzucht de cardioloog. ‘Dat het niet kan, te duur is. Dat haalt wel een beetje de energie uit zo’n sessie. Ik geloof dat preventie echt kosteneffectief kan zijn.’

Ondanks de financiële en organisatorische hobbels die genomen moeten worden, heeft Van Wijngaarden vertrouwen in de toekomst. ‘Iedereen is de huidige situatie, die is gebaseerd op wantrouwen en markwerking, spuugzat. We zijn het erover eens dat er iets moet veranderen. De constante strijd om macht en geld in de zorg, de verlammeende regelzucht, het gevecht met zorgverzekeraars, met raden van bestuur... als we het onderwerp preventie niet gezamenlijk oppakken, raakt de patiënt ondergesneeuwd en wordt die uiteindelijk de dupe.’

**In de spotlight**

Vooruit, *fast forward* naar 2025. De medisch specialist in de toekomst. Hoe ziet die eruit? Volgens de visie: *‘Zij spreken zich in het openbaar en in de spreekkamer uit over het belang van een gezonde leefstijl.’* Van Wijngaarden: ‘Longartsen als Wanda de Kanter en Pauline Dekker zijn hier prachtige voorbeelden van. Zó bereik je mensen. Ik denk alleen niet dat dit voor alle specialisten is weggelegd. Ik zie mezelf in elk geval niet zo in de spotlights treden. Maar er zijn andere manieren. Door bijvoorbeeld als wetenschappelijke vereniging het gesprek aan te gaan met voedsel- en frisdrankfabrikanten, zoals met Coca Cola over minder suiker in frisdranken. Door scholen te bezoeken om voorlichting te geven over gehoorbeschadiging door te harde muziek. Of door te zorgen dat medisch studenten het belang van preventie nog beter meekrijgen.’ Dan, gelaten: ‘Dit soort plannen zijn natuurlijk verre van nieuw. Het gebeurt alleen nog steeds te weinig. Waarom het nu wel gaat gebeuren? Omdat we als beroepsgroep nu vanuit gezamenlijkheid een aantal thema’s hebben geformuleerd waaraan we in de komende tien jaar concreet uitvoering willen geven. Daardoor is het gevoel van betrokkenheid en urgentie onder artsen veel sterker dan een jaar geleden.’ Jan van Wijngaarden glimlacht. ‘Ik herinner me een heisessie met onze werkgroep en de klankbordgroep, waarbij de sfeer echt was van: we gaan ervoor, het wordt nu écht anders! Daar hebben we na afloop in de bar nog op geproost.’ ●

Kim Putters van het Sociaal en Cultureel Planbureau

# 'Medische en sociale modellen lopen door elkaar'

Met een snel groeiende oudere bevolking is inzetten op preventie cruciaal, vindt directeur Kim Putters van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en lid van de klankbordgroep Medisch Specialist 2025.



## **Wat vindt u van het thema 'betrokken bij gezondheid en gedrag' in de visie?**

'Het SCP kijkt vanuit maatschappelijke ontwikkelingen naar gezondheid. Vanuit dat perspectief vind ik het interessant te zien dat er een kanteling in het denken is gekomen: vanuit 'aanbod' en genezen naar voorkomen en preventie. Er wordt meer gedacht in uitkomsten van zorg. Die bredere opvatting van het vak, en de focus verleggen naar wat je kunt betekenen bij het beperken van risico's bij de bevolking, spreekt mij aan.'

## **Criticasters zeggen dat het een lastig haalbaar ideaal is, daar medisch specialisten vaak pas in beeld komen als er al klachten zijn.**

'Vergeet niet dat er nu 2,8 miljoen 65-plussers zijn, maar dat dit er in 2030 4,8 miljoen zijn, waarvan de helft zelfs 75-plus is. Van die groep ouderen heeft één miljoen mensen een combinatie van aandoeningen. Dat maakt de visie urgent en vraagt om alles op alles te zetten bij veelvoorkomende ziektes als diabetes, hartkwalen en dementie en de stapeling daarvan. Natuurlijk geldt 'schoenmaker blijf bij je leest, maar preventie kan plaatsvinden op verschillende niveaus.'

## **Waar valt dan aan te denken?**

'Bijvoorbeeld aan kennis delen met andere beroepsgroepen, zoals de huisarts of de wijkverpleegkundige. Kijk daarbij goed hoe de bevolking in elkaar steekt in je verzorgingsgebied: bijvoorbeeld of mensen hoog- of laagopgeleid zijn. Dat scheelt in levensverwachting al zeven jaar, en in jaren die mensen in goede gezondheid

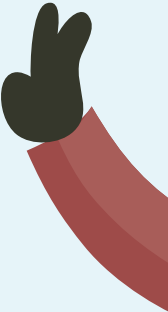


doorbrengen zelfs achttien jaar. Maak samen met de huisartsen of de ggd keuzes waarop je gericht inzet. Je kunt ook denken aan medisch specialisten die 'de wijk ingaan', en een spreekuur houden in een multifunctioneel gebouw voor ouderen, waar ook de geriater en dagbesteding zitten. De medisch specialist kan al vroeg meekijken bij klachten, en zo erger voorkomen of achteruitgang uitstellen.'

## **Welk advies wilt u medisch specialisten meegeven?**

'Mensen blijven straks langer zelfstandig wonen en vragen om handvatten om de kwaliteit van leven te bevorderen. Medische en sociale modellen gaan meer door elkaar lopen. Daar moet je als medisch specialist antwoord op hebben. Investeren in zorgnetwerken kan veel opleveren. Een voorbeeld? In verzorgingshuizen die zijn ingericht met meubels uit de jaren 30 en 40 en waar muziek uit die tijd wordt gedraaid, zie je patiënten die stil en teruggetrokken waren, weer tot leven komen. Dat is niet medisch, maar wel goede zorg.' ●

# De kunst van langer gezond blijven



Op sommige plekken wordt het visiedocument al lang in de praktijk gebracht. Bijvoorbeeld in Groningen, waar het UMCG in samenwerking met de hele regio sinds 2006 bouwt aan een gezonde toekomst, met *healthy ageing* als speerpunt.

**WAT IS HET?** Er zijn verhoudingsgewijs meer ouderen dan vroeger, en zij worden ook steeds ouder. Het UMCG onderzoekt hoe die extra levensjaren in goede gezondheid zijn door te brengen. Dit onderzoek bestrijkt de gehele levensloop. Het UMCG maakt hierbij een indeling naar primaire preventie (ziekte voorkomen), secundaire preventie (ziekte tijdig ontdekken, behandelen en progressie afremmen) en tertiaire preventie (herhaling en verergering voorkomen en daarnaast inzetten op functiebehoud).

**DOEL?** Het toenemend aantal ouderen doet een extra beroep op de samenleving. Tegelijkertijd zijn er steeds minder mensen beschikbaar om zorg te verlenen of bij te dragen aan de opbouw van het pensioen en zorgkosten. Deze combinatie van vergrijzing en ontgroening zet onze economie en samenleving onder druk. Met onderzoek naar de vraag hoe mensen langer gezond, gelukkig en actief kunnen leven, van voor de geboorte tot de laatste levensfase, wil het UMCG bijdragen bij aan het oplossen van dit probleem.

**HOE WERKT HET?** In de zorg en in onderzoek ligt de focus op het vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekte, zodat gezondheidsverlies kan worden voorkomen of beperkt. Zorgprofessionals en onderzoekers richten zich op een op het individu toegespitst zorgpad bij diagnose, behandeling en daarna. Steeds vaker maken leefstijlprogramma's deel uit van het zorgpad. Tot slot is het UMCG betrokken bij de ontwikkeling van zorgtrajecten op afstand, bijvoorbeeld om de zelfstandigheid en zelfredzaamheid van chronisch zieken te vergroten of om de impact van chronische ziekten te verkleinen.





## Noord-Nederland is volgens de EU een van de Europese koplopers op het terrein van Healthy Ageing

**WIE DOEN HET?** Het UMCG werkt met onder meer de Rijksuniversiteit Groningen en de noordelijke hogescholen, provincies, zorginstellingen, kennisinstellingen en het bedrijfsleven aan (fundamenteel) onderzoek en het vertalen van die kennis naar oplossingen die gezond ouder worden bevorderen. Dankzij de onderlinge samenwerking in het netwerk Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANN) is het mogelijk om sneller tot producten te komen op het gebied van preventie, genezing, betere zorg en zelfmanagement.

**UNIEK, WANT...** de kracht van het UMCG is de snelle uitwisseling en toepassing van kennis en ervaring binnen de keten van wetenschappelijk onderzoek, patiëntenzorg en onderwijs.

**HOE LOOPT HET?** Noord-Nederland is volgens de EU een van de Europese koplopers op het terrein van Healthy Ageing. Een voorbeeld van een succesvol project is *SamenOud*, dat zich richt op het bevorderen van de zelfstandigheid van ouderen in de thuissituatie. Een ander voorbeeld is *EurSafety Health-Net*, een grensoverschrijdend project om infecties in ziekenhuizen te voorkomen.

**TOEKOMSPERSPECTIEF** In 2020 start de bouw van een nieuwe Healthy Ageing Campus aan de noordzijde van het UMCG. Onderzoekers, ondernemers en overheden kunnen hier samen werken aan (onder andere) innovatieve medische technologieën en geneesmiddelen. ●



Hoe de kloof te dichten tussen dokter en techniek

# ‘Maak tijd en geld vrij voor innovatie’

Psychiater in opleiding Alexej Kuiper is vanuit de commissie Medisch Specialist 2025 ambassadeur voor het thema Voorop in Vernieuwing. ‘Innovatieve ontwikkelingen gaan de gezondheidszorg de komende jaren drastisch veranderen.’



Robotica, virtual reality, smartphones, e-health, big data, farmacologie: de lijst innovaties die op de medisch specialist afkomen is onuitputtelijk. En ze gaan het landschap van de gezondheidszorg

de komende jaren drastisch veranderen. Daarvan is Alexej Kuiper, aios psychiatrie bij het LUMC en Arkin, overtuigd. ‘Toch heeft het merendeel van de medisch specialisten nog maar nauwelijks aandacht voor alle technologische ontwikkelingen.’ Dat leidt tot een kloof tussen productontwikkelaars enerzijds, onder meer vanuit bedrijven zoals Apple en Philips, en zorgverleners anderzijds. ‘Veelbelovende ontwikkelingen worden daardoor niet of op een verkeerde manier toegepast.’

## Estland

Het elektronisch patiëntendossier (EPD) is daarvan een goed voorbeeld. Kuiper: ‘Veel ziekenhuizen hebben dat zelfstandig ingevoerd, vaak met een eigen softwareprogramma. Dat heeft lokaal werkende systemen opgeleverd die niet met elkaar communiceren. Patiënt en zorgverlener zijn daar de dupe van.’ Toch kan het ook anders. ‘In Estland, een van de drie Baltische staten, functioneert het landelijk EPD op een veilige manier, precies zoals de commissie Medisch Specialist 2025 het voor ogen heeft. De patiënt heeft een pasje, vergelijkbaar met een betaalpas. Daarmee kan hij zorgverleners, van fysiotherapeut tot huisarts en medisch specialist, toegang geven tot zijn dossier. Zorgverleners binnen en buiten het ziekenhuis kunnen er gebruik van maken.’

Het mes snijdt daarmee aan twee kanten, legt Kuiper uit. ‘Voor de patiënt is het winst dat de zorgverlener die hem behandelt, op de hoogte is van al zijn medische informatie. Wat is de medische voorgeschiedenis van

de patiënt, welke medicatie gebruikt hij, is hij wellicht allergisch? Een compleet verhaal dus, zodat de patiënt beter geholpen kan worden. Bovendien levert het de zorgverlener tijdwinst én overzicht op. Het kost mij vaak dagen om patiëntenstatussen uit te pluizen. En dan nóg mis ik vaak informatie. Zo kun je geen optimale zorg leveren.’

## Inspirerende voorbeelden

Estland kan als inspirerend voorbeeld dienen voor de Nederlandse zorgverleners. En je laten inspireren door goede voorbeelden, dat is een van de aanbevelingen uit het visiedocument Medisch Specialist 2025. Kuiper: ‘Het document wil zelf ook zo’n inspiratiebron zijn. We zeggen niet hoe je innovatie op de werkvloer moet vormgeven, we bieden geen recept dat je kunt opvolgen. Dat kan ook niet. Maar we zeggen wel: praat erover met elkaar, laat je inspireren, zoek goede voorbeelden. En stel jezelf vooral de vraag: wat ga jij eraan doen?’

Dat lukt het beste in een afdelings- of ziekenhuiscultuur die daarvoor open staat. ‘Het valt mij op dat er maar enkele ziekenhuizen zijn die aandacht hebben voor innovatie’, vertelt Kuiper. ‘Ik zie daar bevlogen leidinggevenden werken die erin geloven om in innovatie te investeren. Zij inspireren vervolgens andere medewerkers om eveneens dat pad te bewandelen.’

Ja, innovatie krijgt sneller een uitwerking in ziekenhuizen die ervoor openstaan. ‘Dat zijn de ziekenhuizen waar er ook tijd en geld voor wordt vrijgemaakt. Als je de hele dag patiënten ziet en de administratie moet doen, komt innovatie niet van de grond. Geef medewerkers de ruimte. Geef ze bijvoorbeeld een dagdeel per week om aan innovatieve projecten te werken. Start een hub,





Psychiater in opleiding Alexej Kuiper:

‘Als je de hele dag patiënten ziet en administratie doet, komt innovatie niet van de grond’

breng ze in contact met technologische universiteiten en maak er geld voor vrij. Bedrijven als Google besteden een vast percentage van hun budget aan innovatie. Dat kunnen wij ook doen.’

#### Innovatiemanager

Wat daarbij kan helpen is om per afdeling of ziekenhuis een innovatiemanager aan te wijzen, iemand die met kennis en enthousiasme ontwikkelingen volgt en contacten heeft in het bedrijfsleven. ‘In de toekomstvisie noemen we dat een *Chief Medical Information Officer*. Dat is een functionaris, liefst een medisch specialist of technisch geneeskundige, die aanspreekpunt is voor collega’s met innovatieve ideeën. Hij of zij kan meedenken, adviezen geven, verbinden met ontwikkelaars, noem maar op.’

Nu gebeurt het regelmatig dat goede ideeën vastlopen omdat er geen innovatiecultuur is in een afdeling of ziekenhuis. Hij geeft een voorbeeld: ‘Een collega-psychiater die vaak goede ideeën had over verbeteringen voor de afdeling kon daarmee bij niemand terecht. De afdelingsmanager verwees naar de raad van bestuur, die verwees weer naar anderen, enzovoort. ▶

# ‘Je moet gedegen antwoord kunnen geven op vragen van patiënten over innovaties’

Uiteindelijk gaf ze het op. Ze richt zicht nu alleen nog op haar standaardtaken. Daar wordt zij niet gelukkiger van, en haar werkgever loopt waardevolle ideeën mis. Een innovatiemanager had haar kunnen helpen. Die collega is geen uitzondering. Een innovatiecultuur is belangrijk: het zou goed zijn als ziekenhuizen straks net zoveel waarde hechten aan het werken aan innovatieve ontwikkelingen als nu al aan de wetenschapscultuur, het doen van wetenschappelijk onderzoek.’

## E-community

Ook in de spreekkamer is dat nodig. ‘Patiënten komen steeds vaker met vragen over innovaties waarover ze gehoord hebben. Ze willen weten of die baat kunnen hebben bij hun eigen behandeling. Medisch specialisten moeten daarop gedegen antwoord kunnen geven. Zodat patiënten geholpen worden bij hun beslissing: dit wil ik wel, dat wil ik niet.’ E-health gaat daarbij een belangrijke rol spelen, denkt Kuiper. ‘Ik voorzie een *e-community* waarbij de patiënt betrouwbare informatie kan vinden over zijn aandoening en goed overzicht heeft over welke zorgverleners een rol spelen bij zijn zorg. Dokter en patiënt beslissen vervolgens samen over de beste behandeling. Die aanpak sluit aan bij netwerkgeneskunde, een van de drie andere pijlers uit het visiedocument. De patiënt staat daarbij centraal in een netwerk van zorgverleners.’

Daarnaast bevordert de *e-community* de zelfredzaamheid van de patiënt, vervolgt Kuiper. ‘Patiënten krijgen meer handvatten over wat ze zelf kunnen doen om hun gezondheid te bevorderen. Thuisarts.nl vormt daarvan nu al een mooi voorbeeld. Als mensen meer gebruik maken van betrouwbare online informatiebronnen, gaan ze minder snel naar de dokter.’ Ook verwacht Kuiper dat de medisch-specialistische zorg zich gaat verplaatsen van het ziekenhuis naar bijvoorbeeld de huisartsenpraktijk of zelfs bij de patiënt thuis. ‘Waarom zou je voor een policontract met de medisch specialist naar het ziekenhuis moeten, als je dat gesprek ook vanachter een videoscherm of hologram kunt voeren? Patiënten zijn vaak veel reistijd kwijt om naar het ziekenhuis te komen. Dat hoeft straks niet meer.’



## Opleidingsprofiel

Ook in de opleiding, zowel voor basisarts als medisch specialist, is meer aandacht gewenst voor innovatie, stelt de commissie Medisch Specialist 2025. ‘Juist in de huidige opleidingen kan dat goed, omdat er steeds meer ruimte is voor individuele opleidingsprofielen voor artsen in opleiding. Wie interesse en voldoende talent heeft, moet kunnen kiezen om zich verder te ontplooiën met een opleidingsprofiel op het domein innovatie.’

Zijn eigen interesse in innovatie is groot. Kuiper is voorzitter van het Platform Toekomst & Innovatie van De Jonge Specialist. En hij is een van de bedenkers van de *Psycholance*, een ambulance voor het vervoer van psychiatrische patiënten. ‘Het stoorde me dat verwarde mensen urenlang in een ziekenhuis of politieel moesten wachten op vervoer. Bovendien zijn politiemensen en ambulancepersoneel onvoldoende geschoold in de omgang van deze patiënten. De *Psycholance* is daarom een uitkomst. Maar toen ik het idee had, riep iedereen: dat kan niet. Ik heb ervan geleerd dat je niet moet opgeven, maar geleerd om door te gaan én bondgenoten te zoeken. Als het op de ene manier niet lukt, probeer je het op een andere manier. Net zolang tot het wel werkt. Ook dat is innovatie.’ ●

Jan van Kimpen van Philips

# 'Patiënten dwingen vernieuwing af'

Als voorzitter van de klankbordgroep Medisch Specialist 2025 vindt Jan Kimpen, chief medical officer van Philips, dat het visiedocument de uitdagingen van de geneeskunde van de toekomst goed beschrijft.



## **Wat vindt u van de vier gekozen thema's?**

'Ze beschrijven goed de uitdagingen waar de nieuwe generatie dokters voor staat. De keuze om de patiënt centraal te stellen in het thema de unieke patiënt en de medisch specialist, past bijvoorbeeld in een gezondheidszorg waarbij de patiënt steeds meer regie krijgt en neemt over zijn gezondheid.

Ook spreekt het me aan dat medisch specialisten een grotere rol willen spelen in preventie. Als je weet dat in Nederland – net zoals in andere landen – een verwaarloosbaar deel van het gezondheidszorgbudget naar preventie gaat, is er nog een wereld te winnen. We kunnen geen geneeskunde blijven bedrijven op de manier zoals we dat nu doen. Dat betekent het faillissement van de gezondheidszorg.'

## **Welke rol speelt innovatie bij deze transitie?**

'Die is onmisbaar. Patiënten dwingen innovatie ook af. Ze gaan zelf op zoek naar mogelijkheden om hun gezondheid te monitoren en maken daarbij gebruik van innovaties. Dat kunnen we niet tegenhouden. Net zomin als banken of reisbureaus dat konden in hun branche.'

## **Waarom vindt u innovatie zo belangrijk?**

'Een voorbeeld: patiënten meten straks zelf wekelijks thuis hun bloeddruk, in plaats van twee keer per jaar bij de dokter. Dat levert continue in plaats van gefragmenteerde zorg op. Die zorg is patiëntgericht, want de patiënt doet het zelf. En de kosten worden lager en er ontstaat een veel nauwkeuriger beeld.



Alleen maar voordelen dus. Dan praten we over slechts één voorbeeld van innovatie.'

## **Kan samenwerking tussen bedrijven, dokters en patiënten de innovatie stimuleren?**

'Die samenwerking is cruciaal. Philips viert dit jaar haar 125-jarig bestaan. We gaan de volgende 125 jaar niet halen als we niet samenwerken met dokters en patiënten. Ziekenhuizen willen geen doos met een nieuwe CT-scan erin. Ze willen dat wij met hen meedenken over de uitdagingen waar zij voor staan. Dan praten we niet over nieuwe CT-scans, maar over geïntegreerde oplossingen. Bedrijven kunnen die oplossingen niet zelf bedenken. Daar hebben we dokters en patiënten bij nodig.'

## **Welk advies wilt u medisch specialisten meegeven?**

'Omarm de digitalisering. Die gaat ons verder helpen. Het leidt tot betere kwaliteit van zorg én we houden de zorg betaalbaar. Er is geen andere manier. Met dit visiedocument laten de medisch specialisten zien dat ze dat begrepen hebben.' ●

# Geneeskundige met de blik van ingenieur

De snelle technologische ontwikkelingen in ICT, celbiologie, robotica en beeldvormende technieken vragen om nieuwe beroepen. De opleiding tot technisch geneeskundige wordt sinds 2003 op de drie technische universiteiten aangeboden, maar alleen in Twente worden studenten opgeleid om ook patiëntenzorg te verlenen.

**WAT IS HET?** Een nieuwe discipline in de gezondheidszorg. Studenten worden opgeleid om technologie in te zetten voor de behandeling en diagnose van individuele patiënten. Technisch geneeskundigen uit Twente zijn meer dan een ingenieur met medische kennis: ze hebben diepgaand inzicht in het functioneren van het menselijk lichaam. Daarnaast verdiepen zij zich in de mogelijkheden en de begrenzingen van technologie.

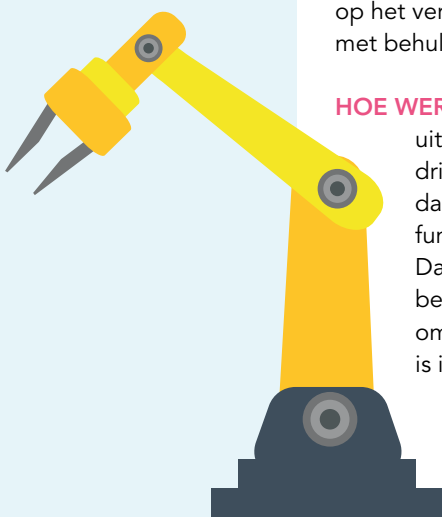
**DOEL?** Medisch-technische innovaties volgen elkaar zo snel op dat ze voor medisch specialisten nauwelijks nog bij te houden zijn. Er is daardoor vraag naar een nieuw type specialist. De opleiding technische geneeskunde richt zich op dit snijvlak tussen arts en ingenieur: de deskundigheid is gericht op het verbeteren van diagnoses en therapie met behulp van technologie.

**HOE WERKT HET?** De opleiding bestaat uit een driejarige bachelor en een driejarige master. Studenten leren daarin hoe het menselijk lichaam functioneert en krijgen ziekteleer. Daarnaast kent de opleiding een belangrijke technologische component om te begrijpen hoe technologie is in te zetten voor diagnostiek en behandeling. Verder is er veel aandacht voor het aanleren van gesprekstechnieken,

consultvoering en ondersteunende vakken als elektrotechniek, medisch recht en ethiek.

**WIE DOEN HET?** Studenten die van biologie, wis- en natuurkunde houden, praktisch aan de slag willen met nieuwe technologieën in de zorg én graag met mensen willen werken. Er is wel een numerus fixus van 130 plaatsen per jaar.

**UNIEK, WANT...** de opleiding wordt ook in Delft en Eindhoven aangeboden, maar daar ligt het zwaartepunt op de ingenieurskant en worden studenten niet in de eerste plaats opgeleid voor een zorgberoep.





## De technisch geneeskundige richt zich op het verbeteren van diagnoses en therapie met behulp van technologie

**HOE LOOPT HET?** Als een trein: de meeste afgestudeerden vinden binnen enkele maanden een baan in een academisch of topklinisch ziekenhuis. De technische geneeskundige behandelt dan patiënten in samenwerking met een of meerdere medisch specialisten. Sinds de opleiding in 2003 van start is gegaan, zijn er zo'n driehonderd technisch geneeskundigen afgestudeerd. En de vraag naar hen neemt nog steeds toe vanwege de steeds grotere rol van technologie in de gezondheidszorg.

**TOEKOMSPERSPECTIEF:** De universiteit is vorig jaar daarom ook gestart met het financieel ondersteunen van een fellowship technische geneeskunde. De opleiding stelt geld beschikbaar voor zes klinische opleidingstrajecten van twee jaar. Binnen deze trajecten leveren de fellows patiëntenzorg en bekwamen ze zich in het verrichten van complexe medisch-technologische zorg. Kandidaten voor een fellowship worden uitgekozen op basis van een opleidingsplan dat is goedgekeurd door Nederlandse Vereniging voor Technisch Geneeskundigen (NVvTG). ●



Minister van Volksgezondheid

# Edith Schippers

Sinds 2010 is ze minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. In zes jaar tijd heeft ze grote hervormingen in de zorg doorgevoerd en de sector in al haar facetten leren kennen. Hoe kijkt zij naar de toekomst?

## 2 Welke rol ziet u hierin voor medisch specialisten?

'De medisch specialist is nodig om de administratieve lasten aan te pakken. Jarenlang is dit *top-down* geprobeerd. Dat werkt niet. Artsen en verpleegkundigen weten wat hen hindert, hoe het beter kan. Natuurlijk is informatie belangrijk. Zeker in de zorg. Ook patiënten willen meer informatie: wat helpt, wat niet, wat zijn de risico's en de gevolgen. Maar dat kan en moet slimmer. Bronregistratie is daarin cruciaal, net als het weghalen van onnodige en zinloze registraties, te complexe richtlijnen en protocollen en te veel uitvraag van verschillende instanties en verzekeraars.'

## 1

## Wat ziet u als belangrijkste uitdagingen voor de zorg tot 2025?

'Focus op kwaliteit van leven in plaats van *sec langer leven*, netwerkgeneeskunde in plaats van focus op één alleenstaand onderdeel, volwaardige aandacht voor preventie naast reguliere zorg en *care*. Samen beslissen wordt de norm en nieuwe technologieën gaan daarbij helpen. Het is mooi om te zien dat de Federatie zich hier ook op richt. Want juist hierdoor opereren medici en patiënten steeds meer als een team, verbeteren we de zorg en houden we het betaalbaar. De groei in de kosten van zorg beteugelen, zoals we gezamenlijk hebben gedaan, was een hele klus. Dat blijft het ook in de toekomst. Terug naar het steile groeipad van tussen 2000 en 2012 is geen optie. En we hebben niet gekozen voor de gemakkelijkste weg van een kleiner pakket en steeds hogere eigen betalingen. Juist niet. De zorg heeft meer geleverd voor minder geld. Dat verdient een compliment. Deze credits krijgt de zorg te weinig. We zien te veel de incidenten en gaan voorbij aan wat voor geweldig goed werk er wordt verricht. Nu moeten we de weg op van samenwerking. Echte problemen aanpakken, zoals de doorgesloten administratieve lasten. Voor mij staat dit op nummer één.'

## 3

## Welk concreet advies wilt u medisch specialisten meegeven voor de komende tijd/ nabije toekomst?

'De samenleving verandert in rap tempo. Dat geldt ook voor de gezondheidszorg, denk bijvoorbeeld aan alle technologische ontwikkelingen en de eisen die patiënten stellen aan zorgverlening. Zorg dichtbij huis, zelf kunnen kiezen. Het is mooi om te zien dat medisch specialisten onderdeel uitmaken van deze ontwikkelingen. We doen het in Nederland heel goed. Natuurlijk kan het altijd beter, maar laten we ook gepast trots zijn! Over de visie van de Federatie ben ik heel enthousiast. Het is een prachtige agenda om op samen te werken.' **NQ**

'We zien te veel de incidenten en gaan voorbij aan wat de zorg presteert'



## Samen met collega's aan de slag met **Medisch Specialist 2025?**

Neem dan een kijkje in de toolkit. Daar vindt u:

FILMPJES

VOORBEELDEN VAN  
INITIATIEVEN

POWERPOINTPRESENTATIES

VOORBEELDEN VAN  
JAARAGENDA'S

INTERVIEWS

AFBEELDINGEN

VRAGENLIJSTEN

ACHTERGRONDINFORMATIE





# Betere zorg begint met een goed gesprek

Samen beslissen in de spreekkamer. Dat willen patiënten, maar ook artsen. Een gelijkwaardig gesprek geeft betere zorg en een beter gevoel. Alleen gebeurt dat 'samen beslissen' nog niet vaak genoeg. Of voelt het nog niet genoeg als 'samen'. Dat kan dus beter. Een goed gesprek tussen arts en patiënt is het begin. Geïnteresseerd? Kijk dan eens op onze website voor video's en tips. [www.begineengoedgesprek.nl](http://www.begineengoedgesprek.nl).



Betere zorg begint met een goed gesprek