

de Medisch Specialist

MAART 2017
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

1

AAN TAFEL!

Meepraten over zorginkoop

OP NAAR DE STEMBUS

Zorgprogramma's langs de lat

SPECIALIST IN TEAMWERK

Multidisciplinair opleiden in de praktijk

Voorzitter Marcel Daniëls

**‘De politiek kan
niet om ons heen’**



ACADEMIE VOOR
MEDISCH SPECIALISTEN



OP WEG NAAR 2025 MET SCHOLING OP MAAT

Heeft u een specifieke opleidingsvraag? Wilt u een aparte groep in zijn geheel laten trainen op bepaalde vaardigheden? Of heeft u behoefte aan intervisie over een thema dat speelt binnen de medische staf?

De Academie biedt programma's die geheel aan uw wensen kunnen worden aangepast.

MEDISCH MANAGEMENT
BESTUREN MEDISCHE STAVEN
ZIEKENHUISFINANCIËN
BELEID EN STRATEGIE
KLINISCH LEIDERSCHAP
SAMENWERKEN
VOOROP IN VERNIEUWING
IFEMS
INNOVATIE

BART VAN WIJCK, anesthesioloog-pijnspecialist en vice-voorzitter van het stafconvent van het UMC Utrecht, volgde de incompany cursus stafconvent UMCU.

"Als stafconvent van het UMC Utrecht hebben wij de Academie gevraagd een cursus te verzorgen, toegesneden op academisch medisch specialisten. Zo af en toe moet je je eigen functioneren kritisch reflecteren.

Wat zij initieerden is het bespreken van de actuele problematiek die in het ziekenhuis leeft en kijken hoe onze rol als stafconvent daarin is. Dit gebeurt op een intervisieachtige manier waardoor je heel veel interactie krijgt en zodoende voortschrijdend inzicht. De cursusleiders stelden de vragen en de oplossingen kwamen uit onszelf.

Ik vond hun aanpak prettig. Ze waren deskundig, hielden het overzicht en hadden voor ogen waar het naar toe moest gaan. Met zachte signalen leidden ze ons daar naar toe."



www.academiemedischspecialisten.nl - telefoon (030) 247 41 97



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum ontzorgt!

Het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) is hét loket voor uw vragen en advies op het gebied van arbeids- en ondernemerszaken, gezondheidsrecht, en voor MSB's, medische staven en VMSD's.

Bel ons via **030 - 670 27 27** of mail info@demedischspecialist-lad.nl

Meer informatie: www.demedischspecialist.nl/kdc



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) is een initiatief van de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband.



In dit nummer



8 POLITIEK IN DE PRAKTIJK

MDL-zorg in de knel

Het succes van het bevolkingsonderzoek darmkanker kent een keerzijde: de werkbelasting van MDL-artsen. 'Op dit moment doet nog driekwart van de gepensioneerde MDL-artsen coloscopieën. Dat kan niet de bedoeling zijn.'

11 COVERSTORY

'De politiek kan niet om ons heen'

Met cardioloog Marcel Daniëls als voorzitter staat er een medisch specialist aan het roer van de Federatie. 'Het is logisch om nu het debat te voeren vanuit de dagelijkse praktijk.'

15 VERKIEZINGEN

Keuze genoeg

Met de verkiezingen voor de deur legt De Medisch Specialist de programma's langs de lat. Welke partij komt op voor uw belangen en die van de patiënt?

21 OPLEIDEN

Specialist in teamwerk

Multidisciplinair werken is steeds vaker de standaard. Maar hoe is deze benadering structureel te verankeren in de opleiding? In het Antoni van Leeuwenhoek delen opleider en aios hun ervaringen.

24 ZORGINKOOP

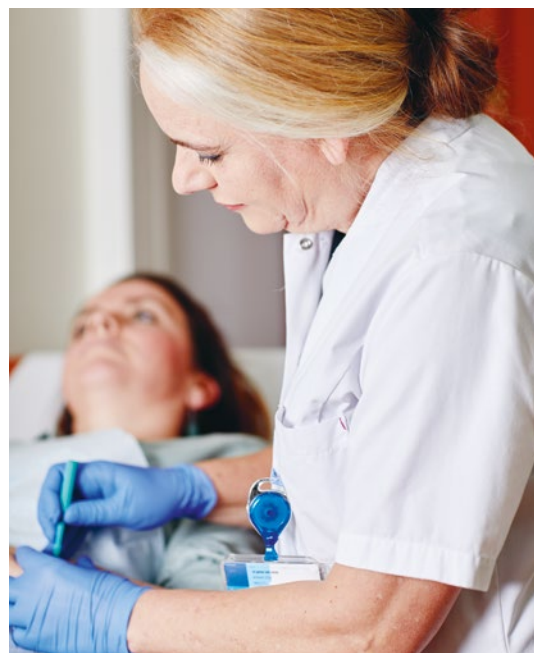
Aan tafel!

Meepraten over zorginkoop is goed voor de kwaliteit van zorg, voor medisch specialisten én de patiëntenzorg, vindt radioloog Bert van Schelven. Hij maakt al vijf jaar deel uit van het zorginkoopteam van het Rijnstate.

27 SPECIALISME IN BEELD

Regie over huid en haar

Het specialisme dermatologie wordt steeds complexer. Het voortouw nemen bij het goed verdelen van de dermatologische zorgtaken is dan van groot belang, merken dermatologen Saskia de Mare van het Rijnstate en Jorrit Terra van het UMCG.



EN VERDER

6 Kort nieuws

20 In de media: koffie met de NOS

RUBRIEKEN

6 Vraag & antwoord aan het KDC

14 Column: Geert Kazemier

19 Stelling: Alle specialisten in loondienst

30 Drie vragen aan... Károly Illy

COLOFON

jaargang 3, maart 2017

Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten 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 Rempelberg, 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,
Serge Ligtenberg, Marieke de Lorijn,
Rob Nelisee en Hester Otter

Fotografie cover: Suzanne van de Kerk

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 Specialisten
Cindy van Schendel
afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
T (030) 282 36 50
E 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
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.

Elke stem telt

De verkiezingscampagne is weer een waar spektakel – voor wie ervan houdt. Met meer partijen dan ooit is het dringen om een felbegeerd plekje bij de debatten op televisie en radio. Daar doen de onvermoeibare lijsttrekkers hun uiterste best om de kiezers in het hart te raken. Met scherpe oneliners, plechtige beloften en krachtige toezeggingen. En wie weet wat de dames en heren politici deze laatste dagen uit de kast trekken om op het nippertje – tegenwoordig zweeft 70 procent van het electoraat – nog stemmen te winnen.

Voor ons als medisch specialisten is de uitkomst van de verkiezingen van belang, maar met name de periode erna. Als alle ballonnen weer zijn opgeborgen, de gebeitelde glimlach af gaat en het serieuze werk begint: de kabinetsformatie. Die belooft, afgaande op de verhoudingen in de peilingen, een van de spannendste en meeslependste in jaren te worden. Dit jaar geldt echt: elke stem telt.

Want wie neemt straks het voortouw in de formatie? Welke consequenties heeft de verkiezingsuitslag voor de Nederlandse gezondheidszorg? Hoeveel aandacht gaat er straks uit naar kwalitatieve aspecten van de zorg en de randvoorwaarden waaronder wij optimaal – en met plezier – kunnen functioneren? En wordt de visie van professionals, zoals door ons neergelegd in 'Medisch Specialist 2025' daarin meegenomen?

In elk geval loont het de moeite om onze special te lezen waarin we de zorgprogramma's en standpunten van politieke partijen naast elkaar leggen en vergelijken. Net als de stelling die we een tweetal politici hebben voorgelegd over dat punt waar al zo lang zoveel stemmingmakerij over is – specialisten wel of niet verplicht in loondienst.

Ik wens u veel wijsheid in het stemhokje,



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter

Federatie Medisch Specialisten

Eerste consultkaarten beschikbaar

In januari is de eerste consultkaart verschenen, voor artrose van de heup of knie. Aan de hand van deze keuzehulp kunnen arts en patiënt behandelmogelijkheden vergelijken en samen kiezen voor de behandeloptie die het beste bij de patiënt past.

Consultkaarten worden ontwikkeld door de wetenschappelijke vereniging en de betrokken patiëntenvereniging, met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie. Uitgangspunt zijn de meest gestelde vragen van patiënten bij een specifieke aandoening of ziektebeeld. De antwoorden worden gegeven op basis van de medisch-wetenschappelijke richtlijn.

Binnenkort verschijnen ook consultkaarten voor trombose, longembolie, blijvende schade aan de nieren, epilepsie bij volwassenen, vocht in het middenoor en ontstoken keelamandelen bij kinderen en het letsel van de voorste kruisband. De Consultkaart is een initiatief van Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie.

Alle gepubliceerde consultkaarten vindt u op: www.consultkaart.nl en www.begineengoesprek.nl.



VRAAG & ANTWOORD

Een selectie uit de vele juridische en praktische vragen die de medewerkers van het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) dagelijks beantwoorden. Dit keer: **taken van het VMSD.**

Ook een vraag? Mail naar info@demedischspecialist.nl

VRAAG > In de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten (AMS) is de Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD) geregeld. Welke taken heeft de VMSD en op welke wijze kan het KDC ons ondersteunen?

ANTWOORD >

De rol van de VMSD is het vertegenwoordigen van medisch specialisten in dienstverband, zodat zij in staat zijn om invulling te geven aan medeverantwoordelijkheid voor de te leveren medisch specialistische zorg in het ziekenhuis. De VMSD stemt samen met de medische staf en het medisch-specialistisch bedrijf of coöperatie af welke onderwerpen op het niveau van de medische staf worden besproken en geadviseerd. Zo worden onderwerpen die gerelateerd zijn aan kwaliteit en veiligheid, veelal in de medische staf besproken.

In het statuut in de AMS zijn voor VMSD's diverse onderwerpen geregeld waarover de VMSD advies uitbrengt aan de raad van bestuur. Voor een deugdelijke besluitvorming binnen een VMSD wordt geadviseerd een reglement op de stellen. Hierin wordt onder andere de samenstelling van het bestuur en de stemming binnen een VMSD geregeld.

Het KDC kan VMSD's adviseren over de vorming en organisatie van een VMSD. Zo zijn er modelstatuten beschikbaar binnen het KDC. In 2017 worden VMSD's verder ondersteund in hun ambitie een volwaardige gesprekspartner voor de raad van bestuur te zijn. ●

Psychiaters: 'Neem ons serieus'

Circa 1.500 psychiaters in dienstverband van 41 ggz-instellingen voerden in januari opnieuw actie om van hun werkgevers het werkgeversdeel van de pensioenpremie terug te krijgen. Het pensioengeld wordt al twee jaar achtergehouden. Nog niet eerder kwamen er zo veel psychiaters in actie tegen hun werkgever.

Psychiater Isis Elzackers van Altrecht: 'Door de opstelling van onze werkgevers lopen we een aanzienlijk deel van ons pensioen mis. Met name zijn we boos omdat het de zoveelste keer is dat de raden van bestuur een overheidsmaatregel misbruiken om nóg meer te beknijselen op de zorg. We voelen ons niet serieus genomen.'

De ggz-instellingen blijven bij hun standpunt dat er geen geld is om het pensioengeld terug te geven. Naar aanleiding van de tweede actiedag is een bestuurlijk overleg gepland om tot een oplossing te komen. ●

Thuisarts.nl breidt uit

De onafhankelijke publiekswaarschuwing Thuisarts.nl wordt verder uitgebreid met medisch-specialistische informatie over 25 aandoeningen. De uitbreiding met medisch-specialistische informatie is een uitkomst van een samenwerking tussen de Federatie, het NHG en Patiëntenfederatie Nederland.

De komende maanden wordt de informatie samengesteld in speciale werkgroepen van medisch specialisten en patiënten, met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie. ●

The screenshot shows the Thuisarts.nl website interface. At the top, there is a search bar with the text 'THUISARTS.NL' and a search button labeled 'ZOEKEN'. Below the search bar, there are navigation tabs labeled 'A B C D'. The main content area is titled 'Ik word onderzocht op melanoom'. Underneath, there are several sections: 'In het kort', 'Beschrijving', 'Verschijnselen', 'Onderzoeken', 'Voorbereiding', 'De ingreep', 'Na de ingreep', 'De uitslag', and 'Hoe gaat het verder?'. There is also a 'Meer situaties' section with a photo of a mole. The page is designed to be user-friendly and informative.

Jaarverslag 2016

De Federatie faciliteert en vertegenwoordigt alle medisch specialisten van Nederland, verbindt de verschillende specialismen en vormt de schakel met partijen in het veld. Dit gebeurt onder meer door een gezamenlijke visie en beleid voor de vooruitgang van de medisch-specialistische zorg en het maken van een praktische vertaling naar instrumenten waar de medisch specialist iets aan heeft in het dagelijks werk.

In het jaarverslag over 2016 ziet u in vogelvlucht wat de Federatie het afgelopen jaar zoal voor u heeft gedaan.



Vanaf eind maart vindt u het jaarverslag op: www.demedischspecialist.nl/jaarverslag2016.

Nieuwe zorgevaluaties op de planning

Voor 29 aandoeningen is in multidisciplinair verband vastgelegd welke zorgevaluatieonderzoeken de meeste prioriteit hebben. Dit traject wordt uitgevoerd in het kader van de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda, een integrale aanpak om de kwaliteit van de zorg op 30 aandoeningen te verbeteren.

Er lopen momenteel verschillende zorgevaluatietrajecten. Belangrijk, want een medisch specialist kan in veel gevallen kiezen uit verschillende behandelopties voor een aandoening. Het is alleen lang niet altijd duidelijk welke behandeling het meest effectief is bij welke patiënt. Zorgevaluatie geeft antwoord op deze vraag en draagt bij aan meer zorg op maat, gezondheidswinst en soms ook besparing van onnodige zorgkosten. Het Kennisinstituut van de Federatie begeleidde de prioritering van deze onderzoeksonderwerpen van de K&D-agenda. Na positieve beoordeling door ZonMw gaan deze zorgevaluaties van start. ●

Bijna ten onder aan eigen succes

MDL-zorg in de knel

Het bevolkingsonderzoek darmkanker lijkt succesvol. De keerzijde ervan is de werkbelasting van de MDL-artsen, zowel in het bevolkingsonderzoek als de reguliere patiëntenzorg. Aanpassingen in het onderzoeksprogramma, taakherschikking én ruimere instroom van het aantal MDL-artsen in opleiding moeten de druk van de ketel halen.

Het zijn imponerende getallen. Darmkanker is de tweede meest voorkomende kanker in Nederland. Jaarlijks wordt de diagnose bij zestienduizend mensen in Nederland gesteld. En elk jaar overlijden vijf- tot zesduizend mensen aan de ziekte. Hoogleraar Maag-Darm-Leverziekten in Maastricht UMC+ Ad Masclee, MDL-arts en voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL), ondersteunt daarom het preventieve bevolkingsonderzoek darmkanker. Dat is in 2014 gestart onder alle mannen en vrouwen van 55 tot en met 75 jaar. 'Als MDL-artsen zijn we er trots op dat we op deze manier aan preventie kunnen doen. We kunnen zo een nare ziekte voorkomen of vroegtijdig opsporen.'

De eerste resultaten van de screening zijn gunstig. De opkomst is bijvoorbeeld verrassend hoog, blijkt uit cijfers van regisseur RIVM van het bevolkingsonderzoek en de uitvoerende screeningsorganisaties. In 2015 deden 850.000 deelnemers mee. Bij 3.700 mensen werd darmkanker ontdekt en bij 20.000 deelnemers zijn zogenaamde adenomen verwijderd, poliepen die een voorstadium van darmkanker kunnen betekenen.

Wat is er aan de hand?

- In 2014 is het preventieve bevolkingsonderzoek darmkanker gestart
- Mensen met een ongunstige ontlastingstest worden verwezen om een coloscopie te ondergaan
- Het bevolkingsonderzoek is succesvol, maar de extra coloscopieën en administratieve laten leggen grote druk op de MDL-artsen
- Wachttijden voor reguliere MDL-klachten lopen in sommige regio's op tot zes weken

Alles wijst erop dat het bevolkingsonderzoek ook de komende jaren haar vruchten zal afwerpen. Dat bevestigt ook het recente promotieonderzoek van medisch beslistkundige Marjolein Greuter van het VUmc. Zij schat in dat het aantal gevallen van darmkanker op termijn met ruim een derde afneemt en de sterfte aan darmkanker met bijna de helft.

Oplopende wachttijden

Dat is goed nieuws, maar de keerzijde is dat de druk op de MDL-artsen sterk toeneemt sinds de invoering van het bevolkingsonderzoek. 'Er zijn te weinig MDL-artsen om naast alle coloscopieën voor het bevolkingsonderzoek, ook het dagelijkse klinische werk te kunnen uitvoeren,' legt Masclee uit. 'Bij mensen met een ongunstige ontlastingstest, de eerste fase van het bevolkingsonderzoek, kunnen we met een coloscopie adenomen en darmtumoren opsporen en verwijderen. Op dit moment doet driekwart van de gepensioneerde MDL-artsen nog steeds coloscopieën om de gevraagde behandelingen te kunnen leveren. Dat kan niet de bedoeling zijn.' Vooral Zuid-Nederland, een van de vijf uitvoeringsregio's van het bevolkingsonderzoek, heeft capaciteitsproblemen. 'Die krapte loopt parallel met de regio's waar er een tekort is aan MDL-artsen,' constateert Masclee. 'Dat betekent oplopende wachttijden voor patiënten met MDL-klachten in de reguliere zorg.'

Die wachttijd bedraagt inmiddels meer dan zes weken. 'Patiënten met MDL-klachten moeten langer wachten voordat ze bij de MDL-arts terecht kunnen. Ziekenhuizen organiseren weliswaar spoedspreekuren en MDL-artsen selecteren zorgvuldig de patiënten met acute problematiek, maar daarmee redden we het niet.'

Vooraf het toegenomen aantal coloscopieën door het bevolkingsonderzoek vormt een last voor de



MDL-arts Ad Masclee:

‘De wachttijden voor patiënten met reguliere MDL-klachten lopen snel op’

MDL-artsen. ‘In de reguliere patiëntenzorg voeren we jaarlijks ruim 200.000 coloscopieën uit. Voor 2017 komen er 63.000 coloscopieën bij voor het bevolkingsonderzoek. De overheid heeft daar weliswaar extra budget voor vrijgemaakt, maar dat lost het capaciteitsprobleem niet op. Bovendien is er veel administratielast bijgekomen. Zo is er voor het bevolkingsonderzoek een registratiesysteem opgezet om alle complicaties te melden. Dat is nodig, maar het betekent wél extra werk voor de MDL-artsen.’

RIVM: ‘Eerder regio- dan capaciteitsprobleem’

RIVM-woordvoerder Coen Berends: ‘Sinds de start van het bevolkingsonderzoek is het capaciteitsprobleem al onderwerp van gesprek. Ook binnen de programmacommissie die ons adviseert over het onderzoek. De krapte lijkt overigens eerder samen te hangen met een verdeling over regio’s dan met beschikbare capaciteit. Dit proberen we te ondervangen door het bevolkingsonderzoek gefaseerd in te voeren en telkens andere leeftijdscohorten uit te nodigen.’

Ook denken we na over mogelijke oplossingen voor het capaciteitsprobleem. Zo zou je deelnemers voor een coloscopie kunnen verwijzen naar een ziekenhuis of expertisecentrum dat iets verder weg ligt en waar wél voldoende capaciteit is. Dat gebeurt al, maar niet iedereen wil dat. Sommige mensen gaan liever naar hun eigen ziekenhuis en wachten iets langer.

In haar promotieonderzoek suggereert Marjolein Greuter dat ook het screeningsinterval is aan te passen. Mannen en vrouwen tussen 55 en 75 jaar worden nu elke twee jaar opgeroepen voor het bevolkingsonderzoek. Als je die frequentie verlaagt, blijft de screening effectief. Zo zou je ook de drempelwaarde van de ontlastingstest kunnen verhogen. Je stuurt dan minder mensen door bij wie je bloed in de ontlasting aantreft. Je loopt dan wel het risico dat je mensen met kanker mist, maar je verlicht de druk op de capaciteit.

Uiteindelijk beslist de minister van WVS, op advies van de Gezondheidsraad, over ingrijpende veranderingen. Voorlopig willen we het bevolkingsonderzoek uitrollen zoals het nu is ontworpen.’

Taken herschikken

Taakherschikking naar andere disciplines zou een oplossing kunnen zijn. Twintig procent van de endoscopieën wordt momenteel gedaan door getrainde internisten. ‘Dat zijn ervaren internisten op dit gebied. We zijn daar blij mee, want ze ontlasten ons werk.’ Daarnaast kunnen verpleegkundigen eenvoudige endoscopieën uitvoeren. ‘In sommige ziekenhuizen gebeurt dat al. Als je het goed organiseert, kan dat een deel van het probleem oplossen. Maar niet alles. ▶



‘Alleen al voor het bevolkingsonderzoek hebben we zeventig tot tachtig extra MDL-artsen nodig’

Verpleegkundigen zijn weliswaar goedkoper dan een MDL-arts, maar zij kunnen minder endoscopieën uitvoeren in dezelfde tijd. Bovendien is er voor elke verpleegkundige altijd een MDL-arts nodig die directe supervisie geeft en om complexe verrichtingen over te nemen. Verder kan een verpleegkundige alleen kleine poliepen verwijderen. Verwijderen van poliepen groter dan één centimeter blijft het werk van een ervaren MDL-arts. Daarom hechten we er waarde aan dat er meer MDL-artsen opgeleid gaan worden. Het is namelijk een intensief traject om bevoegd en bekwaam te worden in uitvoering van endoscopieën en om aan de kwaliteitseisen te voldoen.’

Nog geen oplossing

Overigens is het bevolkingsonderzoek niet de enige oorzaak van het tekort aan MDL-artsen, benadrukt Masclee. ‘Het tekort bestaat al jaren. We denken

‘Internisten kunnen bijdragen aan oplossing’

Meer samenwerking tussen MDL-artsen en internisten kan een deel van het capaciteitsprobleem oplossen, vindt internist Servaas Donders, werkzaam in het Martini Ziekenhuis Groningen. Hij verricht al dertig jaar endoscopieën.

‘Internisten, ook internisten in opleiding, hebben veel belangstelling om coloscopieën uit te voeren. Dat past in het kader van het huidige meervoudig profiel van de opleiding tot internist, waarbij je jezelf kunt opleiden in meer dan één aandachtsgebied. Je zou dat kunnen organiseren door ervaren internisten in te zetten voor coloscopieën in het bevolkingsonderzoek, en jongere collega’s – onder supervisie in een gedegen opleidingstraject – te laten scopiëren in de reguliere patiëntenzorg. De MDL-artsen doen dat ook zo.

Uiteraard moet de kwaliteit van de coloscopie gewaarborgd zijn, zowel in het bevolkingsonderzoek als de reguliere zorg. Internisten kunnen dat door de kwaliteit van de endoscopie bij de kwaliteitsvisitaties te controleren vanuit onze wetenschappelijke vereniging. De kwaliteit van de coloscopieën door internisten en MDL-artsen wordt overigens gezamenlijk getoetst bij de audits van het bevolkingsonderzoek.

Ik scopieer al dertig jaar, momenteel in een team van zeven MDL-artsen. Die samenwerking verloopt uitstekend. We beoordelen samen casuïstiek en leren van elkaar. Goede samenwerking tussen MDL-artsen en internisten kan een deel van het capaciteitsprobleem oplossen. Dat is in het belang van iedereen: dokters, deelnemers aan het bevolkingsonderzoek en patiënten.’

dat we nog een aantal jaren ruim moeten groeien om voldoende capaciteit te hebben voor zowel de reguliere zorg en het bevolkingsonderzoek. Alleen al voor het bevolkingsonderzoek hebben we zeventig tot tachtig extra MDL-artsen nodig. Bovendien kunnen we door de krapte niet investeren in nieuwe ontwikkelingen. Onze energie gaat volledig op aan zorg leveren.’ Masclee ziet daarom het liefst dat de instroom voor de opleiding wordt verruimd. ‘De minister van VWS beslist daarover, op advies van het Capaciteitsorgaan. De MDL-artsen enerzijds en het Capaciteitsorgaan anderzijds verschillen echter van mening over de omvang van de instroom. En voorlopig komen we nog niet dicht bij elkaar. Door de komende periode voldoende gekwalificeerde MDL-artsen op te leiden, zorgen we ervoor dat het bevolkingsonderzoek niet aan haar eigen succes ten onder gaat.’ ●

In gesprek met voorzitter Marcel Daniëls

‘Debat weer voeren vanuit de spreekkamer’

Met de komst van cardioloog Marcel Daniëls is er voor het eerst in zes jaar tijd gekozen voor een medisch specialist als voorzitter. Een gesprek over ambities en uitdagingen, politieke skills en waarom het voorzitterschap en werken in de praktijk goed samengaan. ‘De Federatie moet twee kanten op werken.’

Uw voorganger Frank de Grave is destijds bewust gekozen als niet-medicus. Hij kon daardoor boven de partijen staan. Nu staat er toch weer een medisch specialist aan het roer. Wat is de meerwaarde van deze keuze?

‘Laat ik vooropstellen dat Frank de Grave een enorme brug heeft geslagen tussen de medisch specialist en de maatschappij. Hij bracht de buitenwereld ‘naar binnen’. Ook de verdeeldheid onder dokters onderling is verdwenen. Dat zijn geweldige verdiensten. Frank heeft echter ook gezegd dat een beroepsgroep als die van medisch specialisten in staat moet zijn zichzelf te representeren. Daarbij komt dat discussies over geld en inkomen steeds meer plaatsmaken voor het debat over kwaliteit en invulling van de medisch-specialistische zorg. Daardoor komen steeds vaker dilemma’s en meningen op tafel vanuit de spreekkamer. Willen we als medisch specialisten laten horen welke randvoorwaarden nodig zijn om optimaal te kunnen functioneren, dan is het logischer om een voorzitter te hebben die ook de dagelijkse praktijk meemaakt.’

Hoe zorgt u dat bovengenoemde verworvenheden behouden blijven?

‘Door alle veranderingen van de afgelopen jaren zit het maatschappelijke aspect zó ingebakken bij medisch specialisten, de besturen van de wetenschappelijke verenigingen en de Federatie, dat dit een vanzelfsprekendheid is. Het betekent niet dat we achterover kunnen leunen. We moeten ons blijven ontwikkelen en andere spelers in de zorg – van zorgverzekeraars tot aan patiëntenverenigingen – actief blijven vragen om feedback. Die ondersteuning helpt om kritisch naar onszelf te blijven kijken.’ ▶



Algemeen voorzitter en cardioloog Marcel Daniëls:

‘De beroepsgroep van medisch specialisten moet in staat zijn zichzelf te representeren’

‘Voor sommige specialisten is het werk van de Federatie nog vrij onzichtbaar in hun dagelijkse praktijk. Daar ligt voor ons een taak’



Dus u vreest niet voor een meer naar binnen gekeerde organisatie, zoals bij de Orde het geval was?

‘Absoluut niet. Ik ben ervan overtuigd dat de huidige besturen van de wetenschappelijke verenigingen én het bestuur van de Federatie dat niet laten gebeuren.’

Voor Frank de Grave was de functie van algemeen voorzitter zijn belangrijkste taak. U blijft daarnaast ook werken als cardioloog. Gaan die werkzaamheden goed samen?

‘Het is een combinatie die veel tijd kost en niet altijd even makkelijk is, maar het helpt enorm als je collegae in het ziekenhuis je ondersteunen. Gelukkig is dat bij mij het geval. Dat maakt het haalbaar. Ik vind ook dat

het belangrijk is dat Federatie twee kanten op werkt: enerzijds het perspectief van de medisch specialist in het ziekenhuis overbrengen aan koepelorganisaties die vorm geven aan de medisch-specialistische zorg, anderzijds om het perspectief van die organisaties te toetsen op haalbaarheid en het te vertalen naar de werkvloer.’

Komend jaar staan er belangrijke punten op de agenda, waaronder het sluiten van zorgakkoorden. Beschikt u over de politieke skills om hiermee om te gaan?

‘Als voorzitter van de Nederlandse Vereniging van Cardiologie, en daarna als voorzitter van de Raad Kwaliteit en lid van het bestuur van de Federatie, heb ik veel contact gehad met alle partijen die een

rol spelen in het medisch-specialistische domein, inclusief de politiek. Bovendien verwacht ik dat de kwaliteit en doelmatigheid van zorg een dusdanig groot aandachtspunt wordt tijdens de komende verkiezingen, dat de politiek zeker niet om de visie van de medisch specialisten heen kan.'

Hoe kunt u als medisch specialist de politieke ervaring van uw voorganger meenemen?

'De Federatie heeft veel contacten opgebouwd binnen de politiek. De werkwijze van Frank de Grave heeft daarbij geholpen, evenals de opstelling van de medisch specialisten. Het contact tussen de medische wereld en de politiek is toegankelijker geworden. Natuurlijk blijven we daarin investeren. Uiteindelijk moeten we de zorg met zijn allen – van medisch specialist, zorgverzekeraar tot aan politieke partij – vormgeven.'

Een ander belangrijk punt: er komt dit jaar een evaluatie over hoe medisch specialisten vinden dat de Federatie functioneert. Hoe gaat u deze evaluatie tegemoet?

'Het opheffen van de Orde was een grote stap voor medisch specialisten, waar we graag op terugblikken. Ook kijken we waar we anno 2017 staan. Hoe vinden de wetenschappelijke verenigingen het nu ze een Federatie vormen? Wat zijn de voordelen en de knelpunten? Het kost tijd om daarachter te komen, met een paar simpele vragen ben je er niet. De Federatie zal, samen met de wetenschappelijke verenigingen, de komende maanden invulling geven aan dit evaluatieproces.'

Wat hoort u zelf terug van collega's op de werkvloer?

'Ik krijg de indruk dat de gevoelens gemengd zijn. Er zijn genoeg artsen die het voordeel van de Federatie zien, mede dankzij alle zichtbare ontwikkelingen als de aandacht voor vakinhoudelijke aspecten, de totstandkoming van het hoofdlijnenakkoord en de uitkomst van het dossier pensioenaftopping. Dergelijke zaken gaan niet vanzelf, zonder de Federatie waren ze onmogelijk geweest. Dat neemt niet weg dat er voor de Federatie een taak ligt met betrekking tot de individuele specialist. Als je contributie betaalt, verwacht je dat je daarvoor iets terugziet. Voor sommige specialisten is het belang van de Federatie in hun dagelijkse werk echter nog vrij onzichtbaar. Aan ons de taak om – nu we als organisatie gesetteld zijn – aan hen inzichtelijk te maken waarom gezamenlijk optreden daadwerkelijk helpt.'

Welke taken liggen er de komende jaren nog meer voor de Federatie?

'De discussie over een verplicht loondienstverband voor alle specialisten is er één, zeker nu er verkiezingen voor de deur staan. Wij zijn er uitgesproken over: het huidige stelsel, met ruimte voor vrij beroep en loondienst, is wat ons betreft prima. Als het stelsel op de schop gaat, neemt dat de aandacht weg van veel grotere issues, waaronder het betaalbaar houden van de zorg.

Een ander belangrijk agendapunt is de concentratie en spreiding van zorg. Moeten ziekenhuizen alles blijven aanbieden, of wordt de zorg in de toekomst meer regionaal vormgegeven en georganiseerd in netwerken? De vervolgvraag is dan natuurlijk hoe je zo'n netwerk organiseert en welke plek de dokter daarin heeft. En dan is er nog de impact van nieuwe technologieën. Denk aan de opkomst van gezondheidsapps en de mogelijkheid om de gezondheidstoestand van patiënten op afstand in de gaten te houden. Als dokters zijn we daar nog zoekende in. Daarom heeft de Federatie sinds een jaar de Raad Wetenschap & Innovatie, waarin specialisten zich bezig houden met innovatie in de zorg.'

Wat ziet u de komende tijd als speerpunten?

'De belangrijkste vier hoofdthema's zijn neergelegd in het visiedocument 'Medisch Specialist 2025': de unieke patiënt en de medisch specialist, richting netwerkgeneeskunde, betrokken bij gezondheid en gedrag en voorop in vernieuwing. Zaken waar iedereen op dit moment mee bezig is, maar waarvan de invulling nog onduidelijk is. Het visiedocument wordt een belangrijke leidraad in hoe medisch specialisten, wetenschappelijke verenigingen en de Federatie zich komende jaren gaan opstellen. Een grote uitdaging, maar ik ben ervan overtuigd dat het document zal helpen om daar richting aan te geven.' ●



Wie is Marcel Daniëls?

Marcel Daniëls (1959) studeerde geneeskunde aan de universiteit Leiden, deed promotieonderzoek in Canada en volgde zijn vervolgopleiding aan het UMCU. Sinds 1994 werkt hij als cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, waar hij ook opleider is. Marcel vervulde in het verleden voorzittersfuncties bij de Nederlandse Vereniging van Cardiologie en de Raad Kwaliteit van de Federatie. Marcel is getrouwd, heeft twee dochters en een zoon en houdt van fotografie en wielrennen. Hij heeft meerdere malen een fietstocht georganiseerd voor cardiologen naar Europese congressen in onder meer München en Stockholm. De opbrengst was bestemd voor cardiologisch onderzoek.

Nuance

Buiken zijn tijdens de ochtendoverdracht altijd *plankhard* of *volstrekt* soepel. Net als fascies *volledig* intact zijn. Ik weet niet precies waarom we ons als chirurgen op deze manier uitdrukken. Er zit iets stoers en zelfverzekerds in, maar er spreekt ook uit dat er echt goed gekeken is, heus!

Het helpt misschien jongere assistenten ook standhouden in een chirurgische wereld die nogal dichotoom is. Zwart-wit, kanker-geen kanker, opereren-niet opereren. Het lijkt of de nuance noodgedwongen ontbreekt. Tegelijkertijd is het een goedaardige vorm van extremisme. En extremisme kenmerkt zich door gebrek of zelfs ontkenning van nuance.

Ik denk dat wij assistenten soms het idee hebben gegeven dat een beetje extremisme hoort bij een goed chirurg zijn. Blijkbaar roepen we dat op. En dat terwijl nuance nou juist de basis is van ons vak. Luisteren, onderzoeken, bespreken, afwegen. Het is zonder twijfel zo dat de beschouwende specialisten daar nog beter in zijn, maar ik durf te stellen dat de moderne chirurg inmiddels aardig meedoet.

De tijd van de oude chirurgische opleiders, bij wie de assistenten rilden van angst, ligt echt al ver achter ons. Toch lijkt er nog werk te doen als je in elke medische soap dat stereotype beeld van die onbehouwen chirurg terugziet.

Ik moest hier aan denken nu ik de verkiezingen zie naderen en ik politici steeds verder zie afdrijven van de feiten of, inderdaad de nuance. Ze zouden nog heel veel kunnen leren van een chirurgisch assistent, zelfs tijdens de overdracht. Misschien moeten ze maar eens een dagje meelopen. *Evidence based politics*, dat zou wat zijn. Ik ga u natuurlijk geen stemadvies geven, maar wens u wel veel nuance op 15 maart.

Geert Kazemier, gastro-intestinaal chirurg en lid van de redactieadviesraad van De Medisch Specialist



Verkiezingsprogramma's langs de lat

Er valt weer wat te kiezen

Op 15 maart mag Nederland naar de stembus. Partijleiders buitelen al maanden over elkaar heen in de strijd om uw stem. Welke partij komt op voor uw belangen en die van de patiënt? Wie neemt opvallende standpunten in, maakt zich hard voor innovatie of minder bureaucratie? De Medisch Specialist maakt de balans op.

Medische ethiek

VVD vindt dat iedereen de mogelijkheid moet hebben om zelf te kiezen voor een waardig levenseinde.

50PLUS wil dat pijnverzachtende zorg altijd beschikbaar is, is voor introductie van een laatste-wil-pil en voor uitvoering van euthanasie bij voltooid leven.

PvdA wil dat artsen beter zijn geïnformeerd over wat binnen de euthanasiewet mogelijk is. Er komt een verwijsplicht voor artsen met bezwaren.

CDA is geen voorstander van een verdere verruiming van de euthanasiewetgeving.

ChristenUnie wil dat de abortusgrens omlaag gaat naar maximaal 18 weken.

GroenLinks wil dat abortus en euthanasie uit Wetboek van Strafrecht worden gehaald.



Over medisch specialisten

PvdA wil dat medisch specialisten met hun maatschap in dienst van ziekenhuizen komen.

D66 wil ook dat medisch specialisten werknemers van ziekenhuizen worden.

SP is voorstander dat medisch specialisten in loondienst gaan werken. Daarnaast wil de partij een medisch letselschadefonds oprichten dat patiënten snel compenseert bij medische missers. Het schadebedrag wordt verhaald bij de specialist, het ziekenhuis of de zorginstelling.

ChristenUnie en **GroenLinks** willen dat medisch specialisten in loondienst gaan en hun salaris voortaan valt onder de Wet normering topinkomens (WNT).

CDA vindt dat het in loondienst brengen van specialisten kan helpen om overproductie te voorkomen. Precieze arbeidsafspraken en voorwaarden kunnen door de overheid gestimuleerd worden, maar de uitwerking is uiteindelijk aan ziekenhuizen en medisch specialisten.

50PLUS vindt dat niet alleen de spoedeisende hulp, maar ook huisartsen en poliklinieken zeven dagen per week open moeten zijn.



Betaalbare zorg

PvdA is voor uitbreiding van de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) voor alle hoog-specialistische zorg opdat de academische ziekenhuiscare en de acute zorg verspreid door het land beschikbaar en voor iedereen toegankelijk is.

VVD ziet veel mogelijkheden om verspilling in de zorg tegen te gaan. Te vaak worden onderzoeken dubbel uitgevoerd. Ook komt het voor dat een medische ingreep niet bijdraagt aan de kwaliteit van leven of dat er te lang wordt doorbehandeld. Niet ieder ziekenhuis hoeft te beschikken over dezelfde, dure apparatuur.

ChristenUnie wil naar door patiënten geregisseerde zorg in plaats van aanbodgestuurde. Ook streeft de partij naar meer kwaliteit en beter betaalbare zorg. Hoe? Onder meer door monitoring, diagnose en gegevensbeheer door de patiënt thuis, vroegtijdige consulten en lichte interventies in de eerstelijns. Daarnaast kiezen ze voor regionale klinieken en ziekenhuizen voor eenvoudige en planbare ingrepen en streven ze naar concentratie van meer complexe zorg in een aantal gespecialiseerde ziekenhuizen.

GroenLinks zet in op aanpak van verspilling en overbehandeling. Geld dat nu gaat naar het salaris van bestuurders, de winst van farmaceuten en het marketingbudget van zorgverzekeraars, moet naar de zorg.

Farmaceutische industrie

PvdA wil de kosten van de inkoop van (dure) geneesmiddelen nationaal en samen met andere landen doen om de macht van de farmaceutische industrie beperken. Als de omzet van een bepaald medicijn stijgt, dan daalt de prijs. De Wet op de geneesmiddelen wordt daarvoor aangepast. Daarbij zorgt de partij voor voldoende alternatieven die zonder bijbetaling beschikbaar blijven en wordt de toepassing van bijvoorbeeld *biosimilars* gestimuleerd.

GroenLinks lagere prijzen voor medicijnen afdwingen door generieke medicijnen centraal door de overheid in te laten voeren.

CDA pleit voor meer internationale samenwerking om de macht van de farmaceutische industrie aan banden te leggen.

VVD wil een akkoord met de farmaceutische industrie over lagere prijzen en toegankelijkheid voor patiënten, innovatie en transparantie.

D66 wil dat zorginstellingen en Europese ministers gaan samenwerken op het vlak van inkoop van medicijnen. Ook moet op Europees niveau onderzoek plaatsvinden naar alternatieve financieringsmodellen voor dure medicijnen.



Preventie

CDA ziet graag dat preventie de prioriteit wordt van de gezondheidssector én van de volgende minister van Volksgezondheid. Daarnaast vinden ze dat de overheid integrale bekostiging van preventie mogelijk moet maken.

DENK wil een Nationaal Preventiefonds: waaraan de Rijksoverheid, gemeenten en zorgverzekeraars bijdragen en van waaruit projecten worden gefinancierd die een gezonde levensstijl bevorderen.

VVD wil meer informatie beschikbaar stellen over een gezonde leefstijl, vooral bij jongeren. Ze willen geen vet- of suikerbelasting.

PvdA zet in om voedseleducatie en preventieve maatregelen die de gezondheid vergroten, onder te brengen in het basispakket.

De partij wil meer sturing op het verbeteren van gezondheid in plaats van op het beperken van de 'schadelast'.

D66 staat voor meer aandacht voor preventie en gezond leven. Focus op investeren in e-health en innovatie gericht op gezondheid, in plaats van op behandelen.





Curatieve zorg

VVD wil zorggelden samenvoegen om nauwere samenwerking tussen huisarts en specialist te stimuleren en wil investeren in een zelfstandige plek en bekostiging van de specialist ouderengeneeskunde in de eerstelijnszorg.

ChristenUnie gaat ziekenhuisbehandelingen waar mogelijk overhevelen naar de eerstelijnszorg.

PvdA wil delen van de tweedelijnszorg (onder andere ziekenhuiszorg) overhevelen naar huisartsen en gezondheidscentra en medisch specialisten gaan spreekuur houden in de wijken.

PvdD is tegen sluiting van regionale, kleinschalige ziekenhuizen.

50PLUS is voor volledige transparantie over de behandelingen en het verleden van medici. Wil een medische datacard invoeren die ook gebruikt kan worden als codicil, deze vervangt het EPD.



Zorgverzekeraars

CDA verplicht zorgverzekeraars om in ieder geval één overzichtelijke standaardpolis met gelijke voorwaarden als de andere verzekeraars aan te bieden.

PvdA concurrentie tussen zorgverzekeraars vindt alleen plaats op basis van kwaliteit en de aanvullende verzekering. Verzekeraars werken in elke regio samen om de patiënt de beste zorg te bieden. Binnen een regio is één verzekeraar jaarlijks verantwoordelijk voor de totstandkoming van afspraken tussen zorgaanbieders, gemeenten en (vertegenwoordigers van) patiënten.

D66 zorgverzekeraars houden zich nadrukkelijk bezig met het inzichtelijk maken en het bevorderen van kwaliteit, en aangeven op wijze de kwaliteit een rol heeft gespeeld bij de inkoop van de zorg. Ook wil de partij dat zorgverzekeraars experimenten en pilots financieel ondersteunen, onder andere naar vormen van bekostiging die het vervangen van dure door goedkopere zorg, preventie en vroegsignalering en -interventie bevorderen.

SGP wil dat zorgverzekeraars en zorgkantoren verplicht worden om bij het inkopen van zorg de kwaliteitsstandaarden te gebruiken. Ook kunnen kleine zorgaanbieders een contract op maat krijgen.

Zorgstelsel

VVD wil meerjarige contracten tussen zorgverzekeraars en zorgverleners stimuleren. Op die manier kunnen zorgverleners investeringen doen om vernieuwingen mogelijk te maken en de zorg verder te verbeteren. Zorgverleners moeten worden betaald op basis van de kwaliteit van zorg, een goede behandeling en de tevredenheid na afloop van de behandeling.

CDA wil de marktwerking in de zorg beteugelen met een verbod op winstuitkeringen voor zorgverzekeraars, zorginstellingen en ziekenhuizen. Geld dat voor de zorg is bedoeld moet in de zorg blijven of leiden tot lagere premies.

GroenLinks wil dat marktwerking in de zorg strenger wordt gereguleerd. Bij de inkoop en bekostiging van zorg komt het accent te liggen op preventie en verwachte gezondheidswinst.

PvdA wil de marktwerking een halt toeroepen. Zo komt er een uniforme polis voor het basispakket en wordt de marktwerking voor de zeer specialistische zorg van de academische ziekenhuizen geschrapt. Daarnaast gaan meer taken van het ziekenhuis naar de eerstelijns.

SP wil ook af van de zorg als markt. Concurrentie tussen zorginstellingen maakt plaats voor samenwerking en organisaties met een publieke taak mogen geen winstoogmerk hebben. Een strenge inspectie ziet toe op de kwaliteit van zorg.

50PLUS wil de marktwerking terugdraaien en een nieuw zorgstelsel invoeren per 2020.



Opvallende standpunten

PvdA schaft het eigen risico af. Dit wordt betaald door een beperkte opslag op de belastingtarieven. Daarnaast komt er onderzoek naar de implementatie en de toepassing van de integrale visie 'positieve gezondheid' door het opzetten van wijkgerichte projecten en de toepassing ervan in gezondheidscentra.

SP en **50PLUS** willen een Nationaal Zorgfonds. Zorgverzekeraars zijn niet meer nodig. Het eigen risico wordt afgeschaft en de premie wordt inkomensafhankelijk.

PVV wil het eigen risico geheel afschaffen en de bezuinigingen in de thuiszorg en ouderenzorg terugdraaien.

Noot: dit is alles dat over het gehele onderwerp 'zorg' valt te lezen in het verkiezingsprogramma van de partij.

PvdD vindt dat gezelschapsdieren een therapeutische bijdrage kunnen leveren aan onder andere ouderen en alleenstaanden. Medische isotopen worden voortaan gemaakt met deeltjesversnellers en in zieken- en verpleeghuizen worden alleen nog gezonde, biologische maaltijden geserveerd.

D66 wil experimenteren met nieuwe vormen van zorgbekostiging. Zo wil de partij het vervangen van dure door goedkope zorg, preventie en vroegsignalering en interventie bevorderen. D66 is voorstander van Actieve Donor Registratie.

ChristenUnie en **SGP** zijn tegen de Actieve Donor Registratie.

DENK vindt het belangrijk dat er oog is voor culturele en religieuze achtergronden en pleit voor meer cultuursensitiviteit bij zorginstellingen en zorgopleidingen.

Bureaucratie

D66 wil de financiële prikkels en budgetten wegnemen die intramurale zorg aanjagen. Net als prikkels die investeringen in e-health belemmeren. Huisartsen en specialisten krijgen meer tijd per consult.

CDA wil medewerkers en instellingen ruimte geven om aan te geven welke regels overbodig zijn zodat er meer tijd over is voor patiënten. Dit geldt ook voor regels en overbodige inspecties door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa).

50PLUS maakt zich hard voor minder administratie, minder managers en minder vergaderen.

SP wil de menselijke maat terug in de zorg en het vertrouwen in de professionals herstellen. Die stellen – in overleg met de patiënt – vast welke zorg nodig is.



Onderzoek

D66 investeert in onderzoek – fundamenteel en toegepast. Vruchten van dit met publiek geld gefinancierde onderzoek moet zoveel mogelijk vrij toegankelijk en voor iedereen beschikbaar zijn, daarom pleit D66 voor zogenaamde open science platformen.

VVD Nederland gaat een leidende rol spelen bij klinisch geneesmiddelenonderzoek bij vrouwen en patiënten met meerdere aandoeningen. Bij de verdeling van middelen wil de partij de focus op resultaten en maatschappelijk impact nadrukkelijker meenemen.

Wat wil de Federatie?

De Federatie wil de afspraken continueren in het verlengde van het huidige hoofdlijnenakkoord: vrijheid in de keuze voor werken in vrij beroep of dienstverband, medisch specialisten buiten de WNT en continuering van de *Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten* voor de bevordering van het kwaliteitsbeleid; ook wel SKMS-gelden genoemd.

Disclaimer

In dit artikel is het niet mogelijk alle standpunten van alle politieke partijen over de zorg mee te nemen. De redactie heeft daarom een selectie gemaakt van de meest in het oog springende en relevante onderwerpen.





Alle medisch specialisten in loondienst

Keuzevrijheid versus verplicht in loondienst, meer jonge dokters aan het werk tegenover het belang van ondernemerschap. Er zijn talloze voors en tegens aan het idee van alle medisch specialisten in loondienst. Hoe denkt de politiek erover?



**Woordvoerder Curatieve Zorg
Linda Voortman van GroenLinks:**

‘De inkomens van Nederlandse medisch specialisten lopen uit de pas met die van hun buitenlandse collega’s. Waarom moeten specialisten in Nederland zoveel verdienen? We praten over gemeenschapsgeld, geld dat voor zorg is bestemd. Laten we daar voorzichtig mee omspringen.

Wat ons betreft komen alle medisch specialisten in loondienst, en vallen zij onder de Wet Normering Topinkomens. Je gaat daarmee de prikkel tot overbehandeling tegen, omdat je als arts voor je inkomen niet langer afhankelijk bent van het aantal verrichtingen dat je hebt gedaan. Daar komt bij dat de belangen van ziekenhuizen en medisch specialisten meer op één lijn komen als specialisten in loondienst werken. Dat bevordert de samenwerking. Volgens berekeningen van het Centraal Planbureau (CPB), besparen we op termijn een half miljard euro per jaar als alle medisch specialisten in loondienst komen. Van dat geld kunnen we jonge medisch specialisten aan het werk krijgen die geen baan vinden. Dat zijn jonge dokters die nu soms uitwijken naar het buitenland.

Met meer dokters aan het werk, kunnen we de zorg beter verdelen én overbelasting van dokters voorkomen. Ook daarom is het beter als alle medisch specialisten in loondienst komen.’



**Woordvoerder Curatieve Zorg
Arno Rutte van de VVD:**

‘In Nederland hebben we zowel medisch specialisten in loondienst als medisch specialisten die ondernemen. Beide modellen zijn wat ons betreft prima. We willen vooral dat de medisch specialist die werkwijze kan kiezen die het beste bij hem of haar past. Sommige medisch specialisten zeggen: ik wil graag in loondienst. Ik wil dat ondernemerschap niet, ik wil me concentreren op de patiëntenzorg. Andere artsen vinden het juist fijn om ondernemend te denken. Patiënten profiteren van de zorginnovaties die dat kan opleveren. Deze discussie draagt niet bij aan een betere kwaliteit van de gezondheidszorg. Het resultaat voor de patiënt, dat is het enige dat telt. En dan zien we dat zowel ondernemende artsen als artsen in loondienst uitstekende zorg leveren. Er is geen enkel bewijs dat vrijgevestigd medisch specialisten zouden overbehandelen. Evenzo ontbreekt bewijs dat bij artsen in loondienst de zorg goedkoper wordt. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg is hoog. Dat komt mede door de manier waarop we het hebben georganiseerd. De keuzevrijheid van de medisch specialist speelt daarbij een belangrijke rol. Laten we dat zo houden.’



Naschrift redactie: De geïnterviewden hebben hun uitspraken gedaan nog voor de doorrekening van de verkiezingsprogramma's door het CPB. De actuele CPB-berekeningen vindt u via www.demedischspecialist.nl/keuzesinkkaart.

Koffie drinken met de NOS

De Federatie voerde diverse malen zogeheten 'achtergrond-gesprekken' met de NOS. Het doel: medische onderwerpen onder de aandacht brengen. Manager Communicatie Lilian Jansen van de Federatie vertelt hoe het gesprek over de gevolgen van de sluiting van de kernreactor in Petten leidde tot veel media-aandacht én resultaat.

Aanleiding

Het was de NOS die in 2015 tien wetenschappelijke verenigingen benaderde met de vraag of zij wilden praten over mogelijke nieuwswaardige onderwerpen. De betreffende verenigingen stuurden het verzoek door naar de Federatie, die blij was met het initiatief. Jansen: 'Ik stelde de NOS-redacteuren voor om dan meteen met alle 32 wetenschappelijke verenigingen om tafel te gaan zitten. Zo kregen wij de kans om belangrijke,

medische onderwerpen te pluggen en kon de NOS nieuwswaardige items creëren en naar buiten brengen.'

Werkwijze

Jansen plande verschillende sessies in, waar zowel de NOS als enkele bestuursleden van de wetenschappelijke verenigingen aan deelnamen. Tijdens het gesprek met de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde (NVNG) kwam de kernreactor in Petten aan bod. Jansen: 'De NVNG voorziet al langer een groot probleem in de gevolgen van de sluiting van die centrale. In de discussie wordt echter alleen gesproken over het milieu- en veiligheidsaspect, en niet over de gevolgen voor artsen en patiënten. De kernreactor produceert namelijk óók medische isotopen die worden gebruikt voor kankerbehandelingen.'

De Federatie had het probleem – samen met andere betrokken partijen, zoals ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en radiotherapeuten – van tevoren in kaart gebracht. De vervolgstap was om dit op grote schaal onder de aandacht te brengen, om het onderwerp

op de agenda te zetten én een kabinetsbesluit te stimuleren waarin de patiënt over tien jaar nog steeds beschikt over medische isotopen, vertelt Jansen. 'Het maakt de Federatie niet uit welke oplossing de overheid kiest, als het belang van de patiënt maar wordt meegenomen in die afweging.'

Resultaat

De NOS besteedde in december 2016 aandacht aan het belang van medische isotopen voor de arts en de patiënt in het *Journal*. Naar aanleiding daarvan kwam ook *Medisch Contact* met een groot artikel. De media-aandacht had het gewenste effect: inmiddels laat het ministerie van Volksgezondheid een onderzoek uitvoeren door het RIVM waarbij ook wordt gekeken naar het patiëntenperspectief. De Federatie is gevraagd om hiervoor input te leveren. Jansen: 'Zonder die nieuwsuitzending was dat ongetwijfeld minder makkelijk gegaan. We zijn blij met dit eerste resultaat.'

Ook andere, medische zaken zijn afgelopen jaar in het nieuws gekomen dankzij de achtergrondgesprekken, zoals het tekort aan verpleegkundige specialisten binnen de cardiologie en de medicatieveiligheid bij ziekenhuisapothekers. Bovendien liggen er nog genoeg 'plankonderwerpen' klaar. Jansen: 'Zoals deze voorbeelden laten zien, kunnen de achtergrondgesprekken en de daaropvolgende media-aandacht dus echt goed helpen om belangrijke zaken onder de aandacht te brengen.' MD

Multidisciplinaire aanpak werpt vruchten af

Specialist in teamwerk

In steeds meer vakgebieden is multidisciplinair werken de standaard. Toch wordt deze benadering nog niet overal structureel verankerd in de opleiding van aios. In het Antoni van Leeuwenhoek gebeurt dat wél.

Het idee om 'briljante eenpitters' op te leiden is verouderd, vindt opleider medische oncologie bij het Antoni van Leeuwenhoek in Amsterdam Jacqueline Stouthard. 'De grenzen tussen specialismen vervagen en binnen medische teams werken steeds meer specialisten samen. Zo zie je tegenwoordig bij vrijwel alle specialismen die betrokken zijn bij complexe aandoeningen, dat patiënten multidisciplinair worden besproken en behandeld. Het is daarbij belangrijk om optimaal gebruik te maken van elkaars kennis en kunde. De vraag is echter hoe je dat vertaalt naar de opleiding. Mijn visie is om aios zo op te leiden dat zij de best denkbare bijdrage kunnen leveren binnen een multidisciplinaire samenwerking.'

Van goed naar excellent

Een belangrijke bouwsteen hierbij is competentiegericht opleiden. Daarbij is het vooral zaak om te kijken welke

sterke competenties de aios verder kan ontwikkelen, vindt Stouthard. 'Als je kijkt naar de zeven CanMeds-competenties is het van belang dat de aios op alle zeven onderdelen een voldoende scoort, maar het gaat er met name om dat hij zijn sterke kwaliteiten verder verdiept: van goed naar excellent. Het opleiden van een medisch specialist kost tonnen, dus moet je opleiden om die waarde ook naar boven te halen.'

Daarom probeert Stouthard bij de zes tot acht aios die ze per jaar opleidt, de kwaliteiten van elke individuele aios naar voren te halen. 'De één is een sterke analytisch denker, terwijl een ander waanzinnig goed kan organiseren of juist enorm veel kennis heeft van een bepaald onderwerp. Van jouw specifieke kwaliteit gaat je toekomstige maatschap veel plezier van hebben, zeg ik dan. Zicht op je eigen competenties haal je nu eenmaal niet uit boeken.' ▶



V.l.n.r.: Aios Amy de Haar-Holleman, opleider Jacqueline Stouthard en aios Annemiek Nijhof:

'Zicht op je eigen competenties haal je niet uit boeken'



‘Door een kijkje te nemen in de keuken van een ander, leer je elkaars taal te spreken’

De Federatie en multidisciplinair opleiden

De zorg is voortdurend in beweging en daarmee ook het beroepsprofiel van de medisch specialist. Dat vraagt om een visie op toekomstbestendige medische vervolgopleidingen. Zowel het visiedocument *Opleiden is vooruitzien* van de Raad Opleiding als het visiedocument *Medisch Specialist 2025* besteden aandacht aan interprofessionele samenwerking. In de Raad Opleiding is in januari besproken hoe interprofessioneel opleiden in de dagelijkse praktijk kan worden gestimuleerd. Er zijn namelijk al verschillende initiatieven waarbij zorgprofessionals intra- en extramuraal met elkaar samenwerken rond bepaalde patiëntencategorieën. Een voorbeeld hiervan zijn de zogeheten zorgpaden waarin de betrokken zorgverleners samen het zorgproces voor een specifieke groep patiënten beschrijven. De Federatie stimuleert dergelijke initiatieven en wil de uitkomsten breed delen.

Die benadering levert zowel op individueel als op teamniveau veel op. ‘Voor de individuele aios helpt het om zich beter te profileren op de arbeidsmarkt, en om te weten in wat voor team je het beste past en op wat voor manier je een team verder kunt brengen. Terwijl de jonge specialist met een sterk organisatie-profiel eerder zal solliciteren bij een organisatie die net een fusietraject ingaat, kijkt de aios met een voorliefde voor wetenschap liever nog even verder naar een academische baan.

Andere denkwerelden

Competentiegericht opleiden is dus geen doel op zich. ‘Het is vooral een bril die je kunt opzetten om het gedrag van mensen beter te beschrijven en teams beter te laten functioneren. Sinds kort bieden we aios een *Insights Discovery*-workshop, waarmee ze beter inzicht in zichzelf en collega’s krijgen. Ze ontdekken de voorkeuren van gedrag en staan stil bij kwaliteiten en valkuilen. In de workshop leren ze ook om af te stemmen op en verbinding te maken met anderen om zo sterkere en effectievere samenwerking te ontwikkelen.’

Naast discipline-overstijgend onderwijs krijgen aios in het Antoni van Leeuwenhoek ook de gelegenheid om een steeds actievere rol te spelen in het

'Samenwerken bungelt vaak nog onderaan'

Als aios heb je veel profijt van een multidisciplinaire benadering in de opleiding, merkt 5^e jaars internist-oncoloog in opleiding bij het Antoni van Leeuwenhoek Annemiek Nijhof.

'Iedereen vindt samenwerken belangrijk en het is een competentie, maar er zijn in de opleiding geen concrete afspraken over gemaakt. In de praktijk krijgt het onderwerp dan ook niet veel aandacht; het bungelt als het ware onderaan het prioriteitenlijstje. In het Antoni van Leeuwenhoek is dat anders. Je bepaalt welke multidisciplinaire praktijkervaringen voor jou zinvol zijn. Zo kun je een radiotherapiestage volgen of met een chirurg meekijken. Daardoor snap je beter wat een ander doet, of waarom een chirurg iets niet wil opereren. Het zorgt bovendien voor een betere werkrelatie onderling.

Jacqueline Stouthard stuurt erg aan op het verdiepen van je sterke competenties. Die steun zouden aios meer moeten krijgen vanuit opleiders en opleidingsgroepen. De houding zou meer mogen zijn: wil een aios een relevante ervaring opdoen, dan kijken we hoe we dat kunnen faciliteren.'

multidisciplinair overleg (mdo). Stouthard: 'Zo vraag ik om, behalve eigen patiënten in te brengen, ook de bespreking voor te zitten en 'alle' patiënten voor te bereiden. Als specialist ben je geneigd om vanuit je eigen perspectief naar een patiënt te kijken; nu moet de aios zich verdiepen in andere denkwerelden. Zo krijgt iemand de kans zijn kennis verder te ontwikkelen en wordt het mdo een opleidingsmoment.'

Elkaars taal spreken

Daarnaast krijgen aios veel individuele ruimte om ervaring op te doen in het functioneren binnen teams. Dat begint bij met elkaar werken als team. Stouthard: 'Zo maken aios samen hun roosters, verdelen ze zelf de stages en zitten ze bij elkaar in één ruimte.' Verder is Stouthard een groot voorstander om aios op verschillende afdelingen mee te laten lopen. 'Om echt multidisciplinair samen te werken, is kennis van elkaars specialisme belangrijk. Dat kan door mee te lopen op verschillende poli's, mee te kijken bij operaties van eigen patiënten of ministages te volgen, bijvoorbeeld bij radiotherapie. Door een kijkje te nemen in de keuken van een ander, leer je elkaars taal te spreken: je weet als oncoloog bijvoorbeeld beter wat de chirurg of radioloog te bieden heeft. Dat maakt je bijdrage binnen een multidisciplinair team sterker én het komt de patiënt ten goede.'

'Het is fijn om van andere specialisten te leren'

Intensief samenwerken met verschillende specialisten is voor iedereen wenselijk, vindt 5^e jaars internist-oncoloog in opleiding bij het Antoni van Leeuwenhoek Amy de Haar-Holleman.

'Toen ik net met mijn opleiding begon, had ik mijn mamma-stage. Ik vond het moeilijk om borsten goed te onderzoeken, want ik voelde overal knobbels. Dat is het klierweefsel. Ik kon toen meelopen met een verpleegkundig specialist, die dit onderzoek aan de lopende band deed.

Het is fijn om van andere specialisten te kunnen leren. Ervaring in het multidisciplinair samenwerken doe ik bijvoorbeeld op tijdens de mdo's. Je moet je beperken tot de hoofdpunten, zonder informatie verloren te laten gaan. En je moet heel concreet je vraag over de patiënt stellen. Dat vind ik nu nog lastig. Daar had ik vanuit de opleiding beter op voorbereid willen worden.'



Tot slot stelt Jacqueline Stouthard dat je van 'multidisciplinair werken' een *Entrustable Professional Activity* (EPA's) zou kunnen maken. 'Naar mijn mening is het zinvol om een aparte EPA 'multidisciplinair werken' in te richten. Daarin kun je toetsen op kennis, kunde en gedrag: kennis over eigen en aanpalende vakken, vaardigheden als in een mdo hoofd- en bijzaken kunnen onderscheiden en goed kunnen luisteren, samenvatten, overtuigen en incasseren, en gedrag. Denk bij dat laatste aan respectvol en reflectief zijn of onderscheid kunnen maken tussen zaak en persoon: een collega kan zich als hork gedragen, maar professioneel sterke ideeën hebben. Als je zo werkt, komt het gedeelde belang dat je hebt in een multidisciplinair team – samen de beste zorg voor de patiënt – al in de opleiding voorop te staan.' ●

Waarom meepraten zo belangrijk is

Het gaat niet alleen over geld

Ooit waren het gescheiden werelden, maar steeds vaker schuiven medisch specialisten aan bij gesprekken over zorginkoop. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg van het ziekenhuis, voor de medisch specialisten én de patiëntenzorg, vindt radioloog Bert van Schelven, die al vijf jaar deel uitmaakt van het zorginkoopteam van het Rijnstate Ziekenhuis.

Samen met de manager commerciële zaken, de financieel directeur, de controller en de managementassistent vormt radioloog Bert van Schelven het zorginkoopteam van het Rijnstate in Arnhem. 'Ons ziekenhuis kent een traditie van medisch specialismen die deelnemen aan de zorginkoop van hun ziekenhuis. Vijf jaar geleden heb ik deze taak overgenomen van mijn voorganger, anesthesioloog Jan-Willem Kallewaard. Met dit team vertegenwoordigen we de belangen van het gehele ziekenhuis.' Van Schelven heeft plezier in wat hij doet. 'Ik kom op alle afdelingen, spreek mensen uit alle lagen van de organisatie en ben betrokken bij de koers van het ziekenhuis. Vanuit deze rol kan ik een bijdrage aan leveren aan wat onze visie is en welke richting we opgaan.'

Inkoopgidsen

Niet dat meedenken over de inkoop een eenvoudige of snelle klus is. Want het zorginkoopproces gaat het hele jaar door, met pieken in het voor- en najaar. 'In de eerste maanden van het nieuwe jaar ronden we de contracten van het vorige kalenderjaar af. Vervolgens is 1 april een belangrijke datum. Dan vallen de inkoopgidsen van de zorgverzekeraars op de mat. Daarin staan de instapvoorwaarden op basis waarvan zorgverzekeraars zorg bij ons inkopen. Een zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld aangeven alleen maagoperaties te contracteren indien wij die meer dan twintig keer per jaar uitvoeren en we voldoen aan de normen van Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH).'

Een beleidsmedewerker rangschikt alle informatie uit de inkoopgidsen per vakgroep. Van Schelven gaat

'Zorgverzekeraars hebben recht op verantwoording over de behandeluitkomsten'

daarmee, meestal samen met de manager commerciële zaken, naar de vakgroepen. 'We voeren zo'n dertig vakgroepgesprekken. We inventariseren dan de wensen en ontwikkelingen per vakgroep. Wat speelt er bij dermatologie, cardiologie of oogheelkunde? Hoeveel productie hebben ze het afgelopen jaar gehaald, hoe willen ze innoveren, welke kant willen ze op? Er zit behoorlijke tijdsdruk op die gesprekken, want de informatie moet vóór de zomervakantie verzameld zijn.' De uitkomsten van de gesprekken legt het zorginkoopteam vast in de verkoopgids van het Rijnstate. 'Dat is de etalage van wat we als ziekenhuis te bieden hebben aan producten, ambities en ontwikkelingen. Zo weten zorgverzekeraars precies wat we te koop hebben.'

Gezond ziekenhuis

Tot het eind van de zomer gaan de zorginkoopgesprekken vooral over inhoud en kwaliteit. Daarnaast wordt er wederzijds geïnvesteerd in een goede relatie. De onderlinge verstandhouding tussen de partijen aan



tafel moet goed zijn, benadrukt Van Schelven, want in de fase van de financiële onderhandelingen, in het najaar, kan die soms onder druk komen te staan. 'Het is prettig als je elkaar goed kent. Dan is de relatie is tegen een stootje bestand.'

Daarom organiseert Rijnstate jaarlijks in september de *Dag voor de Zorgverzekeraar*. 'We nodigen dan alle zorgverzekeraars uit en presenteren zorginhoudelijke thema's. Het mag die dag alleen over inhoud gaan, niet over geld. In 2016 was het thema bijvoorbeeld operatierobots en wat de meerwaarde daarvan is in de operatiekamer. Rijnstate wil graag een robotcentrum worden.'

Na de *Dag voor de Zorgverzekeraar* beginnen de daadwerkelijke contractonderhandelingen. Van Schelven voelt zich verantwoordelijk om goede financiële afspraken te maken. 'Ik wil dat het ziekenhuis gezond kan draaien, anders pakt het nadelig uit voor de patiëntenzorg. En trouwens ook voor het medisch-specialistisch bedrijf. ►

**'Ik gun
ieder ziekenhuis
een medisch
specialist in het
zorginkoopteam'**

Zorgverzekeraar: 'Specialist nodig aan tafel'

Manager Inkoop Medisch Specialistische Zorg

Pascale Voermans van Menzis: 'Rijnstate kent een traditie, maar in lang niet alle ziekenhuizen participeren medisch specialisten in de zorginkoop. Wel werken ziekenhuizen aan het slechten van die kloof en zie ik steeds vaker medisch specialisten aansluiten bij de zorginkoopgesprekken.'

Menzis is positief over die tendens. Je hebt medisch specialisten nodig wanneer je het in de zorginkoop met elkaar wilt hebben over kwaliteit en inhoud. Gesprekken gaan niet alleen over geld, maar ook over inhoudelijke ontwikkelingen, kwaliteitsverbeteringen, portfoliokeuzes. Als een medisch specialist meepraat, vergroot dat de inhoudelijkheid van de inkoopgesprekken.

Medisch specialisten in het zorginkoopteam hebben een meerwaarde. Echter wel op voorwaarde dat ze er niet zitten vanuit eigenbelang of het belang van de vakgroep, maar uit het belang van het gehele ziekenhuis. Of zelfs van de BV Nederland. Goede en betaalbare zorg is immers een maatschappelijk belang. Wat daarnaast belangrijk is, is dat ze oprecht geïnteresseerd zijn in de belangen van de andere partij, dat ze vragen stellen en goed kunnen luisteren. Vertrouwen is cruciaal in het zorginkoopproces. Dat vertrouwen komt niet vanzelf.'

Met de komst van de integrale tarieven in 2015 lopen de financiële belangen van ziekenhuis en medisch specialisten meer parallel dan voorheen, omdat de inkomsten van het ziekenhuis sindsdien meer of rechtstreeks gekoppeld zijn aan de inkomsten van de medisch specialist.'

Praktijkvariatie

Van Schelven voelt zich als lid van het zorginkoopteam een belangrijke schakel tussen zorgverzekeraar en medisch specialisten. 'Bij vorige contractbesprekingen constateerde zorgverzekeraar VGZ dat er praktijkvariatie bestond op het gebied van perifere arterieel vaatlijden in ons ziekenhuis. Onze vaatchirurgen en interventieradiologen bleken een bepaalde verrichting vaker uit te voeren dan hun collega's in andere topklinische ziekenhuizen. Ik vraag ze dan hoe dat kan. Dat konden ze me goed uitleggen. Die informatie koppel ik terug naar VGZ. Vervolgens zijn we hiervoor gecontracteerd.'

Medisch specialisten ervaren het soms als inbreuk op hun professionele integriteit wanneer zorgverzekeraars

over hun schouders meekijken, merkt Van Schelven. 'Ik leg ze dan uit dat zorgverzekeraars – als financiers van de zorg – recht hebben op verantwoording over de behandeluitkomsten van medische verrichtingen. Dat is de rol die ze vanuit de samenleving toebedeeld hebben gekregen. Het is in het belang van hun verzekerden, onze patiënten, dat er geen onnodige medische handelingen plaatsvinden. Als ik dat vertel, accepteert de cardioloog of chirurg het eerder dan wanneer een zorgverzekeraar dat doet. Ik spreek de taal van de dokter.'

Voet bij stuk

Zowel de andere leden van het zorginkoopteam als de zorgverzekeraars waarderen de rol van Van Schelven. 'Ik voeg door mijn expertise medische inhoud toe aan de inkoopgesprekken. Zo kan ik zorgverzekeraars bijvoorbeeld vanuit de inhoud uitleggen waarom het ziekenhuis wil investeren in bepaalde medische ontwikkelingen. En waarom het goed is dat zij die vooruitgang financieren. Dat is mijn meerwaarde.'

Van Schelven gunt ieder ziekenhuis dan ook een medisch specialist in het zorginkoopteam. 'Het zorgt ervoor dat de inkoop niet alleen over geld gaat, maar ook over inhoud. Wel heb je specifieke competenties nodig om deze taak te kunnen uitvoeren. Zoals goede communicatieve vaardigheden, want je spreekt mensen binnen én buiten het ziekenhuis. Organisatorische vaardigheden zijn eveneens belangrijk. Dat vind ik zelf de moeilijkste competentie; ik vind het een kunst om de stroom aan informatie te verwerken en vast te leggen. Dat heb ik echt moeten leren.'

Tot slot moet de medisch specialist-inkoper houden van het onderhandelingspel, vertelt Bert van Schelven. 'Soms moet je voet bij stuk houden om iets te bereiken. En als je er samen niet uitkomt, dan is het aan de raden van bestuur van zorgverzekeraar en ziekenhuis om de onderhandelingen tijdelijk over te nemen en pas daarna weer aan te schuiven aan de onderhandelingstafel. Eigenlijk komt het dan altijd goed. Dat komt doordat we uiteindelijk een gedeeld belang hebben: we willen allemaal de beste zorg voor de patiënt.' ●

 Weten wat de Federatie vindt? Ga naar www.demedischspecialist.nl/zorginkoop



De dikke huid van de dermatoloog

Regie over substitutie

Van oudsher behandelt de dermatoloog huidaandoeningen, spataderen, geslachtsziekten, haar- en nagelafwijkingen en allergologische aandoeningen. Dat domein is echter aan het versnipperen nu het specialisme steeds omvangrijker en complexer wordt. De grootste uitdaging: het goed verdelen van de zorgtaken over de eerste, tweede en derde lijn.

Als één specialisme de afgelopen jaren is veranderd, is het de dermatologie wel. Allereerst vakinhoudelijk: waar de dermatoloog voorheen werd gezien als een beschouwend specialist, is daar nu een breed arsenaal aan werkzaamheden bijgekomen, van systeemtherapie tot aan chirurgie. Dermatoloog Saskia de Mare van het Rijnstate in Arnhem spreekt van een *allround* specialist. 'De gemiddelde dermatoloog doet op een dagdeel gerust vijftien ingrepen. Denk bijvoorbeeld aan het verwijderen van verdachte plekje's en moedervlekken, maar ook het verrichten van reconstructieve chirurgie bij het verwijderen van huidkanker in het gezicht om de huid weer mooi dicht te krijgen. We horen tegenwoordig dus absoluut óók bij de snijdende vakken.'

Volle wachtkamer

Hoewel veel van dit soort relatief kleine ingrepen steeds vaker door andere zorgverleners wordt verricht, zoals de huisarts en de *physician assistant*, betekent het niet dat de wachtkamer van de dermatoloog leegloopt. De Mare: 'Op het gebied van bijvoorbeeld huidoncologie nemen de werkzaamheden van de dermatoloog alleen maar toe, vooral als je kijkt naar de generatie die als kind niet werd ingesmeerd of onbeschermd de zon in ging. Wat me wel opvalt, is dat sommige huisartsen zich volledig op de oncologie storten, terwijl ze voor virus- en ouderdomswratten – typische eerstelijns zorgklachten – verwijzen naar de dermatoloog. Ik zie hier weleens jonge kinderen met een klein wratje die daarvoor nog nooit zijn behandeld door de huisarts. Dat vind ik niet kloppen. Substitutie is een goed principe, maar dan moet je wel eerst samen bepalen wat dan past in de eerste, tweede en derde lijn.' ▶



Dermatoloog Saskia de Mare:

'Substitutie is een goed principe, maar dan moet je wel eerst samen bepalen wat waar thuishoort'

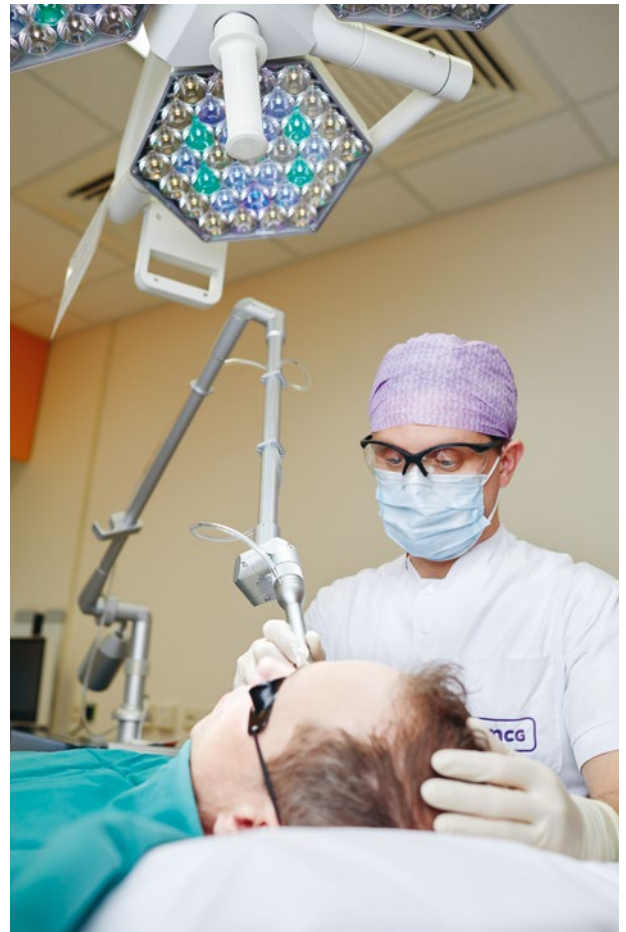


‘Vooral in zorgnetwerken zie ik kansen om de dermatologische zorg te verbeteren’

De Mare stipt daarmee een belangrijk punt aan, namelijk de discussie welke dermatologische zorg waar thuishoort. ‘Dit is een groot aandachtspunt. Ik merk bijvoorbeeld dat de kleine chirurgie in de eerste lijn toeneemt. Een prima ontwikkeling, maar tegelijkertijd word ik veel vaker gebeld door huisartsen die een ingreep hebben gedaan en op problemen stuiten. Ik heb meegemaakt dat huidkanker slechts gedeeltelijk was verwijderd, en dat er een melanoom was weggesneden waar ze geen raad mee wisten.’ Ook dermatoloog Jorrit Terra, werkzaam in het UMCG, is voorstander maar ziet ook nog wel een obstakel: ‘Momenteel zijn huisartsen niet altijd voldoende opgeleid voor het geven van dermatologische zorg. De opleiding geneeskunde kent alleen een keuzecoschap dermatologie dat slechts twee weken duurt, en in de basisopleiding van de huisarts is dermatologie geen verplicht onderdeel. Op dat gebied valt echt een wereld te winnen.’

Postzegeldiagnoses

Ondanks de substitutie heeft ook Terra nog steeds een volle wachtkamer. ‘Ik ben niet minder werk gaan verrichten omdat de huisarts een deel van mijn taken heeft overgenomen, want de complexe dermatologische zorg komt steeds meer bij academische centra te liggen.’ In het UMCG kijkt de afdeling dermatologie daarom



kritisch naar welke zorg nog wel en niet meer wordt geleverd. Terra: ‘Zo kunnen patiënten niet meer bij ons terecht voor een open been, oppervlakkige spataderen of haarverlies. Die zorg moet in onze regio in de tweede lijn gaan plaatsvinden, in het ziekenhuis of in zelfstandige behandelcentra.’

Wat precies onder de complexe zorg van het academische ziekenhuis valt, vindt Terra moeilijk te definiëren. ‘Dat heeft te maken met de grote hoeveelheid diagnoses die de dermatologie kent. In de huisartsenpraktijk komen ongeveer twintig dermatologische diagnoses voor, in de tweede lijn tweehonderd. Maar er zijn ook nog zo’n achttienhonderd ‘postzegeldiagnoses’: minder bekende en zeldzame aandoeningen. Een chirurg kan zeggen: een lipoom opereren we in een perifere ziekenhuis, een complexe slokdarmoperatie in een academisch ziekenhuis. Voor de dermatoloog in de academie ligt dat ingewikkelder. In mijn optiek is het beter om te kijken naar verschillende patiëntgroepen. Denk aan patiënten bij wie maar geen diagnose kan worden gesteld, patiënten die therapieresistent zijn of aan patiënten die langdurige voorlichting en counseling nodig hebben – bijvoorbeeld bij de wat zeldzamere diagnoses. In de perifere ziekenhuizen is daar minder tijd voor. Daar kunnen de academische centra goed op inspringen.’

Nauwere samenwerking

Door de huidige ontwikkelingen pleiten veel dermatologen voor een nauwere samenwerking tussen eerste, tweede en derde lijn. Een aantal neemt het heft in eigen handen door zelf samenwerkingsinitiatieven op te zetten. Zo is het UMCG begonnen met het trainen van huisartsen in het herkennen van goedaardige huidafwijkingen en is er een directe telefoonlijn beschikbaar voor dermatologische vragen vanuit de tweede lijn. Het Rijnstate heeft een wondexpertisecentrum voor de tweede lijn, dat steeds meer samenwerkt met wondexpertisecentra voor de eerste lijn. De Mare: 'Waar de academische centra zich meer gaan focussen op complexe zorg, zie ik voor de algemene ziekenhuizen meer samenwerking en afstemming met de huisarts. Door goed met elkaar te schakelen, zit je eerder op het juiste spoor en kun je chronische patiënten uiteindelijk ook weer sneller terugverwijzen naar de tweede of eerste lijn.'

Waar sommige specialismen door de gebudgetteerde marktwerking in de zorg noodgedwongen moeten inkrimpen, heeft de dermatologie daar nauwelijks last van. Terra: 'Dermatologie is bij uitstek een vak dat weinig kosten met zich meebrengt. We hebben geen grote operatiekamers nodig en maken voor de diagnostiek vooral gebruik van ons visuele instrument. Omdat er daardoor vaak weinig of geen diagnostisch ondersteunend onderzoek nodig is, kunnen we patiënten middels snelle consulten goed op weg helpen. Van echt grote bezuinigingen is dus geen sprake.' Toch gaat dat niet helemaal op, vindt De Mare: 'Ik denk niet dat het specialisme gaat krimpen, maar het Rijnstate streeft ernaar een kernziekenhuis te worden voor acute, complexe zorg. Dat heeft gevolgen voor onder andere de afdeling dermatologie. Juist in een tijd dat budgetten onder druk staan, is het in ons belang dat de kwaliteit van zorg beter wordt zonder dat de kosten omhoog gaan. Kansen om de dermatologische zorg te verbeteren, zie ik vooral in zorgnetwerken: van de eerdergenoemde samenwerking tot gezamenlijke spreekuren of een polikliniek in de wijk.'

Toekomstbestendig

Hoe het specialisme in de toekomst er ook uitziet, beide dermatologen zijn het erover eens dat dermatologie in het ziekenhuis noodzakelijk blijft. De Mare: 'De meeste diagnoses van andere specialismen kun je uit leerboeken halen, maar dat geldt niet voor dermatologie. Dermatologisch onderzoek betekent namelijk vooral heel goed kunnen kijken naar zaken als plaats, rangschikking, omvang, vorm, omtrek en kleur om het precieze ziektebeeld te herkennen. Dat luistert heel nauw. Daarom denk ik dat een huidtherapeut de dermatoloog bijvoorbeeld prima kan ondersteunen in het geven van voorlichting aan en begeleiding van patiënten, maar niet de screening van huidkanker op



Dermatoloog Jorrit Terra:

'Bij substitutie moeten dermatologen veel meer het voortouw nemen'

zich mag nemen. Dat kan niet als je daar niet specifiek voor bent opgeleid en veel 'kijkervaring' hebt opgedaan.' Terra vult haar aan: 'Er zijn zoveel varianten en huidandoeningen binnen de dermatologie. Herken ze maar eens. De dermatoloog denkt niet alleen vanuit de systemische klacht vanuit patiënt, maar ook aan wat hij aan de huid ziet. Dat is onze absolute kracht, zeker in combinatie met de grote hoeveelheid diagnoses die er bestaan. Dit maakt de dermatoloog in het ziekenhuis onmisbaar.'

Hoewel er flink wat uitdagingen liggen, zien de dermatologen de toekomst positief tegemoet. Jorrit Terra: 'De taakverschuivingen geven de dermatologie de ruimte om het vak verder te blijven ontwikkelen. Maar de uitvoering en definiëring van wat er plaatsvindt in de eerste, tweede en derde lijn, blijft lastig. Daarin mogen dermatologen veel meer het voortouw nemen.' Daar zit ook volgens Saskia de Mare de grootste winst. 'Het verweven van alle lijnen is het belangrijkste. Opdat de juiste patiënt de juiste zorg krijgt op de juiste plek.' ●



Later deze maand verschijnt de *Handreiking Substitutie van de Federatie*. Meer over Federatiepartner NVDV vindt u op: www.nvdv.nl.



NVK-voorzitter

Károly Illy

De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen trekken gezamenlijk op binnen de Federatie als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Dit keer: Károly Illy, kinderarts in ziekenhuis Rivierenland in Tiel. Sinds november 2016 is hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK).

2 Op welke manier kan de NVK een voortrekkersrol vervullen binnen de Federatie?

'Wij zijn voorstander van een Raad Kind binnen de Federatie. Zoals er ook de Raad Kwaliteit en de Raad Beroepsbelangen zijn. Of je nu uroloog, KNO-arts of oogarts bent, we behandelen vrijwel allemaal ook kinderen. En we komen dagelijks in aanraking met kindergeneeskundige thema's. Denk aan het hoofdbehandelaarschap, preoperatieve screening of medicatie voorschrijven bij kinderen. Toch praten we daar zelden over met elkaar. Laten we dat wel doen. Het is daarom belangrijk dat we onze krachten bundelen in een Raad Kind. De NVK wil hier graag een voortrekkersrol in spelen, opdat we in gezamenlijkheid de kindergeneeskundige zorg in Nederland kunnen bespreken.'

'Wij willen graag een Raad Kind binnen de Federatie'

1 Voor welke uitdagingen staat de NVK de komende jaren?

'In de eerste plaats om goed te communiceren met onze tweeduizend leden. We zoeken naar een betere aansluiting met onze achterban, we willen sneller en daadkrachtiger kunnen reageren op de vragen waar zij mee rondlopen. We hebben daarvoor ook een ingrijpende organisatiestructuur doorgevoerd. Een van de zorgen van de kinderartsen waarop we willen inspelen, is taakherschikking in de kindergeneeskunde. Steeds meer taken van kinderartsen worden overgenomen door de huisarts. Daar hebben we geen bezwaar tegen, want onze vereniging is ervoor om goede kindergeneeskunde in de meest brede zin van het woord vorm te geven. Ook de huisarts kan kindergeneeskundige zorg leveren. Maar dan moet die zorg wel van kwalitatief hoog niveau zijn. Dat is niet het geval. Nederland is een van de weinige Europese landen waar je huisarts kunt worden zonder een verplichte stage kindergeneeskunde te hebben gedaan.'

3 Wat kan de Federatie voor de NVK betekenen?

'Veel. Laat ik een voorbeeld geven. Steeds meer (ernstig) zieke kinderen krijgen kinderverpleegkundige zorg buiten het ziekenhuis. Dat is fijn voor kind en ouders. Maar de financiering ervan is niet goed geregeld. Het lukte ons niet om de staatssecretaris van VWS ervan te overtuigen dat dit nodig is. Gelukkig heeft de afdeling Public Affairs van de Federatie ons geholpen om hierover de juiste mensen in Den Haag te spreken. Daarmee is het nog niet op orde, maar de staatssecretaris is eindelijk in beweging gekomen. De Federatie zorgt ervoor dat we invloed kunnen uitoefenen. Dat kunnen we niet alleen.' **MvD**

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.



Betere zorg begint met een goed gesprek



14
maart
2017
15 - 21 uur

1931
Congrescentrum
Brabanthallen
's-Hertogenbosch



Hoe levert u aantoonbaar de **beste zorg in 2025?**

Praat mee tijdens het congres 'Medisch Specialist 2025'

Op dinsdag 14 maart 2017 organiseert de Federatie Medisch Specialisten het eerste grote Federatiecongres voor medisch specialisten, aios en andere zorgprofessionals. Dit congres staat in het teken van de toekomstvisie 'Medisch Specialist 2025' die we de afgelopen periode samen met een brede groep medisch specialisten ontwikkeld hebben.

Hoe zorgen we ervoor dat we in 2025 aantoonbaar de beste zorg ter wereld bieden, ondanks alle veranderingen in zorg waarmee we de komende jaren te maken krijgen?

14 maart is hét moment waarop u met ons en al uw collega's in gesprek kan gaan over onze ambities en de vertaling daarvan naar uw dagelijks werk. Zorg dat u hierbij bent!

Meer dan 20 vooraanstaande sprekers gaan met u in gesprek over de ontwikkelingen die op ons afkomen en hoe u zich daarop kunt voorbereiden. Waaronder:

Richard van Hooijdonk, trendwatcher en futuroloog
Met welke technologische ontwikkelingen krijgt u de komende jaren te maken?

Machteld Huber, initiatiefnemer Institute for Positive Health
Positieve Gezondheid: wat is het en welke consequenties heeft dit voor uw werk?

Kiki Lombarts, professor Professional Performance AMC
Verdien(d) vertrouwen: hoe zorgt u ervoor dat uw patiënten op u kunnen vertrouwen?

Jan Kimpfen, chief Medical Officer Royal Philips, voorzitter Klankbordgroep Medisch Specialist 2025
Voorop in vernieuwing: hoe kunnen medisch specialisten samen met patiënten een grotere rol spelen bij innovaties in de zorg?

Jaap Hamming, chirurg en opleider LUMC
Patiëntveiligheid: hoe kunnen we toewerken naar 'Just Culture' in de dagelijkse praktijk?

Frank de Grave, politicus, voormalig algemeen voorzitter Federatie Medisch Specialisten
De medisch specialist in het politieke speelveld: speelbal of invloedrijke partner? Hoe kunnen medisch specialisten hun stem het beste laten horen in Den Haag?