

de Medisch Specialist

SEPTEMBER 2018
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

3

INSPECTEUR-GENERAAL RONNIE VAN DIEMEN
'Kwetsbaarheid is een groot goed'

NIJPENDE PERSONEELSTEKORTEN
'Dit is niet vol te houden'

'NOG EEN WERELD TE WINNEN'
Bas Bloem over netwerkgeneeskunde

Lange Frans en kno-arts Dennis Kox

'Laat dokters lekker dokteren'



MANAGEMENT VOOR MEDICI

Heeft u als medicus management- of bestuurstaken, maar heeft u het gevoel dat u er te weinig van weet? Wilt u meer greep krijgen op de verhoudingen tussen alle betrokkenen in het zorgproces?

De postdoctorale leergang Management voor medici biedt u zowel uitgebreide en actuele kennis van zaken als waardevolle persoonlijke vorming.

PRIJS Leden FMS én VvAA € 9.750,-
(niet-leden € 10.150,-), inclusief boeken, exclusief kosten verblijfsarrangement

LOCATIE Centraal in het land

START 10 september 2018

MEDISCH LEIDERSCHAP VOOR OPLEIDERS

Wilt u groeien in medisch leiderschap en uw aios optimaal voorbereiden op de toekomst? Haal meer uit uw aios én uit uzelf door buiten uw comfortzone te stappen en mee te doen aan dit onconventionele en uitdagende programma. Door actief en ervaringsgericht leren en door zelfreflectie en samenwerken wordt u als opleider uitgedaagd in uw functioneren als medisch leider en het begeleiden van aios op dit thema.

PRIJS € 4.250,- inclusief verblijfsarrangement

LOCATIE Austerlitz

START 28 november 2018



EVERT-JAN DE KRUIJF

is internist in Ziekenhuis
Gelderse Vallei te Ede.

Hij volgde de leergang
'Management voor medici'.

"Wanneer je als dokter in een leidinggevende positie terecht komt, doe je veel dingen intuïtief. Meestal gaat dat goed,

maar ik had behoefte aan verdieping. Daarom heb ik deze cursus gedaan.

Buitengewoon inspirerend waren de sprekers uit allerlei hoeken van de gezondheidszorg. De informatie over de werking en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland was heel leerzaam. In praktisch opzicht werk je gedurende de cursus aan een businessmodel. Echt relevant omdat het over je eigen onderdeel gaat.

De uitstekende sfeer in de groep is iets wat me nog het meeste bijblijft. We gingen op een heel open wijze met elkaar in discussie. Ik vind de cursus zeer geschikt als je leidinggeeft, of je nu nog redelijk aan het begin van je carrière staat of al verder gevorderd bent."

Op 15 februari werd in het Reinier de Graaf Gasthuis een inspiratiesessie gehouden over het thema 'Medisch leiderschap voor opleiders'.

Deelnemers vertellen:

"Ik ben gekomen omdat ik nieuwsgierig was naar wat medisch leiderschap inhoudt, en wat het voor mij zou kunnen betekenen. Dat is me wel een stuk duidelijker geworden."

"Langzaam komt er steeds meer bewustwording over medisch leiderschap, en daar heeft deze avond ook weer aan bijgedragen."

"Ik had van tevoren niet verwacht dat het zo interactief zou zijn, erg leuk!"

"Ik vond het bijzonder om te merken dat er eigenlijk best veel overeenkomsten zijn tussen de verschillende mensen, ook al zijn het opleiders en aios door elkaar. Ik wil graag anderen inspireren om ook met het thema medisch leiderschap aan de slag te gaan."

"Medisch leiderschap is een heel breed begrip; er komt veel bij kijken en ik heb hier een beter beeld van gekregen."



OOPLEIDEN IS NETWERKEN

**MMV-congres
12 december
2018**

De artsen die we nu opleiden, werken straks in een wezenlijk andere setting dan nu. Netwerkgeneeskunde is de toekomst. Maar hoe bereiden we aios hierop voor? Hoe kun je tijdens de opleiding over de muren van specialismen, clusters en opleidingsinstellingen heen kijken? Welke kennis en vaardigheden moeten aios opdoen om straks in een netwerk te functioneren? En wat hebben opleiders nodig om hen hierin te begeleiden?

Daarnaast is opleiden en opgeleid worden ook hard werken. Aios leren het vak op de werkvloer en krijgen daardoor ook te maken met onderwerpen als bedrijfsvoering en werkdruk. Hoe zorgen we ervoor dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de opleiding?

Tijdens het MMV-congres op 12 december worden deze onderwerpen vanuit diverse invalshoeken belicht. Daarnaast staan ook andere actuele opleidingsonderwerpen op het programma. U hoort goede praktijkvoorbeelden van collega's, krijgt concrete ondersteuning, relevante kennis en tips waarmee u zelf aan de slag kunt. U kunt zelf uw programma samenstellen aan de hand van inspirerende presentaties, ontbijtsessies, symposia en praktische workshops.

**VOOR ALLE BETROKKENEN
BIJ DE MEDISCHE
VERVOLGOPLEIDINGEN**

TARIEVEN

Vroegboektarief: 250 euro
(na 1 september: 295 euro)

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

Wordt aangevraagd bij ABAN, NVZA,
NVKC en NVKF

12 Woensdag
december

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

Meer informatie en aanmelden:

www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres

In dit nummer



8 COVERSTORY

Rappend de administratielast te lijf

Hoe Lange Frans en kno-arts Dennis Kox het initiatief namen om de administratielast bij medisch specialisten ook muzikaal aan de kaak te stellen.

11 PERSONEELSTEKORTEN

Zorg onder druk

De personeelstekorten in zorginstellingen lopen op. De impact is op de werkvloer groot. Drie medisch specialisten delen hun zorgen. 'Er moet iets veranderen, want dit is niet vol te houden.'

16 SPECIALISME IN BEELD

Sherlock Holmes van de geneeskunde

Allergologen spelen een belangrijke rol bij het uitsluiten van geneesmiddelenallergieën, werken aan preventie van voedingsallergieën en puzzelen voor collega-specialisten – steeds vaker in de hele regio.

21 AAN DE ANDERE KANT

Ronnie van Diemen

Inspecteur-generaal Ronnie van Diemen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd: 'Wij vragen van medisch specialisten meer moed.'

24 PROJECTEN VAN DE FEDERATIE

Sneller actie bij wondzorg

Patiënten met slecht genezende wonden krijgen dankzij de nieuwe kwaliteitsstandaard Wondzorg sneller de juiste hulp. Regionale samenwerking is het toverwoord.

27 NETWERKGENEESKUNDE

Klein beginnen

'Netwerkgeneeskunde kan pas renderen als we afscheid nemen van het oude.' Netwerkpionier en neuroloog Bas Bloem deelt zijn ervaringen, valkuilen en tips om zorgnetwerken op te zetten.



EN VERDER

6 Kort nieuws

14 Hart en Ziel

RUBRIEKEN

6 Vraag & antwoord aan het KDC

13 Column: aios Anouk Putker

20 In de media

30 Drie vragen aan... patholoog Jos Bart

COLOFON

jaargang 4, september 2018

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

Dorinda Maas, *hoofdredactie*
Naomi Querido, *redactiecoördinatie*
Hanneke Bos, Vanessa Cruz,
Sjef van der Lans, Aukje van Ravensbergen,
Cindy van Schendel, Mirjam Siregar en
Femke Theunissen

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Marjolein Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,
Oogziekenhuis Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam |
Shahrazad Sepehrkhoy, patholoog,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein |
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,
HMC-Bronovo, Den Haag | Marcel Vonk,
psychiater, freelance psychiater, Nijmegen |

Medewerkers aan dit nummer

Sebastian ter Burg, Mirthe Diemel,
Michel van Dijk, Sterre ten Houte de Lange,
Suzanne van de Kerk, Jeroen van Kooten,
Serge Ligtenberg, Anouk Putker,
Dana Ploeger, Martijn Reinink en
Rein G. van der Wal

Fotografie cover

Jeroen van Kooten

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Redactieadres

Federatie Medisch Specialisten
Cindy van Schendel
afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
T (088) 505 34 34
E communicatie@demedischspecialist.nl

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een
adreswijziging kunt u sturen aan het
secretariaat van uw wetenschappelijke
vereniging.
Via www.demedischspecialist.nl/magazine
kunt u alle edities van De Medisch Specialist
online lezen en/of downloaden (pdf).

Copyright © De Medisch Specialist 2018.
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.

Druk op de zorg

Een toenemend tekort aan verpleegkundigen. Lang openstaande vacatures voor medisch specialisten in regionale ziekenhuizen. De personeelstekorten in de zorg nemen toe en ik vermoed dat u daar, net als ik, de gevolgen van merkt: hogere werkdruk, operaties worden uitgesteld en soms worden poli's zelfs (tijdelijk) gesloten.

In dit nummer vertellen medisch specialisten wat voor impact dit op hun dagelijks werk heeft en hoe het water hen soms tot aan de lippen staat. Toch is het eindpunt nog niet in zicht. Naast personeelstekorten zien we een vergrijzende bevolking en daardoor een groei van het aantal patiënten en groeiende wachtlijsten. De doorstroom van kwetsbare ouderen van het ziekenhuis naar de eigen woonomgeving of het verpleeghuis is daarbij zeker een punt van aandacht.

Een deel van de oplossing kan liggen in het anders organiseren van de zorg: dichtbij en rondom de patiënt. In netwerken. Geslaagde voorbeelden zijn er genoeg en vindt u ook in dit nummer, zoals de nieuwe aanpak van slecht genezende wonden met een regionaal expertteam. Neuroloog Bas Bloem vertelt welke hobbels kunnen ontstaan bij het organiseren van de juiste zorg op de juiste plek, en ook hoe die zijn aan te pakken.

En als we toch eens de administratieve lasten konden verminderen! Hier valt nog veel dokterstijd en trouwens ook werkplezier te winnen. Reken erop dat de Federatie zich hiervoor blijvend zal inzetten zodat wij als dokters kunnen doen waar wij voor zijn: dokteren! Op pagina 8 leest u hoe kno-arts Dennis Kox en rapper Lange Frans dit onderwerp op aansprekende wijze op de kaart zetten.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

Leidraad voor keuzehulp



Steeds vaker beschikken richtlijnen over een keuzehulp die zorgverleners en patiënten helpen om samen de juiste behandeling te kiezen. De nieuwe leidraad *Hoe ontwikkel ik een keuzehulp bij een richtlijn?* helpt richtlijnontwikkelaars betrouwbare en actuele keuzehulpen te maken.

Binnen het groeiend aanbod aan keuzehulpen is het voor zowel de patiënt als de zorgverlener vaak niet duidelijk of een keuzehulp betrouwbaar en actueel is. De nieuwe leidraad maakt het voor patiënten en zorgverleners eenvoudige om het kaf van het koren te scheiden. De nieuwe leidraad is ontwikkeld door de Patiëntenfederatie, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN).

De leidraad is te downloaden via: <https://www.demedischspecialist.nl/federatie/publicaties>.

VRAAG & ANTWOORD

VRAAG > Ons MSB gaat samenwerken met een ander MSB om een gezamenlijke poli op te zetten. De afspraken die we maken raken alle medisch specialisten in ons MSB. Hoe leggen we deze afspraken goed vast?

ANTWOORD >

Ook al hebben de afspraken gevolgen voor alle leden van een MSB, het gaat hier in feite om het geven van een opdracht van MSB's aan elkaar, en niet aan individuele medisch specialisten. Specifiek voor MSB's heeft de Federatie de *Modelovereenkomst van opdracht* ontwikkeld. De modelovereenkomst is te gebruiken voor een opdracht gedurende een bepaalde periode, maar ook voor een meer structurele inzet van een bepaalde medisch-specialistische expertise zoals het opzetten van een poli. De nieuwe modelovereenkomst voor MSB's is te downloaden in de speciale digitale omgeving die de Federatie voor MSB's beschikbaar stelt. Hierin staan alle modellen, FAQ's en overige producten voor collectieven. De modelovereenkomst is ook op te vragen bij de Federatie via info@demedischspecialist.nl.

Voor het sluiten van een overeenkomst met een individuele medisch specialist heeft de Federatie eerder al het *Model waarneemovereenkomst* opgesteld. Die is door de Belastingdienst geaccepteerd in het kader van de Wet DBA. Dit model staat op: www.demedischspecialist.nl/wetdba. ●

In elk nummer beantwoorden medewerkers van het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD een juridische vraag. Deze keer: **samen een poli opzetten**.

Ook een vraag?
Bel (088) 134 4112
of mail naar info@demedischspecialist.nl. Op www.demedischspecialist.nl vindt u een overzicht van veel gestelde juridische vragen.

Zorgakkoord: ‘Enorme opgave’

In de miljoenennota die afgelopen week naar de Tweede Kamer is gestuurd, staan de financiële afspraken uit de zorgakkoorden. Het ministerie van VWS heeft voor het zomerreces vier zorgakkoorden gesloten: voor de medisch-specialistische zorg, wijkverpleging, huisartsenzorg en ggz-zorg.

Nu zijn de zorgorganisaties* die de akkoorden ondertekenden aan zet om de gemaakte afspraken uit te werken. De Federatie Medisch Specialisten en de 32 wetenschappelijke verenigingen verwerken op dit moment het akkoord medisch-specialistische zorg in hun meerjarenplannen.

Zo mogen de totale uitgaven van de medisch-specialistische zorg in 2019 met maximaal 0,8 procent toenemen. Deze groei neemt jaarlijks af tot uiteindelijk 0 procent in 2022. Algemeen voorzitter Marcel Daniëls van de Federatie: “Het kabinet heeft het besluit genomen dat de kosten van de medisch-specialistische zorg bijna niet mogen groeien. Tegelijkertijd neemt de zorgvraag door demografische ontwikkelingen wel toe. We realiseren ons dat we allemaal voor een enorme opgave staan.”

In het akkoord zijn naast financiële ook inhoudelijke afspraken gemaakt. In alle vier de akkoorden gaat het dan om de juiste zorg op de juiste plek en het verminderen van regeldruk. De juiste zorg op de juiste plek vraagt om focus op netwerkgeneeskunde: zorg dichtbij en rondom de patiënt.

**Het akkoord medisch-specialistische zorg is het resultaat van de onderhandelingen tussen het ministerie van VWS en de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland, Patiëntenfederatie Nederland en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.*

Lees meer op: www.demedischspecialist.nl/nieuws/prinsjesdag2018

Passend gebruik e-consult

De Federatie wil e-health stimuleren en medisch specialisten ondersteunen bij het juist en passend gebruik ervan. In een nieuwe handreiking geeft de Federatie handvatten en praktische tips bij het gebruik van e-consulten in de medisch-specialistische zorg.

Sinds 1 januari 2018 worden e-consulten vergoed. In de handreiking staat hoe medisch specialisten e-consulten in de praktijk op juiste wijze kunnen toepassen en registreren. Het gaat om drie vormen van e-consult: telefonische consulten, schriftelijke consultaties en screen-to-screen consulten. Dankzij de nieuwe digitale hulpmiddelen hoeven patiënten minder te reizen en te wachten, terwijl ze toch kunnen rekenen op dezelfde kwaliteit van zorg. In de handreiking staat onder andere dat e-consulten een goede medisch-inhoudelijke motivering dienen te hebben. Ook moeten medisch specialisten goed communiceren met hun patiënten over het gebruik ervan. Voor de uitleg over eventuele financiële consequenties is niet de medisch specialist, maar de instelling verantwoordelijk.



U kunt de handreiking downloaden op: www.demedischspecialist.nl/onderwerp/e-health.

Lange Frans en kno-arts Dennis Kox over administratielast

Rappend de administratielast te lijf



'Laat dokters dokteren'. Met die leus riep de Federatie begin dit jaar medisch specialisten op om absurde voorbeelden van administratieve lasten uit de dagelijkse praktijk te delen. Rapper Lange Frans en kno-arts Dennis Kox namen contact op met de Federatie. Zo ontstond het idee om samen een nummer te maken om administratielast bij medisch specialisten muzikaal aan de kaak te stellen.

Hoe kennen jullie elkaar?

Frans: 'Tien jaar geleden had ik problemen met mijn stem. Xander de Buisonjé, die in zijn zangcarrière ook de nodige stemproblemen heeft gehad, riep meteen dat ik bij Dennis moest zijn. Dennis begeleidt veel professionele zangers bij stemproblemen en is dé medisch specialist op dat vlak.'

Dennis: 'Kun je nagaan: dat was nog aan het begin van mijn loopbaan. Frans heeft mijn hele carrière van dichtbij meegemaakt.'

Frans: 'Inmiddels zijn we al drie ziekenhuizen verder. Destijds werkte Dennis nog in Amsterdam, tegenwoordig in de Vijf Meren Kliniek in Haarlem. Ha, hij probeert steeds verder bij me vandaan te gaan werken, maar ik volg hem overal.'

Frans, wat krijg jij mee over de administratielast?

'Ik hoor het niet alleen van Dennis, maar lees ook in de media dat medisch specialisten zó druk zijn met hun administratie dat ze steeds minder tijd overhouden voor de patiënt. Ik werk zelf vijftig uur per week en daarvan besteed ik slechts twee uur aan mijn administratie – dat zijn al mijn mails en facturen. De rest van de tijd houd ik over voor wat ik het liefst doe: naar de studio gaan, liedjes bedenken en optreden. Artsen zouden hun tijd ook moeten besteden aan hetgeen wat ze het liefst doen, namelijk patiënten helpen. Ze steken echter noodgedwongen veel uren in iets waar ze niet van houden. Want wees eerlijk, wie vindt administratie nou leuk? Bijna niemand.'

Jullie hebben samen met de Federatie een rap gemaakt.**Hoe zijn jullie op dit idee gekomen?**

Dennis: 'Begin dit jaar publiceerde de Federatie een artikel over administratielasten op de website. Onder de tekst stond een video van een Amerikaanse rapper en een dokter die rapten over administratielasten. Het toeval wil dat Frans dezelfde dag op spreekuur kwam. Ik vond het leuk genoeg om met hem te delen. Dit moeten we ook in Nederland doen, riep Frans meteen. Vervolgens heb ik hem gekoppeld aan de Federatie.'

Frans, waarom trek jij je dit aan?

'Ik zou echt minder lol in mijn werk hebben als ik veertig procent van mijn tijd bezig was met administratie. Daarbij zorgen administratielasten voor extra stress, terwijl medisch specialisten in topvorm moeten zijn om te kunnen doen wat ze doen – aan overwerkte dokters heeft niemand iets. Natuurlijk verdient iedereen het om op werkgebied in topvorm te zijn, maar artsen hebben wat mij betreft een streepje voor. Zij werken aan iets dat groter is dan zichzelf: de patiënt.'

Hoe merk jij dat medisch specialisten gebukt gaan onder hun administratie?

Frans: 'Als ik alleen al naar mijn huisarts kijk, denk ik: die man heeft een dubbelganger nodig. Mijn dokter is gigantisch lang bezig met het invoeren van gegevens in de computer. Dat geldt ook voor medisch specialisten. Volgens mij ziet Dennis zes mensen in een uur. Zés. Je hebt tien minuten per patiënt en moet daarbinnen ook nog eens de administratie doen.'

Dennis: 'Tien minuten voor een nieuwe patiënt, vijf minuten voor een controle. Van oudsher is dit de manier waarop een spreekuur wordt gehouden: de dokter ziet een patiënt en doet dit zo efficiënt mogelijk. Maar waar een medisch specialist voorheen genoeg had aan één minuut administratietijd en het zijn er nu twee, dan houd je procentueel minder tijd over voor een patiënt. Ik ben mijn ouders nog steeds dankbaar dat ik mijn typediploma heb gehaald.'



Lange Frans:

'Artsen werken aan iets dat groter is dan zichzelf: de patiënt'

Frans: 'Zo'n diploma heb ik ook, ik maak 164 aanslagen per minuut.'

Dennis: 'Ik kan praten en typen tegelijk, dus ik kan de patiënt doorgaans blijven aankijken terwijl ik informatie in het systeem zet. Dat geldt lang niet voor iedereen. Bovendien is het aantal administratieve handelingen de laatste jaren toegenomen. Toen ik nog in opleiding was en Frans' stembanden bekeek, zette ik twee kruisjes op een formulier, gaf ik dat aan de assistente en was de scopie geregeld. Nu moet ik tig keer klikken, controleren of ik alles juist heb aangevinkt en op bevestigen drukken – en dan heb ik precies hetzelfde aangevraagd als vroeger. Maar dan worden vijf minuten wel krap.'

Welke impact heeft die administratielast?

Dennis: 'Als je vooral bezig bent om gegevens in het systeem te zetten, raffel je andere zaken af. Dat gaat ten koste van de patiënt. Op het moment dat je alleen maar naar je scherm kijkt, onderbreek je het contactmoment.'

Frans: 'Stel je voor welke informatie je uit iemand zou kunnen krijgen als je dubbel zoveel tijd had om te praten, en niet alleen maar naar je scherm keek. Patiënten zouden zich meer op hun gemak voelen, waardoor een specialist meer vragen kan stellen en zo waardevolle extra input krijgt.' ▶



Kno-arts Dennis Kox:

‘Ik ben mijn ouders nog steeds dankbaar dat ik mijn typediploma heb gehaald’

Dossier administratielast

De Federatie heeft het dossier administratielast sinds dit voorjaar hoog op alle agenda's gezet. De Federatie zet in op minimaal de helft minder administratielast. Van twee dagen naar één dag, zodat deze tijd toekomt aan de patiënt. Om dit te bereiken, werken de Federatie en haar leden aan het verminderen van onnodige administratielast bij opleidingsvisitatie en kwaliteitsvisitatie en aan het terugbrengen van de omvang van de kwaliteitsregistraties en -indicatoren.

Ondanks de eerste stappen tot schrappen en verbeteren door de zorgsector viert de frustratie nog steeds hoogtij. En zolang deze nog bestaat, maakt de Federatie de administratielast zichtbaar en voelbaar via de politieke tafels, media en haar eigen (social) media.

Blijf uw ervaringen over administratielast inzenden naar laatdokersdokteren@demedischspecialist.nl.
Nieuwe verhalen vindt u op: www.laatdokersdokteren.nl.

De Federatie vroeg medisch specialisten eerder dit jaar naar absurde voorbeelden op administratievlak. Heb jij ook zo'n voorbeeld, Dennis?

Dennis: 'Ik heb het leukste vak dat er is, maar die onnodige administratielast kan echt frustrerend zijn. Bij patiënten die een recept nodig hebben voor een hoortoestel kijk ik in het oor, neem ik een gehoorstest af en geef ik hen een formulier mee. Dat kan in vijf minuten. Bij nieuwe patiënten moet ik echter hun voorgeschiedenis checken, medicatie doornemen en allergieën nalopen, terwijl de medicatie helemaal niet relevant is voor een hoortoestel.'

Frans: 'Dat is inderdaad absurd.'

Wat zou er al direct gedaan kunnen worden om de administratielast te verminderen?

Dennis: 'Hoewel ICT-middelen momenteel voor meer administratieve rompslomp zorgen, ligt daar denk ik ook de oplossing. Zo kunnen patiënten steeds vaker al vóór een consult op de portal van hun ziekenhuis een lijst invullen over hun medicijngebruik en allergieën. Tijdens het spreekuur is het dan een kwestie van die lijst checken en op akkoord klikken.

Daarnaast denk ik dat apotheken verantwoordelijk moeten zijn voor het medicijnpaspoort van de patiënt – en niet de medisch specialist, die doorgaans supergespecialiseerd is in een specifiek deelgebied. Zo weet ik veel over kno-medicijnen, maar voer ik regelmatig medicatie in waarvan ik niet eens weet hoe ik het spel. Zulke kleine veranderingen kunnen een wereld van verschil maken.'

Wie hopen jullie eigenlijk met het nummer te bereiken?

Dennis: 'De hitlijsten, natuurlijk.'

Frans: 'Ha, ik heb liever de zorgverzekeraars. Zodat zij zich bewust worden van het feit dat artsen echt gebukt gaan onder administratielasten – en hier hopelijk iets aan kunnen doen qua regelgeving.'

Dennis: 'Naast de Federatie zijn er verschillende organisaties die aandacht vragen voor het terugdringen van de administratielast. En ook in ziekenhuizen zelf wordt gekeken hoe de administratielast omlaag kan. Dat gebeurt echter binnenskamers. Ik hoop daarom vooral discussie los te maken en dat mensen begrijpen wat er in de spreekkamer speelt rondom de patiënt. Dat gebrek aan tijd geen onwil is van de arts, maar onmacht.'

Frans: 'Een rap is per definitie een fantastische vorm om een boodschap tot de kern in te koken en een probleem aan te kaarten. Mensen onthouden een leuke rijm nou eenmaal sneller dan een standaard praatje.' ●

Beluister het nummer via: www.laatdokersdokteren.nl.

Personeelstekorten in de zorg

‘Er moet iets veranderen, dit houd je niet vol’

Zorginstellingen kampen met steeds grotere personeelstekorten. In de landelijke media gaat het vooral over de gevolgen hiervan voor patiënten, maar welke impact hebben deze tekorten op medisch specialisten? ‘Het is een aanslag op mijn professionele eergevoel.’

Het tekort aan personeel in de zorg neemt al jaren toe. In ziekenhuizen is het aantal vacatures verdubbeld ten opzichte van een jaar geleden, blijkt uit onderzoek van de NOS. Vooral het gebrek aan gespecialiseerd verpleegkundigen laat zich voelen.

Hoge werkdruk

Het St. Antonius Ziekenhuis heeft bijvoorbeeld door een tekort aan obstetrie- en neonatologieverpleegkundigen de geboortezorg (tijdelijk) stopgezet op de locatie in Nieuwegein. Alleen geplande sectio's worden nog op die locatie gedaan. Voor de verpleegkundigen is de werkdruk daardoor iets lager geworden, maar voor gynaecoloog Jeroen Becker geldt dat niet. ‘Mijn managementtijd wordt nu voor een groot deel opgeslokt door de geboortezorg. Ik ben steeds aan het schakelen met de leiding van de afdeling. Hoe is de bezetting? Hoe is het met de belasting van de verpleegkundigen? Kunnen er bedden bij of moeten er bedden weg?’ Het personeelstekort vraagt ook om meer uitleg richting patiënten. ‘Het is vervelend voor zwangeren wanneer ze verder moet reizen om te bevallen, maar de meesten hebben er wel begrip voor. Een enkele keer heeft iemand een specifieke reden om niet op een bepaalde locatie te willen bevallen. Bijvoorbeeld vanwege emotionele herinneringen aan een ziekenhuisopname van een familielid. Dat ik dan niet kan bieden wat voor iemand psychologisch heel belangrijk is, vind ik moeilijk.’

Frustraties op de werkvloer

Dat gevoel herkent chirurg Alexander van Marle. In het Franciscus Gasthuis & Vlietland heeft het tekort aan gespecialiseerd verpleegkundigen er onder meer toe geleid dat de SEH op de locatie Vlietland 's nachts dicht is en dat planbare operaties worden uitgesteld. ‘Vakinhoudelijk hoef ik geen concessies te doen, maar dat een patiënt nu tien in plaats van drie weken moet wachten op een ingreep, is een aanslag op mijn professionele eergevoel’, zegt Van Marle.

‘Het is frustrerend, het doet afbreuk aan mijn werkplezier.’ Die frustraties zijn ook van invloed op de werksfeer. ‘Iedereen werkt volle bak. Je probeert je frustratie bij je te houden, maar er komt weleens iets vinnigs uit.’ ▶

‘Ik heb geen reserves. Ik doe constant een tandje bij’



Minder omzet dan afgesproken

Door de personeelstekorten lopen ziekenhuizen het risico dat ze niet aan de productieafspraken met zorgverzekeraars kunnen voldoen. Dat heeft weer gevolgen voor de zorginkoop voor volgend jaar. 'Dat is iets wat ons zorgen baart', vertelt gynaecoloog Jeroen Becker. Franciscus Gasthuis & Vlietland zit in hetzelfde schuitje. Chirurg Alexander van Marle: 'Door de mindere bezetting missen we productie. Daardoor mogen we mogelijk volgend jaar minder zorg leveren. Als we op termijn weer op formatie zijn en de achterstand willen goedmaken, dan is het van belang dat de zorgverzekeraars niet alleen kijken naar de geleverde zorg, maar ook naar de gemiste zorg.' Becker sluit zich daarbij aan: 'Als we aantonen wat de oorzaken zijn geweest, dan hoop ik dat de zorgverzekeraars bereid zijn te kijken naar wat reëel is voor de komende jaren, en niet naar het voorbije jaar.'

Om het tekort op te lossen, moeten meer verpleegkundigen worden aangenomen en opgeleid. Dat klinkt een stuk eenvoudiger dan het is. De spoeling is dun en voordat een verpleegkundige is opgeleid tot gespecialiseerd verpleegkundige ben je een paar jaar verder. 'Op korte termijn zorgt het opleiden eigenlijk alleen maar voor een groter tekort', zegt Van Marle. 'Een gespecialiseerd verpleegkundige die opleidt, is zelf minder op de vloer. Bovendien hebben we te maken met een verhouding tussen leerling- en gediplomeerd verpleegkundigen; wij zitten al op het randje van wat maximaal haalbaar is.'

En dan ziet de chirurg ook nog eens personeel weggekaapt worden door detacheringsbureaus. 'Verpleegkundigen krijgen daar aanzienlijk meer salaris en een leaseauto. Ze bepalen zelf hun werktijden en draaien geen ANW-diensten meer. Gevolg is dat de druk op de diensten toeneemt voor het personeel dat blijft.' Het ziekenhuis huurt in principe geen mensen in die zijn vertrokken, maar soms ontkomt men er niet aan. 'Het gebeurt dat ze hier toch weer op de vloer staan, tegen veel hogere personeelskosten', verzucht Van Marle. 'Als ziekenhuis kun je niet concurreren met dat soort bureaus. Ik denk dat het aan de politiek is om hiertegen iets te doen.'

Interimmers in de ggz

In de ggz, waar men ook kampt met grote personeelstekorten, zijn er onder psychiaters veel interimmers. 'Ze nemen ontslag en beginnen voor zichzelf', ziet psychiater Annemieke

Dols van GGZ inGeest om zich heen. 'Ergens snap ik ze wel. Ggz-instellingen zorgen doorgaans niet zo goed voor hun medewerkers. Als interimmer heb je meer vrijheid. Je hoeft geen ANW-diensten te draaien en je houdt er nog meer aan over ook.' Toch heeft Dols nooit die stap overwogen. 'Je waarborgt zo natuurlijk niet de continuïteit van zorg.' Dat vacatures voor psychiaters worden ingevuld door interimers vindt Dols eigenlijk geen oplossing. 'Beter kan er geïnvesteerd worden in administratieve ondersteuning. Die is wegbezuinigd, terwijl de administratieve belasting alleen maar groter is geworden. Ik doe alle administratie zelf. Daar zit zó veel tijd in die ik ook aan patiënten kan besteden.'

Door die administratieve druk en het tekort aan collega's heeft de psychiater minder tijd per patiënt. Psychologen en verpleegkundigen nemen, waar het kan, taken van haar over. 'Op dat vlak heb ik moeten inleveren, maar de zorg die ik lever, is nog wel naar mijn maatstaven. De werkdruk vind ik wel te hoog.

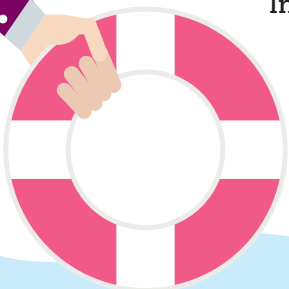
Ik wil weleens een kop koffie drinken met een collega. Of een keer iets eerder naar huis als het mooi weer is. Dat kan niet. Mijn dagen zijn extreem lang en vaak moet ik thuis nog dingen afmaken.' En zo gaat het al een jaar of vier. 'Er moet iets veranderen, want dit houd je niet vol. Stel dat een collega ziek wordt. Dan zou ik een tandje bij moeten zetten. Maar dat kan niet, want ik heb geen reserves. Ik doe constant een tandje bij.'

Op het tandvlees

In het ziekenhuis zijn het met name de verpleegkundigen die op hun tandvlees lopen. 'Als chirurgen proberen we wat meer op de SEH te zijn', vertelt Van Marle. 'En omdat de OK-capaciteit krap is, zijn we vaker 's avonds tijdens diensten aan het opereren. Dat brengt natuurlijk extra belasting met zich mee, maar verpleegkundigen hebben het zwaarder door het personeelstekort.'

Dat ziet gynaecoloog Becker ook. 'De registratielast en de zorgzwaarte in de tweede lijn zijn de laatste tien jaar enorm toegenomen, maar het aantal verpleegkundigen en de werkomstandigheden zijn daar niet of nauwelijks op aangepast. Er wordt wel verwacht dat ze avond- en nachtdiensten doen, maar over kinderopvang wordt niet meegedacht. En zoveel administratief werk is natuurlijk niet aantrekkelijk. We moeten beter voor onze verpleegkundigen zorgen. Niet als individuele werkgever, maar op landelijk niveau. Om jongelui te blijven interesseren voor het vak, moeten we het aantrekkelijk maken.' ●

'We moeten beter voor onze verpleegkundigen zorgen'



Blaffende honden

"Nee, absoluút niet". De klap tegen de deurpost maakt het af. Het is koffiepauze en dus mag ik mijn verpleegkundige niet storen. De teamleider barricadeert stevig de deuropening. "Over een kwartiertje kun je haar gewoon weer bellen!" Na twaalf minuten besluit ik dat het wel welletjes is geweest. "Néééé!", schreeuwt de andere kant van de lijn.

Ik hink op twee gedachten. Natuurlijk is het irritant dat mijn werkzaamheden even stil liggen. Aan de andere kant gaat er ook niemand dood nu. Ik besluit zelf maar even een kopje koffie te halen. Onder het gezoem van het koffieapparaat groeit mijn verwondering. Wat moet het heerlijk zijn, zo'n waakhond. Iemand die met jou je grenzen bewaakt, die het voor je opneemt en besluit de werkdruk af te doen nemen. Acuuut word ik verdrietig. Wanneer stond mijn opleider voor het laatst zo te blaffen? Toen ik om 20:30 uur nog ontslagbrieven aan het typen was? Toen ik zeven opnames in drie uur tijd op de afdeling kreeg? Toen mijn patiënt onverwacht overleed?

Terwijl de laatste druppels aanlengwater in mijn mok verdwijnen, voel ik ineens de tranen opwellen. Ik geloof dat het die voorgaande keren aan mijn 'perceptie van de werkdruk' of 'werk-privé verdeling' lag. In mijn laatste voortgangsgesprek ging het overigens niet over deze essentiële dingen. Het ging over een nutteloze toetsuitslag. Het gevolg van een serie belachelijke, irrelevante vragen waar ik bloednerveus voor was. Waarom? Omdat ik mijn opleider wilde laten zien dat ik het echt kan. Dat na een vijftig uur durende werkweek ik het voor elkaar krijg om óók een negen te halen.

Tja, weer een illusie armer! Of mijn opleider er ook zo over denkt, betwijfel ik.

Beste opleiders, leer van uw verpleging: blaf eens vóór in plaats van tegen uw aios.

Anouk Putker, aios Interne Geneeskunde



‘Het nieuwe opleiden mag niet stranden’

Voor veel medici is hun specialisme meer dan alleen werk. In deze rubriek vertellen ze over hun drijfveren. Plastisch chirurg in opleiding Edin Hajder strijdt als voorzitter van De Jonge Specialist voor een gezonde en veilige opleiding met ruimte voor individualisering.

HART & ZIEL

Voorzitter van
De Jonge Specialist

Doel

De Jonge Specialist is de zelfstandige beroepsvereniging voor aios en anios en staat voor één gezamenlijke a(n)ios-stem op landelijk niveau, een sterke onderhandelingspositie voor alle a(n)ios en het initiëren, coördineren en stimuleren van initiatieven ter bewaking en verbetering van de opleiding.

Meer informatie
www.dejongespecialist.nl

‘Als kind smulde ik al van operatieprogramma’s. Het kon mij niet plastisch genoeg zijn. Die fascinatie met weefsel weghalen en verplaatsen is alleen maar groter geworden’, vertelt Edin Hajder. ‘Tijdens mijn eerste coschap bij de plastisch chirurgie wist ik het zeker: dit is het.’ Hajder zit inmiddels in zijn vijfde jaar van de opleiding tot plastisch chirurg in Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Nu is Hajder net begonnen als voorzitter van De Jonge Specialist. ‘Vooral de combinatie van de loepbril van het snijdend vak en de brede blik over waar we over vijftien jaar staan, vind ik briljant.’ De hoge percentages burn-out onder jonge specialisten en de uitdagingen van bezuinigingen en een toenemende

zorgvraag schrokken hem niet af om te solliciteren naar de functie. 'Dit voorzitterschap kan ik doen dankzij mijn omgeving. Te beginnen met mijn vriend,' vertelt hij stralend. 'Soms ben ik vanwege dienst en vergaderingen de hele week pas thuis als hij slaapt. In plaats van daarover te zeuren, huurt hij een huisje aan de Loosdrechtse plassen, nodigt mijn vrienden uit en zorgt dat de laptop een paar dagen dicht blijft. Bovendien geeft het werk zoveel voldoening. Daar heb ik wel wat vermoeidheid voor over.'

Regie voeren

Sinds 2014 is het mogelijk de specialistenopleiding competentiegericht en individueel in te richten. Aios moeten de regie voeren over wat ze willen leren, in overleg met hun opleider. Hajder: 'Het eerste issue dat ik graag op de agenda wil zetten, is dat het nieuwe opleiden niet mag stranden. Wat me zorgen baart is dat opleiders die inhoudelijk achter het plan van hun aios staan, soms nee moeten verkopen omdat de bedrijfsvoering en het rooster dan niet rondkomen. Dat gaat ten koste van de kwaliteit van de opleiding.' Hajder ziet nu al de gevolgen. 'Omdat de instroom van aios de afgelopen jaren is teruggelopen en aios korter doen over hun opleiding, leidt dat tot nijpende logistieke problemen. Er zijn oplossingen, zoals taakherschikking. Maar dat kan het bestuur van De Jonge Specialist niet in zijn eentje van vandaag op morgen bewerkstelligen. Daarvoor moeten we samenwerken met opleidingen, wetenschappelijke verenigingen en het ministerie van VWS. Het zijn complexe problemen, maar als we afwachten, vrees ik dat dit prachtige plan mislukt.'

Veilig werken

De Jonge Specialist vertegenwoordigt aios in dit soort overleggen, maar helpt ook individuele aios indien die onjuist behandeld worden. 'Mijn tweede ambitie met dit voorzitterschap is: zorgen voor een veilige werksfeer op alle opleidingsplekken. Dat vergt een cultuurverandering. Vooropgesteld: de meeste opleidingen hebben een veilige werksfeer waar misstanden bespreekbaar zijn. Maar elke afdeling waar het niet zo is, is er één te veel. Ik wil het bespreekbaar maken, onder aios, onder opleiders en in de media.'

Er kunnen allerlei misstanden spelen. 'Te veel diensten moeten draaien zonder compensatie, niet tegen het oordeel van een opleider in durven gaan of aan de visitatiecommissie niet durven vertellen over de onveilige werksfeer uit angst voor de consequenties voor de toekomst. Met het nieuwe opleiden ligt de regie bij de aios. Daarom zeg ik: aios, durf die regie te voeren en sta op voor je rechten. En lukt het niet? Dan is De Jonge Specialist er met een meldpunt, advies over welke stappen je kunt ondernemen, en uiteindelijk juridisch advies.'

Doorn in het oog

Dat is direct het derde speerpunt voor Hajder: 'Ik wil een volledige dekking van leden. Momenteel is maar vijftig procent van de aios lid van De Jonge Specialist. Dat is me echt een doorn in het oog. Wij vertegenwoordigen en onderhandelen voor elke jonge

dokter in het ziekenhuis, academische centra en in de ggz – dus ook promovendi en anios – maar slechts de helft is lid. De Jonge Specialist groeit nu jaarlijks met tien procent. Dat is fantastisch en daar zijn we erg trots op, maar ik wil dat alle aios en anios lid worden. Onbekend maakt onbemind. Daarom wil ik de komende jaren het land in. Op elk congres waar aios aanwezig zijn wil ik een kwartier spreektijd om te laten zien wie wij zijn en wat wij doen.' ●

Edin Hajder:

'Elke onveilige opleidingsplek is er één te veel'



De Sherlock Holmes van de geneeskunde

‘Allergologen zijn goed in puzzelwerk’



Hoewel de allergologie al jaren verankerd is in het medisch-specialistische landschap, is het specialisme relatief onbekend. En dat terwijl het vak enorme ontwikkelingen doormaakt die ook invloed hebben op andere specialismen. Bijvoorbeeld op het gebied van geneesmiddelenallergie.

De allergoloog is de Sherlock Holmes binnen de geneeskunde, vertelt een enthousiaste Theo Roovers. Hij is als internist-allergoloog verbonden aan het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg. 'Allergologie is een niet-orgaangericht specialisme. De organen van een patiënt zijn vaak wel aangedaan, maar dat is niet ons hoofdthema: wij richten ons op de opsporing van een mogelijke invloed van buitenaf die een allergie veroorzaakt.' Dat die zoektocht een lastige is, blijkt wel uit het feit dat allergieën vaak niet worden gevonden of aangetoond in de eerste- en tweedelijnszorg. Roovers: 'De basis van een allergiebehandeling is de eliminatie van de allergiebron. Zolang je die niet kent, kun je geen behandeling inzetten en blijft een patiënt persisterend blootgesteld – met als gevolg een voortdurende of zelfs verergering van klachten. De allergoloog zoomt dieper in op deze klachten, weet welke soorten allergenen er zijn en hoe ze moeten worden opgespoord. Het is dat puzzelwerk waar we zo goed in zijn.'

Samensmelting

De allergologie vindt zijn oorsprong in de jaren zestig van de vorige eeuw, als het vak vanuit de kno en longgeneeskunde uitgroeit tot zelfstandig specialisme. Het is op dat moment een bescheiden specialisme, met enkele opleidingsplaatsen in Groningen en Rotterdam.



Internist-allergoloog Zana Tempels-Pavlica:

'In negen van de tien gevallen blijkt een patiënt helemaal niet allergisch voor een geneesmiddel'

Om aan de groeiende vraag te voldoen, wordt rond de eeuwwisseling besloten om het vak meer body te geven en onder te brengen bij de interne geneeskunde. Vanaf dat moment worden basisartsen eerst opgeleid tot internist en kunnen ze zich daarna verder specialiseren tot allergoloog.

De evolutie van het specialisme houdt daar niet op, want anno 2018 hebben allergologen de handen ineen geslagen met immunologen. Wie nu aan de opleiding begint, wordt internist-allergoloog/klinisch-immunoloog. Een logische ontwikkeling, vindt Roovers: 'In de eerste plaats omdat allergie een belangrijk onderdeel is van het immunologische lijden. Maar ook omdat allergologie en immunologie binnen de klinische kaders nog steeds kleine specialismen zijn, terwijl ze de afgelopen jaren grote sprongen hebben gemaakt op wetenschappelijk terrein. Via deze weg willen we beide vakken beter op de kaart zetten.'

De samensmelting heeft er al voor gezorgd dat meerdere internistenmaatschappen hun deuren hebben opengezet voor de combinatie van deze twee vakgebieden. Internist-allergoloog Zana Tempels-Pavlica van het Diaconessenhuis Utrecht is daar enorm blij om. 'We zijn van twee naar vijf opleidingsklinieken gegaan en steeds meer collega's zijn in ons geïnteresseerd. Het zou mooi zijn als deze lijn doorzet en in de toekomst tot een verdere uitbreiding van ons vak leidt.' ▶



Drukker dan ooit

Dat die uitbreiding nodig is, blijkt wel uit het toenemend aantal mensen dat met een allergie rondloopt: ruim veertig procent van de Nederlandse bevolking. En dat aantal neemt toe. Volgens Europese allergieorganisaties ligt het percentage bij pasgeborenen al op vijftig procent. Klimaatverandering is één van de redenen van die toename. ‘We zien in Nederland allergieën ontstaan die we dertig jaar geleden niet hadden, bijvoorbeeld door de allergene pollen van de Ambrosia, een plant die oorspronkelijk uit Amerika komt. En zo spelen er nog veel meer factoren een rol, bijvoorbeeld ons toegenomen reisgedrag’, aldus Tempels-Pavlica. Beide allergologen zien die tendens terug in hun praktijk. Het is drukker dan ooit en de wachtlijsten nemen toe. Roovers: ‘Het ETZ heeft de grootste allergologenmaatschap van Nederland, terwijl we uit slechts vier man bestaan. Veel provincies hebben niet eens een allergoloog in de buurt. Dat betekent dat we een grote regionale functie hebben. Wij zien patiënten uit Zeeland, Noord-Brabant en zelfs een stukje van Limburg. Er is kortom veel werk aan de winkel.’

De allergologen zijn dan ook positief gestemd over het groeiend aantal kinderartsen dat een fellowship allergologie volgt. Zij worden in het BIG-register weliswaar niet geregistreerd als allergoloog – die titel blijft vooralsnog

onder de interne geneeskunde vallen – maar hebben het specialisme wel als aandachtsgebied. Tempels-Pavlica: ‘De allergoloog ‘oude stijl’, dus vanuit de kno en longgeneeskunde, ziet patiënten van alle leeftijden. Als internist-allergoloog ben je beperkter qua patiëntenpopulatie, aangezien je alleen in aanraking komt met volwassenen. Door de aanwezigheid van een internist-allergoloog en een kinderarts-allergoloog kun je op dezelfde polikliniek begeleiding bieden aan zowel kinderen als volwassenen. Het Diakonessenhuis werkt al volgens deze constructie, die veelbelovend is: zo proberen we gezamenlijk actief iets te doen tegen de ontwikkeling van allergieën in de toekomst. Patiënten zijn daar natuurlijk enorm bij gebaat.’ Ook Theo Roovers zou dit de ideale situatie vinden voor alle allergologen en hun patiënten. ‘Je moet dan wel één centrum hebben voor patiënten van alle leeftijden, waar zowel internist-allergologen en kinderarts-allergologen werken. Mijn wens is dat er binnen tien jaar meer gespecialiseerde centra komen.’

Diagnose ontcrachten

De komst van die gespecialiseerde allergiecentra zou de zichtbaarheid van het specialisme kunnen vergroten. Want ondanks de allergietoename is het vak relatief onbekend bij collega's in de eerste- en tweedelijn. Tempels-Pavlica: 'Het is dubbel: enerzijds weten collega's niet precies wat we doen, maar in de ziekenhuizen waar wel een allergoloog werkt, is men bijzonder tevreden over wat diegene intern te bieden heeft.' En dat is veel, vervolgt Tempels-Pavlica. Als voorbeeld noemt ze de problematiek rondom geneesmiddelenallergie. 'Met name de oudere patiënten hebben vaak een dossier waarin staat dat ze allergisch zijn voor bepaalde geneesmiddelen, en daardoor niet met een standaardmedicijn behandeld kunnen worden. Zo'n diagnose is soms al twintig jaar oud en niet altijd correct. Het kan namelijk ook om een bijwerking gaan, aangezien veel bijwerkingen als allergie worden beschouwd. Dat allergielabel blijft vervolgens jarenlang hangen en gaat over van dokter op dokter. Het gevolg is dat een goede behandeling uitblijft. De allergoloog wordt nu steeds vaker ingeschakeld om zo'n geneesmiddelenallergie opnieuw te beoordelen. In negen van de tien gevallen blijkt een patiënt niet allergisch en ontcrachten we de diagnose.'

Dit zogeheten *delabelen* is een grote opluchting voor collega-specialisten, weet Roovers. 'Alleen al in het ETZ liggen momenteel 22 patiënten met het label penicillineallergie. Die krijgen allemaal alternatieve middelen met meer bijwerkingen en minder effectiviteit. Mijn collega's zijn enorm dankbaar als ik na een relatief eenvoudig onderzoek concludeer dat een patiënt toch niet allergisch is, en al die dure specialistische middelen weer de reservekast in kunnen. Verschillende ziekenhuizen in de regio maken gebruik van onze expertise.' Het *delabelen* heeft nóg een belangrijke functie, want het draagt ook bij aan een halt toeroepen van de resistentie tegen antibiotica. Roovers: 'Vooral de antibiotica die al gereserveerd is voor extreem bijzondere infecties. Zo proberen we te zorgen dat ons land niet afstevent op resistenties waar geen middelen meer voor bestaan, zoals in Zuid-Europa al werkelijkheid is.'

Pinda-preventie

Het bestrijden van een voedselallergie is nog niet mogelijk, maar daarin staat de allergologie niet stil. Theo Roovers: 'We bevinden ons nu in een fase waarin steeds meer *evidence based* onderzoek wordt gedaan naar het behandelen van voedselallergieën met immunotherapie. Het is een ontwikkeling waar we met smart op wachten, aangezien het mijden van voedsel nu de enige remedie is voor een patiënt. Maar de onderzoeksresultaten zijn veelbelovend, dus ik ben hoopvol gestemd dat er in de komende vijf jaar een beleid gaat komen dat in de praktijk zal leiden tot minder allergische kinderen en volwassenen.'



Internist-allergoloog Theo Roovers:

'Veel provincies hebben geen allergoloog in de buurt. We hebben een grote regionale functie'

Nu al maakt het specialisme grote sprongen op preventievlak. Zo krijgt een preventieve behandeling om de ontwikkeling van een voedselallergie te voorkomen, een enorme *schwung*. Zana Tempels-Pavlica: 'Denk aan kinderen waarbij één van de ouders een ernstige pinda-allergie heeft. Door een kind vroegtijdig en gedoseerd bloot te stellen aan pinda's – door ze te mengen in een fruithapje of koekje – wil je voorkomen dat het later ook zo'n allergische reactie ontwikkelt. Uiteraard doe je vooraf uitgebreid onderzoek om uit te sluiten of een kind al allergisch is, anders is het geven van pinda's ronduit gevaarlijk. Ook daarom zie ik zoveel in het werken vanuit gespecialiseerde allergologische centra: behalve goede begeleiding zijn eventuele allergische reacties ook meteen te behandelen.' ●



Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Allergologie (NVvA) vindt u op: <http://nvva-allergologie.nl/>



heeft, en ik komen naar de Domus Medica in Utrecht en we voeren dan vijf à zes gesprekken. Daarin vertellen wij hoe we werken en de wetenschappelijke vereniging – vaak de voorzitter, de directeur en soms een tweede bestuurder – geeft een ‘top-3’ van inhoudelijke onderwerpen die nu en de komende tijd spelen in het vakgebied.’

Hoe pakken de gesprekken uit?

‘Het is voor beide partijen heel nuttig. Ten eerste merken we dat het contact soepeler verloopt als je elkaar eens in de ogen hebt gekeken. Vaak wisselen we 06-nummers uit en kunnen we direct schakelen met de voorzitter bij zaken die dezelfde middag of avond nog mee moeten in de uitzending. Ook bellen we vaker met wetenschappelijke verenigingen om zaken te checken, zoals medische claims of ‘baanbrekende’ onderzoeken. Dat kan foute of ongenueanceerde berichtgeving voorkomen. Sowieso neemt onze kennis toe dankzij de gesprekken. Tot slot levert het vaak verhalen op die we niet meteen hoeven te maken, maar met wat meer tijd en voorbereiding kunnen opnemen.’

Heeft u daar voorbeelden van?

‘Dankzij de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde, de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie en de Federatie berichtten we als eerste over de impact voor patiënten van het sluiten van de kernreactor in Putten. Een mooi item vond ik ook dat kno-artsen kinderen uit groep 8 voorlichting gaan geven over gehoorschade als verplicht onderdeel van hun opleiding. Of de neuroloog die voor NOS op 3, dat zich op jongeren richt, uitlegde hoe taseren werkt. Niet elk nieuwsmedium kan zoveel tijd investeren in dit soort gesprekken als de NOS, maar de waarde ervan betaalt zich dubbel en dwars terug.’ **NQ**

Op de radar bij journalisten

Een paar keer per jaar organiseert de Federatie achtergrondgesprekken met journalisten van de NOS. Nuttige gesprekken, vindt NOS-journalist Rinke van den Brink. ‘We zijn veel beter op de hoogte van wat er speelt bij de verschillende wetenschappelijke verenigingen.’

Hoe is het idee voor de achtergrondgesprekken ontstaan?

‘Het NOS Journaal brengt het nieuws van dit moment en dat betekent dat we meestal heel snel antwoord nodig hebben op vragen of het verzoek om een reactie. Bij de wetenschappelijke verenigingen ging dat echter niet altijd even snel: interviewverzoeken aan artsen lopen vaak via het secretariaat en artsen zijn niet altijd direct beschikbaar. Het idee achter de achtergrondgesprekken was om elkaar te leren

kennen en gestructureerd te kijken naar waar mogelijkheden voor nieuwsverhalen in zitten. Voor sommige onderwerpen kan dat haast voorkomen.’

Hoe ziet zo’n achtergrondgesprek eruit?

‘Vooraf prikken we met de Federatie twee data. Wetenschappelijke verenigingen kunnen daarop intekenen voor een gesprek van een uur. Mijn collega Roselien Herderschee, die een medische achtergrond

Inspecteur-generaal Ronnie van Diemen

‘Kwetsbaarheid is een groot goed’

Inspecteur-generaal Ronnie van Diemen van de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd over het spanningsveld tussen de Inspectie en medisch specialisten. ‘Ons werk gaat niet over angst, maar over leren en verbeteren.’

U werkte jarenlang als kinderarts-nefroloog, opleider, hoogleraar en als zorgbestuurder. Heeft u toen zelf weleens te maken gehad met de Inspectie?

‘Als kinderarts had ik er weinig mee vandoen. Ik kreeg er pas mee te maken in mijn functie als bestuurder bij GGZ Oost-Brabant. De Inspectie hield ons een spiegel voor over vrijheidsbeperking en isoleren van patiënten. Ik vond dat eerlijk gezegd uitermate waardevol. We kregen de feedback dat we hierin niet vooropliepen. Dat zorgde eerst voor veel boosheid binnen de organisatie, maar hierdoor raakte ik wel in gesprek met de psychiaters. Zo ontstond beweging en konden we verbeteringen doorvoeren. Mijn levensmotto is: het doet ertoe, je kunt een verschil maken om de gezondheidszorg beter te maken. Dus toen ik in 2012 zelf Inspecteur-generaal werd wilde ik vooral de cultuur binnen de Inspectie aanpakken. Ik nam bij binnenkomst woorden in de mond als “gezond vertrouwen” en “kijken door de ogen van de patiënt”. Dat was een compleet nieuw geluid. De Inspectie was toen nog sterk gericht op indicatoren en richtlijnen. Inmiddels kijken onze inspecteurs bij het toezicht meer door de ogen van de patiënt én de zorgverlener.’

Bent u dan nu een lieve waakhond?

‘Tussen toezichthouder en zorgprofessional bestaat altijd een natuurlijk spanningsveld, maar de samenwerking is goed en positief. Ik weet heus dat ▶



‘Wij vragen van medisch specialisten meer moed’



*‘Als er iets fout is
gegaan, betekent dit
niet dat iemand iets
verkeerds heeft gedaán’*

er bij medisch specialisten nog steeds angst heerst voor bijvoorbeeld een tuchtzaak. Maar die angst heeft vaak te maken met de cultuur in hun eigen ziekenhuis. Een ‘angstcultuur’ of ‘afrekencultuur’ beschouw ik als een bedreiging voor de patiëntveiligheid. Ik zie duidelijke verschillen tussen ziekenhuisbestuurders en professionals die iets doen omdat het moet van de Inspectie of omdat zij het zelf willen. Bij die laatste groep heerst meer durf. Open zijn, willen leren en fouten bespreken zorgen voor een veilige cultuur. Daar ben ik van. Door de grootte van ziekenhuizen, na alle fusies, vraag ik me wel af of zorgverleners nog aandacht hebben voor elkaar. Dat is niet alleen een belangrijke factor in persoonsgerichte zorg, maar ook in het eigen functioneren. Als een arts voelt dat het alleen om het systeem gaat en niet om persoonlijke aandacht, kan hij of zij het werk minder goed doen. Daar ligt een taak voor bestuurders en we puzzelen nog hoe we hierbij kunnen helpen.’

Is alle openheid en transparantie door specialisten van de laatste jaren niet genoeg?

‘Zeker, maar ik heb het niet alleen over het publiceren van sterftecijfers, calamiteitenrapporten en transparantie voor de bühne. Maar juist over: hoe doen wij het met elkaar? Specialisten worden opgeleid om excellent en succesvol te zijn. Dat is een doorgeslagen effect van de competenties. We dachten met de komst van de competenties automatisch patiëntgerichte dokters te kweken. Nog altijd wordt de best presterende dokter aangenomen in een maatschap, terwijl die bescheiden, kwetsbare dokter wellicht veel beter is. Als je perfect wilt zijn als arts, val je diep als het een keer misgaat. Over die geraaktheid en emoties moet meer worden gepraat. Kwetsbaarheid is een groot goed.’

Realiseert u zich wat het betekent als je als medisch specialist te maken krijgt met de Inspectie?

‘Ik realiseer me heel goed wat de chaos van dagelijkse patiëntenzorg met zich meebrengt. Daar heb ik vanuit mijn positie veel compassie voor. Andersom werkt ‘t ook zo. Je kent de Inspectie niet tot je ermee te maken krijgt. Ons werk gaat niet over angst, maar over leren en verbeteren. Onze inspecteurs zijn daarover continu met het veld in gesprek. Als er iets

fout is gegaan, betekent dit niet dat iemand iets verkeerd heeft gedaan. Vaak ging het mis in het proces, bij een overdracht of een medicijncontrole. Wanneer wij zien dat die misser onderdeel is van het systeem, starten wij geen tuchtzaak. Dat doen we alleen bij individueel roekeloos gedrag en als er niets is geleerd. Van de 1.040 calamiteitenmeldingen in 2017 leidde dat in minder dan 1 procent van de gevallen tot een tuchtzaak. Die realiteit gaat niet over iemand aan de schandpaal nagelen: alles draait om een rechtvaardige cultuur. Aan de andere kant heeft het schuren tussen het veld en de Inspectie wel veel in beweging gebracht.'

Kunt u enkele positieve ontwikkelingen noemen?

'Ik vind het een grote verbetering dat de patiënt tegenwoordig bij een melding wordt betrokken, iets wat wij graag wilden. Door zo'n gesprek met de patiënt te voeren, wordt ook de diepe emotie van de zorgverlener zichtbaar. Hierdoor is er meer *peer support* gekomen. Dat kan nog verder worden uitgebreid. En ik geloof in casuïstiekbesprekingen met het hele team. Verder zijn er ziekenhuizen die bij elkaar in de keuken kijken en is er een platform om de uitkomsten van calamiteiten met elkaar te bespreken. Dat juichen wij toe. Openheid in beslotenheid moedig ik graag aan.'

Dat is allemaal mooi, maar diezelfde medisch specialist heeft wel te maken met regeldruk door al uw indicatoren en controlelijsten.

'Dat klopt. Individuele medisch specialisten denken vaak: dat moet van de Inspectie. Zij zien niet het geheel, het systeem, dat alle partijen samen hebben opgetuigd. Ik geef meteen toe dat we hierin als Inspectie zijn doorgeschooten. Dokters en verpleegkundigen zouden geen nutteloze scores moeten doen, maar alleen die bijdragen aan passende verantwoording, kwaliteit van zorg en uitkomsten van zorg. Daarom doet de Inspectie actief mee aan de actie (*Ont*)regel de zorg. En als een specialist vindt dat iets

alleen moet van de Inspectie, laat het ons dan weten. Wij krijgen graag feedback op wat niet goed werkt.'

Voor de komende tijd staat netwerkzorg op de agenda. Hoe gaat u dat aanpakken?

'De Inspectie heeft daar net een nieuwe visie over gepubliceerd. Patiënten hebben veel baat bij netwerkzorg. Soms lijkt iets een goed bedacht netwerk, maar ervaart de veelal kwetsbare patiënt dat niet zo. Daarom hebben we enkele patiënten gevolgd om te kijken wie ondersteuning biedt vanuit de regionale samenwerking en te kijken hoe het gaat op de knooppunten in de organisatie van de zorg. Daar zien wij op toe. Vanuit de visie kiezen we voor stimuleren, leren en verbeteren en zetten wij nog geen handhaving in. Het is een vernieuwende aanpak: we plaatsen de aandacht voor het ziekenhuis in een groter geheel. Elkaar hierin versterken is een mooie uitdaging.'

Heeft u zorgen over de omslag richting openheid en transparantie?

'Ik vind dat de wezenlijke cultuurverandering binnen ziekenhuizen te langzaam gaat. Dat is niet goed voor patiënten én niet voor zorgverleners, die uitgeput of cynisch worden en vertrekken. Voor mij gaat het echt over die cultuuromslag. Dat is waarom ik Inspecteur-generaal ben. Ik weet dat specialisten dat ook willen; zij moeten zich nog steviger inzetten voor een open aanspreekcultuur. Dat vergt moed. Daarom gaan wij de komende jaren de bezoeken aan de ziekenhuizen anders opzetten: minder controlerend en meer observerend over hoe het gaat. Het moet van beide kanten komen.' ●

CV Ronnie van Diemen

Leeftijd: 60 jaar

Functie: inspecteur-generaal bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd

Was hiervoor: kinderarts/nefroloog (WKZ Utrecht), afdelingshoofd/opleider (St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein), hoogleraar onderzoek en ontwikkeling van medisch onderwijs (VUmc Amsterdam), bestuurder GGZ Oost-Brabant

Bekend van: haar uitspraak 'waar angst regeert, wordt niet geleerd'

Privé: getrouwd, drie kinderen, houdt van gesprekken voeren tijdens hardlopen

Kwaliteitsstandaard maakt einde aan versnippering en onnodig wachten

Snellere genezing door nieuwe aanpak wondzorg



Dankzij de kwaliteitsstandaard 'Organisatie van Wondzorg in Nederland' hoeven patiënten niet langer te tobben met slecht genezende wonden. Een regionaal expertteam zit erbovenop. Snel en samen in actie komen leidt tot snellere genezing, verwachten drie wondzorgexperts.

'Patiënt ziet nu veel eerder een wondzorgexpert'

Robbert Meerwaldt is vaatchirurg in het Medisch Spectrum Twente in Enschede. Hij was voorzitter van de werkgroep Wondzorg namens de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

'De aanleiding van de kwaliteitsstandaard wondzorg is helder: patiënten liepen soms maanden tot wel een halfjaar rond met slecht genezende wonden. Eenvoudigweg omdat de zorg voor dit soort patiënten te versnipperd was. Iedereen – huidtherapeuten, podotherapeuten, chirurgen, huisartsen, thuiszorgverpleegkundigen – was van de wondzorg, maar niemand had de regie. Soms leidde dit zelfs tot onnodige amputaties.

Kennis van zaken

Dit soort uitwassen zijn met de komst van de kwaliteitsstandaard aangepakt. Allereerst omdat deze patiënten nu na drie weken altijd worden gezien door een wondexpert: dat is een gigantische stap vooruit. Sneller erbij zijn, betekent erger voorkomen.

En zo'n wondexpert heeft alle kennis en ervaring in huis. Die rol kan overigens door een huisarts, verpleegkundig specialist of medisch specialist vervuld worden.

Prachtig zwachtelen

Elke regio zal het komende jaar zelf zo'n wondexpertteam gaan opzetten. In zo'n team zit een regiebehandelaar als centraal aanspreekpunt voor de patiënt, een arts en verpleegkundige uit de eerste lijn en een arts en verpleegkundige uit de tweede lijn. Het eerste punt van aanpak is de kennis binnen zo'n team verbeteren. Wie nog niet genoeg weet, wordt door de anderen bijgeschoold. Ik heb hier alle vertrouwen in, ook omdat ik een andere generatie vaatchirurgen de markt zie betreden. Zij zijn minder solistisch en willen graag samenwerken. Lid zijn van

zo'n expertteam zorgt voor innovatie. In Twente werken we al even met deze teams en ik merkte dat sommige huisartsen aanvankelijk niet wisten dat bij een niet-genezende wond er vaak een onderliggende ziekte op te sporen valt – dan kun je nog zo prachtig zwachtelen, maar dat heeft dan weinig nut. Door kennis bij elkaar te brengen, leer je veel van elkaar. Het maakt mijn vak als vaatchirurg rijker en leuker. Ik zie minder nare wonden, dus hoef ik minder drastische behandelingen in te zetten.

Ik verwacht met de expertteams echt een slag te kunnen slaan. Zowel in de genezing van wonden als in de kosten. Jaarlijks wordt er 3,6 miljard euro uitgegeven aan basale wondverbanden. Dat bedrag gaat flink omlaag.'

'We hebben met de nieuwe aanpak de lijnen van de zorg echt losgelaten'

Karin Timm is verpleegkundig specialist dermatologie bij Allercare. Zij maakt zich al jaren hard voor betere wondzorg.

'De organisatie van de wondzorg was tot nu te versnipperd. Wondzorg lag vaak alleen op het bordje van verpleegkundigen, die te weinig steun van specialisten kregen als ze een patiënt hadden die slecht genees. En deze patiënten werden geregeld van de ene naar de andere zorgverlener gestuurd, zonder dat duidelijk was wie nu de beste expertise in huis had voor het behandelen van een wond. Omdat mensen hierdoor te lang aanmodderden, stelt de kwaliteitsstandaard nu dat

wanneer er na drie weken geen wondgenezing optreedt, zo'n patiënt naar een expertteam moet worden verwezen. Deze maximale termijn vind ik het belangrijkste onderdeel van de kwaliteitsstandaard.

Regiebehandelaar

In de nieuwe aanpak staat de patiënt echt centraal. Doel is de patiënt met een wond zo snel mogelijk op de juiste plek te krijgen met de juiste zorg, zodat de wond goed geneest. Dat is bij de

regiebehandelaar: een wondexpert die onderdeel uitmaakt van het expertteam en het hele traject aanspreekpunt is voor de patiënt. De kwaliteitsstandaard bepaalt niet wie dat moet zijn, maar geeft ruimte om dat regionaal te bepalen: het is dus niet standaard de huisarts of de medisch specialist. Er is wel afgesproken dat die regiebehandelaar altijd minimaal een masteropleiding (hbo- of universitair) heeft gevolgd, zodat die patiënten kan verwijzen, diagnostiek kan aanvragen ▶

en ook medicatie mag voorschrijven. Dat aspect hebben we afgekeken bij de geestelijke gezondheidszorg, daar werkt dat heel goed.

En die regiebehandelaar staat ook aan het hoofd van het expertteam. Waar dat team zit, wordt ook regionaal bepaald. Dat kan in een huisartsenpraktijk zijn of bij een wondpoli in het ziekenhuis. Zolang de benodigde disciplines binnen het expertteam maar met elkaar samenwerken. En de

patiënt zo snel mogelijk bij de expert terecht kan.'

Snel weer op de been

Ik vind het belangrijk dat we met deze aanpak de lijnen in de zorg echt hebben losgelaten. Het is gelukt niet puur vanuit de eerste- of de tweedelijnszorg te denken, maar vanuit het netwerk rond de patiënt met een wond. Het belangrijkste is dat deze patiënten, veelal ouderen, zo snel

mogelijk weer aan het dagelijks leven kunnen meedoen. Met deze kwaliteitsstandaard moet dat lukken, bevestigt onderzoek van Verpleegkundige Topzorg in Groningen. Lang werd gedacht dat vooral de keuze van het soort verband en andere wondmiddelen van doorslaggevend belang waren bij genezing. Maar nu blijkt dat vooral vlotte expertise effectief is. En dat is ook het uitgangspunt van de nieuwe standaard.'

'Binnen het team hebben we veel van elkaar opgestoken'

Huisarts **Robert-Jan Hoogendoorn** werkt in huisartsenpraktijk Lupine in Alphen aan de Rijn. Hier draait al enkele jaren een wondzorgteam.

'Mijn collega-huisartsen en ik merkten steeds vaker dat patiënten veel te lang doorliepen met ernstige en nare wonden. Daarom zijn we in 2014 om de tafel gaan zitten met de wondpoli van Alrijne Ziekenhuis, de lokale thuiszorg en de regionale zorgverzekeraar. Die samenwerking ging niet meteen van een leien dakje: we hebben eindeloos overlegd en er ontstond broodnijd tussen de verschillende wondexperts. Door toch een *open mind* te houden en elkaar vertrouwen te geven, is wat er nu staat bijzonder succesvol.

Finesses

In onze regio hebben we gekozen om de regierol altijd bij de huisarts te leggen. In mijn ogen is de huisarts als regisseur de beste keuze, omdat je als huisarts de sociale, medische en privé-situatie van zo'n patiënt goed kent. En patiënten geven zelf ook aan het fijner te vinden om de zorg dichtbij huis te krijgen. Juist omdat veel mensen met slecht helende wonden niet altijd in staat zijn om heen en weer naar een ziekenhuis te pendelen. Daarom komt de wondspecialist van Alrijne geregeld naar de huisartsenpraktijk voor consulten. In het begin was dit wekelijks, maar inmiddels hebben wij als huisartsen zoveel kennis

en kunde opgedaan. We steken veel van elkaar op, doordat de specialist ons alle finesses uitlegt en we hierdoor veel patiënten nu zelf kunnen behandelen. Nu komt hij nog maar één keer per maand.

Mooie resultaten

De resultaten zijn verbluffend. De wonden gaan sneller dicht, er zijn minder opnames en als mensen toch worden opgenomen is de ligtijd korter.

Dit komt omdat de juiste wondzorg sneller voorhanden is. Hierdoor hebben we in korte tijd tonnen aan zorgkosten uitgespaard. Wat ik ook mooi meegevoelen vind, is de betere relatie tussen de medisch specialisten en ons. Het komt nu geregeld voor dat ik even wat foto's van wonden stuur naar de wondspecialist in het ziekenhuis, die mij dan meteen advies geeft. Zo'n korte lijn lukt alleen omdat je elkaar inmiddels goed kent.' ●

Over de kwaliteitsstandaard wondzorg

De nieuwe kwaliteitsstandaard *Organisatie van wondzorg in Nederland* stelt dat patiënten met wonden die na drie weken basiswondzorg geen genezing laten zien, worden verwezen naar een regionaal expertteam voor verdere diagnostiek. In zo'n team zit een regiebehandelaar als centraal aanspreekpunt voor de patiënt, een arts en verpleegkundige uit de eerste lijn en een arts en verpleegkundige uit de tweede lijn. Het uitgangspunt van de standaard is: in het ziekenhuis wat moet, en dichtbij de patiënt wat kan. De kwaliteitsstandaard is tot stand gekomen op initiatief van het Wondplatform Nederland. Daarin zitten vertegenwoordigers van alle zorgprofessionals die met wondzorg te maken hebben. Naast medisch specialisten waren patiëntenorganisaties, huisartsen, verpleegkundigen, huidtherapeuten en diabetespodotherapeuten direct bij de ontwikkeling betrokken. Het Kennisinstituut van de Federatie heeft het traject begeleid.



U vindt de kwaliteitsstandaard *Organisatie van wondzorg in Nederland* op www.richtlijndatabase.nl

Neuroloog en netwerker Bas Bloem

‘Het ziekenhuis van de toekomst is een uitzendbureau’

De juiste zorg op de juiste plek is een van de pijlers van de visie Medisch Specialist 2025 van de Federatie. Maar de Federatie wil het niet bij woorden laten, en de komende jaren van netwerkgeneeskunde de praktijk maken. Er zijn dan wel nog wat hordes te nemen, weet neuroloog prof. dr. Bas Bloem. Hij is medeoprichter van ParkinsonNet, het eerste zorgnetwerk in Nederland.

Ja, Bas Bloem, hoogleraar neurologische bewegingsstoornissen in het Radboudumc in Nijmegen, vindt het prettig om in zorgnetwerken te werken. ‘Mijn werk wordt er alleen maar leuker door. Stel ik heb een patiënt met Parkinson die continu valt. De pillen die ik voorschrijf, helpen slechts mondjesmaat. Wat is er dan mooier dan dat ik hem kan verwijzen naar een fysiotherapeut in mijn netwerk die deze patiënt goed kan behandelen? Ik wil dat patiënten de juiste hulp krijgen. Als ik daarvoor een goed georganiseerd netwerk kan inschakelen, maakt me dat vrolijk.’

Gezondheidswinst

Bloem weet waarover hij praat. In 2004 richtte hij

ParkinsonNet op, samen met bewegingswetenschapper Marten Munneke. Met 3.200 zorgverleners, waaronder fysiotherapeuten, ergotherapeuten, diëtisten en logopedisten, is dit het grootste ziektespecifieke netwerk van Nederland. ‘In ParkinsonNet hebben we de krachten gebundeld. In de huidige vorm is ParkinsonNet een netwerk van paramedici die hoofdzakelijk werkzaam zijn in de eerstelijns en in de verpleeghuizen. ‘We streven ernaar om deze zorgverleners – die vrijwel allemaal op verschillende locaties werken – beter te laten samenwerken, en daarbij ook de neuroloog en Parkinson verpleegkundige uit het ziekenhuis te betrekken. Daarmee doorbreken we al een paar schotten in de zorg. De komende jaren willen we de artsen intensiever ▶



gaan betrekken, van huisarts tot de medisch specialist in het umc. Van nulde tot derdelijn brengen we zorg-professionals bij elkaar.'

Die methode werkt. 'Uit meerdere grote klinische trials blijkt dat we met ParkinsonNet aanzienlijk besparen op de kosten van de Parkinsonzorg. We praten dan over een kostenbeheersing van 11,4 tot 43,6 miljoen euro per jaar. Deze kostenbeheersing wordt deels

Nederlandse gezondheidszorg. De een weet vaak niet wat de ander doet. En dus is er veel overlap, of je denkt juist: dat doet die ander wel. En als die ander dat ook denkt, gebeurt er per saldo niks.'

Dat is geen onwil, benadrukt Bloem. Integendeel, 98 procent van de zorgverleners wil graag het goede doen. 'Maar het systeem laat dat niet toe. Dat komt doordat we de zorg in schotten hebben georganiseerd. Bovendien ontbreekt een financiële prikkel op samenwerking. Zorgverleners krijgen alleen betaald voor directe patiëntencontacten. Dat die samenwerking bij ParkinsonNet wél lukt, komt door de passie van onze zorgverleners. Zij overleggen vaak in de avonduren, in onbetaalde tijd. Maar netwerkgeneeskunde komt niet van de grond, als je er niet in investeert.'

'Klein beginnen, snelheid maken en doorgaan. Dan kun je veel bereiken'

gerealiseerd doordat onze therapeuten zijn getraind om korte en effectieve behandelingen te geven. Dat leidt tot meer gezondheidswinst, en minder ongeplande opnames voor onder andere gebroken heupen of longontstekingen.'

Twee geheimen

Specialisatie en samenwerking tussen zorgverleners vanuit verschillende professionele disciplines, dat zijn de twee geheimen van ParkinsonNet. 'Dat maakt onze aanpak uniek. Want er wordt slecht samengewerkt in de

Bovendien is eenvoudig communiceren niet altijd mogelijk. 'Je kunt zeggen: pak de telefoon, maar als fysiotherapeut Pieters alleen bereikbaar is op vrijdagmiddag, en ergotherapeut Jansen alleen op donderdag, gaat dat niet op.' Het elektronisch patiëntendossier oude stijl, feitelijk een 'doktersdossier', biedt volgens Bloem geen oplossing. Wat volgens hem wél zou werken, is een EPD dat echt van de patiënt zelf is.

'Die verzamelt daarin alle relevante informatie over de mensen in zijn zorgteam. Hij verbindt daarmee als het ware de verschillende knopen van het netwerk met elkaar. Voor zorgverleners is dat prettig. Ze hebben daardoor overzicht over wie er nog meer bij de zorg voor deze patiënt betrokken is. Dat weten ze nu vaak niet.'

‘Netwerkgeneeskunde kan pas renderen als we afscheid nemen van het oude’

Bloem beseft dat niet iedere patiënt in staat is om zijn eigen EPD te managen. ‘Denk aan kwetsbare ouderen of ouderen met dementie.’ Hij pleit daarom voor een nieuw type zorgverlener, de personal coach van de patiënt. ‘Dat kan de huisarts zijn, of een gespecialiseerd verpleegkundige. Deze coach werkt niet voor een specifieke instelling zoals het ziekenhuis, maar in dienst van het netwerk. Hij helpt de patiënt en navigeert hem door het oerwoud van de zorg. Vanuit het Radboudumc starten wij binnenkort met een tweetal experimenten waarin wij de meerwaarde van dergelijke personal coaches onderzoeken. Ik verwacht dat zij een belangrijke rol gaan spelen binnen de netwerkgeneeskunde.’

Uitzendbureau

Ziekenhuizen worden op dit moment ook nog niet gestimuleerd om te investeren in netwerkgeneeskunde, stelt Bloem. ‘Een ziekenhuis, dat werk maakt van preventie, gezonde levensstijl, verplaatsing van zorg naar de eerstelijns, is aan het eind van het jaar failliet. Die krijgt geen patiënten meer. De financiering van de zorg is er niet op ingericht. Dat werkt nog steeds met belonen naar verrichting.’ Het is lastig om dat verdienmodel zomaar los te laten, beseft Bloem. ‘Zorgverzekeraars zijn ook een beetje bang voor netwerkgeneeskunde. ‘Ze zeggen: “Ho eens, dat komt bovenop de reguliere zorg. Dat maakt de zorg alleen maar duurder.” Netwerkgeneeskunde kan pas renderen als we afscheid nemen van het oude. We moeten af van het ziekenhuis als zelfstandige bedrijfseenheid die zijn

eigen stoepje schoonveegt. Ik zie het ziekenhuis van de toekomst eerder als een uitzendbureau dat hoogopgeleide medewerkers in dienst heeft, de medisch specialisten. Zij worden gedetacheerd naar het netwerk van de patiënt.’

Kiezen voor netwerkgeneeskunde gaat niet lukken door in één klap de zorg te kantelen, weet Bloem. ‘Ik geloof eerder in het werken met showcases. ParkinsonNet is zo’n showcase, maar er zijn ook andere succesvolle ziektespecifieke netwerken. Zoals Dementienet, of ClaudicatioNet, een netwerk voor patiënten met perifere arterieel vaatlijden. Met deze voorbeelden laat je zien dat netwerkgeneeskunde loont. Het leidt tot betere zorg, minder complicaties, tegen lagere kosten. Ik ben daarom blij dat we in 2017 samen met VWS en ZonMw het project *Netwerkzorg: een wereld te winnen* zijn begonnen. We delen daarin *best practices* van goede netwerkgeneeskunde. Als je kunt aantonen wat het oplevert, kun je daarna afspraken maken met zorgverzekeraars. En kun je het netwerkmodel ook opschalen naar andere ziektebeelden.’

Wildgroei

Bang voor een wildgroei aan netwerken is Bloem niet. ‘Al moeten we ervoor oppassen dat we voor ieder ziektebeeld een apart netwerk krijgen. Dan krijg je op een andere manier weer allemaal eilandjes. We kunnen dat voorkomen door te werken met meer overkoepelende netwerken, zoals bijvoorbeeld een NeuroNet of CardioNet. Kleinere netwerken zoals ParkinsonNet krijgen daarin dan een plaats. Of dat ook zo zal gaan, weet ik niet, maar er komen zeker oplossingen om versnippering tegen te gaan.’

Netwerkgeneeskunde vraagt van medisch specialisten een gedragsverandering, benadrukt Bloem. Dat begint wat hem betreft in de opleiding. ‘Ik ben zelf opgeleid in de neurologie. Ik ben goed in diagnosticeren en behandelen, maar er was tijdens mijn opleiding weinig aandacht voor wat andere disciplines te bieden hebben. Dat is jammer. Je vergeet als medisch specialist dat er een hele wereld te winnen is door ook andere disciplines naar een probleem te laten kijken. We mogen daar meer oog voor hebben.’

Heeft hij tips voor medisch specialisten die met netwerkgeneeskunde aan de slag willen? ‘Verdiep je in welke zorgverleners allemaal bij het zorgnetwerk van jouw patiënten betrokken zijn. Nodig eens een fysio- of ergotherapeut uit om over hun werk te vertellen. En: *think big, start small, act fast*. Mensen kijken soms naar ParkinsonNet en zeggen dan: dat red ik nooit, zo’n landelijk netwerk. Maar wij zijn begonnen met twaalf fysiotherapeuten in Nijmegen. Van daaruit is het gegroeid. Klein beginnen, snelheid maken en doorgaan. Dan kun je veel bereiken.’ ●



de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Jos Bart

Als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen trekken de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk op binnen de Federatie. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Patholoog Jos Bart werkt in het Isala in Zwolle en is sinds april 2018 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie. Binnen Federatieverband zou ik graag de discussie voeren over deelspecialisaties.

1 Wat betekent samenwerking met de Federatie voor de pathologen?

'We maken gebruik van de kanalen en de specifieke deskundigheid van de Federatie, ook richting politiek Den Haag. Zo zijn we blij met de invloed die de Federatie heeft uitgeoefend op het Hoofdlijnenakkoord 2019-2022. Ondanks de druk die er was om te bezuinigen, heeft ze een aantal voor ons belangrijke issues kunnen agenderen, zoals de vermindering van de administratieve lasten. Wij ondervinden daar veel hinder van. Zo is elke pathologieafdeling geaccrediteerd voor ISO-15189, de internationale kwaliteitsstandaard voor laboratoria. Tegelijkertijd zijn er ziekenhuisaccreditaties waar we aan moeten voldoen, zoals de JCI en de NIAZ. Daarnaast zijn er kleinere andere accreditaties, bijvoorbeeld in het kader van bevolkingsonderzoeken. Veel hiervan is dubbel werk.'

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlandse Vereniging voor Pathologie

Bestaat sinds: 1920

Aantal leden: 650, inclusief aios, veterinaire pathologen en klinisch-moleculair biologen in de pathologie.

Deelspecialismen: meer dan 20, waaronder mammopathologie, leverpathologie, gastro-intestinale pathologie en huidpathologie.

2 Op welke onderwerpen willen jullie via de Federatie samenwerken met de andere verenigingen?

'Door de enorme toename van kennis in ons vak neemt deelspecialisatie een hoge vlucht. Dat heeft goede kanten, maar tegelijkertijd kan het de gemeenschappelijke kern van onze beroepsuitoefening bedreigen. Thema's als kwaliteit, opleiding, beroepsbelangen zijn voor iedere patholoog belangrijk. We moeten dat dus gezamenlijk organiseren. Andere wetenschappelijke verenigingen worstelen ook met deelspecialisering binnen hun vakgebied. Ik zou binnen Federatieverband graag de discussie voeren hoe hiermee om te gaan. Zodat de verenigingen hun ideeën en ervaringen met elkaar kunnen delen.'

3 Wat kunnen de Federatie en de andere verenigingen van jullie leren?

'Sinds 1972 kennen wij het Pathologisch-Anatomisch Landelijk Geautomatiseerd Archief. Dankzij dit landelijke systeem blijven zowel de uitslagen als de opgeslagen weefsels van patiënten toegankelijk. Dit archief is uniek in de wereld. Er zijn ook diverse registraties aan gekoppeld, zoals de Nederlandse kankerregistratie. Zodra een pathologie-uitslag wordt opgenomen in het medisch dossier van de patiënt, komen diens gegevens beschikbaar voor deze registraties. Ze worden vervolgens benut als data voor diverse kwaliteitsindicatoren. Dankzij deze verregaande standaardisatie hoeven we geen dubbel werk te doen, we registreren aan de bron. Dat betekent minder administratieve lasten in de zorg. Dat willen alle medisch specialisten.'

MvD



**Save
the date!**

Symposium Zorgevaluatie

Implementatie: van onderzoek naar praktijk

Vrijdag 2 november 2018
Buitenplaats Amerongen

WAAROM?

Zorgevaluatie onderzoek helpt de zorg steeds verder te verbeteren. Vrijwel alle wetenschappelijke verenigingen zijn bezig met kennisagenda's en er zijn tientallen onderzoeken gestart. Vanaf de start van een studie moet er worden nagedacht over goede implementatie en hoe de patiënt zo snel mogelijk van de onderzoeksresultaten profiteert. Hoe pak je dat aan? En wie heeft daarin welke rol? Daarover wisselen we van gedachten tijdens het derde symposium zorgevaluatie.

**Graag verwelkomen
wij u op dit symposium!**

PROGRAMMA

Inspirerende sprekers vanuit de zorg, patiëntenorganisaties en het onderzoeksveld geven elk vanuit hun eigen perspectief hun visie op alles wat komt kijken bij een effectieve implementatie van onderzoeksresultaten. Daarbij is er volop de gelegenheid om mee te denken en met elkaar in discussie te gaan tijdens workshops, waarbij specifiek wordt ingegaan op de implementatieaspecten die spelen bij de verschillende typen studies (dit is bij bijvoorbeeld geneesmiddelenstudies anders dan bij organisatie van zorgvraagstukken). Uw actieve inbreng is zeer welkom!

VOOR WIE?

Het symposium is relevant voor medisch specialisten, onderzoekers, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars, en andere partijen die betrokken zijn bij het onderwerp zorgevaluatie. Het symposium is zowel interessant voor specialisten en onderzoekers die bezig zijn met een subsidieaanvraag, die net gestart zijn met onderzoek, als ook voor diegene die bijna klaar zijn.

DAGVOORZITTER

Hanna Willems, klinisch geriater en voorzitter adviescommissie Zorgevaluatie

Op www.demedischspecialist.nl/zorgevaluatie kunt u zich aanmelden en meer informatie vinden over sprekers en programma.



Al uw medisch-specialistische richtlijnen op één plek



Nieuw in de Richtlijnen database:

- › Borstkanker
- › Organisatie van wondzorg
- › Obstructief slaapapneu bij volwassenen
- › Acute diverticulitis
- › Acute psychiatrie

Op de **hoogte** blijven?

Wilt u een melding ontvangen zodra er binnen uw specialisme een nieuwe richtlijn of herziening is? Schrijf u dan in op www.richtlijnen database.nl

Ontwikkeld voor en door medisch specialisten / Actueel
Evidence-based / Praktijkgericht