

de Medisch Specialist

SEPTEMBER 2019
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

3

DE DOKTER ZELF ZIEK
Vijf openhartige verhalen

ZORGEVALUATIE EN GEPAST GEBRUIK
Een frisse blik levert veel op

PLEIDOOI VOOR MEER VERTROUWEN
De nieuwe koers van de RVS

Immunopatholoog en
Eerste Kamer-voorzitter Jan Anthonie Bruijn

**‘Geef ruimte
aan jonge dokters’**

In dit nummer



◀ 11 PORTRETSERIE

De dokter zelf ziek

Welke invloed heeft ziekte op je functioneren als medisch specialist? Vijf artsen vertellen openhartig over wat het hen geleerd heeft.

5 COVERSTORY

‘Geef ruimte aan jonge dokters’

Immunopatholoog Jan Anthonie Bruijn is sinds juli 2019 voorzitter van de Eerste Kamer. Medisch specialisten hoeven niet te verwachten dat hij veel kan betekenen voor de zorg. ‘Er komt een hele grote positieve, hardwerkende jonge generatie dokters aan. Oudere artsen moeten hen veel meer ruimte geven.’

8 PROJECT VAN DE FEDERATIE

Interprofessioneel opleiden

Ontwikkelingen als zorgnetwerken, de juiste zorg op de juiste plek, samen beslissen en technologische innovatie vragen om een andere manier van opleiden. Voorlopers vertellen hoe zij het aanpakken.

18 INTERVIEW

Vertrouwen en verantwoording

De RVS pleit ervoor om het vertrekpunt van verantwoord en bij zorgverleners zelf te leggen. Gynaecoloog Jan Kremer zat de commissie voor die het adviesrapport ontwikkelde. ‘Kwaliteit is geen objectief, vaststaand concept.’

24 ZORGEVALUATIE EN GEPAST GEBRUIK

Anders inrichten van zorg

Zorgevaluatie leidt op verschillende plekken tot het anders inrichten van de zorg. ‘Het heeft mijn werk interessanter gemaakt.’

27 SPECIALISME IN BEELD

Cardio-thoracale chirurgie

Minimaal-invasieve technieken, behulpzame robots en ruimte voor de regio: de cardio-thoracale chirurgie is een jong specialisme dat zich nog volop ontwikkelt.

RUBRIEKEN

- 4 Korte berichten
- 16 In de media: Gelijke behandeling
- 21 Column: Grootste medische misser
- 22 Hart en Ziel: oncologisch chirurg Casper van Eijck
- 30 Vier vragen aan... NVIC-voorzitter Diederik Gommers

COLOFON

jaargang 5, september 2019

Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialist 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

Sjef van der Lans, *hoofdredactie*
Mirjam Siregar, *eindredactie*
Naomi van Esschoten, *redactiecoördinatie*
Hanneke Bos, Vanessa Cruz,
Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel,
Femke Theunissen en Carlijn van Trigt

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Ivan Gan,
oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam |
Fardou Heida, bestuurslid De Jonge
Specialist | Winnifred van Lanckeren,
radioloog, Erasmus MC Rotterdam |
Johan Lange Jr, chirurg, Universitair
Medisch Centrum Groningen | Shahrzad
Sepelrhkhou, patholoog, Elisabeth-
TweeSteden Ziekenhuis, Waalwijk |
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,
Bronovo, Den Haag

Medewerkers aan dit nummer

Mirthe Diemel, Jan Willem Houweling,
Suzanne van de Kerk, Jeroen van Kooten,
Dana Ploeger, Martijn Reinink,
Merel Remkes en Rik Spier

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Fotografie cover

ANP Foto

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 2019.
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 mogelijkerwijs 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.

Andere blik

Even uitzoomen. Met die gedachte hebben velen van ons deze zomer de deur van de spreekkamer een paar weken kunnen dichttrekken. Om uit te rusten van hard werken op de soms meest onregelmatige tijden. Maar ook om te reflecteren op de periode die voor ons ligt.

Over de opleiding van de toekomst bijvoorbeeld. Technologische ontwikkelingen, digitalisering, werken in zorgnetwerken en meer nadruk op preventie: deze bewegingen vragen om een andere, meer interprofessionele, manier van opleiden. In dit nummer vertellen twee opleiders hoe zij in de praktijk al anticiperen op die ontwikkelingen. De Federatie start binnenkort een project om de transitie daarnaartoe te ondersteunen.

Anders kijken dus. Daartoe dwingen ook twee collega's ons in dit nummer. Allereerst Jan Kremer, die zich namens de RVS uitspreekt voor een nieuwe manier van verantwoording afleggen. Het vertrekpunt hoort niet bij partijen te liggen die nu verantwoording vragen, maar bij de zorgverleners zelf. Ik vermoed dat dit u zal aanspreken. En daarnaast Jan Anthonie Bruijn, al jaren senator en sinds kort ook voorzitter van de Eerste Kamer. Hij pleit ervoor dat wij (nog) actiever meepraten. In het ziekenhuis, maar ook daarbuiten. Het zal u niet verwonderen dat ik daar een voorstander van ben.

Een andere leestip zijn de inspirerende verhalen van collega's die hun ziekte wisten om te zetten in kracht. Bijzonder.

Kortom, voor u ligt een nummer vol originele ideeën, prikkelende perspectieven en uitdagende oproepen.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter

Federatie Medisch Specialisten



ZonMw start subsidieregeling

ZonMw biedt diverse subsidieregelingen aan voor nieuwe en bestaande projecten in het kader van 'juiste zorg op de juiste plek'. Zorgverleners kunnen daarnaast vouchers aanvragen om een beter beeld te krijgen van de zorgvraag in de regio en hoe deze zich de komende jaren ontwikkelt. De regelingen lopen tot en met 2021. Met de subsidiemogelijkheden wil het ministerie van VWS zorgprofessionals ondersteunen bij het realiseren van juiste zorg op de juiste plek.



Interesse? Meer informatie vindt u op:

www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde.

Versterk positie in ggz

Medisch specialisten in ggz-instellingen krijgen te maken met ingrijpende veranderingen. Taken en verantwoordelijkheden komen vaker bij andere zorgprofessionals te liggen, de digitalisering en de werkdruk nemen toe, en het aantal kwetsbare patiënten groeit. De Federatie Medisch Specialisten en de LAD vinden het daarom belangrijk dat medisch specialisten in de ggz hun positie versterken. In de Positioneringsnota medisch specialisten in de ggz staat een aantal concrete aanbevelingen hiertoe.



Lees meer op: www.demedischspecialist.nl/ggz

VRAAG & ANTWOORD

In elk nummer beantwoorden medewerkers van het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD een juridische vraag.

Juridische vragen?

Bel (088) 134 41 12 of mail naar info@demedischspecialist.nl.
Op www.demedischspecialist.nl vindt u een overzicht van veel gestelde juridische vragen.

VRAAG >

Kan ons MSB naar de raad van toezicht stappen als er problemen zijn met de raad van bestuur?

ANTWOORD >

Een bestuurslid van het MSB stelde deze vraag door het teruglopende vertrouwen van het MSB in de raad van bestuur. Het ziekenhuis verkeert financieel in zwaar weer en het lukt de raad van bestuur niet om de financiële administratie op orde te krijgen. Het MSB maakt zich zorgen over het voortbestaan van het ziekenhuis, ook met recente faillissementen in het achterhoofd. Het MSB vraagt zich af of de raad van toezicht op de hoogte is van de problemen en staat op het punt het vertrouwen in de raad van bestuur op te zeggen.

De jurist van het Kennis- en dienstverleningscentrum legt uit dat het rechtstreeks benaderen van de raad van toezicht formeel wel kan, maar een zwaar middel is bij een discussie met de raad van bestuur. De jurist geeft het MSB juridische informatie en tactisch advies voor de daaropvolgende gesprekken, zowel met de raad van bestuur als de raad van toezicht. Het gesprek met de raad van toezicht is informatief en wordt gevoerd samen met de raad van bestuur. Opzeggen van vertrouwen is dan al niet meer aan de orde. Deze gesprekken leiden uiteindelijk tot meer openheid, concrete verbeterafspraken en voorzichtig herstel van vertrouwen. ●

Eerste Kamervoorzitter Jan Anthonie Bruijn

‘Geef ruimte aan jonge dokters’

De nieuwe voorzitter van de Eerste Kamer is immunopatholoog Jan Anthonie Bruijn. Toch hoeven medisch specialisten niet te verwachten dat hij in die functie veel kan betekenen voor de zorg. Dat moeten zij zelf doen. ‘Hoe meer dokters meepraten over zorgbeleid, hoe groter de kans dat het beleid wordt gesteund door de mensen waar het over gaat.’

Allereerst gefeliciteerd met uw nieuwe functie. Veel medisch specialisten zullen denken: mooi! Een man uit onze gelederen op een hoge parlementaire functie, nu komt het goed.

‘Helaas moet ik mijn collega’s dan direct teleurstellen, want ik kan weinig voor ze betekenen. Als voorzitter ben ik juist onafhankelijk, sta ik boven de partijen. Ik zorg er met name voor dat de vergadering in de senaat vlot verloopt en dat alle fracties – groot en klein – gelijk worden behandeld en voldoende spreektijd krijgen. Daarbij is het een misvatting dat ik de afgelopen zes jaar als Kamerlid en vicevoorzitter van de vaste Kamercommissie Zorg ook al invloed had. Ik zat niet namens alle artsen in de Kamer, maar voor alle Nederlanders. Al was ik goed op de hoogte van de inhoud, op cruciale momenten droeg ik dossiers vaak over om belangenverstrengeling te voorkomen.’

Bij welk dossier had u graag invloed uitgeoefend, maar kon u dat niet vanwege de schijn van belangenverstrengeling?

‘Bij de Donorwet, een onderwerp dat me na aan het hart ligt. Allereerst omdat ik het van dichtbij heb meegemaakt na het onverwachte overlijden van mijn moeder. Daarnaast ben ik in het LUMC dagelijks bezig voor mensen met een transplantaat, met name nierpatiënten. Dus ik wist er, zeker medisch gezien, meer van dan ieder ander. Toch heb ik het dossier overgedragen aan mijn collega Frank de Grave. Ik werd wel geconsulteerd in de fractie, maar qua integriteit moet je kritisch kijken of je wel woordvoerder kunt zijn. Net als in de zorg is in de politiek transparantie van groot belang.’

Toch even zonder uw pet op als Kamervoorzitter: naar welke uitdagingen in de zorg moet extra aandacht de komende tijd?

‘Ik kan daar weinig over zeggen. In algemene zin wil ik wel stellen dat onze zorg heel goed van kwaliteit is – ook internationaal gezien. Op de *European Health Consumer Index* staan we al jaren bovenaan. Daar mogen we ook wel eens bij stilstaan. Dat is het resultaat van de inzet van vele zorgverleners, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, bestuurders, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de Federatie Medisch Specialist en de Patiëntenfederatie. Vooral de inspanning van patiënten juich ik toe. Meepraten over beleid en meebeslissen over het eigen dossier is van groot belang voor een goede kwaliteit van zorg. ▶

Jan Anthonie Bruijn:

‘Onze voorvaderen hebben hard gewerkt aan de democratie. Die mogen we niet verkwanselen. Praat dus mee in je ziekenhuis, stad of dorp’

‘Kijk eens verder dan je eigen vakgebied, doe iets erbuiten. Dat verrijkt je leven’

Behalve die hoge kwaliteit is de zorg prima toegankelijk en nog steeds betaalbaar – ook voor mensen met een minder dikke portemonnee en lager opleidingsniveau. Dat is iets om trots op te zijn.’

Dat zijn mooie en positieve woorden. Maar ziet u dan helemaal geen bedreigingen?

‘Zeker wel. Vooral de betaalbaarheid is een aandachtspunt. De zorgkosten worden steeds hoger. Wanneer we niet ingrijpen, souperen die straks een groot deel van ons inkomen op. Dat dreigt in de toekomst en wordt dus vooral voor de jongeren van nu belangrijk. Kostenbewustzijn is onontbeerlijk. Ik stel geregeld zelf diagnoses op basis van nierbiopten – een duur onderzoek van hoog niveau. Ik kijk daarom kritisch naar uitgaven in mijn werk als arts, zonder dat dit de kwaliteit vermindert. Daarnaast komt bewustzijn niet vanzelf, dus praat ik er veel over met aios en geneeskundestudenten, die hierin al veel verder zijn dan mijn generatie. In bepaalde ziekenhuizen dragen medisch specialisten bijvoorbeeld een boekje bij zich met kosten per behandeling, om doelmatigheid te stimuleren. De jonge generatie pakt dit goed op en vindt het heel normaal.’

Voor welke onderwerpen geldt dat nog meer?

Ik denk direct aan de beschikbaarheid van geneesmiddelen.

‘Gelukkig is er al veel aandacht voor hoe we geneesmiddelen beschikbaar en betaalbaar houden voor nu en volgende generaties. Dat is niet eenvoudig, want we hebben veel medicijnen nodig en er komen steeds nieuwe, soms dure, middelen bij. Bij al dit soort onderwerpen draait het om welke keuzes de jongere generaties van nu, straks zullen maken. Dat heb ik wel geleerd bij het schrijven van de landelijke verkiezingsprogramma’s van de VVD. In die programma’s maak je uiteraard keuzes voor de toekomst. Je moet steeds meewegen wat de consequenties daarvan zijn voor de volgende generaties, omdat de effecten meestal pas veel later voelbaar worden. Wat wij nu beslissen in de Eerste Kamer, maar ook in besturen van instellingen, raakt vooral de jongeren. De jongeren van nu zijn de ouderen van straks. Daarom moet je met ze in gesprek gaan.’

Gaat u zelf ook in gesprek met jongeren?

Hoe zorgt u ervoor dat de stem van jonge dokters wordt gehoord?

‘Zeer vaak en dan merk ik dat jongeren gelukkig zelf zeer kritisch en veel bewuster zijn dan ikzelf ooit ben geweest. Een mooie ontwikkeling. In de Eerste Kamer organiseren we regelmatig conferenties met jongeren en studentenorganisaties. Zij zijn prima in staat om met ons over hun toekomst te praten. Juist doordat er mensen met verschillende visies aan tafel zitten, levert dat mooie oplossingen op. Dat geldt niet alleen voor de politiek. Een organisatie als de Federatie, waar jonge medisch specialisten hun stem kunnen laten horen, is ook van belang. Er komt een hele grote positieve, hardwerkende jonge generatie dokters aan. Oudere artsen moeten hen veel meer ruimte geven.’

Hoe kunnen jonge dokters dat het beste aanpakken? Hoe deed u dat destijds zelf?

‘Mijn vader had een eigen groothandel in woningtextiel. Het ging bij ons thuis altijd over de mens centraal stellen, bijvoorbeeld over wat het betekent om goed voor je werknemers te zorgen bij ziekte. Ik raakte hierdoor breed geïnteresseerd en werd al jong lid van een politieke partij. Naast mijn werk heb ik daardoor veel kansen gekregen én benut. Ik kan dat iedereen aanraden: je kunt bij een politieke partij veel leren, je krijgt alle mogelijkheden. Ook als dokter heb ik me altijd breder geïnteresseerd. Kijk eens verder dan je eigen vakgebied, doe iets erbuiten. Dat verrijkt je leven.’

Toch hebben ook bestuurlijk actieve dokters nog steeds het idee dat hun geluid te weinig gehoord wordt in Den Haag. Nog tips?

‘Het antwoord daarop is: wees nóg actiever. Hoe meer dokters, maar ook hoe meer patiënten meepraten over zorgbeleid, hoe groter de kans is dat het gemaakte beleid wordt gesteund door de mensen waar het over gaat. Dat geldt voor alle beroepsgroepen en alle leeftijdsgroepen. Onze voorvaders hebben hard gewerkt aan de huidige democratie. Die mogen we niet verkwanselen. Praat dus mee in je ziekenhuis, in je stad of dorp. Draag iets bij, zodat je trots kunt zijn dat je in zo’n mooi land leeft met zulke mooie zorg.’ ●



CV prof. dr. Jan Anthonie Bruijn

Leeftijd: 61 jaar

Achtergrond: studeerde geneeskunde aan de Johns Hopkins University in Baltimore en de Erasmus Universiteit Rotterdam. Hij promoveerde in 1988 op een studie naar de behandeling van chronische nierontstekingen.

Functie: Voorzitter van de Eerste Kamer en parttime werkzaam bij het LUMC als immunopatholoog en hoogleraar immunopathologie aan de Universiteit Leiden.

Was hiervoor: zes jaar Eerste Kamerlid voor de VVD

Bekend van: zijn politieke carrière, waarin hij onder meer formateur was in Rotterdam en drie keer voorzitter van de commissie die het landelijke verkiezingsprogramma schreef van de VVD.

Opleiders aan het woord over interprofessionele samenwerking

‘Leren door te doen’

Zorgnetwerken rond de patiënt vragen om interprofessioneel opleiden. Daarnaast staan wetenschappelijke verenigingen voor de uitdaging om thema's als de juiste zorg op de juiste plek, samen beslissen, technologische innovatie en preventie op te nemen in hun opleidingsplannen. Met het nieuwe project Opleiden 2025 wil de Federatie aios, opleiders en wetenschappelijke verenigingen hierbij ondersteunen. Voorlopers vertellen hoe het interprofessioneel samenwerken hier en daar al vorm krijgt.




Project Opleiden 2025

In oktober start de Federatie samen met de wetenschappelijke verenigingen het project Opleiden 2025. Het project duurt vier jaar.

De zorg is in ontwikkeling. De medisch specialist van de toekomst kijkt over de grenzen van zijn eigen specialisme heen en staat met één been buiten het ziekenhuis. Samenwerking tussen medisch specialisten onderling en met andere zorgprofessionals is de basis om de juiste zorg op de juiste plek te kunnen leveren dichtbij de patiënt. Dit vraagt om interprofessioneel opleiden en uitbreiding van de medische vervolgopleidingen met vakoverstijgende thema's als preventie, samen beslissen en technologische innovaties zoals e-health.

De huidige medische vervolgopleidingen vinden vooral plaats binnen de muren van het eigen specialisme. Daarom nemen de wetenschappelijke verenigingen het voortouw om de medische vervolgopleidingen op de werkvloer interprofessioneel in te steken met het project Opleiden 2025. Het project Opleiden 2025 van de Federatie wordt gefinancierd door het ministerie van VWS.

Op 9 oktober vindt de aftrap van het project Opleiden 2025 plaats. Centraal op het programma: hoe gaan we interprofessioneel samenwerken vormgeven en hoe beleggen we de discipline overstijgende thema's in alle medische vervolgopleidingen?

 Meer informatie en aanmelden kan via:
medischevervolgopleidingen.nl/opleiden2025.



Opleider interne geneeskunde Gerald Vervoort:

'Aios leren elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden kennen'

In het Radboudumc loopt een project waarbij aios interne geneeskunde en aios huisartsgeneeskunde elkaar consulteren. Internist-nefroloog en opleider interne geneeskunde Gerald Vervoort ziet dat dit veel meerwaarde oplevert.



Interprofessionele samenwerking wordt buitengewoon onderschat, terwijl het in toenemende mate van belang is', vertelt Gerald Vervoort. 'Medisch specialisten hebben de neiging zich terug te trekken in hun eigen gebied, waar ze zich senang voelen, maar het veranderende zorglandschap vraagt om afstemming en samenwerking tussen verschillende disciplines. Binnen en buiten de muren van het ziekenhuis. En waar het kan, willen we de patiënt daar ook bij betrekken.'

Even wennen

Binnen het Radboudumc gebeurt dat steeds vaker, onder meer bij dialysepatiënten. Bij een overleg tussen nefroloog, diëtist, dialyseverpleegkundige en maatschappelijk werker schuift ook de patiënt aan. 'Dat is wennen voor alle disciplines', bekent Vervoort. 'Aanvankelijk waren we dan toch wat terughoudender. Als je twijfels uit over of een patiënt trouw is aan dieet of medicatie, klinkt dat al gauw beschuldigend. Alsof de patiënt de boel bewust saboteert. Terwijl dat helemaal niet zo hoeft te zijn. Maar interprofessioneel samenwerken is net als fietsen: je leert het door het te doen. Daar kun je het beste al in de opleidingsfase mee beginnen.'



Steuntje in de rug

Het consultatieproject voor toekomstig huisartsen en internisten is ontwikkeld door opleidingsdirecteur medisch-specialistische vervolgoopleidingen Jacqueline de Graaf. Vervoort heeft nu het stokje van haar als opleider overgenomen. Hij legt uit: 'Gedurende het project consulteren de aios elkaar via Zorgdomein, het platform dat patiënten, verwijzers en zorgaanbieders digitaal met elkaar verbindt. Voor de start ontmoeten ze elkaar eerst persoonlijk en tussentijds zien ze elkaar nog een keer tijdens intervisie. Doordat je elkaar kent, gaat overleggen via telefoon of digitaal gemakkelijker, is mijn ervaring. Bij de startbijeenkomst bespreken ze bovendien meteen de vooroordelen die er over en weer zijn, bijvoorbeeld als het gaat om bereikbaarheid en kennis. De aios leren elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden kennen: zo komen aios interne geneeskunde erachter dat huisartsen bepaalde dingen prima zelf kunnen, maar soms een steuntje in de rug nodig hebben. Doordat de huisartsen nu laagdrempelig een internist kunnen consulteren, kunnen sommige patiënten in de eerste lijn blijven. Dat komt ten goede aan patiënten die echt tweedelijnszorg nodig hebben.'

Aios kunnen zelf kiezen of ze meedoen aan het project. Vervoort: 'Naast de verplichte medisch-inhoudelijke onderdelen kunnen aios zich extra profileren op een bepaald gebied, zoals wetenschap, bestuur en management of kwaliteit van zorg. Het consultatieproject valt onder dat laatste.' Hoewel er elk jaar voldoende aanmeldingen zijn, kiest niet iedere aios voor dit project. 'De meeste aios zijn toch vooral op het eigen vakgebied gericht.' Desondanks gelooft Vervoort niet in verplichten. 'De aios die nu voor het project kiezen, zijn buitengewoon gemotiveerd. Daardoor loopt het project goed. Zodra je deelname gaat verplichten, verandert dat. Wel vind ik dat we meer bewustzijn kunnen creëren, door al in de geneeskundeopleiding de interactie met andere disciplines op gang te brengen.' ►

Opleider neurochirurgie Saskia Peerdeman:

'Wie leidt? Wie volgt? Het gaat om het optimaliseren van de samenwerking'

Naast neurochirurg, opleider en hoogleraar is Saskia Peerdeman voorzitter van Training en Assessment Medisch Specialisten. Het multidisciplinaire en interprofessionele trainingsprogramma TeAMS wordt ziekenhuisbreed ingezet in het Amsterdam UMC, locatie VUmc.

Sinds dit jaar is Saskia Peerdeman hoogleraar transformatieve learning in healthcare. Desgevraagd vertelt ze wat 'transformatief leren' inhoudt: 'De maatschappij verandert continu. De dokter moet mee veranderen, zich voortdurend ontwikkelen en vernieuwen. Transformatief leren gaat nog een stap verder: de dokter kan óók veranderingen in de maatschappij op gang brengen. Denk aan preventie, zoals het ontmoedigen van roken. Maar ook aan organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Dit vraagt een open, nieuwsgierige blik om mogelijkheden te zien om iets te veranderen.'

Als hoogleraar houdt Peerdeman zich bezig met de vraag hoe zorgprofessionals kritisch kunnen kijken naar hun eigen werkwijze in hun eigen context, waarbij samenwerking met andere professies steeds belangrijker wordt. 'Er wordt straks alleen nog maar in samenwerkingsverband zorg verleend, maar de huidige generatie is opgeleid in zuilen. In medische opleidingen komt steeds meer aandacht voor leren samenwerken. Als artsen hebben we veel medisch-inhoudelijke kennis, die we blijven ontwikkelen, maar samenwerken in een team behoeft óók aandacht.'

Daarom introduceerde Peerdeman een paar jaar geleden het trainingsprogramma TeAMS. 'Medisch specialisten en gedragswetenschappers die deze trainingen verzorgen, geven gestructureerd aandacht aan alle facetten van hoe een team functioneert in de praktijk. Wie leidt? Wie volgt? Hoe is de onderlinge interactie? Het gaat om het optimaliseren van de samenwerking.'

Overleg verbeteren

Deelnemers nemen zowel acute situaties als reguliere overleggen onder de loep. Net als in het Radboudumc klinkt ook bij die overleggen de vraag of de patiënt erbij betrokken moet worden. Dat is een ander uitgangspunt van interprofessionele samenwerking. Peerdeman is daar voorstander van, maar voegt er direct aan toe dat het van de situatie afhangt. 'Gaat het over hoe een operatie technisch wordt uitgevoerd, dan hoeft een patiënt daar niet bij te zijn. Maar bespreek je verschillende behandelstrategieën, dan is het wel een mogelijkheid. Al kan ook de hoofdbehandelaar namens de patiënt input leveren. Tijdens een TeAMS-training komen deelnemers tot dit soort inzichten. De trainers helpen in het denkproces; de deelnemers bepalen uiteindelijk zelf welke acties er nodig zijn om het overleg te verbeteren.'

Aan het begin stuitte Peerdeman op de nodige weerstand. 'Men vroeg zich openlijk af: moeten we hier tijd in stoppen?' Haar antwoord: 'Een leven lang leren doe je niet even tussendoor. Als we ons willen bekwamen in de veranderende samenwerkingsvormen die er zijn en optimaal willen functioneren in zo'n samenwerking, dan kost dat tijd. In het geval van de TeAMS-training een halve dag per jaar, waarin je geen patiëntenzorg kunt doen, maar die halve dag komt uiteindelijk wel ten goede aan de patiënt.' Inmiddels zijn er bijna tweehonderd trainingen gegeven in het Amsterdam UMC, locatie VUmc. 'Dankzij de raad van bestuur die de training verplicht stelt, een organisatie die het ondersteunt én enthousiaste deelnemers die zich als ambassadeurs manifesteren, wordt de training nu omarmd.' ●



De dokter zelf ziek

Wat als de dokter zelf ziek wordt? Welke invloed heeft dat op hoe zij hun werk invullen? En verandert het iets in de manier waarop ze hun patiënten benaderen? Vijf artsen vertellen over wat hun ziekte hen geleerd heeft.

‘Je weet niet hoe een patiënt zich voelt’

Warner Prevoo is interventie-radioloog in het OLVG en heeft een ongeneeslijke vorm van longkanker.

Impact

‘Verschrikkelijk vond ik het toen er vorig jaar een biopt uit mijn longen werd genomen. Vooral het gegeven dat je jezelf moet overgeven aan iemand die je eigenlijk niet kent. Als dokters vinden we het vanzelfsprekend om biopsen te nemen, maar ik had geen idee van de impact – en dan had ik nog de luxe dat ik zelf mijn arts kon kiezen. Sindsdien ben ik opener naar mijn patiënten en zeg ik dat ze erop moeten vertrouwen dat ik het goed doe, ondanks dat ze me niet kennen.’

Branderig gevoel

‘Mijn patiënten weten niet dat ik kanker heb. Als dokter wil ik er voor hen zijn, niet andersom. Indirect deel ik mijn ervaringen wel. Als ik bijvoorbeeld een verdoving geef, zeg ik dat het branderig kan aanvoelen – ik weet er immers alles van.’

Loze opmerking

‘Ik begrijp u. Een zin die ik talloze keren tegen patiënten

heb uitgesproken. Door mijn ziekte besef ik dat dit een loze opmerking is. Je kunt als arts – hoe empathisch ook – simpelweg niet weten hoe een patiënt zich thuis voelt. Zulke dingen hoeven we ook niet te weten, want het is onmogelijk dat van iedere patiënt bij te houden. Maar we moeten onszelf niet wijsmaken dat we snappen in welke situatie de patiënt zich bevindt. Tegenwoordig vertel ik patiënten dat ik hun ziekte verschrikkelijk vind en me eigenlijk niet kan voorstellen wat ze doormaken, maar dat ik wel betrokken ben bij de behandeling en mijn uiterste best doe.’

Geen barst

‘Onlangs gaf ik een lezing aan medisch specialisten, naar aanleiding van mijn boek *Echte dokters huilen* ook. Ik kom in het hol van de leeuw, dacht ik vooraf. Misschien kwam het door mijn ziekte, maar ik kreeg louter positieve reacties. ‘Je hebt hartstikke gelijk, we begrijpen er geen barst van’, zeiden collega’s. Die positieve kritieken had ik niet verwacht. Mooi om te zien dat mijn boek dat heeft tweegebracht.’



‘Alles wat tegen je wordt gezegd, leg je op een goudschaaltje’

Rolf Bloem is orthopeed in het Reinier de Graaf ziekenhuis en kreeg begin dit jaar een kunstheup.

Te uitgebreid

‘Toen bleek dat ik een kunstheup nodig had, wilde ik het zorgproces in mijn ziekenhuis als patiënt doorlopen. Bewust, omdat ik wilde weten waar patiënten zoal mee te maken krijgen. Overall een positieve ervaring, al vond ik bepaalde informatie soms té uitgebreid. Zo kreeg ik voor mijn operatie een folder waarin stond uitgelegd wat een versleten heup precies is – informatie die een patiënt al veel eerder in het proces had moeten horen en wat mij betreft niet in een operatiefolder thuishoort. Als patiënt was ik eigenlijk alleen geïnteresseerd in wat ik wel en niet mocht na de operatie, of ik krukken nodig had en wanneer ik weer mocht autorijden. Wat mij betreft moeten we per stadium kijken naar welke informatie relevant is. Nu onze vakgroep – samen met de vakgroepen van het HagaZiekenhuis en LangeLand Ziekenhuis – bezig is met het opzetten van een nieuw orthopedisch centrum, wil ik mijn bevindingen zeker meenemen in het zorgpad.’

Goudschaaltje

‘Wat ik me realiseerde toen ik zelf patiënt was: alles wat er tegen je wordt gezegd, leg je op een goudschaaltje. Als iemand vertelt dat de pijnmedicatie om drie uur komt, maar er om vier uur nog niemand is geweest, dan is dat ronduit vervelend. Patiënten worden daar onzeker door. Zelfs ik voelde dat, terwijl ik als dokter wéét dat zaken soms anders lopen. Het maakt dat ik nog duidelijker naar mijn patiënten communiceer, of het nou om de operatiedatum gaat of een verandering in het postoperatieve beleid.’

Ervaringsdeskundige

‘Ik vertel niet standaard dat ik een kunstheup heb – als orthopeed heb ik een andere rol. Zodra ik echter merk dat mensen twijfelen over de ingreep, omdat ze bijvoorbeeld bang zijn dat ze hun mobiliteit verliezen, kan het handig zijn om mijn verhaal te doen. Patiënten waarderen dat ook. Als ik als ervaringsdeskundige wat extra informatie kan geven die patiënten kan helpen in hun besluitvorming, weet ik dat ik er juist aan heb gedaan.’

‘Mijn ziekte heeft veranderd hoe ik in de spreekkamer ben’

Hester Oldenburg is borstkankerchirurg in het Antoni Van Leeuwenhoek en kreeg twee keer borstkanker. Inmiddels is ze zes jaar borstkankervrij.

Gevoel laten spreken

‘Als borstkankerchirurg was ik altijd al inlevend – al mijn collega’s trouwens, anders zit je niet in dit vak. Wanneer je de ziekte echter zelf krijgt, word je automatisch lotgenoot en begrijp je op een heel ander niveau wat patiënten meemaken. Dat zit ‘m in kleine dingen. Zo is omdraaien in bed bijvoorbeeld lastig als je net geopereerd bent. Zelf heb ik een halfjaar op mijn rug geslapen, dus ik snap nu beter waarom patiënten slecht slapen. Hoewel ik mijn eigen situatie altijd achterwege laat – het gaat in de spreekkamer niet om mij – kan ik mij beter inleven als patiënten over zulke bijeffecten vertellen.’

Praktische tips

‘Mijn ziekte heeft veranderd hoe ik in de spreekkamer ben. Ik neem meer tijd voor patiënten, leg een verhaal soms twee keer uit als ik merk dat ze het niet begrijpen

– dan loopt een spreekuur maar iets uit. Daarnaast geef ik praktische tips. Dat patiënten een extra kussen onder hun borst kunnen leggen, bijvoorbeeld – daarvan weet ik dat het helpt. Ook vinden patiënten het vaak vervelend dat anderen continu vragen hoe het met ze gaat. Meestal deel ik dan een aantal concrete antwoorden met ze. Zo hoeven ze op feestjes in ieder geval niet twintig keer hetzelfde verhaal te vertellen.’

Explicieeter

‘Bij borstkanker denken mensen vaak aan het ergste. Het is een groot begrip, terwijl je er in meer dan negentig procent van de gevallen niet aan overlijdt. Toch weten patiënten dikwijls niet in welke prognostische situatie ze zitten. Ik beseft vaker dan voorheen dat mensen het actief moeten weten als ze iets kleins of onschuldigs hebben, en hun prognose goed is. Dat blijft lastig – je houdt immers altijd een mate van onzekerheid. Maar kanker heeft al genoeg impact, dus patiënten mogen het ook horen als het relatief meevalt. Daarin ben ik veel explicieeter geworden.’

‘Die concrete angst kan ik veel beter uitleggen’

Wilco Peul is neurochirurg in het LUMC, HMC en HagaZiekenhuis. Hij kreeg in zijn leven twee keer een lage rughernia.

Makkelijk praten

‘Het is heel makkelijk om als arts over je patiënten te praten terwijl je zelf nergens last van hebt. Dat realiseerde ik me toen ik tot twee keer toe een lage rughernia kreeg en kampte met enorme zenuwpijn en uitval – nog steeds is mijn grote teen gevoelloos. Die pijn, de angst om verlamd te raken: het zijn dingen die ik me nu heel goed kan voorstellen als ik patiënten spreek.’

Serius onderzoek

‘Het was voorheen gebruikelijk om hernia’s al in een vroeg stadium te opereren, terwijl de klachten ook op natuurlijke wijze kunnen genezen. Zelf heb ik geen operatie gehad. Die periode was zwaar en ging gepaard met veel pijn, maar uiteindelijk ging het vanzelf over. Ik hield me al langer bezig met hernia’s, maar voor mij was dat de aanzet om serieus onderzoek te doen naar het niet-opereren van hernia’s. Daar ben ik uiteindelijk op gepromoveerd – met als gevolg dat er tegenwoordig daadwerkelijk minder wordt geopereerd.’

Concrete angst

‘Patiënten begrijpen het niet altijd als ik een operatie afraad. Soms vragen ze huilend of ik beseft hoeveel pijn ze hebben. Dan vertel ik over mijn eigen ervaring en motivatie. Zo wilde ik niet onder het mes omdat ik geloofde in natuurlijke genezing, maar ook omdat een ingreep je rug kwetsbaarder maakt. Ik was bang dat ik pijnklachten zou houden en mijn werk niet meer kon doen. Die concrete angst kan ik veel beter uitleggen nu ik ervaringsdeskundige ben – en patiënten begrijpen het dan ook beter.’

Tot het gaatje

‘Ik vind dat in ons vak de focus veelal op opereren ligt, waardoor er misschien niet altijd goed naar de patiënt wordt omgekeken. Ik ben daarin drastisch veranderd, menselijker geworden. Daarnaast ben ik nauw betrokken bij het opzetten van het universitair neurochirurgisch centrum in Leiden en Den Haag. Dat centrum is mijn levenswerk geworden: tot aan mijn pensioen zal ik tot het gaatje gaan om patiënten met wervelkolomproblemen en hersenaandoeningen zo goed mogelijk te helpen. Mijn hernia’s zijn daarin zeker een katalysator geweest.’

‘Mijn stoornis heeft me absoluut een betere dokter gemaakt’

Jeroen Kloet is psychiater bij GGz Breburg en heeft een bipolaire stoornis type 2.

Afstandelijk

‘Al sinds mijn zeventiende kamp ik met angststoornissen en stemmingswisselingen, maar pas twee jaar geleden werd mijn diagnose officieel gesteld. Lange tijd ontkende ik dat ik deze problematiek had, terwijl ik het van binnen wel degelijk wist. Daardoor werd ik als arts vrij afstandelijk – problemen van patiënten kwamen anders te dichtbij. Dat brak me op. Ik was niet de dokter die ik wilde zijn, wilde juist toenadering zoeken tot patiënten. Helaas moest ik een aantal depressies doormaken om tot dat inzicht te komen.’

Kwetsbaar

‘Tegenwoordig durf ik patiënten over mezelf te vertellen als die ruimte en behoefte er is. Vaak heel summier, maar ik merk dat het voor verbinding zorgt – mensen waarderen het dat ik me kwetsbaar opstel. Het geeft ze bovendien perspectief, namelijk dat je ook met een psychische stoornis nog steeds een fijn en betekenisvol leven kunt leiden.’

Taboe

‘Ik was altijd bang voor wat anderen zouden vinden van mijn aandoening. Verrassend genoeg kreeg ik hele milde reacties toen ik besloot er open over te zijn. Collega’s kwamen zelfs naar me toe om te vertellen dat zij óók nare periodes op psychisch vlak hadden meegemaakt. Dat vond ik mooi om te zien. Eigenlijk is het jammer dat we die ervaringskennis nauwelijks in ons werk gebruiken omdat er een taboe op heerst. Mijns inziens is het juist een manier om patiënten te bereiken.’

Brug slaan

‘Mijn stoornis heeft me absoluut een betere dokter gemaakt, al is de keerzijde dat ik nog steeds fases heb waarin het niet goed met me gaat. Dat blijft naar. Toch brengt het ook positieve zaken. Zo blog ik op verschillende platforms en heb ik plannen voor een boek en een theatervoorstelling – dingen die anders nooit op mijn pad waren gekomen. Op die manier hoop ik een brug te slaan tussen de medische wereld waarin ik ben opgeleid en de belevingswereld van de psychiatrische patiënt – en de afstand ertussen te verkleinen. Een missie is misschien een groot woord, maar het voelt kloppend om dit te doen.’ ●



Strijden voor gelijke behandeling

Geen vergoeding meer vanuit de basisverzekering voor alleengaande of lesbische vrouwen die via kunstmatige inseminatie met donorsperma (KID) zwanger willen worden. Die beleidsregel was tegen het zere been van gynaecologen Annemiek Nap en Bart Hellebrekers. Samen met COC-Nederland en Meer dan Gewenst begon de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) een gezamenlijk lobbytraject. Een uitgekende strategie leidde tot succes.

Wat was jullie drijfveer tegen deze beleidsregel in het geweer te komen?

'Wat ons boos maakte, was dat het tot dan toe goed geregeld was', vertelt gynaecoloog Bart Hellebrekers, bestuurslid van de NVOG. 'Deze zorg wordt al decennialang vergoed, maar een zorgverzekeraar vond dat een medische noodzaak ontbrak en kreeg dit bevestigd bij het Zorginstituut Nederland (ZiN). De andere zorgverzekeraars gingen daarin mee.' Gynaecoloog Annemiek Nap,

voorzitter van de pijler voortplantingsgeneeskunde van de NVOG: 'Het voelde als een stap terug in de tijd. Ik werd overspoeld met mails en telefoontjes van geschokte collega's.'

Welke stappen hebben jullie gezet?

'Gesprekken met de zorgverzekeraar, ZiN en VWS liepen op niets uit. Vanaf dat moment zijn we gaan opschalen', vertelt Hellebrekers. 'We kozen ervoor om als alliantie op te treden met belangenorgani-

satie COC en de stichting Meer Dan Gewenst, die zich inzet voor mensen met een kinderwens', vertelt Nap. 'Samen zijn we een petitie gestart. Dat liep als een trein: in een paar dagen was hij bijna 100.000 keer ondertekend! Via de Federatie wonnen we juridisch advies in. Daaruit bleek dat heteroseksuele vrouwen, van wie de man geen zaad of zaad van slechte kwaliteit heeft, en alleengaande en lesbische vrouwen, zijn aan te merken als gelijke gevallen. En die verdienen gelijke behandeling.'

Hoe zijn jullie daarop ingesprongen?

'Naar aanleiding van de petitie vroeg de Tweede Kamer een debat aan', vertelt Nap. 'Ondertussen waren we op de *Women's Rights March* op Internationale Vrouwendag op 8 maart in contact gekomen met een aantal Tweede Kamerleden. Hellebrekers: 'De Federatie hielp ons met het bepalen van de strategie, de juiste boodschap, de politieke lobby en de woordvoering richting de Kamerleden.'

Wat bedoel je met de 'juiste boodschap'?

Hellebrekers: Waar het COC en Meer dan Gewenst het aspect van discriminatie belichtten, brachten wij de toegankelijkheid

en medische veiligheid van zorg naar voren. Want wanneer KID niet meer vergoed wordt, bestaat de mogelijkheid dat een deel van de vrouwen haar toevlucht neemt tot donoren die niet gescreend zijn op geslachtsziekten, van wie de spermakwaliteit onbekend is en bij wie het registreren en handhaven van het aantal nakomelingen onmogelijk is.' Nap: 'Aan die strategische keuze hebben we veel gehad. Door het onderwerp vanuit de medische invalshoek te belichten, brachten we een nieuw argument in. En dat sloeg aan.'

Wat heeft het opgeleverd?

'Daarna ging het snel: de minister kondigde – door toenemende politieke en publieke druk – aan om KID dit jaar te blijven vergoeden',

vertelt Nap. 'Om dat vanuit het basispakket te blijven doen, is een wetwijziging nodig. De minister houdt echter vast aan het gegeven dat er geen sprake is van medische noodzaak, en dat binnen de huidige wetgeving vergoeding via het basispakket niet mogelijk is. Daarom heeft hij besloten dat er vanaf 2020 voorlopig een subsidieregeling komt. Die geldt vijf jaar en wordt daarna geëvalueerd; we blijven dus waakzaam. Over de opzet van de regeling denken wij nu mee. Zo mag de patiënt geen last hebben van extra kosten of drempels bij de aanvraag. Na 2020 kijken we weer verder: ons uiteindelijke doel blijft toch de vergoeding vanuit het basispakket.' **NvE**

ADVERTORIAL

'Hoe weet ik wat een reële goodwill is?'

Deze vraag kregen we van radioloog Eric, die graag wil toetreden tot een Medisch Specialistisch Bedrijf. We leggen uit hoe hij zelf de goodwill kan berekenen volgens de methode die we hebben ontwikkeld. Indien Eric dat wenst, kunnen we hem in contact brengen met gespecialiseerde adviseurs die voor hem de goodwill kunnen berekenen en de onderhandelingen kunnen voeren. Mochten partijen er onderling niet uitkomen, dan kunnen zij ons altijd vragen de hoogte van de goodwill bindend vast te stellen.

Juridische vragen?

Bel 088 - 134 41 12



Federatie
Medisch
Specialisten

Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialististen en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband

De RVS roept op tot een nieuwe manier van verantwoording afleggen

‘Goede zorg kun je niet in een paar getallen vatten’

In het adviesrapport *Blijk van vertrouwen. Anders verantwoorden voor goede zorg* pleit de RVS ervoor om het vertrekpunt van verantwoorden bij zorgverleners zelf te leggen en niet bij de partijen die nu verantwoording vragen. Gynaecoloog en hoogleraar patiëntgerichte innovatie Jan Kremer zat de RVS-commissie voor die het adviesrapport ontwikkelde.

Wat was de aanleiding voor het adviesrapport?

‘De laatste twintig jaar zijn we steeds meer gaan standaardiseren en werken op basis van indicatoren en richtlijnen. Binnen deze *evidence based* zorg registreren zorgverleners van alles omdat organisaties van buitenaf – zoals toezichhouders en inkopers – daarom vragen. Zorgverleners zelf zien daar niet altijd het nut van in. Ze klagen over de administratieve rompslomp, die veel tijd kost, niet aansluit bij de praktijk en niet bijdraagt aan goede zorg. En niet alleen zij, ook patiënten hebben er last van. Professionals kunnen niet altijd de zorg en ondersteuning geven die zij nodig achten, omdat deze niet past binnen de knellende kaders. Om de situatie en de mogelijkheden in kaart te brengen hebben wij vanuit de RVS onder andere 17.000 zorgprofessionals en patiënten gesproken.’

Waarom sluit de manier van verantwoorden niet aan bij de praktijk?

‘Verantwoording is nu gericht op het nastreven van een beperkt aantal waarden, zoals rechtmatigheid of veiligheid. Vervolgens worden deze waarden ook nog

specifiek ingevuld, bijvoorbeeld door te vragen of de administratie op orde is en of de zorg volgens protocol is geleverd. De betekenis die verantwoorden heeft voor zorgverleners en patiënten, komt veel minder tot zijn recht. Ook is er weinig ruimte om daarvan te leren en verbeteren.

Het is verleidelijk te denken dat goede zorg een objectief vaststaand gegeven is, dat gevat kan worden in cijfers en percentages. Dat we dat nastreven is begrijpelijk: we willen zekerheid creëren en risico’s minimaliseren. Maar zo ontstaat er een schijnwerkelijkheid. De realiteit is dat goede zorg dynamisch is, continu in beweging, complex, persoonsafhankelijk en contextafhankelijk. Patiënten hebben meerdere zorgvragen, die sterk afhankelijk zijn van de persoonlijke situatie en kunnen veranderen met de tijd. Ook de organisatie van zorg en ondersteuning is ingewikkeld: zorgverleners werken steeds vaker samen in ketens en netwerken over verschillende disciplines, organisaties en stelsels heen. De huidige inrichting van verantwoording sluit niet aan bij deze complexe praktijk.’

Wat merk je daar zelf van binnen jouw vakgebied?

‘Als gynaecoloog, gespecialiseerd in IVF-behandelingen, moet ik me verantwoorden over mijn succespercentages. Maar zo’n cijfer zegt niets over of er daadwerkelijk goede zorg is geleverd. Stel, de helft van de mensen wordt zwanger en de andere helft raakt depressief omdat ze kinderloos blijven. Dan heb je het niet goed gedaan. Begeleiding met oog voor de psychische en sociale aspecten van zo’n traject is ook onderdeel van goede zorg. Je alleen richten op succespercentages zou betekenen dat je mensen die ouder zijn dan dertig of die vanwege een andere reden een kleinere kans op een zwangerschap hebben, gewoon niet meer toelaat. Dat gaat immers ten koste van je cijfers.’

Gynaecoloog en hoogleraar
patiëntgerichte innovatie Jan Kremer:

'Je werkt niet meer mee aan een schijnwerkelijkheid, maar je legt verantwoording af over zaken die jij belangrijk vindt en wilt verbeteren. Dat geeft energie'



Weg met de cijfers dus?

'Nee, maar cijfers zijn indicaties om verder te kijken, interpretatieverschillen te verkennen en het verhaal erachter te onderzoeken. Het is ook niet: weg met de inspectie, de zorgverzekeraars, de bestuurders en laat het maar aan de zorgverleners zelf over. Dat is hoe het dertig jaar geleden ging. Het is tijd voor een volgende stap: erkennen dat het niet zo eenvoudig is en met elkaar in nauw overleg aan de slag gaan op basis van een gedeeld kompas.'

Hoe ziet dat er concreet uit?

'Het initiatief ligt bij zorgverleners zelf. Samen formuleren ze open principes: waar staan we voor? Wat vinden we belangrijk op het gebied van kwaliteit, betaalbaarheid, toegankelijkheid, pluriformiteit? Hoe willen we reflecteren en leren? Om informatie op te halen, kun je gebruik maken van verschillende methodieken, zoals

teamreflecties, visitaties en verhalen. Daarin kun je ervaringen en feedback van collega's, patiënten, cliënten, mantelzorgers en andere betrokkenen meenemen. Verantwoorden gaat over het toelichten van afwegingen die zorgverleners in concrete situaties maken in plaats van het naleven van algemeen geldende normen.'

Heb je daar een voorbeeld van?

'De gehandicaptenzorg heeft open principes geformuleerd, waardendialogen zoals zij dat noemen. Op basis van dit kompas vullen ze hun zorg en hun manier van verantwoorden in. De gehandicaptenorganisatie JP van den Bent heeft bijvoorbeeld met een afvaardiging van cliënten vastgesteld wat de agendapunten zijn voor dit jaar. Daarover leggen ze verantwoording af aan de inspectie en toezichthouders. Ik zou medisch specialisten van harte aanbevelen om eens te gaan kijken hoe zij dat aanpakken.

Ook in het Radboudmc zijn we er al mee aan het experimenteren, binnen het Zire-project. Daarin worden registraties beperkt tot een kernset van zinvolle kwaliteitsindicatoren, samengesteld door intensivisten, verpleegkundigen en patiënten. Doordat de invulling van de verantwoording dichtbij de context van de praktijk ligt, kunnen zorgverleners veel makkelijker de verantwoordelijkheid nemen voor verandering binnen die zorg.' ►

Blijk van vertrouwen. Anders verantwoord voor goede zorg.

↳ Kernboodschap

Raad
Volksgeneeskunde
& Samenleving

↳ Aanbevelingen

Verantwoorden in de zorg en het sociaal domein moet fundamenteel anders om recht te doen aan de complexiteit en veelzijdigheid van de zorgpraktijk, en om zorg beter toe te snijden op de persoonlijke situatie van de patiënt en cliënt.



Het vertrekpunt moet niet degene zijn die verantwoording vraagt, maar degene die verantwoording aflegt. Verantwoording als kern van het professioneel handelen; gericht op het verbeteren van zorg en ondersteuning.



Dit vraagt ook in relationele zin om een andere interactie tussen de zorgverlener enerzijds en toezichthouder, inkoop en overheid anderzijds. Wederkerigheid staat binnen deze relatie centraal: in dialoog met elkaar, gezamenlijk interpretatieverschillen verkennen en gegevens duiden.

Herontwerp verantwoording

Wie? Het primaire initiatief ligt bij zorgverleners.

Waar? Ingebod in de praktijk, op verschillende niveaus.

Waarover? Gedeelde open principes en verantwoorde opstelling.

Wanneer? Onderdeel van een leerproces, met de blik naar voren.

Hoe? Gesprek op basis van verschillende informatiebronnen.

1

Zorgverleners nemen verantwoordelijkheid



Zorgverleners (bestuurders en professionals) zetten rijke methodieken in: teamreflectie, visitatie, het in beeld brengen van patiënt- en cliëntervaringen, spiegelinformatie, medezeggenschap en lerende netwerken.

Interne toezichthouders zoeken verbinding met praktijk.

2

Externe verantwoording sluit aan op de context van de praktijk



Uitbreiden van thematisch toezicht. De IGJ en NZa gaan werken met professionele brigades. Het Zorginstituut, de NZa en de IGJ spelen een rol bij ingewikkelde afwegingen tussen publieke belang. Zorginkopers passen hun inkoopbeleid aan.

3

Samen komen tot gedeelde principes



Zorgverleners, inkoopers en patiënten- en cliëntenorganisaties baseren doorontwikkeling van kwaliteitskaders op basis van gedeelde principes en een verantwoorde opstelling. Zorgverleners en inkoopers vullen verantwoording over rechtmatigheid anders in.

4

Andere houding van betrokkenen



De betrokkenen (zorgverleners, patiënten en cliënten, inkoopers, toezichthouders, beleidsmakers en politici) moeten zich voortdurend toetsbaar opstellen. Zij moeten zich bescheiden opstellen als het gaat om het stimuleren van goede zorg buiten de praktijk en om het uitbannen van risico's. Een voortdurende afweging is van belang: zijn verantwoordingsvragen proportioneel aan het doel van 'een goede zorg'?

Dat vraagt wel om een andere mentaliteit.

'Klopt. Verantwoorden wordt straks een onderdeel van je professionaliteit als zorgverlener. Als professional kun je niet meer zeggen: Ik weet wel wat het beste is, ik heb niets meer te leren. Goede zorg leveren betekent constant in beweging blijven, open staan voor andere perspectieven en je aanpassen aan nieuwe situaties. Dat doe je door met allerlei spelers gelijkwaardig aan tafel te gaan zitten, waarbij bescheidenheid een groot goed is.

Bescheidenheid is ook belangrijk voor externe partijen. Hoe verder je afstaat van de praktijk, hoe voorzichtiger je moet zijn met het heffen van een oordeel over wat jij denkt dat goed is. De rol van toezichthouders, inkoopers en patiëntenorganisaties wordt anders. Binnen de verantwoordingsactiviteiten van de zorgverleners kijken zij of de juiste partijen meepraten, of er een dialoog is, of er voldoende beweging zit in de plannen, of er echt een cultuur is van leren en verbeteren, of de stem van burgers voldoende vertegenwoordigd is.

Kwaliteit is geen objectief, vaststaand concept, maar wat wij samen goede zorg vinden. Als we er met elkaar mee aan de slag gaan, wordt het werk van zowel zorgverleners als externe partijen leuker en de

zorg voor patiënten beter. Je werkt niet meer mee aan een schijnwerkelijkheid, maar je legt verantwoording af over zaken die jij belangrijk vindt en wilt verbeteren. Dat geeft veel meer energie.'

Wat vraagt dat van medisch specialisten?

'Wij hebben van oudsher veel oog voor kwaliteit. Onze kennis is vaak heel specifiek, wij weten wat medisch inhoudelijk goed is. Maar ook voor ons geldt dat het goed is als we ons nog meer gaan verbinden met andere partijen, openstaan voor andere perspectieven, van collega's, zoals verpleegkundigen, en ook patiënten en zorgverzekeraars.'

En nu?

'Hoe het eruit gaat zien weet de RVS ook niet precies. Daarom gaan we verder in gesprek met partijen als de Federatie Medisch Specialist, de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, de Nederlandse Zorgautoriteit en accountants. Wij kunnen geen blauwdruk geven, dat doen we samen. Maar ik wil medisch specialisten nu al oproepen tot actie en stoutmoedigheid. Denk eens na: hoe wil jij jouw zorg inrichten? Waar wil jij verantwoording over afleggen? Neem initiatief, ga het gesprek aan en ga op zoek naar de open principes waarmee je wilt gaan werken.' ●

Grootste medische misser

Als artsen leveren we slechts een onderdeel van de zorg: binnen de kaders van een afdeling, een specialisme, een zorginstelling, een regio en een land. Al leert de ervaring dat een patiënt zich nu eenmaal niet aan één specialisme houdt en zich bovendien verplaatst tussen zorginstellingen en landsgrenzen.

Als ik dan zie wat technologisch mogelijk is en waar we geen gebruik van maken, verbaas ik me over wat ik noem 'de grootste medische misser van vandaag'. Op scheidingsgebieden is en voelt niemand zich écht verantwoordelijk. Ik durf het wel samen te vatten namens de patiënt: *Wie heeft nog overzicht op mijn gezondheidssituatie? Jullie artsen hebben dat toch onderling afgestemd?*

Wij artsen hebben echter een gedeeltelijk beeld van de patiënt. Hoe kunnen we in de veelheid aan gescande brieven, nog op tijd die cruciale informatie eruit halen die een mensenleven kan redden? Snomed kan daarbij helpen, als een internationaal medisch woordenboek dat ook door de computer begrepen wordt. Deze eenheid van taal draagt bij aan goede overdracht en hergebruik.

Al worden er stappen voorwaarts gezet, toch laat de inbedding en het daadwerkelijk gebruik van Snomed nog te wensen over. Het wordt tijd om dat te keren. Laten we, zorgbreed en sectoroverstijgend, een voorbeeld nemen aan de pilot waarin medisch microbiologische laboratoria inzetten op een sneller inzicht in wie, wanneer, waar en waarom geïnfecteerd is, in de strijd tegen antibioticaresistentie en waarbij het is gelukt om Snomed succesvol toe te passen en gegevens te ontsluiten. Chapeau!

In de spreekkamer ligt de regietaak voor ons om op te pakken. Juist wij moeten erop staan dat het digitale systeem óns ondersteunt. Willen we beslisondersteuning, kunstmatige intelligentie en reductie in de administratieve lasten realiseren, laten we dan nu in actie komen. Want de medisch specialist die denkt dat IT een taak is voor anderen, mist straks de wedstrijd.

Gabriëlle Speijer,
radiotherapeut-oncoloog,
lid platform ICT&Health,
ambassadeur
Data Driven Doctor



Casper van Eijck zet zich in voor nieuwe behandelmethodete tegen alvleesklierkanker

‘Ik verlies al mijn patiënten’

Veel medisch specialisten zetten zich naast hun intensieve werkweek ergens met hart en ziel voor in. Op deze plek vertellen ze over hun drijfveren. Dankzij de campagne *Support Casper* doet oncologisch chirurg Casper van Eijck met zijn team onderzoek naar een behandelmethodete die het leven van patiënten met alvleesklierkanker kan verbeteren en verlengen.



Naam project
baanbrekend onderzoek naar
alvleesklierkanker

Inzet
onderzoek doen,
onderzoek coördineren,
stichting vertegenwoordigen

Meer informatie
www.supportcasper.nl

Vier jaar na de start van *Support Casper* kan de naamgever van de campagne bijna alle grote kranten, radiostations en televisiezenders afvinken. Overal doet chirurg Casper van Eijck zijn verhaal over de verwoestende ziekte waarin hij zich heeft gespecialiseerd: alvleesklierkanker. Om het belang van onderzoek naar nieuwe behandelingen te onderstrepen, heeft hij de cijfers paraat: ‘Jaarlijks krijgen drieduizend mensen in Nederland deze diagnose. De meesten van hen overlijden binnen een halfjaar, omdat chemotherapie en bestraling vaak niet werken.

Dagelijks sterven acht tot tien mensen aan alvleesklierkanker.’

Hoopgevender boodschap

Van Eijck, sinds jaar en dag verbonden aan het Erasmus MC, moet wekelijks aan meerdere patiënten vertellen dat ze niet lang meer te leven hebben. In die gesprekken heeft hij zich bekwamd, maar liever zou hij een andere, hoopgevender boodschap brengen. De chirurg heeft daarbij zijn hoop gevestigd op oncolytische viro-immunotherapie (OVIT), waarbij eigen gezonde cellen worden geactiveerd en ingezet tegen tumorcellen, met behulp van virussen.



Casper van Eijck:

‘De afgelopen twintig jaar is er heel weinig vooruitgang geboekt als het gaat om behandeling van pancreascarcinoom. Hoog tijd dus om het op een wezenlijk andere manier aan te pakken’

Van Eijck komt op deze therapie als een patiënt, een dierenarts met uitgezaaide alveeskliekkanker, zichzelf inspuit met een vogelgriepvaccin en, tegen alle prognoses in, een jaar na de diagnose in goede conditie Van Eijck de hand schudt. 'Dat virus blijkt echt in staat tumorcellen te doden. Daarom wilden we daar verder onderzoek naar doen. Om geld binnen te halen, hebben we ons eerst gericht op reguliere financiers, zoals KWF Kankerbestrijding, maar die waren huiverig en afwachtend. Dan kun je je daarbij neerleggen, maar zo zit ik niet in elkaar.'

Nabestaanden van patiënten nemen in 2015 het initiatief om een stichting op te richten en een campagne op te tuigen, met Casper van Eijck als uithangbord. 'Was niet mijn idee hoor', zegt hij. 'Ik hoef niet zo nodig op de voorgrond. Maar een marketingbureau bedacht dat het goed zou zijn om niet te focussen op de ernstige ziekte, zoals andere goede doelen, maar op de dokter, op de wanhoop van de dokter die al zijn patiënten verliest. Want dat is de realiteit. Elke dag zie ik voor wie ik me inzet. Dat er zoveel mensen zijn die achter ons en onze ideeën staan, die acties op touw zetten om geld op te halen, van wielervedstrijden tot zangavonden en dictees, is een enorme stimulant.'

Voetballerij

Wat helpt om aandacht voor de stichting te generen, is dat Van Eijck enige bekendheid geniet als clubarts van Feyenoord. 'Dat is niet de reden dat ik dat doe', benadrukt hij. 'Ik ben al ruim 35 jaar clubarts, omdat ik het leuk vind en geïnteresseerd ben in de problematiek van het bewegingsapparaat. En ook omdat het goed is om af en toe iets anders te doen, als je dagelijks met ongeneeslijk zieke patiënten te maken hebt. Maar het is inderdaad zo dat ik gebruik maak van de mogelijkheden en de contacten



Naast zijn baan en werk voor de stichting werkt Casper van Eijck ook al 35 jaar als clubarts van Feyenoord.

die ik in de voetballerij heb om de stichting voor het voetlicht te brengen.'

Dat blijkt wel op de website van *Support Casper*. Onder andere bondscoach Ronald Koeman en oud-voetballer en tv-persoonlijkheid René van der Gijp, tevens een vriend van Van Eijck, bevelen het onderzoek aan. De maatschappelijke steun is enorm. Hoe is dat in de medische wereld? 'Ik krijg weleens te horen dat men eerder vanuit de oncologische hoek zo'n initiatief zou verwachten dan van een chirurg die geacht wordt te opereren. Toch zijn de mensen die ik spreek, enthousiast. Negatieve verhalen hoor ik vaak niet rechtstreeks, maar er zijn ook genoeg critici. Die vinden dat dit niet de manier is om geld binnen te halen. Of ze vinden het onderzoek niks, ze vinden het vergezocht.' Van Eijck haalt zijn schouders op. 'De afgelopen twintig jaar is er heel weinig vooruitgang geboekt als het gaat om behandeling van pancreascarcinoom. Hoog tijd dus om het op een wezenlijk andere manier aan te pakken.'

Papierwinkel

De stichting is goed op streek: er is intussen bijna acht miljoen euro opgehaald. 'Van dat geld hebben we een virusproductiefaciliteit in het Erasmus MC kunnen bouwen. Verder hebben we een onderzoeksgroep van twaalf wetenschappers die zich in verschillende academische centra bezighouden met onderzoek, en op dit moment zetten we al immuun- en celtherapie in bij bepaalde patiënten, bijvoorbeeld na bestraling. Binnen twee jaar verwachten we de eerste patiënten met immuno-virotherapie te kunnen behandelen.' Van Eijck coördineert het onderzoek grotendeels zelf. 'Waar we vooral tegenaan lopen, is de extreme papierwinkel. Dat is weleens frustrerend, maar vanuit veiligheidsoogpunt ook begrijpelijk. Groot voordeel van zelf dit soort onderzoek doen, is dat de klinische toepassingen die we ontwikkelen, straks ook betaalbaar zijn. In tegenstelling tot de dure chemotherapie, waar de meeste patiënten bovendien niets aan hebben.' ●

Zorg anders inrichten levert veel op

Met zorgevaluatie wordt duidelijk welke behandelingen effectief zijn en voor welke patiëntengroep. Op diverse plekken wordt daarom de zorg tegen het licht gehouden en waar gewenst anders ingericht. Drie medisch specialisten vertellen over hoe zij dit aanpakken.



'Ik zie alleen nog de complexe gevallen'

Oogarts Wilda Batubara, werkzaam in ziekenhuis Bernhoven in Uden, heeft in haar ziekenhuis de oogzorg zinniger ingericht. Patiënten met eenvoudige klachten gaan eerst naar de optometrist.

Hoe is uw werk veranderd nadat u het zorgproces hebt geanalyseerd en geëvalueerd?

'Voorheen zat ik in mijn spreekkamer en kwamen alle oogpatiënten een voor een langs. Nu ben ik degene die van kamer naar kamer gaat. In de 22 jaar dat ik als oogarts werk, zag ik altijd alle soorten klachten: van zeer ingewikkeld tot heel eenvoudig. In Bernhoven hebben we nu onderzocht hoe de oogheelkundige zorg zinniger kon worden ingericht. Daarna hebben we besloten om alle patiënten met eenvoudige klachten naar goed gekwalificeerde klinisch optometristen in ons nieuwe screeningscentrum te sturen.'

Wie bepaalt welke patiënt naar de oogarts mag?

'Uit onze evaluatie bleek dat klachten als glaucoom in de familie,

droge ogen en een oogkeuring voor het rijbewijs prima door een hoogopgeleide optometrist zijn te behandelen. Zij doen aanvullend onderzoek en wanneer het nodig is, zie ik de patiënt alsnog. Mijn patiëntenpopulatie is sterk veranderd: ik zie alleen nog complexe gevallen, zoals netvliesloslatingen en spoedpatiënten. Wel belangrijk is dat de huisartsen, die de triage doen, goed getraind zijn. Daar moet je in investeren.'

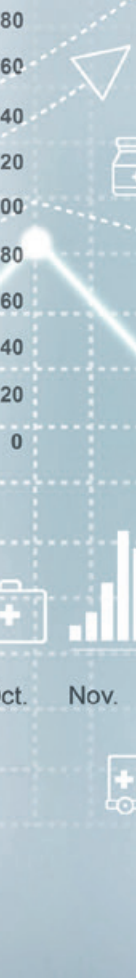
Hoe waarborgt u de kwaliteit?

'Deze vraag krijgen we vaker. We hebben dat ondervangen door de optometristen goed op te leiden en stevig in hen te investeren. Dat doen we door regelmatig EPD's eruit te lichten en die te bestuderen, door casusbesprekingen, supervisie en

de drempel te verlagen om de oogarts in te schakelen. Ik ben altijd in de buurt en sjees soms van kamer naar kamer om even mee te kijken. Deze nieuwe aanpak heeft mijn werk interessanter gemaakt. Ik vind het inspirerend dat ik vooral de complexe aandoeningen zie.'

Wat levert het project op?

'Zestig procent van de patiënten blijkt prima naar de optometrist te kunnen. Dat betekent een flinke kostenreductie en toegenomen patiënttevredenheid, want patiënten staan niet langer op de wachtlijst. Het is een positieve én noodzakelijke ontwikkeling: we hebben te veel werk voor te weinig oogartsen. Door het nu zo aan te pakken, kunnen we alle patiënten blijven behandelen op hoog niveau en lopen de kosten terug.'



'Reductie van overbodige diagnostiek'

Aios interne geneeskunde Daan Castelijm werkt bij het Spaarne Gasthuis in Haarlem en is betrokken bij het RODEO-project. Dat staat voor 'reductie overbodige diagnostiek door attitudeverandering van artsen'.

Wat houdt het RODEO-project in?

'Wij hebben gekeken naar wat voor soort labaanvragen puur uit gewoonte werden gedaan. Dat waren er nogal wat. Bij alvleesklierontstekingen bleek dat er standaard een amylase én een lipase werd gedaan, terwijl nieuw onderzoek laat zien dat die amylasebepaling onnodig is. Door alle artsen hierop te wijzen is dit onderzoek van honderd naar vijf keer per jaar gereduceerd. Bewustwording, bewustwording, bewustwording. Daar draait het om als we spreken over onnodig laboratoriumonderzoek. Kosten mogen geen referentiekader zijn om een onderzoek wel of niet te doen. Maar wanneer je op zorginhoudelijke afwegingen ontdekt dat bepaalde onderzoeken niet nodig zijn, is de bijkomende kostenreductie welkom.'

Was iedereen gelijk om?

'Het duurde wel even voor we alle betrokkenen overtuigd hadden van deze kritische blik op hun routine. Dat betekende veel praat sessies en data genereren en terugkoppelen om ze te overtuigen. Je verbetert de zorg door onnodig onderzoek te schrappen. Patiënten missen niets.'

Waarin zit het succes?

'Een grote succesfactor in dit project is de educatieve kant: elke twee weken pakten we een diagnose of aanvullend onderzoek bij de kop en analyseerden we wat wel en niet zinnig was. Over dit soort onderwerpen praat je niet snel, je moet dat echt agenderen. Er gingen dan zaken af, maar soms bleek bij een bepaalde aandoening dat juist extra labonderzoek nodig was. Dit inzicht zorgde voor een extra boost en zo raakten specialisten enthousiast. Ook hebben wij reële kosten besproken van bijvoorbeeld een bloedgasonderzoek of scan. Onze artsen en arts-assistenten hebben weinig besef van deze kosten. Door zakkaartjes uit te delen met de werkelijke kosten is het bewustzijn sterk vergroot. Ze hebben nu een realistischere kijk op hun eigen werk. Over de hele linie is het labonderzoek inmiddels met 15 procent gereduceerd. Een waanzinnige prestatie. Onze ervaringen worden uitgewisseld met vier andere ziekenhuizen, met het Amsterdam UMC locatie VUmc als projectleider, die actief bezig zijn met dit project.' ▶



Op vrijdag 8 november organiseert de Federatie het symposium *Zorgevaluatie in Beweging* in DeFabrique in Utrecht. Meer informatie over het programma en aanmelding: demedischspecialist.nl/zorgevaluatie.



'Bij veel patiënten is afwachten beter'

Uroloog Roderick van den Bergh werkt in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Hij behandelt mannen met niet-agressieve prostaatkanker niet direct, maar wacht even af.

Hoe kwam u op het idee om prostaatkanker juist niet te behandelen?

'Tien jaar ben ik nu bezig met dit onderwerp. In het begin werd ik vreemd aangekeken als ik voorstelde niet iedere kankerpatiënt te behandelen. Inmiddels wordt dit uitgangspunt steeds meer omarmd. In het St. Antonius Ziekenhuis, het grootste prostaatkankercentrum in deze regio, wordt nu een op de drie mensen met prostaatkanker niet direct behandeld, maar komt alleen op driemaandelijkse controle. Bedenk wel dat dit mensen zijn die door onze goede opsporingmethoden sneller een diagnose krijgen. Vroeger wisten ze niet eens dat ze kleine tumoren hadden.'

Waar ligt de grens tussen wie wel en wie niet wordt bestraald?

'Dat is inderdaad ingewikkeld. We zoeken steeds naar de juiste grens en die is flexibel en per persoon verschillend. Het hangt af van de medische én persoonlijke omstandigheden. Niet iedereen kan afwachten aan. Ik pleit zelf voor het verder wetenschappelijk onderzoeken van het oprekken van deze grens. Zeker met de inzet van pet-scans, waarmee we nog secuurder kunnen inschatten of een tumor agressief is of dat die er nog wel tien jaar onveranderd zal zitten.'

Hoe overtuigt u patiënten hiervan?

'We hebben meer tijd op onze poli ingelast, zodat we psychologische effecten kunnen belichten. Die gesprekken vragen een andere attitude van mij als uroloog. Met veel geduld bespreek ik alle consequenties en bijwerkingen, zoals incontinentie en erectieproblemen, en ook de risico's van niet-behandelen. Ik werk hierin succesvol samen met de radiotherapeut en de oncologisch verpleegkundige. Zo horen mensen het van alle kanten en zijn de meeste overtuigd. Ook collega's staan er nu meer voor open. Zij begrijpen dat het deze kant op moet. En niet alleen bij prostaatkanker, ook bij andere, zelfs oncologische aandoeningen, kunnen we dit doen – mits wetenschappelijk verantwoord.'

Wat heeft het opgeleverd?

'Geen dure behandelingen uitvoeren, betekent lagere kosten – al is dat niet het uitgangspunt. We hebben nog geen keiharde uitkomstcijfers, omdat die lastig vast te stellen zijn, maar we weten wel waar het naartoe gaat. We gaan nu verpleegkundig specialisten opleiden tot 'prostatologen'. Zij kunnen nog meer taken van ons urologen overnemen. Dit beleid past in deze tijd.' ●

Zorgevaluatie en gepast gebruik

Eind juni heeft minister Bruins van Medische Zorg de rapportage *Zorgevaluatie en Gepast Gebruik* ontvangen van de betrokken partijen van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg. Met hierin legio voorbeelden van hoe door zorgevaluatie de kwaliteit van zorg overeind blijft en de kosten omlaag kunnen. Minister Bruins is enthousiast: 'Het eerste honk is bereikt. Er wordt al veel gesproken over wat zinnige zorg is en wat niet; of de patiënt er daadwerkelijk baat bij heeft. Dergelijke afwegingen moet je maken op basis van feiten.'

De Federatie vindt het belangrijk dat zorgevaluatie niet gezien wordt als methodiek om zwart-wit conclusies te trekken over welke zorg wel of niet zinvol is. Om de meest dringende onderzoeksvragen in beeld te brengen, hebben 22 wetenschappelijke verenigingen een kennisagenda opgesteld. Daarnaast zijn er 8 in ontwikkeling en lopen er al meer dan 60 zorgevaluatiestudies. Alles bijeen zijn er in de bestaande kennisagenda's meer dan 200 kennishiaten geprioriteerd.

Download het rapport via: demedischspecialist.nl/rapportage-zorgevaluatie

Minimaal-invasieve technieken, behulpzame robots en ruimte voor de regio

Cardio-thoracale chirurgie volop in beweging

De cardio-thoracale chirurgie is een jong specialisme dat zich nog volop ontwikkelt. Op het gebied van nieuwe technologieën, maar ook op thema's als samenwerking met andere specialisten en concentratie en regionalisering van zorg. 'Het is best een uitdaging om een goed plan te maken én mensen daarin mee te krijgen.'

Eerst onder narcose in een bad met ijswater om het lichaam af te koelen, dan pas een hartoperatie: tot in de jaren vijftig was dit de praktijk. Door de afgenomen zuurstofbehoefte kon de circulatie dan namelijk enkele minuten onderbroken worden. 'Ons vak is relatief jong', vertelt cardio-thoracaal chirurg in het LUMC Jerry Braun, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie (NVT). 'Begin vorige eeuw werden er weliswaar al hartoperaties uitgevoerd, maar op zeer beperkte schaal en met veel sterfte tot gevolg. De revolutie begon met de komst van de hartlongmachine in 1953. Daardoor werd het mogelijk om grote aantallen openhartoperaties en hart- en longtransplantaties te verrichten. Sindsdien volgen nieuwe technologieën en ontwikkelingen elkaar in rap tempo op.' ▶

Cardio-thoracaal chirurg Yvonne Douglas:

'Met minimaal-invasieve ingrepen hebben meer patiënten een kans en kunnen de kosten dalen'





Prikgat

Kenmerkend is de groei van het aantal minimaal-invasieve technieken, vertelt cardio-thoracaal chirurg Yvonne Douglas, werkzaam in het UMCG. 'Een mooi voorbeeld is de transkatheter aortakleplantatie. Daarbij wordt een nieuwe aortaklep via een prikgat in de lies of een minimale operatiewond geïmplant. Door de kortere duur is de ingreep minder ingrijpend. Het hart hoeft niet te worden stilgelegd en er is hooguit sprake van een kleine operatiewond – nogal een verschil met een openhartoperatie.' Dit biedt nieuwe perspectieven. Douglas: 'Voorheen kwamen ouderen met een vernauwde aortaklep niet in aanmerking voor een operatie, omdat hun gezondheid te fragiel en het risico te hoog was. Met deze techniek heeft een aantal van hen weer een kans.' Minimaal-invasieve ingrepen hebben mogelijk ook andere voordelen, vervolgt Douglas. 'Door de kortere operatie- en opnameduur en het feit dat een IC-opname soms niet nodig is, is de doorstroom groter en kunnen we kosten besparen.'

Opmars van robots

Hoewel het gebruik nog in de kinderschoenen staat, maakt de robot een voorzichtige intrede in de thoraxchirurgie. Braun: 'In de urologie zijn robots al langer ingevoerd en bieden ze aantoonbare voordelen bij prostaatchirurgie. Die meerwaarde moet bij ons nog worden bewezen. Maar we zetten robots wel steeds vaker in, bijvoorbeeld tijdens het deels verwijderen van een long bij kanker. Het voordeel is dat je onder bepaalde hoeken kunt werken die je zelf niet goed kunt bereiken. Zo kan een robot met zijn pols een 360 graden beweging maken, voor een chirurg is dat onmogelijk.'

Braun verwacht dat de opmars van de robot de komende jaren doorzet. 'Mensen denken bij een robot

aan een apparaat dat zelfstandig taken uitvoert – zoals auto's in elkaar zetten in een fabriek. Zo lijkt het alsof ons werk over een paar jaar volledig is geautomatiseerd. In de chirurgie is er echter sprake van een master-slave constructie: de chirurg bestuurt de robot volledig. Het is dus geen bedreiging voor ons vak.' Douglas vult hem aan. 'Een robot kan bovendien niet álles. Als je patiënt tijdens een operatie ineens een grote bloeding krijgt, moet je bij machte zijn om een borstkas op de 'ouderwetse' manier open te maken en het probleem op te lossen. Ik zie de robot vooral als een ondersteunend instrument van ons specialisme.'

Volledig pakket

Naast nieuwe technieken krijgt de thoraxchirurgie ook met maatschappelijke tendensen te maken die leiden tot verandering. Een actuele ontwikkeling is de modernisering van de opleiding. Daarbij is een grote rol weggelegd voor de samenwerking met de periferie. Douglas: 'De opleiding tot cardio-thoracaal chirurg wordt van oudsher door de academische centra verzorgd, maar inmiddels heeft een groot aantal perifere klinieken ook opleidingsbevoegdheid. Nu de focus in de academische ziekenhuizen steeds meer op complexe chirurgie komt te liggen, willen we de handen



Cardio-thoracaal chirurg Jerry Braun:

‘De opkomst van robots zie ik niet als bedreiging, maar als ondersteuning van ons vak’

ineenslaan – dit om te zorgen dat aios toegang blijven houden tot het volledige pakket van cardio-thoracale ingrepen. We gaan dus meer bij elkaar in de keuken kijken.’

Ongegronde angst

Daarnaast is het de bedoeling om tijdens de opleiding nóg meer te gaan samenwerken met aanverwante specialismen, zoals vaatchirurgie en cardiologie, en kennis en vaardigheden uit te wisselen. Het doel: efficiënter werken. Douglas: ‘Op dit moment staan er bij ons bij een transkatheter aortaklep-implantatie via de lies nog twee interventiecardiologen en een cardio-thoracaal chirurg in de operatiekamer. Wanneer toekomstige cardio-thoracaal chirurgen bepaalde kathetertechnieken aanleren, en interventiecardiologen een aantal chirurgische vaardigheden, zijn één interventiecardioloog en één cardio-thoracaal chirurg misschien voldoende. Beiden beschikken dan immers over bepaalde overlap-pende capaciteiten.’

De plannen klinken veelbelovend, maar zitten volgens Yvonne Douglas nog in de ontwikkelfase. ‘Het is best een uitdaging om een goed plan te maken én mensen daarin mee te krijgen. Je merkt dat iedereen wat huiverig is en z’n eigen specialisme wil beschermen.’ Herkenbaar, vindt Braun. ‘Al lijkt die angst me ongegrond. De cardio-thoracale chirurgie is in het verleden vaker bedreigd: toen de stents kwamen, werd geroepen dat de bypasschirurgie zou verdwijnen. Dat is nooit gebeurd. Ons vak is bovendien bij uitstek teamwerk. We werken nauw samen met longartsen en cardiologen en zijn nergens zonder de anesthesioloog en perfusionist. In je eentje kun je het niet, dus zo’n kruisbestuiving in de opleiding klinkt heel logisch. De vraag is alleen hoe we dat in de praktijk gaan effectueren.’

Regionaal MDO

Concreter is de samenwerking met de heelkunde om de chirurgische longpatiëntenzorg te regionaliseren en concentreren. Het idee is om perifere ziekenhuizen binnen een bepaalde regio aan één academisch centrum te koppelen, en wekelijks te laten samenkomen in een multidisciplinair overleg (MDO). Die plannen raken mogelijk een gevoelige snaar, realiseert Braun zich. ‘Enerzijds zullen klein-volume centra hierdoor verdwijnen, anderzijds hopen we dat dit leidt tot kwaliteitsverbetering. Neem een patiënt met een pancoasttumor in het bovenste gedeelte van de thoraxwand. Die aandoening komt weinig voor en vereist specifieke chirurgische expertise. Dan is het pure winst wanneer je die patiënten tijdens zo’n regionaal MDO kunt verwijzen naar de juiste – op een of twee locaties geconcentreerde – plek.’

De praktijk toont ook aan dat concentratie van zorg zijn vruchten afwerpt, gaat Jerry Braun verder. ‘Het meest extreme voorbeeld is misschien wel Denemarken. Daar besloot de overheid de longchirurgie te concentreren in vier centra, met als gevolg dat de mortaliteit na longoperaties spectaculair daalde. Ter vergelijking: in Nederland waren er vorig jaar maar liefst 43 centra. Omdat de overheid hier echter een andere bevoegdheid heeft, moet zo’n beweging dus vanuit de beroepsgroep komen. Ik denk dat we daarin een belangrijke verantwoordelijkheid hebben. Gelukkig zitten de NVT en de heelkunde op één lijn en is het voorstel binnen beide verenigingen besproken. Het is koffiedik kijken, maar ik verwacht dat we over twee jaar een flinke slag hebben gemaakt.’ ●



Meer over de Nederlandse Vereniging voor Thoraxchirurgie vindt u op: www.nvtnet.nl.



de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

Diederik Gommers

Anesthesioloog-intensivist Diederik Gommers, verbonden aan het Erasmus MC, is voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Sinds 1 juli is zijn vereniging lid van de Federatie.

'Intensivisten zijn goed ontwikkeld in de vitaal bedreigde patiënt: daarover kunnen we collega's adviseren'

1 Wat is de motivatie voor de vereniging om zich aan te sluiten bij de Federatie?

Hoewel de intensivisten echt een apart specialisme zijn in het ziekenhuis, hebben we geen eigen wetenschappelijke vereniging. Medisch specialisten kunnen intensivist worden vanuit verschillende vakken: interne geneeskunde en anesthesiologie, maar ook heelkunde, cardiologie of longgeneeskunde. Een eigen wetenschappelijke vereniging oprichten – onze ambitie en ook een criterium om lid te zijn van de Federatie – lag daarom gevoelig.

Tegelijkertijd gaat wat er op de IC gebeurt, wel veel andere specialismen aan. Bovendien: als er iets op een IC gebeurt, is dat direct in het nieuws. Daarom heeft algemeen voorzitter Marcel Daniëls van de Federatie zich hard gemaakt voor onze toetreding. Vervolgens hebben we gesprekken gevoerd met de wetenschappelijke verenigingen die betrokken zijn bij ons specialisme over de voorwaarden voor toelating. Nu we daaraan voldoen, heeft de Algemene Vergadering van de Federatie ingestemd met ons lidmaatschap.'

2 En nu? Wat verwacht de vereniging van de samenwerking binnen de Federatie?

'Met name dat we ons verder kunnen professionaliseren. We kijken ernaar uit om deel te nemen aan de raden van de Federatie, omdat we daardoor beter weten wat er speelt. Ook denken we ons kwalitatief te kunnen verbeteren, bijvoorbeeld op het vlak van kwaliteitsvisitaties en richtlijnen. Daarnaast heeft onze richtlijn organisatie van IC-zorg ook consequenties voor andere specialismen. Ik vind het prettig dat we die nu vooraf met elkaar kunnen afstemmen en niet iets verzinnen dat niet werkt. Tot slot is het belangrijk dat we binnen de Federatie informatie kunnen uitwisselen over zaken die landelijk spelen en mee kunnen gaan met de veranderingen.'

3 Welke kennis kan de NVIC delen met de Federatie en andere verenigingen?

'Intensivisten zijn goed ontwikkeld in de vitaal bedreigde patiënt. En de komende jaren zullen op ziekenhuisafdelingen – ook buiten de IC – vaker ernstiger zieke patiënten binnenkomen door vergrijzing en comorbiditeit. Wij kunnen goed meedenken in constructieve oplossingen bij problemen waar collega's tegenaan gaan lopen.'

4 Zijn er al concrete projecten waarbij de NVIC en de Federatie samen optrekken?

'Jazeker, de komende twee jaar willen we de modulaire ontwikkeling van de opleiding tot intensivist vormgeven. Dit doen we graag samen met specialismen van waaruit je intensivist kunt worden. Ook komen we vanaf nu drie keer per jaar met de voorzitters van de verenigingen van de aanpalende specialismen bijeen om gezamenlijke zaken te bespreken. Zoals het past bij intensivisten, gaan we meteen van start!' **NvE**

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC)

Bestaat sinds: 1977

Aantal leden (intensivisten en fellows): 880

'Mag ik stiekem een gesprek opnemen?'

Deze vraag kregen we van gynaecoloog Judith, die bang is voor een vervelend functioneringsgesprek. Het heimelijk opnemen van een gesprek met je leidinggevende is niet strafbaar, maar kan de werkrelatie op scherp zetten. Onze juristen adviseren Judith daarom om openlijk te vragen of ze het gesprek mag opnemen. Later vertelt ze ons dat haar leidinggevende daar niet mee heeft ingestemd. Ze heeft ons advies opgevolgd om te vragen het gesprek dan op een ander moment te plannen en iemand mee te nemen. Dat vond haar leidinggevende geen probleem.

Juridische vragen?
Bel 088 - 134 41 12



Federatie
Medisch
Specialisten

Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.



OPLEIDEN OVER GRENZEN

MMV-CONGRES
11 DECEMBER 2019

Congrescentrum NBC, Nieuwegein



De zorg wordt steeds complexer. Dagelijks worden medisch specialisten geconfronteerd met vraagstukken over doelmatigheid, kwaliteit, veiligheid en de juiste zorg op de juiste plek. Dergelijke vraagstukken kunnen niet langer meer vanuit één discipline worden benaderd. Dat vraagt om 'Opleiden over grenzen'.

Op het MMV-congres praten we je bij over de laatste ontwikkelingen en belangrijke onderwerpen. Je krijgt handvatten om morgen mee aan de slag te gaan en kunt ervaringen uitwisselen met collega's.

Net als voorgaande jaren bieden we verschillende plenaire sessies, een tweetal ontbijtsessies en de mogelijkheid om zelf je dag samen te stellen uit een breed aanbod van workshops en symposia.

SCHRIJF
JE NU IN!

Meer informatie en aanmelden:

www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres

VOOR WIE

Voor alle betrokkenen bij de medische vervolgoedingen

ACCREDITATIE

Accreditatie wordt aangevraagd bij ABAN, NVZA, NVKC en NVKF

DEELNAME

Entreprijs 295 euro
Aios 175 euro



Wat is uw volgende investering in ontwikkeling?

Vier tips om toekomstproof te blijven in de zorg.

Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de andere rollen van de medicus. Daarom biedt De Academie disciplineoverstijgende opleidingen voor medisch specialisten op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid. Altijd actueel en specifiek toegespitst op de dynamiek van het zorgveld. Een kwalitatieve aanvulling op uw rol als professional, ondernemer, leidinggevende, bestuurder, opleider, onderzoeker of toezichthouder van de toekomst.

Ethiek van leven en zorgen

Dit programma verbindt ethiek, filosofie en het werken en leven binnen de medische sector. U onderzoekt met hoogleraren de morele vragen rondom het zorgproces, uw eigen functioneren als professional, de inrichting van de zorg in onze samenleving en de wijze waarop u uw eigen leven inricht. Met inbreng van casuïstiek uit uw zorgpraktijk. Verdiepend en persoonlijk verrijkend in de ontwikkeling van moreel gevoel en ethisch handelen.

Startdatum 16 januari 2020

Locatie Conferentiecentrum Samaya in Werkhoven

Prijs leden FMS en VvAA: € 4.450,-; niet-leden: € 4.750,-

Zo wordt u (ont)regelaar in de zorg

Speciaal voor medisch specialisten die willen bijdragen aan het (ont)regelen van de zorg. Hoe krijgt u het voor elkaar in uw ziekenhuis onnodige processen en structuren te minimaliseren zodat er meer tijd, meer autonomie, minder regels, minder bureaucratie ontstaat. Volg de masterclass startende (Ont)Regelaar in de zorg, verzorgd samen met de Stichting (Ont)Regel de zorg.

Datum 29 november 2019

Locatie De Academie in Utrecht

Prijs leden FMS en VvAA: € 675,-; niet-leden: € 695,-

Medisch management in het ziekenhuis

Leer in 9 dagen de belangrijkste ins en outs van leidinggeven en management. Als medisch specialist in een ziekenhuis of GGZ-instelling bent u allang niet meer bezig met alleen vakinhoudelijke werkzaamheden. Nuttig voor elke specialist die zich wil verdiepen in management, die samenwerkt met een bedrijfskundig manager, die in een managementfunctie start of ambieert. Intensief en interactief door casuïstiek uit uw eigen praktijk.

Startdatum 9 januari 2020

Locatie Hotel van der Valk in Breukelen

Prijs leden FMS en VvAA: € 3.950,-; niet-leden: € 4.275,-

Tip 4: schrijf nu al in voor 2020

Management voor medici - De klassieker van De Academie: postdoctoraal programma om uw managementkennis te vergroten. Inschrijving voor start op 14/15 september 2020 is geopend.

Speak up dear! - Speciaal voor vrouwelijke artsen die zich effectiever willen profileren. Inzicht, reflectie en direct toepasbaar in de praktijk. De derde sessie is gepland in februari.

Masterclass startende toezichthouder - Over governance speciaal voor medisch specialisten die zitting hebben of willen nemen in een raad van toezicht of in het bestuur van het MSB. 15 juni 2020 (of 20 november 2019).

De partners van De Academie voor Medisch Specialististen:



De Academie 
voor medisch specialisten

academiemedischspecialisten.nl
info@academiems.nl • 030 247 4197