

VLOEK OF ZEGEN?

Zorgrecensies van patiënten

OOGST

Vruchten van een jaar Federatie

NIEUW ZORGBEROEP

De ziekenhuisarts komt eraan

4

de Medisch Specialist

DECEMBER 2015
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

De opleiding regionaliseert

Aios krijgt een breder blikveld



Even geen zorgen hebben omdat mama een spin op je buik zet

Zieke kinderen voelen zich beter als hun ouders dichtbij zijn. Daarom zijn er de Ronald McDonald Huizen. Dan is zo'n lekkere knuffel van papa of mama nooit ver weg.



De individualisering van de opleidingsduur is in volle gang. Dat brengt veranderingen met zich mee voor opleiders, aios en opleidingsondersteuners.

Wilt u weten wat dit concreet voor u betekent en hoe wij u hierbij kunnen ondersteunen? Kijk dan op www.specialistenopleidingopmaat.nl



Hoe kunnen we binnen ons specialisme versnelling mogelijk maken?

Help, mijn aios wil versneld door de opleiding!

Wat is de rol van het opleidingsplan bij individualisering?

Handig, zo'n elektronisch portfolio. Maar waar begin je?

Individualisering
Opleidingsduur,
wat **BETEKENT**
dat voor U?

Objectief toetsen en beoordelen, hoe doe je dat?



In dit nummer

11 NIEUWE PROFIELARTS

Opmars van de ziekenhuisarts

Esmée Beers-Vural is vooralsnog de enige ziekenhuisarts in Nederland. Maar dat zal veranderen: vanaf januari komen er steeds meer artsen met dit nieuwe profiel in het ziekenhuis. Wordt de ziekenhuisarts concurrent of bondgenoot van de medisch specialist?



8 RANKING THE DOCTORS

Omgaan met online rapportcijfers

Van uitmuntende ervaringen tot beledigingen: patiënten geven de dokter steeds vaker een online rapportcijfer. Hoe blij moet je zijn met die ontwikkeling? Twee medisch specialisten delen openhartig hun ervaringen.

15 ÉÉN JAAR FEDERATIE

De winst van het samengaan

Een stevige positie van medisch specialisten in het krachtenveld van de gezondheidszorg. Dat was de drijfveer voor het oprichten van de Federatie. Eén jaar na dato maken we de balans op. Wat is er tot nu toe zoal bereikt?

20 OPLEIDEN

Waarom de opleidingen regionaliseren

De opleiding heelkunde in het VUmc heeft al een aantal jaren ervaring met de regionalisering van de opleiding. Opleider Donald van der Peet en aios Hasan Eker zien vooral voordelen. 'We leiden betere chirurgen op.'

24 MENSEN VAN DE FEDERATIE

Contactpersoon voor collectieven

Op het Federatiebureau fungeren diverse contactpersonen als vraagbaak en klankbord voor vragen en ondersteuning van collectieven. Katrien Hendriks is coördinator van het contactpersoonschap en zelf ook contactpersoon.

27 ARBITRAGE

Als je er samen niet uitkomt

Jurist Bram Asscher was jarenlang vaste voorzitter van de door de Federatie benoemde ad hoc arbitragecommissies. Die commissies maken vanaf 1 januari plaats voor geschillenbeslechting via het Scheidsgerecht Gezondheidszorg.



EN VERDER

- 6 Wat e-health medici te bieden heeft
- 7 Richtlijn: duidelijkheid over psychiatrische diagnostiek
- 14 Patiëntvriendelijk registreren
- 23 In 10 stappen naar regionalisering

RUBRIEKEN

- 19 Bestuurscolumn: Léon Winkel
- 30 Cursusaanbod & agenda

COLOFON
jaargang 1, december 2015

Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialist en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 21.000 exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie.

Redactie

Lilian Jansen, *hoofdredactie*
Pieter Hoogesteijn en Naomi Querido, *uitvoering en coördinatie*
Dorinda Maas, Ramona Pauwels,
Vanessa Rompelberg en
Cindy van Schendel

Redactionele adviesraad

Paul Algra, radioloog, Medisch Centrum Alkmaar | Mariëlle Bartholomeus, neuroloog, Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Jochen Bretschneider, KNO-arts, VU medisch centrum, Amsterdam | Marjolein Dekker, communicatieadviseur Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam | Pieter Hoogesteijn, hoofdredacteur Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) | Geert Kazemier, oncoloog, VU medisch centrum, Amsterdam | Hilke Verdijk, communicatieadviseur, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVVP) | Marcel Vonk, psychiater, Pompestichting, Nijmegen | Frederiek Voskens, directeur en conceptontwikkelaar PodiumT, Kerst de Vries, klinisch geriatr, MC Slotervaart, Amsterdam
Vanuit bestuur Federatie Medisch Specialist: vicevoorzitter Huib Cense, chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk | Medisch Centrum Alkmaar

Medewerkers aan dit nummer

Sebastian ter Burg, Mirthe Diemel, Michel van Dijk, Selma Lagewaardt, Serge Ligtenberg, Dana Ploeger, Stijn Rademaker en
Job Jonathan Schlingemann

Fotografie cover: Sebastiaan ter Burg

Technische eindredactie
De Nieuwe Lijn, Rotterdam

Beeldredactie
&Q copy, content en communicatie, Almere

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

Druk
Senefelder Misset, Doetinchem

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

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

Copyright © De Medisch Specialist 2015.
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 mogelijkkerwijs 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.

Patiëntbeoordelingen

Bent u tevreden, vertel het anderen. Bent u ontevreden, vertel het ons. Veel restaurants, winkels en dienstverleners hangen al decennialang dit motto aan. De gedachte erachter is simpel: niets werkt zo sterk als positieve mond-tot-mondreclame, terwijl klachten en leed vaak het beste zijn op te lossen met een direct gesprek. Maar dat verandert.

Steeds vaker gebeurt het delen van positieve of negatieve ervaringen niet meer in een goed gesprek met een 'kopje koffie van het huis', maar vanachter het scherm. Restaurants, maar ook vakantieaanbieders, verzekeraars én zorgaanbieders ondergaan hetzelfde lot: consumenten delen hun ervaring steeds vaker in het openbaar. Wat moet je daar als medisch specialist van vinden? En hoe ga je om met de beoordeling van je patiënt?

Als Federatie juichen we mondigheid en openheid toe. Het werk van de medisch specialist staat tenslotte ten dienste van de patiënt. Maar we plaatsen ook kanttekeningen. Want is het schrijven over een gerecht, hotelkamer of product niet toch een tikkeltje anders dan het beoordelen van een zorgprofessional? En wat als je beledigingen of zelfs bedreigingen naar het hoofd krijgt geslingerd?

In dit nummer delen twee medisch specialisten hún ervaring. Lees vooral ook de tips die zij en wij geven over omgaan met de online rapportcijfers. Want het kan straks zomaar dat mensen met een lovende of kritische beoordeling carrières kunnen maken of breken. Wellicht onbedoeld, maar een gewaarschuwd mens telt voor twee, om er nog maar een middenstandscliché in te gooien.



Lilian Jansen
Hoofdredacteur

‘E-health heeft medici veel te bieden’

De digitalisering schrijdt voort, ook in de ziekenhuiswereld. Maar wat heeft een medisch specialist daar nou écht aan in het veld? Een vraagstuk waar de commissie eHealth van De Jonge Specialist (DJS) zich mee bezighoudt en tevens het thema van de AIOS Upgrade op 4 december jongstleden.

Zorgen dat e-health meer onder de aandacht komt van jonge dokters. Dat was het doel van de commissie eHealth bij de oprichting in november 2014. Inmiddels lijkt deze stelling alweer wat achterhaald. ‘Artsen weten inmiddels wel wat e-health is en dat er toepassingen

bestaan die de zorg kunnen vergemakkelijken’, vertelt Paul de Laat, bestuurslid van DJS en lid van de commissie eHealth. ‘Om die reden hebben we de focus verlegd: we willen e-health beter behapbaar maken. Onze commissie probeert een brug te slaan tussen de jonge arts die een vraag of idee heeft over e-health en de organisaties in het veld, om bestaande initiatieven sneller hun weg te laten vinden naar de werkvloer.’

Er zijn al mooie projecten gaande. ‘Neem bijvoorbeeld de *Luchtbrug*, een project waar een aios kindergeneeskunde nauw bij betrokken is. Deze virtuele astmakliniek combineert digitale zorg – met behulp van online vragenlijsten – en fysiek contact met de dokter.’ Dergelijke digitalisering kan de medische wereld veel bieden, verwacht De Laat. Dat geldt ook voor de opleiding. ‘Het e-portfolio voor aios is een van de voorbeelden waarnaar onze commissie kijkt. Mogelijk kan

de kwaliteit daarvan in de toekomst verder worden verbeterd met bijvoorbeeld een integraal digitaal systeem.’

Patiëntgerelateerde digitale hulpmiddelen zijn eveneens in opkomst, al merkt De Laat dat artsen het vaak lastig vinden wanneer een patiënt een zorgvraag heeft die voortvloeit uit het gebruik van een bepaalde app. ‘Toch zie ik vooral kansen. Als dokter kun je immers ook adviseren om een app wél te gebruiken.

Denk aan een hoofdpijndagboek voor iemand met chronische hoofdpijn of migraineaanvallen, of een spuitschema voor iemand met diabetes. Dat maakt de zorgvraag concreter.’

Deze apps veranderen volgens Paul de Laat de zorg op dit moment niet wezenlijk. ‘Wat dat betreft staat digitalisering in de zorg echt nog in de kinderschoenen. Maar het is een begin. Langzaam maar zeker zal de focus steeds meer verschuiven naar uitgebreidere apps en de implementatie daarvan.’ MD

5 e-health apps

Het aantal apps, websites en toepassingen stijgt snel. Een kleine selectie van de mogelijkheden:



De virtuele astmakliniek **Luchtbrug.nl** combineert digitale zorg en fysiek patiëntcontact. In 2016 verschijnt er een mobiele app.



De app **PRN Curven** geeft de geboortegewichten weer als referentie voor kinderen bij een bepaalde zwangerschapsduur (*beschikbaar voor Apple en Android*).



SkinVision analyseert verdachte moedervlekken en herkent melanomen (*beschikbaar voor Apple en Android*).



PocketEnergy is een hulpmiddel om de energiebalans te bewaken, bedoeld voor mensen met aanhoudende vermoeidheids-, stress- en pijnklachten (*beschikbaar voor Apple*).



Via **Thuisarts** krijgen patiënten de mogelijkheid zelf informatie mee te nemen naar hun huisarts. Thuisarts won dit jaar de Health app award van Mobile Doctors (*beschikbaar voor Apple en Android*).



Duidelijkheid over psychiatrische diagnostiek

Binnen en buiten de psychiatrie bestaan veel misverstanden over de aard en omvang van psychiatrische diagnostiek. De net verschenen grondig herziene richtlijn voor de beroepsgroep geeft ondubbelzinnig antwoord op die knelpunten.

De DSM doet bij elke medicus wel een belletje rinkelen. Maar hoe vaak verwarren artsen, patiënten en instanties dit handboek voor classificatie van psychiatrische aandoeningen niet met een diagnostisch instrument? 'Heel vaak,' antwoordt psychiater Aartjan Beekman, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en lid van de richtlijncommissie. 'Terwijl psychiatrische diagnostiek veel meer omvat dan alleen classificatie, denk bijvoorbeeld aan etiologie, beloop, prognose, lijdensdruk, disfuncties en behandelmogelijkheden. Diagnostiek is het hart van ons vak en het startpunt voor indicatiestelling en passende zorg. De misverstanden die daarover bestaan, zijn schadelijk voor de positie van patiënten en ondermijnen het vertrouwen in de psychiatrie.'



Aartjan Beekman, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) en lid van de richtlijncommissie



Michiel Hengeveld, psychiater en voorzitter van de richtlijncommissie

Praktische insteek

Het was dus hoog tijd om de richtlijn *Psychiatrisch Onderzoek bij Volwassenen* uit 2004 te herzien. Vanwege de onduidelijkheden, maar ook omdat de opzet en opmaak van die richtlijn niet voldeden aan de huidige eisen voor richtlijnen van medisch specialisten. Bovendien was het document niet geschikt voor opname in de Richtlijnen-database, vertelt psychiater en voorzitter van de richtlijncommissie Michiel Hengeveld. 'De vorige richtlijn was bedoeld als een zo compleet mogelijk overzicht. De nieuwe is opgezet naar het format van het Kennisinstituut van Medisch Specialisten en geeft antwoorden op de belangrijkste knelpunten in de praktijk, met als doel de positie van de psychiater te verduidelijken.' Ook het patiëntperspectief is daarin meegenomen. 'Zonder een psychotherapeutische werkrelatie met de patiënt is geen goede diagnostiek mogelijk.'

Het Kennisinstituut heeft de NVvP ondersteund bij het opstellen van de richtlijn. Adviseur Kristie Venhorst: 'Dit doen wij aan de hand van de kwaliteitseisen die gesteld worden aan nationale en internationale medisch-specialistische richtlijnen. Wij begeleiden het hele proces. Dat begint met het samenstellen van de werkgroep en het analyseren van knelpunten. Samen met de werkgroep stellen we de uitgangsvragen vast en zoeken en beoordelen we relevante wetenschappelijk literatuur. Vervolgens worden de conceptteksten opgesteld en organiseren we een brede commentaarfase onder alle betrokken partijen. Daarna volgt de invoering in de praktijk. Beekman: 'Het Kennisinstituut heeft ons stevig bij de hand genomen. Daardoor bleef de vaart erin.'

Beroepsstandaard

De richtlijn *Psychiatrische Diagnostiek* vormt vanaf nu het startpunt voor elke psychiatrische behandeling. Daarnaast kan de richtlijn als onderlegger dienen in gesprekken over het nieuwe Bestuurlijk Akkoord GGZ en het nieuwe systeem van bekostiging van de ggz. Michiel Hengeveld: 'Zo doet de richtlijn heldere uitspraken over wat psychiatrische diagnostiek inhoudt en over de competenties van de behandelaar – een belangrijk element gezien de invulling van het hoofdbehandelaarschap binnen de ggz. De duidelijk geformuleerde maatstaven kunnen psychiaters bovendien helpen om dwingender voor te schrijven wat de beroepsstandaard is aan instellingen en zorgverzekeraars. Zeker bij onderwerpen waar tot nu toe onduidelijkheid over bestond, zoals de tijd die nodig is voor zorgvuldige diagnostiek of de verantwoordelijkheid voor somatische problematiek.' **NQ**

Voor- en nadelen van online rapportcijfers

Ranking the doctors

Patiënten geven de dokter steeds vaker online een rapportcijfer. Dat kan een uitstekende waardering opleveren, maar ook zomaar een dikke onvoldoende. Moeten we blij zijn met dit fenomeen of juist niet? Twee medisch specialisten delen openhartig hun ervaringen.



Neuroloog Quinten Leijten 'Mensen zijn heel blij of heel boos, er zit niets tussen'



Een goede relatie met de patiënt staat of valt met de juiste bejegening en goede communicatie, merkt neuroloog Quinten Leijten, verbonden aan het Rijnstate in Arnhem. Beoordelingen zeggen dan ook vaak weinig over de medische kwaliteiten van een arts.

'Wanneer er iets schort aan de bejegening, is de kans tegenwoordig groot dat een patiënt een negatieve beoordeling achterlaat via social media of een reviewsite. De tijden zijn veranderd. Toen ik dertig jaar geleden begon, was eigenlijk alleen de patiënt kwetsbaar vanwege zijn afhankelijke positie. Nu ben ik als arts ook kwetsbaar.

Afgelopen weekend had ik dienst en zag ik in korte tijd 26 patiënten. Natuurlijk probeer ik oogcontact te maken en persoonlijke aandacht te geven, maar dat lukt niet altijd. Zeker niet omdat ik met twee vingers alles in het patiëntendossier moet tikken. Wat dat betreft vereist het EPD extra communicatieve vaardigheden. Dan kan een patiënt zich wel eens niet genoeg gehoord voelen en dat uitdrukken in een negatieve reactie op Twitter of ZorgkaartNederland.

Anonieme reacties

Het mooie aan online beoordelingen is dat iemand zijn ei kwijt kan. En een patiënt geeft met zijn kritiek de arts de mogelijkheid zich te verbeteren. Toch zie ik ook nadelen. Op internet lees je vooral anonieme reacties van mensen die heel blij of juist heel boos zijn. Vaak zit er niets tussen. Ik hoor graag kritiek, maar dan liever recht in mijn gezicht. Dat online schelden en tekeer gaan stuit me tegen de borst. Je gooit niet alleen een emmer bagger over een arts heen, het beïnvloedt ook zijn familie en omgeving. Daar denken patiënten nauwelijks bij na. Daarbij gaan de beoordelingen vaak over wachttijden,

de poli en de communicatie van de medicus. Dat zegt niets over de medische kwaliteiten van een arts.

Om een afgewogen oordeel te krijgen, raadde de zorgmanager van het Rijnstate me aan een week lang alle patiënten een reviewkaart mee te geven. Dat heb ik gedaan. Nu heb ik een 9,3 als gemiddelde waardering op ZorgkaartNederland. Tussen alle negens en tienen staat ook een twee. Ik weet precies wie die dikke onvoldoende gaf. Dat was een patiënte met een psychiatrische achtergrond die verschillende behandelingen afdwong. Zonder dat ik haar ooit zelf had gezien, kreeg ik die twee. Onze afdeling communicatie vond dat ik moest reageren, maar dat heb ik niet gedaan. Het leek me niet zinvol, omdat deze patiënt onredelijk was. En de negens en tienen? Ik werk al drie decennia met ongelooflijk veel plezier in de zorg. Ik luister graag en voel me bevoorrecht dat mensen hun levensverhalen met mij delen. Als patiënten mijn zorg vervolgens als prettig ervaren, heb ik mijn werk goed gedaan. Meer vind ik er niet van.' ▶



Hoe staat de Federatie tegenover de recensie-trend?

Marcel Daniëls, cardioloog en voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Federatie: 'Of je het er nu mee eens bent of niet, steeds meer patiënten beoordelen hun dokter online. Mijn advies is om deze oordelen niet weg te stoppen, maar juist te gebruiken om je geboden kwaliteit van zorg te verbeteren.

Vanuit de Federatie verwelkomen we gekanaliseerde feedback. Dat is ook de reden om te participeren in de adviescommissie van de reviewsite ZorgkaartNederland. Waar we als Federatie wel moeite mee hebben, is de nare toon van sommige waarderingen. Het is nu nog te gemakkelijk om anoniem vrijuit te schelden of andere aantijgingen te plaatsen. Scheldkanonnades, gal spuwen en artsen afbranden is onacceptabel. Daar zullen we ZorgkaartNederland ook op aanspreken, willen we onze steun aan dit initiatief blijven geven.'

Concurrent of bondgenoot?

De ziekenhuisarts komt eraan

Esmée Beers-Vural is sinds dit najaar de eerste en vooralsnog enige ziekenhuisarts in Nederland. Vanaf begin 2016 volgen er meer afgestudeerden in deze generalistische profielrichting. Gaat dit nieuwe vak net zo'n razendsnelle opmars maken als in de Verenigde Staten?

'Het is best bijzonder om de enige ziekenhuisarts in Nederland te zijn', lacht Esmée Beers-Vural, werkzaam bij VUmc Amsterdam. Lang twijfelde ze over haar beroepskeuze, vooral omdat ze zich niet wilde vastpinnen op één specifiek specialisme. 'Ik slingerde van internist naar chirurg en weer terug. Op een gegeven moment neigde ik sterk naar tropengeneeskunde omdat alle aspecten van de gezondheidszorg daar aan bod komen. Het generalistische karakter sprak me aan. Maar toen deed ik als anios een halfjaar onderzoek en viel mijn oog op een vacature voor de nieuwe opleiding tot ziekenhuisarts. In drie jaar tijd word je als basisarts opgeleid tot een generalistische dokter die goede en kwalitatief hoogstaande zorg op een klinische afdeling levert. Speciale aandachtsgebieden zijn patiëntveiligheid en kwaliteit van zorg. Ik wist meteen: dit is wat ik wil.'

Vraagtekens

De ziekenhuisarts kan worden ingezet op alle zaalafdelingen – met uitzondering van de kindergeneeskunde – binnen een ziekenhuis. Dat betekent dat er veel raakvlakken zijn met andere specialismen, zoals de geriatrie en de interne geneeskunde. Toen de opleiding in 2012 begon, werden daar vanuit het veld een aantal vraagtekens bij gezet. Want in hoeverre heeft die overlap gevolgen voor de specialist? Klinisch geriater Hanna van der Jagt-Willems en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG): 'Als je de profielinformatie van de opleiding leest, staan er termen in die wij vanuit de geriatrie kennen. Denk aan een generalistisch profiel, ouderenzorg en andere zaken die daarmee samenhangen. Ik kan me indenken dat medisch specialisten daar in eerste instantie hun twijfels over hebben.' ▶



Hanna van der Jagt-Willems,
klinisch geriater en voorzitter
NVKG



Esmée Beers-Vural,
ziekenhuisarts VUmc Amsterdam

'Drie jaar geleden was er nog geen enkele ziekenhuisarts, nu zijn er 53 in opleiding'



‘Een ziekenhuisarts is multidisciplinair opgeleid en weet tot waar zijn of haar kennis reikt’

Maar dat is nergens voor nodig, zegt Van der Jagt-Willems er meteen achteraan. ‘Tijdens de opleiding loopt een ziekenhuisarts een aantal stages, waaronder vier maanden op de afdeling geriatrie. Dat is logischerwijs te kort om je de specialistische kennis die wij hebben, eigen te maken. Maar het is wel prettig dat een ziekenhuisarts een bepaalde basiservaring heeft en ondersteuning kan bieden. De ziekenhuisarts richt zich daarbij met name op zaalwerk, en de klinisch geriater levert de supervisie en expertise. Met de ziekenhuisarts kunnen we de grote groep – door

vergrijzing veelal oudere – patiënten die op ons afkomt ook echt bedienen.’

Beers-Vural is het daarmee eens. ‘Vergelijk het met een regenboog. Als medisch specialist krijg je alle kleuren van het palet mee, maar uiteindelijk bekend iedere specialist kleur en komt de focus op één aandachtsgebied te liggen. Een ziekenhuisarts is juist multidisciplinair opgeleid, maar weet tegelijkertijd tot waar zijn of haar kennis reikt.’ Ze concretiseert haar verhaal met een voorbeeld. ‘Een aandoening als een

delier kan ik signaleren en behandelen, maar voor complexe gevallen heb ik toch echt een geriater nodig. Door keer op keer de juiste inschatting te maken, kan de ziekenhuisarts de basale zorg overnemen en de specialist focussen op specialistische problematiek.'

Continuïteit

Voor Nederland is de ziekenhuisarts (ZHG) een nieuw profiel, maar in de Verenigde Staten en Canada is de *hospitalist* al sinds de introductie in 1996 een groot succes. Van der Jagt-Willems begrijpt dat wel. 'Ik denk dat een ziekenhuisarts continuïteit kan bieden op zaal. Dat is voor patiënten een groot voordeel. Hoe vaak hoor je hen niet over het feit dat er steeds wisselende zaalartsen zijn? Zeker bij de zekere patiënten en langdurige opnames zie je dat de continuïteit vaak ontbreekt. Een ziekenhuisarts kan op dat vlak een grote aanwinst zijn.'

De meerwaarde van de ziekenhuisarts zal vooral ook zichtbaar worden op de snijdende afdelingen, waarbij de specialist verantwoordelijk is voor de operatieve zorg en de ziekenhuisarts de medische zorg op de afdeling voor rekening neemt. 'Beschouwend artsen zijn meestal al op zaal aanwezig. De chirurg is echter grotendeels op de OK en houdt weinig tijd over om visite te lopen', aldus Van der Jagt-Willems. Een uitspraak waarin Beers-Vural zich kan vinden. 'Ik denk zeker dat er bij de beschouwende specialismen ook nog winst valt te behalen op de gebieden kwaliteit en veiligheid, maar op dit moment is de nood op het snijdend vlak wat hoger.'

De nieuwe profielopleiding heeft mogelijk wel gevolgen voor anios, verwacht Van der Jagt-Willems. 'Hoe meer ziekenhuisartsen er rondlopen, hoe minder plekken er voor basisartsen zullen zijn. Ik kan me voorstellen dat een ziekenhuis liever kiest voor iemand die een aanvullende opleiding heeft gedaan dan voor een basisarts, ook al scheelt het ongetwijfeld wat in salaris. Toch zal dit pas echt aan de orde komen zodra het aantal ziekenhuisartsen drastisch toeneemt.' Beers-Vural denkt daar iets anders over. 'Het is in principe de bedoeling dat de ziekenhuisarts gaat rouleren tussen verschillende afdelingen, om scherp te blijven en de focus niet alleen maar op één onderdeel te leggen. Een overschot zal er mijns inziens niet zo snel zijn. Voor een anios is het zelfs leerzaam om te zien hoe een goede samenwerking verloopt en hoe je generalistisch kunt denken. Daarbij komt dat de meeste anios uiteindelijk voor een andere richting kiezen. Er is dus altijd sprake van verloop.'

Spin in het web

Naast medisch-inhoudelijke kennis op het gebied van heelkunde, anesthesiologie, neurologie en ouderengeneeskunde zijn er verschillende competenties die tijdens de opleiding aan bod komen en waarin de ziekenhuisarts zich onderscheidt van andere

Profiel vs. specialisme

De ziekenhuisarts KNMG is geen medisch specialist, maar een door het College Geneeskundig Specialismen (CGS) erkend profielarts. Een profiel is een deelgebied van de geneeskunde: een medische vervolgopleiding die leidt tot een verdieping van het deskundigheidsniveau van de arts, maar die (nog) niet leidt tot het deskundigheidsniveau van een specialisme.

De profieltitel is niet zoals bij de erkende specialistentitels beschermd via de Wet BIG. Wel kunnen ziekenhuisartsen zich laten registreren bij de KNMG met de wettelijk beschermde titel profielarts.

specialismen. Zo heeft de ziekenhuisarts een verbindende en coördinerende rol op de afdeling waar hij of zij werkt. 'Tijdens de opleiding leer je hoe je kunt bijdragen aan kwaliteitsverbetering en hoe je de patiëntveiligheid vergroot. Daarnaast doe je praktische vaardigheden op in een ziekenhuis en leer je te fungeren als spin in het web.' In het laatste jaar van de opleiding moet de aios ZHG daadwerkelijk een kwaliteitsplan schrijven, een zogeheten meesterwerk. Zelf liep Beers-Vural stage op de afdeling orthopedie en ontwikkelde ze een verbeterplan voor het gebruik van NSAID's rondom een operatie. 'Ik heb een diagram opgesteld en een implementatieplan geschreven. Die richtlijnen worden nu aangehouden. Alles om de kwaliteit en veiligheid op gestructureerde wijze te benaderen.'

Hoewel de nieuwe lichte ziekenhuisartsen staat te popelen om te beginnen, is de precieze invulling van het beroep nog niet voor iedereen duidelijk. Dat was ook merkbaar tijdens een *invitational* die begin oktober werd georganiseerd, met als doel de verdere implementatie te bespreken. Hanna van der Jagt-Willems: 'Daar zijn best wat vragen gesteld. Waar gaan ziekenhuisartsen werken en hoelang blijven ze op een afdeling? Allerlei zaken die nog niet vastliggen en komende jaren vorm moeten gaan krijgen.' Volgens Esmée Beers-Vural – die als lid van het concilium Ziekenhuisgeneeskunde nauw betrokken is bij de implementatie van het nieuwe profiel – zijn er al behoorlijk wat stappen gezet. 'Er zijn richtlijnen waarin staat wat een ziekenhuisarts moet kunnen. Bovendien komt er een wetenschappelijke vereniging aan. Dat is ook nodig: drie jaar geleden was er nog geen enkele aios ZHG, nu zijn er 53 in opleiding.' Ze is ervan overtuigd dat eventuele twijfels snel wegebben. 'We hebben het eerder gezien bij de spoedeisende hulp. Toen die afdeling werd geïntroduceerd, waren er veel vragen en was er discussie of er wel plek zou blijven voor aios en anios. Nu kunnen we niet meer zonder. Ik zie dat nu ook gebeuren en denk oprecht dat de ziekenhuisarts over vijftien jaar niet meer weg te denken is uit de ziekenhuiswereld.' ●

Patiëntvriendelijk registreren komt overal voor

Iedere medisch specialist herkent het dilemma: je moet een behandeling registreren, maar als je dat volgens de regels doet is de patiënt onvoldoende geholpen. Volg je de regels of je gezond verstand? Emiel Kerpershoek deed onderzoek naar hoe vaak medisch specialisten 'patiëntvriendelijk' registreren.

Reumatologen die een ander type reuma registreren om een *biological* vergoed te krijgen, urologen die bij een patiënt de diagnose blaaskanker registreren in plaats van interstitiële cystitis om een specifieke blaasspoeling te kunnen gebruiken of dermatologen die van een acne een goedaardige tumor maken om een vetbult-removing vergoed te krijgen. Gastonderzoeker Emiel Kerpershoek van de TU Delft is tijdens zijn promotieonderzoek genoeg voor-

beelden tegengekomen waarbij medisch specialisten hun diagnoses en behandelingen niet registreren zoals is bedoeld.

Hoe vaak dit 'patiëntvriendelijk declareren' voorkomt, weet hij niet. Kerpershoek deed kwalitatief, geen kwantitatief onderzoek. 'Ik heb onderzocht welke niet-beoogde vormen van registreren voorkomen en welke afwegingen medisch specialisten hierbij maken. Een voorbeeld: er komt een innova-

tieve behandelingsmethode waarvoor nog geen DBC-code bestaat. De medisch specialist kan deze ingreep dan registreren onder een andere DBC-code. Dat gebeurde bijvoorbeeld bij een niet-operatieve sterilisatiemethode bij vrouwen die het ziekenhuis wel alvast wilde voorschrijven omdat het een patiëntvriendelijker behandeling is dan de reguliere sterilisatiemethode.'

Meerdere motieven

Kerpershoek interviewde voor zijn onderzoek 85 zorgprofessionals, vooral medisch specialisten, maar ook *financial controllers* en DBC-coördinatoren. 'Patiëntvriendelijk registreren komt overal voor, in regionale ziekenhuizen, ZBC's en academische centra', concludeert de onderzoeker. 'En artsen in loondienst doen het net zo goed als vrijgevestigd specialisten.' Financiële en professionele motieven blijken daarbij door elkaar te lopen. 'Elk systeem dat wordt bedacht, staat op gespannen voet met de professionele werkelijkheid. Een bepaalde diagnose registreren kan bijvoorbeeld een specifieke behandeling voor de patiënt mogelijk maken en daarnaast – bewust of onbewust – meer inkomsten genereren voor het ziekenhuis.'



De Registratiewijzer

De registratieregels van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) zijn complex en geven ruimte voor verschillende interpretaties. Dit leidt voor medisch specialisten tot veel onduidelijkheid, waardoor het lastig is om behandelingen correct te registreren. De Federatie Medisch Specialisten heeft daarom de Registratiewijzer ontwikkeld. 'Die helpt specialisten bij hun registratiekeuzes,' vertelt beleidsadviseur Anne-Claire van Harderwijk van de Federatie. De Registratiewijzer bestaat uit twee onderdelen. 'In een Excel-sheet staan de belangrijkste wijzigingen op een rij. Daarnaast bevat de Registratiewijzer een overzicht van de meest gestelde vragen over registreren, plus een toelichtend antwoord. Dat aantal groeit snel: 'We zijn begonnen met twintig vragen. Inmiddels zitten we ruim boven de honderd.'

De complete Registratiewijzer vindt u op www.demedischspecialist.nl/registratiewijzer

De onderzoeker constateert dat het lastig is om landelijk afspraken te maken over wat acceptabele vormen van patiëntvriendelijk registreren zijn. 'Lokale afspraken werken beter dan alles landelijk willen vastleggen. Een ziekenhuis en zorgverzekeraar kunnen bijvoorbeeld met elkaar afspreken om een nieuw type prothese, dat het risico op complicaties vermindert, te registreren als duurder zorgproduct. Dat is niet conform het landelijk beleid, maar wel een lokale oplossing voor een knelpunt waar artsen dagelijks mee geconfronteerd worden.' **MVD**

Medisch specialist denkt mee, doet mee en telt mee

De oogst van één jaar Federatie

Een stevige positie van medisch specialisten in het krachtenveld van de gezondheidszorg. Dat was de drijfveer voor het oprichten van de Federatie. Eén jaar na dato maken we de balans op van wat er tot nu toe is bereikt.

Wv-en gaan samen

'Gezamenlijk bereik je meer'. Zo luidt het credo in de aanloop naar een federatie die alle 32 wetenschappelijke verenigingen en daarmee ruim 20.000 medisch specialisten wil vertegenwoordigen. Die krachtenbundeling pakt goed uit. Dat blijkt in 2013 al tijdens de onderhandelingen over het Zorgakkoord 2014-2017. De (toenmalige) Orde en de wetenschappelijke verenigingen trekken daarin samen op en voorkomen dat medisch specialisten in dienstverband onder de Wet normering topinkomens vallen. Ook weten ze de keuzevrijheid voor vrij beroep te behouden én de SKMS-gelden veilig te stellen. Op 1 januari 2015 is de Federatie Medisch Specialisten een feit. Een organisatie waar alle medisch specialisten via hun wetenschappelijke vereniging aan bijdragen. Ambities zijn mooi, maar uiteindelijk telt het resultaat onderaan de streep. Wat levert de Federatie op?



Pensioen op peil

Resultaat: NFU geeft pensioenpremie terug met terugwerkende kracht vanaf 1 januari 2015.

Wat er speelde: de overheid heeft het pensioengevend salaris gemaximeerd. Sinds 1 januari 2015 mag de werkgever voor het salarisdeel boven de 100.000 euro geen pensioenpremie betalen. Hierdoor bouwen medisch specialisten in dienstverband aanzienlijk minder pensioen op. En omdat de werkgevers het werkgeversdeel van de pensioenpremie achterhouden, loopt de specialist tot wel 20.000 euro aan – zelf opgebouwd – pensioengeld per jaar mis.

De Federatie en de LAD: onderhandelen met de NVZ, NFU en GGZ over het teruggeven van deze pensioenpremies. Met de NFU is een akkoord bereikt: zij geeft 100 procent terug zonder dat andere werknemers hier last van hebben. Om de NVZ ook zover te krijgen, organiseerde de Federatie door het hele land bijeenkomsten waar honderden medisch specialisten op af kwamen. De Federatie en de LAD houden daarnaast spreekuren en schrijft samen met medisch specialisten tientallen brieven naar de raden van bestuur om de druk op te voeren. Voor de GGZ is hetzelfde traject in gang gezet.

Eigen contactpersoon

Resultaat: elk ziekenhuis heeft een vast contactpersoon bij de Federatie voor collectieve vragen op het gebied van beroepsbelangen, opleiding en kwaliteit.

Wat er speelde: de invoering van de integrale tarieven per 1 januari 2015 brengt fundamentele veranderingen met zich mee. Zowel in de relatie tussen medisch specialisten onderling als tussen de artsen en het ziekenhuisbestuur.

De Federatie: ondersteunt Medisch Specialistisch Bedrijven (MSB's) en Verenigingen Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD's) zodat zij optimaal aan zet blijven in de ziekenhuizen. Met bijeenkomsten in het land, spreekuren en masterclasses. En met een vaste contactpersoon per ziekenhuis.

Opleiden op maat

Resultaat: individualisering opleiding met behoud van kwaliteit.

Wat er speelde: het kabinet wilde 270 miljoen euro bezuinigen op de medische vervolgoedingen door deze één tot twee jaar te verkorten. Ook was het plan een eigen bijdrage voor aios te introduceren, zij moesten voortaan meebetalen aan hun opleiding. Opleiders en aios komen in opstand. Met resultaat: in oktober 2013 sluit de Federatie samen met andere partijen een opleidingsakkoord met de minister van VWS. De afspraak is nu: minder bezuinigen en de opleiding op individuele basis versnellen mét behoud van kwaliteit. De eigen bijdrage voor aios wordt geschrapt.

De Federatie: ondersteunt met het project *Individualisering Opleidingsduur* alle betrokkenen bij individualisering in de dagelijkse praktijk. Daarnaast helpt de Federatie 18 wetenschappelijke verenigingen bij het herzien van hun opleidingsplan en is de website *Specialistenopleiding Op Maat* gelanceerd. Cijfers tonen aan dat de gemiddelde opleidingsduur over 2014 al met 2,2 maanden is verkort.

Gezonde arbeidsvoorwaarden

Resultaat: een nieuwe Cao UMC en Cao Ziekenhuizen (inclusief AMS) met een betere werk- en inkomenspositie en meer mogelijkheden om veilig en gezond te werken.

Wat er speelde: de positie van medisch specialisten in dienstverband moet verbeteren. Specialist willen invloed op de inrichting en de kwaliteit van zorg en betrokken worden bij de ziekenhuisorganisatie. Ook veilig en gezond werken staan hoog op de agenda.

De Federatie en de LAD: zetten tijdens de cao-onderhandelingen met de werkgevers stevig in op deze punten. De medisch specialisten in dienstverband zijn tevreden met het eindresultaat.

2.500 antwoorden

Resultaat: het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) behandelt in de eerste drie kwartalen van de Federatie ruim 2.500 individuele vragen en (juridische) dossiers over onder meer arbeidsvoorwaarden, ondernemerszaken, opleiding en gezondheidsrecht.

Wat er speelde: de organisatie en de financiering van de medisch-specialistische zorg is afgelopen jaar flink op de schop gegaan. Dat leidt tot veel vragen van medisch specialisten over hun persoonlijke situatie.

De Federatie en de LAD: zetten samen het KDC op. Dit loket bundelt de kennis van de LAD op het gebied van onder meer cao's en de expertise van de Federatie op het gebied van beroepsbelangen, kwaliteit en opleiding, om de achterban van 20.000 medisch specialisten op al deze thema's goed te kunnen informeren en ondersteunen.



Zichtbaar (veel) beter

Resultaat: betere overleving na maag- en darmoperaties dankzij registratie en publicatie van kwaliteitsgegevens.

Wat er speelde: medisch specialisten registreren nauwgezet hun behandelresultaten. Daardoor is vergelijking tussen ziekenhuizen mogelijk. Dat is goed voor de kwaliteit van zorg, want nu kunnen patiënten beter kiezen, huisartsen beter verwijzen en zorgverzekeraars beter inkopen.

De Federatie: helpt medisch specialisten bij het transparant maken van kwaliteitsgegevens. Tegelijkertijd plaatst de Federatie de signalen over de oplopende registratielasten voortdurend op de agenda bij alle partijen.

Dokters mét de patiënt

Resultaat: medisch specialisten en patiënten werken vaker samen bij de keuze voor een behandeltraject.

Wat er speelde: patiënten willen graag samen met de dokter beslissen over het medische traject. Maar zowel patiënten als medisch specialisten hebben behoefte aan concrete hulpmiddelen om dat voor elkaar te krijgen.

De Federatie: ondersteunt medisch specialisten en hun patiënten met de campagne *Verstandig Kiezen*. Zo kunnen zij gezamenlijk beslissingen nemen over gepast gebruik van zorg. Als onderdeel van de campagne verschijnen er *Verstandige Keuzes*: evidence based-aanbevelingen bij veelvoorkomende behandelingen zoals knieoperaties, spataders en bij neurologische aandoeningen. Met *Samen Beslissen* ('drie vragen in de spreekkamer') helpt de NPCF bij het gesprek tussen patiënt en arts.

Goeie pers

Resultaat: Medisch specialisten komen steeds vaker positief in het nieuws. Zo lezen we op 9 juni 2015 in *Trouw*: 'Dokters zijn massaal van mening dat ze de patiënt moeten voorlichten over de gevolgen van ongezond leven'. *De Telegraaf* opent een dag later met: 'Verbeterde operatie redt meer kankerpatiënten'.

Wat er speelde: voorheen waren het vooral incidenten die breed werden uitgemeten in de media. Dat is niet goed voor het imago van de beroepsgroep. Daarnaast deed elke wetenschappelijke vereniging haar eigen woordvoering. Er was geen centrale regie om de beeldvorming te beïnvloeden.

De Federatie: zet zich dagelijks in om een belangrijk doel te realiseren: spreken met één stem. Het team communicatiespecialisten waakt over het imago van medisch specialisten en maakt het werk van de beroepsgroep zichtbaar in de media.



Invloed in Den Haag

Resultaat: de Federatie is erbij als de pen wordt gevoerd over relevante thema's in de gezondheidszorg.

Wat er speelde: medisch specialisten willen *in the lead* zijn. Daarvoor is het noodzakelijk de Haagse agenda te monitoren en daar vroegtijdig op te anticiperen.

De Federatie: volgt politieke ontwikkelingen en stemmingen rondom gezondheidsthema's op de voet. Is de tijd rijp, dan komt de Federatie in actie. Zo wist minister Schippers, toen ze in de Tweede Kamer het *Jaar van de Transparantie* uitriep (om informatie aan patiënten over kwaliteit en kosten van de zorg te verbeteren, *red.*), te melden wat medisch specialisten al doen op dat gebied.



Implantaten snel traceren

Resultaat: een landelijk implantatenregister in januari 2015 op basis van bestaande systemen.

Wat er speelde: na de affaire rondom de PIP-implantaten in 2013 wil VWS een landelijk implantatenregister. De Federatie is daar ook voor en wijst erop dat verschillende medisch specialisten al werken met registratiesystemen.

De Federatie: roert zich duidelijk in dit debat en hamert erop niet opnieuw het wiel uit te vinden maar vooral gebruik te maken van wat er al is. Dat werkt: het landelijk register ontvangt gegevens uit bestaande registratiesystemen van cardiologen, orthopedisch en plastisch chirurgen en gynaecologen.

Richtlijnen op de werkvloer

Resultaat: 200 medisch-specialistische richtlijnen zijn al beschikbaar via de richtlijndatabase.nl. Ook te raadplegen via tablet en mobiele telefoon.

Wat er speelde: het ontsluiten van medisch-specialistische richtlijnen is onderdeel van de plannen van minister Schippers in het *Jaar van de Transparantie* (2015).

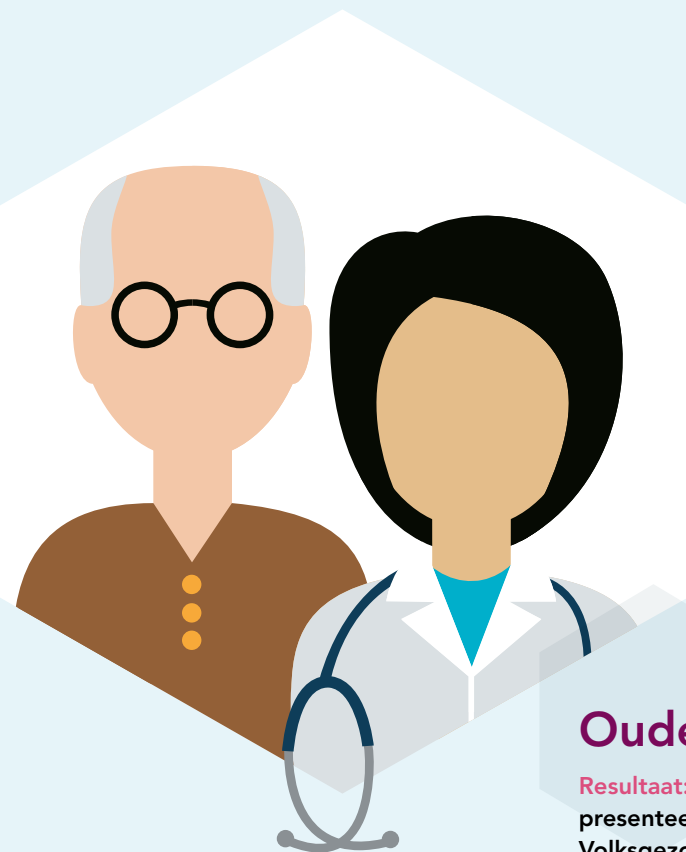
De Federatie: ondersteunt met het Kennisinstituut Medisch Specialisten de 32 wetenschappelijke verenigingen bij het ontwikkelen van richtlijnen (en patiëntenversies).

Ouderengeneeskunde in the picture

Resultaat: de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) presenteert op 17 juni 2015 haar wetenschapsagenda aan de minister van Volksgezondheid en genereert zo landelijke aandacht voor onderzoek naar de effectiviteit van bloeddruk- en cholesterolverlagers bij ouderen.

Wat er speelde: in het kader van *Verstandig Kiezen* stellen wetenschappelijke verenigingen een onderzoeksagenda op van behandelingen waarbij zorgevaluatie dringend gewenst is. Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten, onderdeel van de Federatie, ondersteunt hen daarbij.

De Federatie: maakte het dankzij haar contacten mogelijk dat de klinisch gerieters hun wetenschapsagenda aan minister Schippers konden aanbieden. Zo krijgen ook kleine wetenschappelijke verenigingen kansen om *in the picture* te komen.



Het juiste tempo

Ze zeggen dat er voor het lopen van een halve marathon doorzettingsvermogen en toewijding nodig is. Dat klopt, kan ik zeggen na het lopen van de halve marathon eind oktober. Mijn tijd? 1.41.53. Daar ben ik, zoals u wel zult begrijpen, best trots op. Naast doorzettingsvermogen en toewijding moet je echter ook het juiste tempo kunnen houden. Anders komt de Man met de Hamer, en is alle voorbereiding voor niets geweest.

Ik moest hier aan denken tijdens de informatie-bijeenkomsten over pensioenaftopping die de Federatie en de LAD onlangs organiseerden. Daar hebben we medisch specialisten in dienstverband bijgepraat over de onderhandelingen met de NVZ. Als het aan de NVZ ligt, loopt u per jaar duizenden euro's pensioen mis en houdt uw raad van bestuur dat in haar zakken. Om ervoor te zorgen dat dit niet gebeurt, is doorzettingsvermogen, toewijding en het juiste tempo nodig.

Net als bij hardlopen moet je de onderhandelingen opbouwen. Aftasten hoe het voelt, niet te hard van start gaan. Rust nemen, want vermoeid prestaties leveren gaat nu eenmaal niet. Het juiste tempo is essentieel. Ga je te hard, dan is de kans op instorten groot en schiet je het doel voorbij. En hoe meer meters je maakt, hoe beter je kunt inschatten hoe je de race opbouwt.

Aan trainingsuren voor de pensioenaftopping hebben we bij de Federatie en de LAD gelukkig geen gebrek. Aan doorzettingsvermogen en toewijding ook niet. Maar het juiste tempo houden is lastig, en soms moeilijk uit te leggen. Ik krijg vaak van u de vraag waarom het zo lang duurt met die pensioenaftopping. Voor de collega's in de academische centra is het immers al geregeld, waarom dan nog niet in de algemene huizen? Moeten we niet een tandje harder?

Net als bij hardlopen bereik je de eindstreep niet zomaar. Het haast onbegaanbare pad dat de NVZ heeft aangelegd, helpt ook niet. Gelukkig lopen er veel medisch specialisten met ons mee. Samen met u nemen wij het op tegen de raden van bestuur, om dit onrecht recht te zetten. Dat gaat niet zonder slag of stoot. Om deze finish te halen, is moed tonen misschien wel het allerbelangrijkst!

Léon Winkel, kinderarts en vice-voorzitter Raad Beroepsbelangen van de Federatie Medisch Specialisten



Waarom de opleidingen regionaliseren

Aios krijgt een breder blikveld

Regionalisering staat op de agenda van alle medische vervolgoopleidingen. De opleiding heekkunde heeft er al een aantal jaren ervaring mee. Opleider Donald van der Peet en aios Hasan Eker zien vooral voordelen. 'We leiden betere chirurgen op.'

Een koploper, zo kun je de opleiding Heekkunde wel noemen. Op het moment dat regionalisering op de agenda kwam te staan bij de medisch-specialistische opleidingen, bleek heekkunde hier al vergaande stappen in te hebben gezet. 'Het concilium van de Nederlandse Vereniging voor Heekkunde (NVvH) besloot jaren geleden al om de opleiding plaats te laten vinden in een academisch en minstens één niet-academisch opleidingsziekenhuis,' vertelt chirurg Donald van der Peet, opleider heekkunde in het VUmc in Amsterdam en voorzitter van het Regionaal Opleidingscentrum (ROC) in Noord-Holland. 'In de academie is veel aandacht voor onderwijs en onderzoek, in het perifere ziekenhuis is meer focus op specifieke expertise. Galblaas- of liesbreukstraten vinden bijvoorbeeld plaats in niet-academische ziekenhuizen. Door aios hun opleiding te laten doen in beide settings, komen ze breder opgeleid de arbeidsmarkt op.'

Groot goed

Aios heekkunde Hasan Eker kan die gedachte onderschrijven. Hij is met zijn laatste jaar bezig en volgt zijn opleiding in het Rode Kruisziekenhuis in Beverwijk en het VUmc. Eker beschouwt dat als een groot goed. 'Als je in één ziekenhuis wordt opgeleid, loop je het risico dat je een bepaalde diagnose maar op één manier leert behandelen, omdat dat de gangbare werkwijze is in dat ziekenhuis. Dat wordt dan bijna een dogma. Terwijl als je in meerdere ziekenhuizen werkt, je ontdekt dat er ook nog andere behandelmethoden zijn. Dat verrijkt je kennis.'

Kennismaken met twee of meer ziekenhuisculturen heeft nog meer voordelen, vervolgt Eker. 'Ik heb de periferie en de academie ervaren als twee verschillende werelden. In omvang, want een algemeen ziekenhuis is kleiner dan

een universitair medisch centrum, maar ook in de benadering van patiënten. De patiënten in het Rode Kruisziekenhuis komen uit Beverwijk en omstreken, terwijl de patiënten die naar het VUmc zijn verwezen, uit een groter gebied afkomstig zijn. Dat geeft een andere band. De patiënten in het VUmc hebben bovendien meer complexe problemen. Dat betekent tevens meer multidisciplinaire samenwerking, want die behandel je niet alleen.'

Betere afweging

Door in meerdere ziekenhuizen te werken, kan de aios beter afwegen wat hem als persoon het beste past: het algemene ziekenhuis of de academie. Eker: 'Je kunt pas onderbouwd die keuze maken als je in beide werelden hebt gewerkt. Ik heb ervoor gekozen om mijn laatste opleidingsjaar in het VUmc te volgen. Aanvankelijk zou ik teruggaan naar Beverwijk, waar ik ook mijn eerste drie opleidingsjaren heb gedaan. Maar ik merk dat een academische omgeving beter bij me past. Dat hangt ook samen met de endocriene chirurgie, het subspecialisme waarvoor ik gekozen heb. Dat is een overwegend academisch aandachtsgebied.'

Aios hebben tegenwoordig de vrijheid om – in overleg met de opleider – zelf hun opleidingsschema samen te stellen en indien gewenst tussentijds aan te passen. Dat was ooit anders, weet Van der Peet. 'Voorheen kreeg de aios een schema waarin stond: je begint op tijdstip A en op tijdstip B ben je klaar. Zo doen we dat niet meer. We kijken nu vooral welke competenties de aios zich eigen moet maken. Als hij die competenties beter kan behalen in ziekenhuis A dan in ziekenhuis B, dan past hij zijn opleidingsschema daarop aan. Het is meer opleiden op maat geworden. Regionaal opleiden past daar naadloos in.'



Opleider Donald van der Peet (links) en aios Hasan Eker:

‘Werken in meerdere ziekenhuizen verrijkt je kennis’

Zicht op leerproces

Van der Peet is lid van de werkgroep Regionalisering van de Federatie Medisch Specialisten, die eind dit jaar haar rapport presenteert. De werkgroep zet daarin op een rij aan welke voorwaarden regionalisering moet voldoen (zie het schema op bladzijde 23, red.). Een van de adviezen is dat opleidingsziekenhuizen het elektronisch portfolio optimaal gaan inzetten om de voortgang van aios te kunnen volgen. Van der Peet: ‘In de heilkunde hebben we daar al langer positieve ervaringen mee. Je wilt zicht hebben op het leerproces

van de aios. Bovendien wil je dat goed afstemmen met de opleiders van de andere ziekenhuizen. Als Hasan in Beverwijk geleerd heeft zelfstandig visite te lopen, dan is dit een zogenaamde toevertrouwde handeling geworden. Deze ontwikkelde competentie wordt digitaal vastgelegd en hoeft niet opnieuw behaald te worden in het VUmc. We willen voorkomen dat een aios drie jaar in kliniek A werkt, en vervolgens in kliniek B een deel van de opleiding moet overdoen, omdat beide klinieken niet met elkaar communiceren.’ ▶

Regionalisering kan daarmee ook bijdragen aan een verdere versnelling van de opleiding, een *hot item* voor alle vervolgoopleidingen, vult Eker aan. 'Als de opleidingsziekenhuizen van elkaar weten wat de aios al kan, dan hoeven ze dat niet nog een keer te toetsen. Je hoeft kortom geen dingen dubbel te doen. Dat bespaart tijd.' Van der Peet vindt het goed dat er over verdere versnelling wordt nagedacht. Die kan volgens hem ook gerealiseerd worden door al vóór de opleiding competenties te scoren. 'Stel dat een aios tijdens zijn coschappen bepaalde cardiologische vaardigheden heeft getraind, dan hoeft hij die modules niet nog eens te behalen tijdens de opleiding cardiologie.'

Simulatiebox

Sinds enige tijd maakt de heelkunde-opleiding gebruik van de simulatiebox, een instrument waarmee chirurgische vaardigheden aan de operatietafel gesimuleerd kunnen worden. Van der Peet: 'We gebruiken deze *tool* nog niet als selectiecriteria voor de opleiding, maar dat gaat hopelijk wel gebeuren. Je kunt dan al voordat kandidaten de opleiding

instromen, toetsen of iemand bijvoorbeeld een goede oog-handcoördinatie heeft of voldoende handig is. Ik weet dat liever vóórdat een aios start, dan dat ik daar tijdens de opleiding achter kom. Anderzijds kan de kandidaat zelf tijdig inschatten of dit wel is wat hij wil, nog voordat hij de opleiding instroomt. Het kan pijnlijke teleurstellingen voorkomen.' Eker merkt dat de simulatiebox ook een rol kan spelen bij verdere verkorting van de opleiding heelkunde. 'Je hebt meer tijd om jezelf te bekwamen in specifieke handelingen, zonder dat je daar een operatiekamer voor nodig hebt. Zo kun je het leerproces versnellen.'

Ondertussen heeft heelkunde al een volgende stap gezet op weg naar verdere regionalisering van de opleiding. 'Het gebeurt steeds vaker dat aios verschillende competenties in verschillende ziekenhuizen in de regio behalen,' legt Eker uit. 'De opleiding breidt dus uit naar steeds meer regionale opleidingsziekenhuizen, niet alleen de twee ziekenhuizen die in het schema staan vermeld.' Donald van der Peet vindt dat een gunstige ontwikkeling, maar waarschuwt ook: 'We moeten oppassen voor shopgedrag, waarbij de aios even langskomt in het ziekenhuis om te kijken wat er voor hem of haar te halen valt. Voor de aios is dat misschien fijn, maar niet voor het betreffende ziekenhuis.' 'Klopt', reageert Hasan Eker, 'dat hoort in balans te zijn. Iedereen moet profiteren van de regionalisering: aios, ziekenhuis, patiënt en samenleving.' ●

'Je hoeft geen dingen dubbel te doen'



In 10 stappen naar regionalisering

Hoe is de kwaliteit van de opleiding te bewaken als deze in meerdere instellingen binnen de regio aangeboden wordt? In opdracht van de Raad Opleiding van de Federatie heeft de werkgroep Regionalisering een visiedocument opgesteld. Dit zijn de belangrijkste aanbevelingen uit het '10-stappenplan'.

Uitgangspunten

- 1 De aios krijgt de mogelijkheid om op het juiste moment de juiste dingen te leren**
De ontwikkeling van de individuele aios staat centraal. Welke leermomenten hij wanneer en waar aangeboden krijgt, volgt uit zijn ontwikkelingsproces. Opleiders maken het mogelijk dat aios de regie nemen over hun leerproces.
- 2 Opleiders in de regio hebben zicht op de ontwikkeling van aios**
Een opleiding is pas compleet als de aios zich op alle onderdelen heeft kunnen bekwamen. Dit vraagt om een regionaal systeem waarin opleiders de ontwikkeling van aios kunnen volgen en leertrajecten op elkaar afstemmen.
- 3 Opleiders vertrouwen op eerdere beoordelingen van bekwaamheid**
Bij het overstappen van de ene naar de andere stage moet inzichtelijk zijn wat de aios al kan en wat hij nog moet leren. Op regionaal niveau zijn afspraken nodig over hoe aios te beoordelen en bekwaam te verklaren. Dit vergroot het vertrouwen en voorkomt dubbel werk.
- 4 Regionale afspraken maken individueel opleiden mogelijk**
Aios kiezen wat voor dokter ze willen worden en wat ze daarvoor moeten leren. Deze leersituaties zijn niet altijd in één ziekenhuis beschikbaar. Daarom worden er regionaal afspraken gemaakt over de logistiek rondom in- en doorstroom van aios, zodat de continuïteit van zorg op instellingsniveau niet in gevaar komt.

Randvoorwaarden

- 5 Het is duidelijk wat een aios in welke instelling kan leren**
Alle opleiders in een regio moeten inzichtelijk maken wat aios tijdens een stage in hun instelling kunnen leren, welk niveau dit betreft en hoe aios daarin begeleid worden.
- 6 Regio's maken hun aanbod aan discipline-overstijgend onderwijs zichtbaar**
De opleidingsregio's maken een overzicht van het specialisme-overstijgend onderwijs waar aios gebruik van kunnen maken. Ook de voorwaarden waaronder dit kan, zijn in kaart gebracht.
- 7 Opleidingsinstellingen zijn gelijkwaardige partners**
Vrijwel geen enkele instelling kan de hele opleiding zelf invullen. Instellingen binnen de regio hebben elkaar dus nodig om samen een volledige opleiding te bieden. In plaats van verschillen tussen de klinieken te benadrukken, moet gewerkt worden aan samenwerking op basis van gezamenlijke doelen en het benutten van elkaars sterke punten.
- 8 Werving en selectie van aios vindt plaats in de regio**
Gezamenlijk opleiden betekent dat opleiders zich gezamenlijk verantwoordelijk voelen voor de aios die de opleiding volgen. Dit is terug te zien in regionale afspraken over het gewenste profiel en een gezamenlijke wervings- en selectieprocedure.
- 9 De oordelend opleider zorgt voor een gezamenlijke beoordeling**
Beoordelen is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van de opleiders. De oordelend opleider neemt de opleidingsbesluiten die gevolgen hebben voor het opleidingsschema en stemt deze af.
- 10 Benut en verbeter bestaande regionale samenwerkingsverbanden**
De samenwerking in regio's en clusters is belangrijk voor de bewaking van de kwaliteit van de opleiding en biedt kansen op het vlak van opleiders- en opleidingsprofessionalisering.



Het volledige visiedocument vindt u op www.demedischspecialist.nl > Thema's > Opleiding > Regionalisering van de opleiding

Katrien Hendriks geeft persoonlijk en pragmatisch advies op maat

Contactpersoon voor collectieven

De nieuwe organisaties van specialisten in de ziekenhuizen kunnen sinds dit voorjaar bij de Federatie terecht voor ondersteuning. Op het Federatiebureau fungeren diverse contactpersonen als vraagbaak en klankbord. Coördinator – en zelf ook contactpersoon – is senior adviseur Katrien Hendriks.

Met vijftien kennismakingsgesprekken in korte tijd is haar werk er sinds de introductie van het contactpersoonschap niet rustiger op geworden. Toch wil Katrien Hendriks alle ziekenhuizen waarvoor zij als contactpersoon fungeert, dit jaar ten minste één keer bezoeken. Zelfs als dat betekent dat ze een paar uur extra in de auto zit naar een ziekenhuis ver uit de buurt. 'Ik vind het belangrijk om betrokken te zijn bij wat er binnen de collectieven speelt, of dat nou grote of kleine zaken zijn. Pas als je op de hoogte bent van een probleem, kun je stappen ondernemen en werkelijk iets betekenen voor je achterban.'

Inzicht krijgen in de lokale situatie van een ziekenhuis is dan ook de belangrijkste reden dat de Federatie gestart is met het contactpersoonschap. Dat moet ook wel nu er in korte tijd omvangrijke ontwikkelingen zijn die invloed hebben op de positie van medisch specialisten in het ziekenhuis. Naast de al bestaande vereniging medische staf (VMS) is er, met de komst van de nieuwe arbeidsvoorwaardenregeling medisch specialisten (AMS), in veel ziekenhuizen een vereniging medisch specialisten in dienstverband (VMSD) opgericht en heeft de integrale bekostiging geleid tot de vorming van het medisch specialistisch bedrijf (MSB). Hendriks: 'Dat leidt tot nieuwe verhoudingen en allerlei inrichtingsvraagstukken waar besturen van deze collectieven invulling aan moeten geven. De zes contactpersonen van de Federatie kunnen ondersteuning bieden bij vragen op het gebied van beroepsbelangen, kwaliteit en opleiding.'

Katrien Hendriks, coördinator contactpersoonschap:

'Pas als je weet van een probleem, kun je stappen ondernemen voor je achterban'

Afstand verkleinen

Een tweede aanleiding vormt de verandering in de organisatie. 'De Federatie is geen ledenvereniging meer voor individuele medisch specialisten, maar voor de wetenschappelijke verenigingen', vertelt Hendriks. 'Hierdoor is de afstand tot de collectieven, gevoelsmatig groter geworden. Het contactpersoonschap helpt om hen van informatie en advies op maat te blijven voorzien.' Uiteindelijk is het doel een vertrouwensband op te bouwen met de besturen van de collectieven. 'Zo zijn we in het verleden weleens zo laat ingelicht over een naderend faillissement, dat we alleen nog konden helpen met het opruimen van de scherven', vervolgt Hendriks. 'We hadden liever advies gegeven over – ik noem maar wat – de positie van de medisch specialist



in een reddingspoging of doorstart van het ziekenhuis. Zulke situaties willen we met het contactpersoonschap voorkomen.'

Elke contactpersoon heeft meerdere ziekenhuizen onder zijn of haar hoede. Naast de functie van vraagbaak voor de besturen van de collectieven binnen een ziekenhuis, signaleren de contactpersonen ook opvallende ontwikkelingen en knelpunten. Op die manier kunnen zij lokale gebeurtenissen in een bredere context plaatsen en kan de Federatie haar beleid of ondersteuning daarop afstemmen. Hendriks geeft een voorbeeld: 'Neem de oprichting van de VMSD's. Tijdens de kennismakingsgesprekken constateerden meerdere contactpersonen, afzonderlijk van elkaar, dat de VMSD een vrij bescheiden positie vervult binnen het ziekenhuis ten opzichte van de VMS en het MSB. Bestuurders van

die laatste twee groepen hebben al veel ervaring en weten hun positie goed te claimen; de VMSD's nog niet. Voor de Federatie en de LAD is dat aanleiding geweest om een masterclass te organiseren voor VMSD-besturen. Zo krijgt een lokaal probleem dankzij het contactpersoonschap een landelijke oplossing.'

Stem laten horen

Katrien Hendriks is al vijf jaar werkzaam bij de Federatie (voorheen de OMS, red.). Vaardigheden als luisteren, onderhandelen, invloed uitoefenen en advies uitbrengen zijn onontbeerlijk in haar functie als adviseur Beroepsbelangen. Het contactpersoonschap sluit daar goed op aan. 'Ik ben niet de persoon die zich snel neerlegt bij hoe bepaalde zaken liggen, maar vind het juist een uitdaging om dingen beter te maken. Als je dat niet doet, kun je ook geen plezier hebben in je werk. ►

De irritaties die dan volgen, slurpen energie. Dat merk ik ook in de ziekenhuiswereld. Vaak heerst het gevoel dat artsen maar moeten accepteren wat er op landelijk vlak wordt verzonnen, ook al zijn ze het er niet mee eens. Terwijl ik denk: geef je mening, zowel naar het bestuur van het collectief waarin je werkzaam bent, als richting de Federatie. Daarom vind ik het contactpersoonschap ook zo leuk. Besturen krijgen nu echt de mogelijkheid om hun stem te laten horen.' De beleidsadviseur heeft er alle vertrouwen in dat de collectieven dat ook gaan doen. 'Professionals in de zorg zijn betrokken, en daardoor ook kritisch. Medici zijn terecht veeleisend in de randvoorwaarden die nodig zijn voor kwalitatief hoogwaardige en veilige zorg, want zij willen hun werk goed kunnen doen. Het contactpersoonschap kan hen daarbij ondersteunen.'

'We zitten niet in een ivoren toren, maar halen informatie uit het veld'



Win-winsituatie

Hoewel Hendriks pas een paar maanden contactpersoon is, hebben haar inspanningen al vruchten afgeworpen. Zo signaleerde een VMS-bestuur van een klein ziekenhuis dit najaar dat het ziekenhuis moeite had om voor 2016 afspraken te maken met een zorgverzekeraar. Die stelde eisen aan hoeveel operaties van een bepaald soort het ziekenhuis in een jaar moest doen, maar dat aantal was twee keer zo hoog als de norm die de wetenschappelijke vereniging stelt. 'Ik heb vervolgens andere ziekenhuizen in Nederland om vergelijkbare ervaringen gevraagd en, mede namens de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), een brief geschreven naar de verzekeraar. Als een norm ineens hoger wordt, moet er op zijn minst overlegd worden met de wetenschappelijke vereniging.'

Inzetten op een win-winsituatie is volgens Hendriks cruciaal. 'Je kunt prima scherp zijn op de inhoud en tegelijkertijd een prettige verstandhouding met de tegenpartij hebben. Ik denk dat je daardoor meer begrip kweekt voor elkaars standpunt. Ik kijk dus altijd naar waar de belangen overeenkomen.' Met de zorgverzekeraar volgde dan ook een constructief gesprek, waarin is afgesproken dat vanaf nu overleg plaatsvindt met de wetenschappelijke vereniging op het moment dat een zorgverzekeraar wil afwijken van een veldnorm. Hendriks benadrukt dat dit voorval zonder het contactpersoonschap onzichtbaar was gebleven. 'Dit ziekenhuis voelt zich extra gesteund, zowel door collectieven die tegen hetzelfde probleem aanlopen als door de Federatie. Dat zijn de dingen waar je het voor doet.'

Tot slot wil Katrien Hendriks niet pretenderen dat het contactpersoonschap alles oplost. 'Maar we geven wel het signaal af aan de medisch specialisten van wie wij de belangen behartigen, dat wij hun positie in het ziekenhuis serieus nemen. De medisch specialisten in ziekenhuizen hebben volgens Hendriks dus zeker baat bij het contactpersoonschap. 'Ik hoop dat ze zich écht vertegenwoordigd voelen. Omdat we niet in een ivoren toren blijven zitten, maar informatie uit het veld halen en in de praktijk laten zien dat we toegevoegde waarde leveren.' ●

Wie is Katrien Hendriks?

Katrien Hendriks (Delft, 1978) is senior adviseur Beroepsbelangen bij de Federatie, waar zij in 2011 is gaan werken na het afronden van haar studie Technische bedrijfskunde aan de Universiteit Twente. Naast haar werk voor de Federatie heeft zij een eigen bedrijf waarin ze sinds 2007 actief is als docent en adviseur op het gebied van Bestuurlijke informatie, Zorgadministratie en informatiemanagement. In haar vrije tijd is Katrien samen met haar echtgenoot graag te vinden op de skipiste of in hun klassieke Alfa Giulia uit 1966, waarmee zij rally's rijden.

Nieuwe manier van geschillenbeslechting

Als je er samen niet uitkomt

De ad hoc arbitragecommissies maken vanaf 1 januari plaats voor geschillenbeslechting door het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Jurist Bram Asscher, jarenlang vaste voorzitter van de door de Federatie benoemde ad hoc arbitragecommissies: 'Dat de uitspraken straks in één hand blijven, is beter voor de kwaliteit van de rechtspraak.'

Een maatschap die niet meer verder wil met een van de maten. Onvrede over een ongelijke verdeling van de werklast omdat de maten allen hetzelfde verdienen, maar de één veel harder werkt dan de ander. Of gedeeltelijke of tijdelijke arbeidsongeschiktheid die moet worden opgevangen door de overige maten. Waar mensen samenwerken, kunnen conflicten ontstaan. Soms is dat op te lossen met een externe coach of een mediation-traject, maar als het probleem niet verdwijnt en er een onhoudbare situatie ontstaat, is er sprake van een geschil. 'Een geschil grijpt diep in op het leven van een medisch specialist. Het zijn lastige kwesties, waarop geen pasklaar antwoord is', zegt jurist Bram Asscher, die vanaf 1993 vaste voorzitter is geweest van de door de Federatie benoemde ad hoc arbitragecommissies. 'Ook al zijn er afspraken over gemaakt in de maatschapsovereenkomst, toch passen die niet altijd één-op-één op de werkelijke situatie.'

Ingrijpende conflicten

Als voorzitter van de ad hoc arbitragecommissies is Bram Asscher de afgelopen twintig jaar bij vele tientallen maatschapsgeschillen betrokken geweest. 'In veel maatschapsovereenkomsten staat een clause dat de partijen hun dispuut via de voorzitter van de Federatie kunnen voorleggen aan een arbitragecommissie. Als een maatschap bijvoorbeeld niet meer verder wil met een van de maten, is zomaar opzeggen niet mogelijk als dat niet uitdrukkelijk is overeengekomen, en veel maatschapsovereenkomsten kennen zo'n bepaling niet. In dat geval is de enige uitweg een verzoek tot ontbinding 'wegens gewichtige redenen'. Het is de rol van een arbiter om in moeilijke

'Het gebeurt vaak dat een kwestie jarenlang broeit, totdat ineens de bom barst'

conflictsituaties een rechtvaardige beslissing te nemen. Maar zelfs een rechtvaardige beslissing kan pijn doen en in de beleving van de betrokkenen als onrecht ervaren worden.'

Geschillenbeslechting in dit soort zaken vereist dan ook specifieke kennis van het gezondheidsrecht, de ziekenhuiswereld en de regels rondom maatschapsconstructies. Het werken met ad hoc arbitragecommissies bood de Federatie van oudsher de mogelijkheid om arbiters te benoemen die deze deskundigheid ruimschoots in huis hebben. Tot voor kort benoemde de Federatie per geschil leden voor een ad hoc commissie, die bestond uit een voorzitter (jurist), een accountant en een medisch specialist. Dat verandert: vanaf 1 januari 2016 worden twistvragen voorgelegd aan het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. Asscher: 'In 2010 heb ik aangegeven dat ik na mijn zeventigste jaar als voorzitter wilde stoppen (inmiddels is Bram Asscher 72 jaar, red.). ▶

‘Een geschil grijpt diep in op het leven van een medisch specialist’



Voor de Federatie was dat de aanleiding om zich opnieuw te beraden hoe zij de arbitrages in de toekomst vorm zou geven.’

Het Scheidsgerecht Gezondheidszorg is geen onbekende voor medisch specialisten. Integendeel, het instituut vertegenwoordigt verschillende koepelorganisaties en behandelt al veel zaken in de gezondheidszorg, zoals geschillen tussen medisch specialist of maatschap en het ziekenhuis. Alleen geschillen tussen vrijgevestigde medisch specialisten binnen een maatschap werden voorgelegd aan een ad hoc arbitragecommissie.

Als adviseur van de Federatie was Asscher nauw betrokken bij de keuze voor het Scheidsgerecht Gezondheidszorg. De jurist verwacht dat de overgang nagenoeg geruisloos zal verlopen. ‘Ook dit gerecht werkt op basis van arbitrage en de procedures zijn min of meer gelijk. Ze werken met vaste juristen en vaste arbiters uit het beroepsveld. Bovendien zijn de juristen, buiten hun werk voor dit scheidsgerecht, bijna allemaal als rechter werkzaam. Ik ben ervan overtuigd dat deze

stap een verdere professionalisering van de geschillenbeslechting oplevert.’

Tegenstrijdige uitspraken

Ook is er een juridisch-inhoudelijke reden om over te stappen op het Scheidsgerecht. Asscher legt uit: ‘Geschillen tussen medisch specialisten en ziekenhuis komen sowieso meestal bij het Scheidsgerecht Gezondheidszorg terecht. Het kan voorkomen dat de medisch specialist daarnaast problemen heeft binnen de maatschap. Dat betekent dat er twee procedures lopen, die een enkele keer in tegenstrijdige vonnissen kunnen uitmonden. Ik heb meegemaakt dat het Scheidsgerecht Gezondheidszorg het ziekenhuis een schadevergoeding oplegde voor de medisch specialist die het veld moest ruimen. Terwijl de ad hoc arbitragecommissie, die zich over het conflict in de maatschap boog, een verzoek om compensatie afwees omdat bleek dat de medisch specialist blijvend arbeidsongeschikt was en recht had op een verzekeringsuitkering. Ook is het voorgekomen dat het Scheidsgerecht Gezondheidszorg de toelatingsovereen-

komst tussen de medisch specialist en het ziekenhuis in stand hield, maar de ad hoc arbitragecommissie de maatschapsovereenkomst ontbond. Dat betekende dat de specialist in het ziekenhuis mocht blijven werken, maar uit de maatschap werd gezet waarmee hij vervolgens wel moest samenwerken. Als de uitspraken in één hand blijven, is dat beter voor de kwaliteit van de rechtspraak.'

Bovendien publiceert het Scheidsgerecht de jurisprudentie in specifieke gevallen – geanonimiseerd uiteraard – hetgeen de kwaliteit van het recht eveneens ten goede komt. Asscher: 'De afspraak met de Federatie is dat de procedure bij de ad hoc arbitragecommissies vertrouwelijk is. Daardoor was er tot nu toe geen jurisprudentie openbaar. Voor alle betrokken partijen is dat een gemis. Met jurisprudentie weten betrokkenen beter hoe de arbitrage in vergelijkbare gevallen heeft uitgepakt en kiezen zij er misschien eerder voor om een conflict op andere wijze op te lossen, met minder verstrekende gevolgen.'

Escalatie voorkomen

Bram Asscher geeft het stokje straks door, maar zijn taak zit er voorlopig nog niet op. Er liggen nog veertien

zaken die hij zelf, vanuit zijn kantoor Palthe Oberman Advocaten, zal afronden. Over aantallen gesproken: in de loop der jaren heeft Asscher het aantal geschillen zien toenemen van twee per jaar in de jaren '90 tot jaarlijks tien à twintig anno nu. Mogelijk spelen de vele veranderingen in de organisatie en financiering van de medisch-specialistische zorg hierbij een rol.'

Toch ziet de jurist ook positieve veranderingen, zoals de ontwikkeling van het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) en de komst van het *Reglement disfunctionerend medisch specialist*. 'Dat biedt handvatten om irritaties te bespreken, conflicten te voorkomen of op te lossen buiten de formele geschillensfeer. Het gebeurt vaak dat een kwestie jarenlang broeit, totdat ineens de bom barst. Terwijl het inschakelen van een coach of mediator veel schade kan voorkomen. Het is altijd mijn inzet om in het voortraject van de arbitrage toch nog tot een acceptabele oplossing te komen. In ongeveer de helft van de zaken die op mijn bordje kwamen, is dat ook gelukt en heeft het niet tot een uitspraak hoeven komen. Dat is mooi, want een vonnis is vele malen ingrijpender.' ●

KWF Kankerbestrijding gelooft in de dag dat niemand meer hoeft te sterven aan kanker.

Die dag die komt. We weten alleen nog niet wanneer. Wat we wel weten is dat we samen deze dag dichterbij kunnen brengen. Daarom vragen we iedereen om ons mee te helpen. Ook jou. Want alles wat we doen is weer een stap dichterbij. Dichter bij nog meer kennis, nieuwe successen, betere behandelingen. Dichter bij die ene dag, de dag dat we kanker verslaan. **Kijk wat jij kunt doen op kwf.nl.**

Samen komen we steeds dichterbij





Cursussen

START 12 JANUARI

LEERGANG MEDISCH MANAGEMENT IN HET ZIEKENHUIS

Een algemene en uitgebreide inleiding in medisch management voor medisch specialisten en overige leden van medische staven. Het programma bestaat uit negen modules: Strategie en beleid, Leidinggeven en samenwerken, Organisatie van ziekenhuis, Medische staf en vakgroep, Patiëntenlogistiek, Personeelsbeleid, Financiën, Timemanagement en vergadertechniek en Kwaliteitszorg en Onderhandelen. Met Wout Raadgers als cursusleider en met bijdragen van diverse ervaren docenten.

Plaats: Utrecht **Prijs:** leden Federatie en VvAA: € 3.675,-, niet-leden: € 4.000,-. **Duur:** 9 dagen

START 28 JANUARI

OMGAAN MET SOLK

De Academie biedt in samenwerking met Erasmus MC een nieuwe, evidence based-training over omgaan met patiënten met somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten. De training bestaat uit korte theoretische uiteenzettingen in combinatie met veel ruimte voor het oefenen van vaardigheden en de bespreking van eigen casuïstiek.

Plaats: Utrecht. **Prijs:** leden Federatie én VvAA: € 995,-, niet-leden € 1.195,-. **Duur:** 8 middagen (accreditatie in aanvraag)

8 FEBRUARI

KLINISCH LEIDERSCHAP

Het programma Klinisch leiderschap biedt medisch specialisten en overige leden van medische staven meer grip op de mogelijkheden om hun klinische praktijk om te vormen tot een excellente praktijk. In vijf modules van vier dagdelen komen onder andere uw eigen leiderschapsrol, kwaliteitsverbetering, procesverbetering en persoonlijke effectiviteit aan bod.

Plaats: Epe (Gld.) **Prijs:** leden Federatie én VvAA: € 4.950,-, niet-leden: € 5.250,-. **Duur:** 5 modules van 4 dagdelen, van maandagmiddag tot en met dinsdagmiddag, met overnachting (accreditatie 40 punten, in aanvraag)

Het complete aanbod, meer informatie en inschrijfmogelijkheden: www.academimedischspecialisten.nl

De Academie voor Medisch Specialist is opgericht door de Federatie, VvAA en iBMG en biedt scholing voor medisch specialisten, andere leden van medische staven, professionals in de ggz en aios op alle competentiegebieden anders dan het medisch handelen zelf. Alle cursussen zijn geaccrediteerd door ABAN.



Agenda

21 JANUARI

ARTS & RECHT: TUCHTRECHT

Van praktische tips voor elke arts die wordt geconfronteerd met een tuchtklacht tot een uiteenzetting over hoe de procedure bij een tuchtklacht eruit ziet: met de vijfde editie van het symposium Arts & recht bent u in één middag op de hoogte van de voor artsen belangrijkste ontwikkelingen in de tuchtrechtspraak. Concrete casuïstiek wordt vertaald naar uw dagelijkse praktijk.

Plaats: Domus Medica, Utrecht

Aanmelden: congresbureau@fed.knmg.nl

26 JANUARI

SOLLICITEREN NAAR EEN OPLEIDINGSPLAATS

Wil je binnen nu of een halfjaar meedoen met een opleidingsronde? Meld je dan aan voor de KNMG-training Solliciteren naar een opleidingsplaats. Tijdens deze dag, specifiek gericht op het vergroten van je kansen op een opleidingsplaats, wordt uitgebreid stilgestaan bij de voorbereiding op en het oefenen van een sollicitatiegesprek.

Plaats: Utrecht **Kosten:** € 300 (KNMG-leden), € 400 (niet-leden)

Aanmelden: <http://knmg.artsennet.nl> >

Diensten > Loopbaanbureau > Workshops en trainingen

19 FEBRUARI

NIET ALLES WAT KAN, HOEFT

Diagnostiek wordt verfijnder, ingrepen minder belastend, medicijnen meer toegesneden op de persoon. Maar meer en meer dringt ook het besef door dat niet alles wat kan, ook in het belang van de patiënt is. Tijdens dit KNMG-congres is aandacht voor gedeelde besluitvorming en krijgt u praktische handvatten om met het thema passende zorg om te gaan.

Plaats: Domus Medica, Utrecht

Aanmelden: congresbureau@fed.knmg.nl

Het complete aanbod, meer informatie en inschrijfmogelijkheden:

www.demedischspecialist.nl/agenda.



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum ontzorgt!

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

Bel ons via **030 - 28 23 666** of mail info@demedischspecialist.nl

Meer informatie: www.demedischspecialist.nl/kdc



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





A NEW BEGINNING

VOLVO XC90 MADE BY SWEDEN

De nieuwe Volvo XC90 markeert het begin van een nieuw tijdperk. Eén waarin de nieuwe standaard is gezet op het gebied van design, technologie en veiligheid. De nieuwe Volvo-motoren zijn krachtiger dan ooit en hebben een extreem lage uitstoot. De innovatieve technologie van de T8 Twin Engine (plug-in hybrid) leidt tot een gemiddelde CO₂-uitstoot van 49 g/km.

Maar daar laten we het niet bij. De nieuwe Volvo XC90, met standaard 7 zitplaatsen, is de veiligste Volvo ooit gebouwd. Met veiligheidsinnovaties die zijn tijd ver vooruit zijn, komen we een stap dichterbij het realiseren van onze 2020 visie. Deze visie houdt in dat in 2020 niemand meer zal omkomen of zwaar letsel zal oplopen in of door een nieuwe Volvo.

**ERVAAR DE VOLVO XC90 NU BIJ UW VOLVO-DEALER
OF ONTDEK DE NIEUWE VOLVO XC90 OP VOLVOCARS.NL**

vanaf 15% bijtelling

