

de Medisch Specialist

MAART 2019
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

1

HOE TECHNIEK HET VAK VERANDERT

Is extra aandacht in de opleiding nodig?

LAAT DOKTERS DOKTEREN

Het (ont)regel landschap van de medisch specialist

THUISFRONT AAN HET WOORD

'Soms gaat de telefoon 10 keer per nacht'

Met één been buiten het ziekenhuis

Dossier netwerkgeneeskunde

In dit nummer



5 ACHTERGROND

8 vragen en antwoorden

Het concept netwerkgeneeskunde is bezig aan een snelle opmars. Maar wat houdt dit begrip nou precies in? En wat betekent dit concreet voor medisch specialisten?

8 ERVARINGSVERHALEN

Netwerken in de praktijk

Netwerkgeneeskunde is meer dan een toekomstdroom. Op steeds meer plekken ontstaan al initiatieven waarin de zorg rondom de patiënt wordt georganiseerd. Wat zijn de ervaringen daarmee? Drie voorlopers vertellen. 'We werken nu samen in één epd.'

14 HART EN ZIEL

Osteoporose, een stille epidemie

Gynaecoloog Angelique Veenstra van Nieuwenhoven geeft samen met een verpleegkundige nascholingen over osteoporose aan huisartsen in de regio.

19 AAN DE ANDERE KANT

Het thuisfront

Hoe is het om een medisch specialist als partner of ouder te hebben? Het thuisfront vertelt. 'Het is niet zomaar een baan, het is een leven.'

24 SPECIALISME IN BEELD

'De tijd dringt nu echt'

Via nucleaire geneeskunde is steeds meer mogelijk op het gebied van diagnostiek én behandeling met medische isotopen. Maar dan moet de (her)bouw van een nieuwe kernreactor wel snel starten.



27 OPLEIDEN

Innovatie hoort erbij

Technologische innovaties maken een steeds groter deel uit van het medisch beroep. Belangrijk dus om hier al in de medisch-specialistische vervolgopleiding aandacht aan te besteden. Maar is die ruimte er wel?

RUBRIEKEN

- 4 Korte berichten
- 12 In de media: implant-files
- 13 Column: oncologisch chirurg Joost van der Sijp
- 16 Het (ont)regel landschap van de medisch specialist
- 18 Nieuw: Op doktersadvies
- 30 Drie vragen aan... LAD-voorzitter Suzanne Booij

COLOFON

jaargang 5, maart 2019

Uitgave

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

Redactie

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

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Marjolein Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,
Oogziekenhuis Rotterdam | Fardou Heida,
bestuurslid De Jonge Specialist (DJS)
Winnifred van Lankeren, radioloog, Erasmus
MC Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam | Shahrzad
Sepehrkhoy, patholoog, St. Antonius
Ziekenhuis, Nieuwegein | Joost van der Sijp,
chirurg-oncoloog, HMC-Bronovo, Den Haag
| Marcel Vonk, psychiater, freelance
psychiater, Nijmegen

Medewerkers aan dit nummer

Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel,
Michel van Dijk, Jan Willem Houweling,
Suzanne van de Kerk, Jeroen van Kooten,
Loesjepraktijken, Dana Ploeger,
Martijn Reinink en Merel Remkes

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Redactieadres

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

Abonnement

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

Copyright © De Medisch Specialist 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.

Een nieuwe tijd

Bent u al bekend met de term netwerk-geneeskunde? Doet u er al aan? En dan bedoel ik niet ketenzorg, waarin u de patiënt na uw behandeling verwijst naar de huisarts of een andere medisch specialist, maar échte netwerk-geneeskunde. Samen met zorgprofessionals vanuit eerste, tweede en/of derde lijn kijken welke zorg de patiënt wanneer nodig heeft. Rondom de patiënt, en als het even kan met die patiënt als 'regisseur' van zijn eigen zorg.

Ook als u nu nog niet deel uitmaakt van zo'n netwerk is de kans groot dat het niet lang meer duurt voordat dit het geval is. In dit nummer van *de Medisch Specialist* legt journalist Martijn Reinink haarfijn uit waarom deze ontwikkeling zo razendsnel van de grond komt en wat er zoal gaat veranderen. Ten positieve overigens, zo blijkt wel uit de enthousiasmerende verhalen van de voorlopers in dit nummer.

Tot slot brengen de vele technologische vernieuwingen met zich mee dat ons vak snel verandert. Natuurlijk doordat er meer kan op het diagnostisch en behandelgebied. Maar de data van een patiënt die zijn ziektelast of herstel monitort met een app, geven veel meer inzage, leiden tot een heel ander gesprek en soms zelfs tot andere behandelkeuzes. Logisch dat daar in de medische vervolgopleiding steeds meer aandacht voor komt. Ook over die spannende ontwikkeling en welke uitdagingen dit met zich meebrengt, leest u meer in dit nummer.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

Tegenstrijdige berichten over msb's

In de afgelopen maanden verschenen verschillende tegenstrijdige berichten in de media over msb's. Zo pleit accountantskantoor BDO voor doorontwikkeling van het participatiemodel waarbij medisch specialisten mede-eigenaar worden van een ziekenhuis, terwijl de NZa in haar rapport minister Bruins juist aanraadt om geen andere koers te varen.



'Artsen worden pas echt ondernemer als ze aandeelhouder zijn', schrijft BDO in het rapport waarin ze pleit voor doorontwikkeling van het participatiemodel. Bestuurder van de Federatie Medisch Specialisten Robert Sie: 'Nu we streven naar de juiste zorg op de juiste plek middels netwerkgeneskunde moet je specialisten niet vastklinken aan de stenen van het ziekenhuis.' In tegenstelling tot BDO raadt de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) in haar monitor integrale bekostiging minister Bruins aan om geen andere koers te varen. De NZa ziet weinig heil in beleid

dat gericht is op het stimuleren van het zogenaamde participatiemodel. Sie: 'Ik zie een enorme betrokkenheid bij medisch specialisten om de zorg samen met de ziekenhuizen kwalitatief hoogstaand, veilig, toegankelijk en betaalbaar te houden. Dankzij msb's worden nu makkelijker goede afspraken gemaakt met ziekenhuisbesturen over kostenreductie en hoe we de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren. Ik ben blij dat de NZa bevestigt dat het ontstaan van msb's tot een professionelere samenwerking heeft geleid en dat dit de patiënt ten goede komt.' ●

VRAAG & ANTWOORD

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

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

VRAAG > Wat moet ik doen als ik ziek word?

ANTWOORD >

Wanneer u als medisch specialist in dienstverband uitvalt door ziekte of arbeidsongeschiktheid, komt er veel op u af. Via de bedrijfsarts moet een advies komen waarin wordt vermeld welke beperkingen er zijn en of er sprake is van ziekte. Wanneer uw werkgever en u hierover van mening verschillen, dan kunt u via het UWV een deskundigenoordeel aanvragen. Ook kunt u een second opinion aanvragen als u het niet eens bent met het advies van de bedrijfsarts. Vaak zijn er daarnaast interne regels waar de werkgever en de werknemer zich aan moeten houden, bijvoorbeeld voor het doorgeven van afwezigheid, het verzetten van afspraken met patiënten en de overdracht. En dan is er nog de Wet Verbetering Poortwachter, die stelt dat er diverse documenten moeten worden opgesteld tijdens het re-integratietraject, zoals een probleemanalyse en een plan van aanpak waarin staat wat er gedaan wordt om zo snel mogelijk weer aan het werk te komen. Voorop staat hierbij een terugkeer in de eigen medisch-specialistische werkzaamheden. Als dit niet lukt dan kan gekeken worden naar aangepaste werkzaamheden. Ook het verrichten van werkzaamheden bij een andere werkgever behoort tot de mogelijkheden.

Vanuit het Kennis- en dienstverleningscentrum kunnen we u gedurende dit hele traject helpen. Zo kunnen we u adviseren bij het aanvragen van een deskundigenoordeel of second opinion, of het laten aanpassen van het plan van aanpak. Ook kunnen we, als u dat wilt, aanwezig zijn bij de gesprekken met uw werkgever over het re-integratietraject. ●

8 vragen en antwoorden over netwerkgeneeskunde

Netwerkgeneeskunde is een van de vier pijlers in het visiedocument *De Medisch Specialist 2025*. Maar waarom precies? Wat houdt het begrip in? Wat gaat er veranderen én wat is er voor nodig om te kunnen veranderen?



In 2025 behoort de Nederlandse medisch-specialistische zorg aantoonbaar tot de beste van de wereld. Die ambitie spreekt de Federatie uit in het visiedocument *De Medisch Specialist 2025*.

Om dat voor elkaar te krijgen, zijn een aantal ontwikkelingen noodzakelijk. Eén daarvan is de ontwikkeling richting netwerkgeneeskunde. In 2025, zo luidt de ambitie, is de medisch specialist onderdeel van een netwerk rond de patiënt. De zorg wordt georganiseerd rondom en dichtbij de patiënt, voor een deel fysiek en voor een deel virtueel.

1. Eerst maar eens de achtergrond. Waarom moeten we richting netwerkgeneeskunde?

Door vergrijzing en medische voortuitgang neemt de vraag naar zorg toe. Evenals de complexiteit van die vraag. Er komen steeds meer patiënten met chronische aandoeningen en multimorbiditeit. Tegelijkertijd mogen de kosten van medisch-specialistische zorg bijna niet groeien; de toename van uitgaven aan medisch-specialistische zorg wordt afgeremd naar nul procent in 2022. En er zijn grote personeelstekorten, met name bij verzorgend en verplegend personeel. Om ervoor te zorgen dat dit alles niet ten koste gaat van toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit van zorg hebben de Federatie, overheid, ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en verpleegkundigen zich verbonden aan het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg 2019-2022. Daarmee zetten zij in op een transformatie naar de juiste zorg op de juiste plek. Zorg geleverd door de juiste professional, op het juiste moment, tegen de juiste prijs. Om dit ideaal mogelijk te maken, is samenwerking en afstemming tussen patiënten en alle bij hen betrokken zorgprofessionals een vereiste. In een (digitaal) netwerk, waarin de behoefte van de individuele patiënt het uitgangspunt vormt, kunnen die samenwerking en afstemming gestalte krijgen. Zorgprofessionals kunnen in zo'n netwerk in gezamenlijkheid beslissen wie of wat de patiënt op welk moment het beste kan helpen. En niet te vergeten: wat de patiënt en zijn naasten zelf kunnen en willen doen.

2. Wat is nou precies het verschil tussen netwerkgeneeskunde en netwerkzorg, ketenzorg en substitutie?

Bij substitutie wordt een specifieke zorg-activiteit of de zorg voor een bepaalde patiëntengroep vrijwel geheel overgeheveld van bijvoorbeeld het ziekenhuis naar de huisartsenpraktijk, zoals bij patiënten met diabetes type 2 is gebeurd. Bij netwerkgeneeskunde kijken zorgprofessionals vanuit de eerste, tweede en derde lijn in onderlinge verbondenheid én met de patiënt die de regie voert, welke zorg de patiënt wanneer nodig heeft. Dat kan het ene moment een medisch specialist zijn, en op een ander moment de huisarts, wijkverpleegkundige, psycholoog, diëtist of ergotherapeut. Netwerkgeneeskunde is dus vraaggestuurd. Ketenzorg is aanbodgericht. Daarbij gaat het vooral om het effectiever en efficiënter organiseren van zorg, in opeenvolgende stappen in het zorgproces. Dat werkt goed voor monomorbide patiënten. Voor de groeiende groep chronische multimorbide patiënten leent netwerkzorg of -geneeskunde zich beter. Verschil tussen deze twee begrippen is dat bij netwerkgeneeskunde medisch specialisten onderdeel van het netwerk zijn, terwijl dat bij netwerkzorg niet zo hoeft te zijn.

**Durven
zorgprofessionals
hun patiënten los
te laten? Dat blijkt
in de praktijk nog
best lastig**

3. Wat verandert er voor de medisch specialist in een netwerk?

De medisch specialist levert zijn expertise niet uitsluitend in het ziekenhuis, maar ook daarbuiten. Dat kan op een fysieke locatie zijn, zoals in een anderhalvelijnscentrum, maar evengoed digitaal. Er zijn al diverse initiatieven waarbij de medisch specialist een online spreekuur houdt of in een digitale omgeving wordt geconsulteerd. In de toekomst zal de medisch specialist vaker zorg verlenen achter een scherm. Zonder de patiënt live te zien en in samenspraak met onder andere huisarts, paramedici en wijkverpleging. Welke bijdrage de medisch specialist levert en welke rol hij in een netwerk vervult, hangt af van het type zorg maar bovenal van de behoefte van de patiënt. De kern van netwerkgeneeskunde is namelijk dat de patiënt, mits daartoe in staat, de regie voert over zijn ziekte. Patiënt en zorgprofessional beslissen samen.

De kern van netwerkgeneeskunde is dat de patiënt de regie voert over zijn ziekte

4. Vraagt deze (net)werkwijze andere competenties?

De ontwikkeling richting netwerkgeneeskunde vraagt om competenties en vaardigheden van de medisch specialist op het gebied van digitalisering van zorg, kennis delen en samenwerken binnen én buiten het ziekenhuis met andere zorgprofessionals. Medisch specialisten zullen zich moeten openstellen voor nieuwe verbindingen en input van collega-zorgprofessionals, ook uit de eerste lijn. Daarvoor zijn inzicht en vertrouwen in elkaars kennis en vaardigheden nodig. Vervolgens is de vraag: durven zij patiënten los te laten? Dat blijkt in de praktijk nog best lastig.

5. Stel dat zorgprofessionals dat wel aandurven. Hoe is het dan geregeld qua bekostiging?

Samen met de ict-zorginfrastructuur lijkt bekostiging het grootste knelpunt. Of positiever geformuleerd: de grootste uitdaging. De financiering van zorg is (nog) niet ingesteld op netwerkgeneeskunde. Al ontstaan er al wel pilots en projecten waarbij er geëxperimenteerd wordt met andere financieringsvormen. Zo zijn er bijvoorbeeld zorgaanbieders en zorgverzekeraars die *shared savings*-afspraken hebben gemaakt. Daarbij delen zij besparingen op zorgkosten. Het idee is dat uiteindelijk de patiënt daar op twee manieren van profiteert. De zorgverzekeraar verrekent de besparing in de premie en de zorgaanbieder kan de besparing investeren in het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

6. En op het gebied van ict?

Nadat het landelijke epd in 2011 strandde in de Eerste Kamer hebben ziekenhuizen eigen digitale patiëntdossiers aangekocht. Het ene ziekenhuis gebruikt softwarepakket A, het andere pakket B. Die systemen communiceren vaak niet met elkaar en niet met het systeem van de huisarts. Daar komt bij dat aan allerlei privacyregels moet worden voldaan, helemaal na de komst van de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG). Voor netwerkgeneeskunde is digitale gegevensuitwisseling echter wel noodzaak: de patiënt moet in staat zijn in één systeem zijn gezondheidsinformatie te verzamelen en te beheren, en zorgprofessionals moeten in datzelfde systeem informatie kunnen uitwisselen, onderling en met de patiënt.

7. Wat doet de overheid om deze randvoorwaarden te realiseren en netwerkgeneeskunde een boost te geven?

Na aandringen van onder andere de Federatie heeft minister Bruno Bruins aangegeven regie te pakken op de epd- en ict-problematiek. Hij wil in rap tempo de gegevensuitwisseling digitaliseren. In het Hoofdlijnenakkoord zijn concrete doelen opgenomen om te komen tot standaarden voor elektronische gegevensuitwisseling. Verder hebben partijen in het akkoord afgesproken dat er voor instellingen die meegaan in de transformatie naar 'de juiste zorg op de juiste plek' dan wel naar krimp bewegen, incidenteel transformatiegelden beschikbaar zijn van in totaal 425 miljoen euro voor de periode 2019 tot en met 2022. Deze gelden zijn een tijdelijk onderdeel van het makrodeel medisch-specialistische zorg. Initiatieven die hiervoor in aanmerking willen komen, moeten voldoen aan een aantal uitgangspunten, die door zorgverzekeraars zijn opgenomen in hun inkoopbeleid.

8. Gaat dit ervoor zorgen dat netwerkgeneeskunde in 2025 gemeengoed is?

Dat zal moeten blijken. Bij vernieuwing zijn er altijd mensen die vooroplopen en mensen die met de hakken in het zand gaan. Er is geen landelijke mal voor netwerkgeneeskunde. Wel zijn er ondertussen al verscheidene netwerken opgezet rond bepaalde chronische aandoeningen (zie pagina 11). Toch krijgen deze initiatieven, ondanks bewezen succes, nog niet massaal navolging. De Federatie hoopt daar een impuls aan te geven door succesvolle voorbeelden te delen, zodat anderen kunnen aanhaken of ervan kunnen leren. ●



Meer informatie vindt u op:

www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde

Voorlopers over hun drijfveren, de opbrengsten én uitdagingen

‘Dit is de toekomst’

Zorg organiseren in een netwerk rondom de patiënt, dat is de toekomst. Maar ook nu al zijn er diverse initiatieven waarbij deze werkwijze in de praktijk wordt gebracht. Drie voorlopers vertellen.

‘De huisarts, paramedicus, medisch specialist en patiënt werken samen in één epd’

Zo’n 12.000 zorgverleners, rond de 250.000 patiënten per jaar en niet één spreekkamer. Oprichter en directeur **Leonard Witkamp** vertelt over zijn digitale zorginstelling Ksyos.



Bijna twintig jaar geleden werkte ik als dermatoloog en bestonden mijn werkdagen voor het grootste gedeelte uit eenvoudig, routinematig werk, dat ik ook prima op afstand zou kunnen superviseren. Een voorbeeld: de huisarts zou een foto sturen en ik had dan kunnen constateren dat het om een onschuldige moedervlek was gegaan. In zo’n geval had de patiënt niet vier weken hoeven wachten maar binnen vijf uur antwoord gehad, en had ik meer tijd gehad voor patiënten die mij echt nodig hebben.

Sceptis

Vanuit die gedachte ben ik Ksyos begonnen, in een tijd dat e-health nog niet bestond. In het begin was er sceptis: waar is hij mee bezig? Ik heb het concept moeten bewijzen. Dat hebben we gedaan door medisch specialisten, huisartsen en paramedici die voor



de troepen uitlopen, hun collega's te laten overtuigen. Dat is gelukt. We doen naast dermatologie nu ook cardiologie, oogheelkunde, longziekten en ggz. We werken samen met 7.500 huisartsen, 3.000 medisch specialisten en 1.500 paramedici uit het hele land, die een vergoeding krijgen voor het werk dat ze voor Ksyos verrichten. We hebben dezelfde rechten en plichten als een fysiek zbc, alleen de werkwijze verschilt. En natuurlijk hebben we minder bedrijfsvoeringskosten.

Stellige overtuiging

Hoe het werkt? Een bij ons aangesloten huisarts verwijst een patiënt met niet-acute oogklachten niet naar de oogarts, maar opent een Ksyos-epd waarin de huisarts zelf, een optometrist uit de regio, de oogarts en de patiënt samenwerken. De optometrist doet het onderzoek en deelt de diagnose in het beveiligde systeem. De oogarts kijkt op afstand mee, de huisarts en de patiënt blijven op de hoogte. Het is mijn stellige overtuiging dat dit de toekomst is. De burger zal het eisen. Die wil 24/7 toegang tot zorg. Die wil niet naar het ziekenhuis als het niet noodzakelijk is. Die wil zorg thuis als het kan, of anders in de buurt, en ict maakt dat allemaal mogelijk.' ■

'De medisch specialist zit nu met wijkverpleegkundige om de tafel'

Het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem is een van de initiatiefnemers van het 'zorg op afstand'-project COPD InBeeld. Directeur Zorgbeleid Erwin Bomers legt uit.

De Achterhoek is het meest vergrijzende gebied van Nederland. We zien steeds meer patiënten met een chronische aandoening. Dat vraagt drastische veranderingen in organisatie en inhoud van zorg. Met Sensire, een thuiszorgorganisatie hier in de regio, zijn we gaan kijken hoe we de eerste en tweede lijn in elkaar zouden kunnen schuiven. Daar zijn COPD InBeeld en later Hartfalen InBeeld uit ontstaan.

Beeldbellen

Bij deze vorm van zorg verrichten patiënten hun metingen thuis en hoeven ze niet naar het ziekenhuis te komen. In een app vullen ze twee keer per week een vragenlijst in, kunnen ze informatie uitwisselen en indien nodig beeldbellen met verpleegkundigen en artsen. Als een patiënt op basis van diens data opvalt, dan neemt de verpleegkundige van de thuiszorg contact op. Komt zij er niet uit, ►

dan komt de verpleegkundig specialist van het ziekenhuis in beeld en anders de medisch specialist.

Proactieve zorg

Daarnaast hebben we een *dashboard* ontwikkeld, waarmee we kunnen kijken welke patiënten de meeste ziekenhuis- en thuiszorg nodig hebben. Tijdens een maandelijks multidisciplinair overleg bespreken alle betrokken zorgverleners dit. Wat betekent dat de medisch specialist nu ook met de wijkverpleegkundige om de tafel zit. Komen ze tijdens zo'n overleg bijvoorbeeld tot de conclusie dat een heropname niet door verslechterde gezondheid maar door angst voor benauwdheid komt, dan kunnen ze daar eerder dan voorheen op reageren. De medische en verpleegkundige zorg wordt daarmee proactief in plaats van reactief.

Shared savings

In het begin waren de medisch specialisten afwachtend. Ze vroegen zich af of ze wel in staat zouden zijn om de kwaliteit van zorg conform bestaande richtlijnen te blijven leveren. Bovendien heeft het ook gevolgen voor de DBC-inkomsten als je voorkomt dat COPD- en hartfalenpatiënten in het ziekenhuis komen. Daarop hebben we met zorgverzekeraars *shared savings*-afspraken gemaakt, waarbij gerealiseerde besparing op zorgkosten wordt gedeeld. Dat loopt naar ieders tevredenheid: met een forse afname van het aantal opnamen van patiënten met hartfalen en COPD. 📌

📄 Alle drie de geïnterviewden spreken ook op het congres *Netwerkgeneeskunde van de Federatie* op 19 maart: www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde.



'Meer inzicht in wat fysiotherapeuten kunnen'

Met **ClaudicatioNet** heeft medeoprichter en vaatchirurg **Joep Teijink** een landelijk dekkend netwerk van gespecialiseerde fysiotherapeuten gecreëerd. Nu wil hij dat uitbouwen naar **Chronisch ZorgNet**.

📌 In alle richtlijnen staat dat gesuperviseerde looptherapie de eerste keus is bij patiënten met claudicatio intermittens, maar in de praktijk werden patiënten met 'etalagebenen' te vaak gedotterd, à 6.000 tot 8.000 euro, met risico op complicaties en vaak nog een tweede keer dotteren tot gevolg.

Looptherapie

Om bewezen effectieve looptherapie toegankelijk te maken, hebben we een aantal jaren geleden het initiatief genomen om ClaudicatioNet op te richten: een netwerk van fysiotherapeuten die aanvullend geschoold zijn om looptherapie en leefstijlbegeleiding te geven. Ze volgen verplicht cursussen op het gebied van motiverende gespreksvoering, stoppen met roken, voeding,

therapietrouw-signalering en valpreventie.

Gezamenlijk implementeren

Sinds 2015 bestaat een landelijk dekkend netwerk met meer dan 2.000 ClaudicatioNet-therapeuten, naar wie vaatchirurgen en huisartsen kunnen verwijzen met een digitale zorgverwijzer. Prettig voor de patiënt, die binnen drie dagen door de therapeut gebeld wordt voor een afspraak. Ondanks een NHG-standaard lopen de verwijzingen op dit moment nog vaak via de vaatchirurg en niet via de huisarts. Het is een uitdaging om deze werkwijze gezamenlijk te implementeren.

Terugkoppelen

Fysiotherapeuten zijn enthousiast.

Meer succesvolle netwerken

Op steeds meer plaatsen ontstaan succesvolle zorgnetwerken. Een kleine greep uit de vele initiatieven:

MijnIBDcoach

De beveiligde en persoonlijke internetpagina MijnIBDcoach ondersteunt patiënten met chronische inflammatoire darmziekten bij zelfmanagement. Zo is het onder meer mogelijk een spreekuurcontact voor te bereiden, herinneringen in te stellen voor het innemen van medicatie maar ook om samen met een MDL-verpleegkundige en MDL-arts het zorgplan te monitoren. Met MijnIBDcoach hoeven patiënten nog maar één keer per jaar regulier op de polikliniek te komen en zijn er op jaarbasis tot 50 procent minder opnames in het ziekenhuis.

BeterDichtbij

Een korte vraag stellen. Onderzoeksuitslagen nalezen. Of even een herhaalrecept aanvragen. Met de app BeterDichtbij hebben patiënten hun (huis)arts in hun broekzak. Met deze app kunnen patiënten een korte vraag stellen via een veilige verbinding. Inmiddels werken 16 ziekenhuizen, 800 zorgprofessionals en 10.000 patiënten met deze app.

Cardiometabool Zorgnetwerk

Meer dan 1,6 miljoen patiënten in Nederland hebben te maken met cardiometabole aandoeningen. Het Cardiometabool Zorgnetwerk biedt een digitaal platform voor medisch specialisten, huisartsen en patiënten om kennis uit te wisselen. Huisarts en medisch specialist kijken samen waar en wie de zorg voor de patiënt het beste kan geven en of verwijzing zinvol is.

ARCH

ARCH is het landelijke medisch expertiseplatform over zeldzame vormen van reuma – ook wel systemische auto-immuunziekten genoemd – voor alle patiënten en zorgverleners in Nederland die daarmee te maken krijgen. Via het netwerk krijgen patiënten en hun lokale behandelaars advies van experts: dichtbij huis als het kan, en in een expertisecentrum als dat nodig is.

Parkinsonnet

Parkinsonnet is misschien wel het meest bekende voorbeeld van netwerkgeneeskunde. Dit is landelijk dekkend netwerk van 3.200 zorgverleners, waaronder neurologen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten, diëtisten en Parkinson-verpleegkundigen, die zijn gespecialiseerd in de behandeling en begeleiding van patiënten met Parkinson.



Bekijk nog meer voorbeelden op www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde. Mist u nog een initiatief? Geef deze dan door via netwerkgeneeskunde@demedischspecialist.nl.

Zij willen claudicatio-patiënten graag helpen en zijn bereid daarvoor cursussen te volgen. Onder vaatchirurgen is de waardering voor fysiotherapeuten gegroeid. Voor ons is het inzichtelijker geworden wat ze allemaal kunnen. Soms krijgen we via de standaard terugkoppelingsbrief van de fysiotherapeut te horen: 'Ik denk niet dat de problemen door claudicatio komen, maar eerder door een versleten heup.' Ik ben daar blij mee. Wij hebben 10 minuten om een patiënt te spreken; een fysiotherapeut krijgt in 37 keer 30 minuten een veel beter beeld.

Leefstijlaanpassingen

Inmiddels schalen we ClaudicatioNet op naar Chronisch ZorgNet en zoeken we aansluiting bij diëtisten en psychologen. COPD, hartfalen, diabetes mellitus, overgewicht; het zijn allemaal ziektebeelden waarbij meer bewegen en andere leefstijlaanpassingen noodzaak zijn. Daarom streven we ernaar dat straks elke huisarts en elke medisch specialist met één druk op de knop een chronische patiënt kan verwijzen naar een getrainde paramedicus in de buurt.' 📌

Medische implantaten: de andere kant van de medaille

De implant-files waarover dagblad *Trouw* en televisieprogramma *Radar* eind 2018 berichtten, zorgden voor de nodige ophef. Ook in de politiek. Voor directeur Chris van der Togt van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en de Landelijke Registratie van Orthopedische Implantaten (LROI) en plastisch chirurg Marc Mureau, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie (NVPC), was dit aanleiding om met minister Bruins in gesprek te gaan.

Waarom organiseerden de NOV en de Federatie een werkbezoek voor minister Bruins?

Van der Togt: 'Toen er naar aanleiding van de *Radar*-uitzending een debat werd aangekondigd, wilden we de minister laten zien hoe implantaatregistratie in Nederland geregeld is. De NOV heeft haar zaken prima op orde: gegevens over geplaatste orthopedische implantaten, patiënten en operaties worden al jaren vastgelegd in ons kwaliteitsregister, de LROI. Het is geen bende, zoals wordt gesuggereerd. De Federatie benaderde de overheid, terwijl de NOV het Reinier De Graaf ziekenhuis bereid vond om de minister te ontvangen. Die samenwerking verliep vlot en professioneel.'

Meneer Mureau, u sprak met Radar. Wat was uw motivatie?

'Ik zag het als kans om te tonen wat de NVPC doet op het gebied van kwaliteitsregistratie. Zo bestaat sinds 2015 het *Dutch Breast Implant Registry*, waarin alle borstimplantaten en de uitkomsten van de zorg worden geregistreerd. Uiteindelijk heb ik niet deelgenomen aan



de uitzending – gaandeweg merkte ik dat ik mezelf vooral moest verdedigen en dat voelde niet prettig. Wel zocht de NVPC het podium met positieve verhalen van patiënten met borstprotheses. We ontkennen daarmee niet dat er risico's kleven aan implantaten – dat communiceren we ook naar patiënten – maar wilden een tegengeluid laten horen.'

U sprak ook met minister Bruins?

'De minister werd in de *Radar*-uitzending gevraagd in actie te komen en bepaalde borstimplantaten te verbieden. Toen hij me uitnodigde voor een gesprek, twijfelde ik geen moment. Het risico bestond dat hij anders een beslissing zou nemen op basis van eenzijdige informatie. Dat leek de NVPC niet in het belang van patiënten.'

Wat leverde het gesprek op?

Mureau: 'We hebben een brief geschreven die tijdens het debat

gebruikt kan worden. Verder is duidelijk dat er geen verbod komt op de meest gebruikte siliconen borstimplantaten. De minister onderschrijft het belang voor patiënten. Dat stemt me positief.'

Waarom is het zo belangrijk om de minister de praktijk te laten zien?

Van der Togt: 'Als iemand enkel geconfronteerd wordt met calamiteiten, is dat bepalend voor de beeldvorming. Ook *Radar* schetste maar één kant van medische implantaten. Wij wilden de andere kant laten zien.' Mureau: 'Het is begrijpelijk dat de minister gevoed moet worden met vakinhoudelijke kennis. Hij heeft daardoor ongetwijfeld een beeld over borstprotheses gehad waarvan ik vermoed dat dit onjuist is, omdat de berichtgeving tot nu toe vrij eenzijdig is. Ik zie het als onze taak om dat beeld recht te zetten.' MD



Uit de wurggreep

We zitten klem. Aan de ene kant zien we steeds meer oudere, multimorbide patiënten. Zij maken gebruik van geavanceerdere mogelijkheden van zorg, met prijskaartjes die beduidend hoger zijn dan de oorspronkelijk overeengekomen vergoeding. Terwijl we aan de andere kant vastzitten aan de nullijn die is afgesproken in het Hoofdlijnenakkoord.

Idealiter zouden de kosten van een DOT inzicht kunnen bieden om het huishoudboekje op orde te krijgen. De stuurinformatie hieruit laat namelijk zien waar de variaties zitten en waar je op leegloopt: de *feeders* en *bleeders*. Helaas is die informatie in de meeste instellingen nog een *black box*. Patiënten houden zich nu eenmaal niet aan vastomlijnde zorgpaden. Dat maakt de klem nog groter. Want zolang de reële kosten per traject niet worden vergoed, komt echte vernieuwing – denk aan netwerkgeneeskunde – in de zorg niet van de grond. Zo blijft goedkope zorg bijvoorbeeld in het dure ziekenhuis.

Hoe kunnen we dan zo efficiënt mogelijk de beste zorg leveren? Door in elk geval dat deel inzichtelijk te maken waar we wél invloed op hebben. Zo maken steeds meer instituten een kassabon op voor de gebruikte materialen per specialist per ingreep. De onderlinge verschillen binnen een vakgroep kunnen belangrijke informatie opleveren. Misschien gebruikt een collega meer materialen, maar boekt zij tijdswinst in operatie- of opnameduur. Dan wordt het interessant om een rekensom te maken van wat het meest voordelig is en over te stappen op die werkwijze.

Tot slot is er de wens om niet-complexe zorg uit het ziekenhuis te halen. Terecht, maar die gaat gepaard met een overschot aan vierkante meters: daar een slag in maken, is voor de meeste ziekenhuizen een investering die zij niet alleen kunnen dragen. Daarom roep ik de verzekeraars op een deel van hun reserve te gebruiken om instellingen te helpen. Alleen zo kunnen we de wurggreep werkelijk doorbreken.

Joost van der Sijp, oncologisch chirurg in het Haaglanden Medisch Centrum en lector oncologische zorg

Angelique Veenstra van Nieuwenhoven geeft nascholing aan huisartsen

‘Osteoporose is een stille epidemie’

Veel medisch specialisten vinden naast hun intensieve werkweek nog energie om zich ergens vrijwillig met hart en ziel voor in te zetten. In deze rubriek vertellen ze over hun drijfveren. Gynaecoloog Angelique Veenstra van Nieuwenhoven geeft samen met een verpleegkundige nascholingen over osteoporose aan huisartsen in de regio.

‘Ik ben me in osteoporose gaan verdiepen toen ik ontdekte dat het veel voorkomt bij een patiëntengroep die ik al veelvuldig zie: postmenopauzale vrouwen.’ Want naast bevallingen en het begeleiden van zwangeren, besteedt Angelique Veenstra van Nieuwenhoven een groot deel van haar tijd aan vrouwen met postmenopauzale klachten, zoals verzakkingen en incontinentie. Zij werkt als gynaecoloog en bekkenbodemspecialist in het Medisch Spectrum Twente in Enschede en in de ziekenhuizen van Zorg Groep Twente in Hengelo en Almelo.

‘Ik geniet erg van deze oudere patiënten met een heel leven achter zich, die altijd wel een mooi verhaal hebben. Daarbij vertellen ze vrij openhartig en zien ze mij eerder als gelijke. Op die leeftijd zijn de meesten de schaamte wel voorbij en accepteren ze hun lichamelijke klachten gemakkelijker dan jongere mensen. Dat zorgt ervoor dat je tijdens zo’n consult meteen de diepte in gaat en veel informatie kwijt kunt.’

Miljoen patiënten

Osteoporose, niet direct een onderwerp dat een gynaecoloog onder zijn hoede neemt, en aanvankelijk had Veenstra van Nieuwenhoven ook weinig affiniteit met het thema. ‘Mijn aandachtsgebieden zijn eigenlijk obstetrie en hysteroscopie.’ Maar toen ze tijdens haar spreekuren steeds vaker op osteoporoseklachten stuitte, trok het haar aandacht. ‘Doordat het lichaam na de laatste menstruatie minder oestrogeen aanmaakt, kan botontkalking ontstaan. Dat leidt tot een hogere kans op botfracturen.’

Hoewel in ons land bijna één miljoen mensen met osteoporose rondlopen en dat aantal toeneemt, is de ziekte nog steeds onderbelicht, vertelt ze. ‘Het is een stille epidemie. Ouderen krijgen ten opzichte van eerdere generaties veel minder beweging, hebben een voedingspatroon met minder zuivel en meer koolhydraten, en zitten meer binnen waardoor ze minder zonlicht krijgen. Als

deze ouderen met rugklachten bij de huisarts komen, vertelt die dat het bij de leeftijd hoort. Hierdoor worden veel mensen niet of onderbehandeld. Terwijl osteoporose – met name door de kans op een heupfractuur – een hoge morbiditeitsfactor is voor ouderen en bovendien goed is te behandelen. Daarmee kun je breuken voorkomen en ouderen veel leed besparen, zoals verlies van zelfstandigheid. Het is echt een win-winsituatie om hier extra aandacht aan te besteden.’

Waardevol

Twee keer per jaar organiseert de gynaecoloog daarom samen met de regionale huisartsengroep Thoon de nascholing, die altijd drukbezocht en positief gewaardeerd wordt. ‘De nascholing wordt betaald uit middelen die zij krijgen van de zorgverzekeraar, omdat ook die het belang ervan inziet.’ De nascholing doet de gynaecoloog altijd samen met een verpleegkundige die jarenlange ervaring heeft met de patiëntengroep. ‘Zij geeft leefstijladviezen over voeding, beweging en wat er te doen is aan valpreventie. Haar inbreng is waardevol, want zij heeft veel contact met de praktijkondersteuners.’

Afwijkende protocollen

Zelf richt Veenstra van Nieuwenhoven zich op welke medicijnen huisartsen kunnen voorschrijven en bespreekt ze casuïstiek aan de hand van de NHG-richtlijn. ‘Juist omdat die afwijkt van het protocol

HART & ZIEL

Naam project

Nascholing osteoporose huisartsen

Inzet

Twee keer per jaar geven een gynaecoloog en een verpleegkundige een nascholing aan huisartsen en praktijkondersteuners in de regio Enschede

Meer informatie

www.thoon.org



Angelique Veenstra van Nieuwenhoven:

‘Door de nascholing kennen huisartsen me beter, zijn de contacten lossen en ze durven mij eerder te bellen’

Landelijke navolging

Om de kennis over osteoporose in Twente nog verder te verspreiden, is Veenstra van Nieuwenhoven bezig een plan te maken waarin ze andere medisch specialisten in de regio worden meeneemt in haar enthousiasme. Zo heeft ze samen met huisartsen, het MST en een internist een patiëntenfolder gemaakt. ‘En met de huisartsen en radiologen hebben we regionale afspraken gemaakt. Wanneer een radioloog bij het maken van een algemene röntgenfoto ook een vermoeden heeft dat de patiënt osteoporose heeft, dat attendeert hij de huisarts hierop. Die kan dan overgaan tot behandeling of verwijzing. Door deze aanpak hopen we meer mensen vroeg te ‘vangen’.’ Angelique Veenstra van Nieuwenhoven zou het mooi vinden als haar aanpak in het hele land navolging krijgt. ‘In Veldhoven en Groningen zie ik al gelijksoortige projecten ontstaan.’ ●

van de ziekenhuizen, ontstaan altijd boeiende discussies. Zo hebben huisartsen niet meteen de neiging om van een 55-jarige dame met rugklachten een DEXA-scan te laten maken, waarbij de botdichtheid wordt gemeten. En waar we in het ziekenhuis veel aandacht aan preventie besteden en we sneller een foto maken als we vermoedens hebben van osteoporose, doen huisartsen dat pas als er sprake is van een breuk.’ De uitwisseling van ervaringen maken de avonden bijzonder boeiend, vindt ze. ‘Het draait om kennis overbrengen aan anderen. De nascholingen geven me energie en ik leer er ook van, want na elke nascholing zoek ik weer dingen op die ik van de huisartsen hoor.’

Probleemgevallen

Om haar eigen kennis up-to-date te houden, bezoekt ze geregeld congressen over osteoporose. Meestal zit ze als enige gynaecoloog in de zaal. ‘Over het algemeen zijn het internisten, chirurgen of orthopeden die zich hiermee bezighouden.’ Dat weerhoudt haar er niet van zich te blijven verdiepen in het onderwerp. Juist omdat ze de zorg hieromtrent inmiddels ziet verbeteren in haar regio. ‘Door de nascholing kennen huisartsen me beter, de contacten zijn lossen en ze durven mij eerder te bellen. Huisartsen behandelen nu meer patiënten zelf en sturen beter door. Ik krijg relatief minder patiënten en meer probleemgevallen: dat is mooi.’



De administratielast in de zorg is een veelkoppig monster. De Federatie en haar wetenschappelijke verenigingen pakken die zaken op waar zij zelf invloed op hebben, zoals het (ont)regelen van de IFMS en het samenvoegen van de opleidings- en kwaliteitsvisitaties, waar veel tijd- en kwaliteitswinst mee wordt geboekt. De Federatie blijft zich er hard voor maken dat er een

oplossing komt voor de ict- en epd- problematiek. We vragen hier continu aandacht voor, onder meer met oproepen aan minister Bruins om regie te pakken, met Laet dokters dokteren en aandacht in de politiek en media. De Federatie vindt het dan ook positief dat de minister heeft aangegeven de epd- en ict-problematiek serieus op te pakken. Voor de zomer komt hij hiervoor met een plan.

Sacks voor beginners

Oogarts Ivan Gan is groot fan van de Amerikaanse neuroloog Oliver Sacks, die zijn opmerkelijke patiënten meesterlijk wist te beschrijven in zijn boeken. 'Minder bekend is zijn documentaire *The Mind Traveller* waarin hij de Noor Knut Nordby volgt. Deze man ziet de wereld om hem heen in louter zwart-wittinten. Deze documentaire



heeft grote indruk op mij gemaakt. Wat het extra tragisch en wrang maakt is dat Sacks uiteindelijk aan een oogtumor is overleden.' *The Mind Traveller is te zien via YouTube.*



Mind Change

Kinderen die uren per dag met hun telefoon in de weer zijn en vooral virtuele contacten hebben, spelen minder buiten, waardoor ze hun motoriek en sociale vaardigheden minder goed ontwikkelen. Wat voor invloed hebben sociale media op onze brein en geest? Psychiater Marcel Vonk: 'In het boek *Mind Change* bespreekt Susan Greenfield, die ik hierover hoorde spreken op het internationale congres van de American Psychiatric Association in 2018, de effecten van nieuwe media op de nu opgroeiende generatie. Ze stelt daarbij interessante vragen én doet uitspraken die aanzetten tot maatschappelijke discussie.' *Mind Change, Ebury Publishing, € 10,99.*

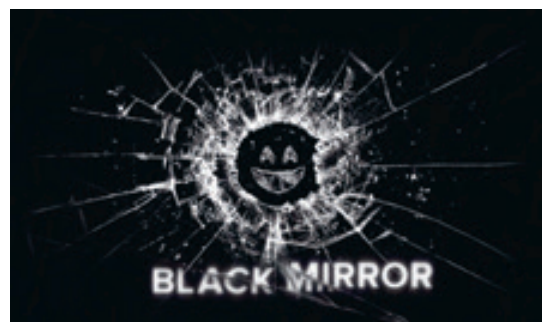
Het leven van een medisch specialist is meer dan alleen werken. Welke series, boeken en documentaires mag u volgens uw collega's echt niet missen?

Humor als overlevingstactiek

'Grappig en zeer herkenbaar als je zelf in de kliniek als aios werkt', vindt gynaecoloog in opleiding Fardou Heida over het boek *Dit doet even pijn* van Adam Kay. Deze Engelse arts in opleiding tot gynaecoloog



beschrijft in dit vermakelijk en ontroerend dagboek onder meer morele dilemma's, grappige situaties met patiënten, de uitputting door de vele overuren, het effect van werk op privéleven en de stand van zaken in het Britse zorgstelsel. Heida: 'Grove en soms onsmakelijke anekdotes wisselen aangrijpende scènes af.' *Dit doet even pijn, Prometheus, € 19,99.*



Techsatire: Black Mirror

Hommel-robots, op hol geslagen algoritmen, doorgedraaide kunstmatige intelligentie en apparaatjes met geüpload bewustzijn: de Engelse serie *Black Mirror* houdt de kijker letterlijk en figuurlijk een spiegel voor van wat er kan gebeuren als technologische ontwikkelingen net een stapje verder gaan dan tot voor kort voor mogelijk werd gehouden. Oncologisch chirurg Joost van der Sijp: 'Naast kijkspektakel levert deze serie ook stof tot nadenken op over de (on)begrensde mogelijkheden van technologie die we nu al in handen hebben.'

Black Mirror (4 seizoenen) is te zien op Netflix.

Heeft u zelf een aanbeveling die interessant is voor uw collega's? Mail dan uw favoriete lees-, luister-, of kijktip en een korte motivatie naar communicatie@demedischspecialist.nl.

Getrouwd met het ziekenhuis

Medisch specialist ben je niet alleen. In het ziekenhuis staat er een team om je heen, maar aan het thuisfront ook. Want arts zijn is niet zomaar een baan, het is een leven. Hoe is het voor partners en kinderen om samen te leven met een medisch specialist?

‘Als hij dienst heeft, heb ik dat als het ware ook’



Mirjam van der Sijp (57 jaar)

Echtgenote van: Joost van der Sijp, chirurg oncoloog in het Haaglanden Medisch Centrum

Hoe is het om met een medisch specialist samen te wonen?

‘Ik ben niet alleen met Joost getrouwd, maar ook met het ziekenhuis. Als hij dienst heeft, heb ik dat als het ware ook. De telefoon kan wel tien keer per nacht gaan, dan ben ik ook wakker. Maar daar ben ik ingegroeid. We leerden elkaar kennen toen hij coschappen liep en ik als stewardess werkte voor KLM Cityhopper. Ik maakte alles mee: zijn buluitreiking, opleidingsplek, promotie. Binnen de heelkunde werken hele ambitieuze mensen: naast hun gewone werk zitten ze in allerlei commissies en besturen. Joost is ook zo’n type, die is altijd eager geweest om zich verder te ontwikkelen.’

Hoe combineer je dat met je eigen baan?

‘Lange tijd ging dat goed, ook toen er kinderen kwamen. Ik werkte parttime en we hadden een oppas aan huis. Ik genoot van het vliegen, op de route laadde ik mijn batterij op. Maar toen de oppas wegging en KLM met een personeelsoverschot zat na 9/11, ben ik toch gestopt. Van thuis zijn met de kinderen heb

ik vervolgens ook erg genoten, om er veel voor ze te kunnen zijn.’

Was het stiekem niet ook een beetje balen?

‘Voor Joost is zijn werk álles. En je zegt gewoon geen nee als iemand in het ziekenhuis je hulp nodig heeft. Dat is heel logisch. Ik was er vanaf het begin bij, ik weet niet beter dan dat er onregelmatige diensten zijn, vergaderingen, nevenfuncties. Voor mij voelde het logisch om een stapje terug te zetten. Maar inmiddels is de jongste 19 en vlieg ik weer. Het is heerlijk om weer op Schiphol rond te huppelen!’

Zijn er voordelen aan een arts in huis hebben?

‘Elke kerst komt dit verhaal weer naar boven: onze dochter had zo’n last van haar keel. Ik zei: Joost, kijk toch eventjes, dat kind kan niet slikken. Hij kijkt: Nee hoor, niks aan de hand, even spoelen, dan gaat het wel over. Maar de huisarts stuurde ons meteen door naar het ziekenhuis. Zware antibiotica, haar amandelen zijn geknipt. Wat ik overigens wel als voordeel zie; omdat hij op een stressvolle werkvloer moet functioneren, is hij een hele stabiele persoonlijkheid, ook thuis. Maar misschien was hij dat al en kan hij dit werk daarom zo goed.’ ▶

‘Ik wil niet gezien worden als zoon van’

Maurits Visser (23 jaar)

Zoon van: Gijs Visser, traumachirurg in Het Spaarne Gasthuis

Je vader is traumachirurg. Hoe was het om op te groeien met hem?

‘Doordat mijn vader lange werkdagen maakte, kwam de opvoeding van ons vooral op de schouders van mijn moeder terecht. Maar hij was er wel voor ons, hij stond elk weekend langs het hockeyveld om ons te zien spelen. En de verhalen die hij ‘s avonds aan de keukentafel vertelde over het ziekenhuis vond ik altijd heel interessant.’

Hoe is het om een arts in huis te hebben?

‘Als er iets is dan wil hij natuurlijk eerst zelf kijken. Al helemaal bij zichzelf, hij gaat echt nóóit naar de huisarts. Toen wij geboren werden, zei mijn moeder tegen hem: Leuk en aardig allemaal, maar jij gaat geen dokter spelen voor de kinderen, als er iets is gaan we gewoon naar de huisarts. Maar met kleine pijntjes of kwaaltjes is het wel handig hoor, dan kun je het gewoon even aan hem vragen.’

Jij loopt nu coschappen. Waarom wilde jij ook geneeskunde studeren?

‘Het is een heel breed vak, technisch maar ook sociaal.

Vroeger dacht ik dat geneeskunde bestond uit protocollen volgen. Maar ik realiseer me steeds meer hoe belangrijk interpretatie en beredenering is. Dat leer je door veel te oefenen. Alleen al de manier van vragen stellen; ik kan iets dertig keer vragen aan een patiënt, maar bij de arts geven ze opeens een heel ander antwoord. Omdat die precies weet waar hij op moet letten, wanneer hij moet doorvragen. Dat zijn de fijne kneepjes die je niet uit de boeken leert.’

Je twijfelde of je mee wilde doen aan dit interview. Waarom?

‘Ik wil niet dat mensen mij zien als zoon van. Ik ben gewoon een van de vele coassistenten en wil objectief beoordeeld worden. Niet een streepje voor hebben of juist extra getest worden.’

Waarom is je vader je voorbeeld?

‘Mijn vader zal nooit zomaar een oordeel vellen, hij zit en luistert eerst rustig naar je. Ik heb een aantal keer op OK mogen staan met hem en ook daar is hij kalm en analytisch. En zijn technisch inzicht zag ik als kind al, als we thuis bootjes maakten of een tafel voor in de tuin. Ik hoop ook zo goed te worden.’ ▶

‘Soms vind ik het jammer als ze niet thuis zijn. Maar ook wel rustig’

Annemarie Bernsen (12 jaar)

Dochter van: Mariëlle Bartholomeus, neuroloog en medisch directeur in Bernhoven, en Rob Bernsen, neuroloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Je ouders zijn allebei arts. Praten ze dan niet áltijd over hun werk als ze thuis zijn?

‘Nee hoor, niet zoveel. Soms hebben ze het over ziektes en dan denk ik wel eens: Waar hebben jullie het nou weer over?’

Wat houdt hun werk in?

‘Ik denk dat ze families geruststellen. En veel gesprekken hebben met de mensen zelf, over hun ziekte.’

En zijn ze daar een beetje goed in?

‘Dat denk ik wel, hoor. Thuis zijn ze ook goed in luisteren, dingen uitleggen en geruststellen.’

Is het fijn om artsen als ouders te hebben, bijvoorbeeld als je zelf ziek bent?

‘Ik ben eigenlijk niet zo vaak ziek. Als ik me niet lekker voel, dan zeggen ze niet meteen dat ik maar thuis moet blijven. Maar als ik echt ziek ben wel. En als we een film kijken en er komt iets langs over een ziekte, dan kunnen ze het goed uitleggen. Dat is leuk.’

Artsen moeten vaak lange dagen werken. Jouw ouders ook?

‘Ze werken wel veel, vaak hebben ze ‘s avonds nog een vergadering of een bespreking. Soms vind ik het jammer als ze niet thuis zijn. Maar het is ook wel rustig. En we hebben een leuke oppas die goed voor ons zorgt. Als we gaan slapen zijn mijn ouders er meestal weer. En één keer per week eten we sowieso met z’n allen.’

Wil jij zelf ook arts worden?

‘Ja, ik wil ook wel in het ziekenhuis werken. Iets met kanker. Er zijn best veel mensen om ons heen overleden aan kanker. Onze oppas, die ik al mijn hele leven kende, had het een keer gehad. Dat was over gegaan, maar een jaar later kwam het terug. Toen konden ze het niet meer weghalen en is ze eraan overleden. Dat vond ik heel erg. En mijn tante ook, die overleed toen ik nog klein was. Daardoor wil ik graag iets met kanker doen, meehelpen.’

Hoe zie je dat voor je, als je in het ziekenhuis werkt?

‘Ik wil sowieso de familie geruststellen, dat is belangrijk. Mijn tante had nog kleine kinderen. Als je arts bent kan je hen ook helpen, zodat zij weer door kunnen met hun leven. Want niet alleen de zieke is belangrijk, de mensen eromheen maken ook iets ergs mee.’ ▶

‘Het is niet zomaar een baan, het is een leven’

Waldrick Berkhout (63 jaar)

Echtgenoot van: Winnifred van Lankeren, radioloog in het Erasmus MC

Je vrouw is radioloog en zelf heb je ook een drukke baan. Zien jullie elkaar wel eens?

‘Winni heeft een belangrijke functie in het ziekenhuis, is betrokken bij de opleiding, zit in allerlei commissies en heeft daardoor veel vergaderingen. Ze is vaak laat thuis. Als zelfstandig ondernemer met een tuinontwerp- en adviesbureau ben ik ook erg druk. Daarnaast neemt mantelzorg ook ruimte in ons leven in. Dat kan best pittig zijn. Soms voelt het als leven op het randje van wat kan. Maar daar vinden we altijd weer een vorm voor.’

Hoe zorgen jullie ervoor dat je niet van elkaar afdrijft?

‘Flexibiliteit in je relatie is cruciaal. En we hebben geen kinderen, dat scheelt. Wel een huis met veel ruimte, waar we vaak mensen uitnodigen. Gemeenschappelijke vrienden, of collega’s uit het ziekenhuis voor een borrel. Omdat Winni al lange tijd in het Erasmus werkt, ken ik een aantal collega’s inmiddels goed. Die borrels kosten ook tijd en energie, maar vinden we leuk om te doen samen.’

Zou je soms niet stiekem willen dat ze een andere baan had?

‘Dit geeft haar veel voldoening en energie, wie ben ik om haar te beperken? Het is niet zomaar een baan, het is een leven. Als je arts bent dan ben je dat niet alleen tijdens kantooruren. Het beïnvloedt zeker je privéleven, soms iets te veel, maar je neemt het uiteindelijk voor lief. Je weet waar je voor tekent als je voor elkaar kiest.’

Zijn er voordelen aan een arts in huis hebben?

‘Voornamelijk voor onze vrienden, zij hebben een hoop steun aan haar. Ze raadplegen haar voor een *second opinion*, voor een stuk begeleiding. Als iemand een medisch probleem heeft komt dat niet alleen, daar hangen allerlei dingen mee samen: praktisch, psychologisch, sociaal. Daar heeft zij aandacht voor.’

Wat maakt haar tot een goede arts?

‘Ze is goed in het technische aspect van haar vak, maar ook in het contact met patiënten; naar mensen luisteren, ze geruststellen. Ze bouwt een relatie met ze op en krijgt daar veel waardering voor. Dat maakt me wel trots, ja.’ ●



Nucleair geneeskundigen waarschuwen voor gevolgen van sluiten kernreactor

‘Gebrek aan medische isotopen raakt de hele keten van zorg’

Nieuwe inzichten en technieken binnen de nucleaire geneeskunde zorgen ervoor dat er steeds meer mogelijk is op het gebied van diagnostiek én behandeling met medische isotopen. Maar dan moet wel snel worden gestart met de (her) bouw van een nieuwe kernreactor, zodat de continuïteit van isotopen gewaarborgd blijft. ‘De tijd begint echt te dringen.’

Het zijn spannende tijden voor nucleair geneeskundigen nu de houdbaarheidsdatum van de Hoge Flux Reactor in Petten steeds dichterbij komt. De kernreactor, die medische radio-isotopen produceert, is bijna zestig jaar oud. Ook de vijf overige kernreactoren verspreid over de wereld hebben hun levensduur nagenoeg bereikt. Bij uitval, zoals vorig jaar nog, kan de dagelijkse levering van isotopen niet gegarandeerd worden. Dat zorgt voor veel problemen, vertelt nucleair geneeskundige Marcel Stokkel, werkzaam in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde. ‘En het risico op zulke scenario’s neemt de komende jaren alleen maar toe.’

400.000 patiënten geraakt

Medische radio-isotopen worden ingezet voor diagnostiek en therapie van verschillende aandoeningen



Lioe-Fee de Geus-Oei:

‘Het zal er de komende jaren om spannen of we in 2025 voldoende medische isotopen hebben’

en ziektes, zoals kanker, schildklierandoeningen en hart- en vaatziekten. Het grootste deel beslaat de diagnostiek. Jaarlijks worden er 400.000 diagnostische scans uitgevoerd, waarbij radioactief materiaal wordt gekoppeld aan een zogeheten *tracer*. Het radioactieve materiaal hierin zendt straling uit: dat maakt afwijkingen goed zichtbaar en maakt het mogelijk een tumor nauwkeurig te lokaliseren. Daarnaast worden zo’n 4.000 patiënten per jaar behandeld met medische radio-isotopen. Stokkel: ‘Een deel van de isotopen wordt gemaakt in cyclotrons, een soort kleinschalige reactoren, maar het gros wordt geproduceerd in kernreactoren. De Hoge Flux Reactor is zelfs verantwoordelijk voor een derde van de wereldwijde productie. Uitval betekent dat onderzoeken niet door kunnen gaan en je patiënten onthoudt van diagnostiek en een optimale behandeling.’

Vrij spel

De gevolgen beperken zich niet alleen tot de nucleaire geneeskunde, zegt hoogleraar nucleaire geneeskunde Lioe-Fee de Geus-Oei, verbonden aan het LUMC. ‘Ons vak is multidisciplinair: vrijwel alle medisch specialisten zien patiënten die diagnostiek of behandeling met medische isotopen moeten ondergaan. Wanneer er door een gebrek aan isotopen onduidelijkheid is over de diagnose en de vordering van een ziekte, kun je geen goed behandelplan meer maken – en kunnen andere specialisten geen kwalitatief goede patiënten-zorg verlenen. Het raakt de gehele ketenzorg.’

Zoals bij de opsporing van kanker, vertelt Stokkel. ‘Een MRI- of CT-scan laat niet altijd alles zien, terwijl een nucleaire scan goed zicht geeft op specifieke afwijkingen en de agressiviteit van een tumor. Wanneer je uitzaaiingen mist omdat je niet over de juiste

techniek beschikt, kan het zijn dat iemand alleen wordt geopereerd en geen nabehandeling krijgt. Dan hebben uitzaaiingen vrij spel.’

De tijd dringt

Hoewel er concrete plannen zijn voor een nieuwe kernreactor, de Pallas-reactor, is de knoop nog niet definitief doorgesneden. Stokkel: ‘Het ministerie van Economische Zaken steunt het plan en heeft de ontwikkelingsfase gefinancierd, maar de bouw moet privaat worden bekostigd – daarvoor wordt nu flink gelobbyd. Verder is het wachten op goedkeuring vanuit de provincie en de gemeente.’ In een ideale wereld zou de nieuwe reactor in 2025 in bedrijf moeten gaan. Een krappe tijdsplanning, vindt De Geus-Oei. ‘De bouw kan wel zeven jaar duren, dus de tijd dringt.’

Onlangs verscheen het bericht dat NRG en Curium, in Petten gevestigde nucleaire bedrijven, een meerjarig contract hebben getekend voor de productie van radioactieve isotopen. Daarmee kunnen volgens de bedrijven 30.000 patiënten per dag blijven rekenen op diagnose met behulp van nucleaire middelen. Goed nieuws, zo lijkt het, maar volgens Stokkel is het niet meer dan een schijnzekerheid. ‘Dit gaat puur over de productie en levering van radio-isotopen door farmaceutische bedrijven. Het verandert echter niets aan de noodzaak van een nieuwe kernreactor. Als deze er niet komt, kan de productie van isotopen op den duur niet plaatsvinden. Het is dus geen dekking van de problematiek.’

Gelukkig is de urgentie ook in de politiek doorgedrongen. De Geus-Oei: ‘Mede dankzij het *position paper* van de Federatie Medisch Specialisten uit 2016, waarin de nadruk lag op het patiëntenperspectief. ▶



Marcel Stokkel:

‘Als onderzoeken niet door kunnen gaan, onthoud je patiënten goede diagnostiek en een optimale behandeling’

Nu staat het onderwerp op de agenda en heeft het ministerie van VWS een onderzoek laten uitvoeren door het RIVM, waarbij ook is gekeken naar patiëntenbelangen. Dat heeft de zaak aan het rollen gebracht. We zijn er echter nog niet en het zal er de komende jaren om spannen of we in 2025 voldoende medische isotopen hebben.’

Selectief opruimen

Het behoud van de medische radio-isotopen is ook belangrijk omdat ze baanbrekende ontwikkelingen binnen de nucleaire geneeskunde mogelijk maken. Eén van die technieken is de lutetium-177-PSMA therapie, bedoeld voor mensen met uitgezaaide prostaatkanker. Stokkel: ‘De patiënt krijgt dan een injectie met een prostaatkanker-specifieke tracer waaraan de radioactieve stof lutetium-177 is gekoppeld. Deze hecht zich vervolgens alléén aan de kankercellen in het lichaam en ruimt die op. Dat biedt perspectieven voor patiënten die voorheen waren opgegeven. Verder is beeldgeleid opereren in opkomst. Door tracers bijvoorbeeld radioactief en fluorescent te labelen, kun je voorafgaand en tijdens een operatie uitzaaiingen laten oplichten. Een



chirurg kan deze daardoor sneller en makkelijker detecteren. Normaal gesproken vergt zoiets urenlang spoorwerk.’

Vooraf uitsluiten

Ook op het gebied van betaalbare en duurzame zorg kan de nucleaire geneeskunde in de toekomst een grote rol spelen, denkt De Geus-Oei. ‘Personalised medicine is een belangrijk item binnen ons vakgebied. Door bijvoorbeeld een geneesmiddel radioactief te maken en een kleine hoeveelheid bij een patiënt toe te dienen, kun je al tijdens de diagnostiek in beeld brengen of de therapie op de tumor aangrijpt.’ Dat is vooral gunstig bij dure geneesmiddelen. ‘Immunotherapie kost al gauw 100.000 euro per persoon per jaar, maar slaat lang niet bij elke patiënt aan. Als je dat vooraf kunt uitsluiten, bespaar je ongelooflijk veel kosten. Bovendien kan meteen worden uitgeweken naar een behandeling die wél effectief is. Dan wordt therapie op maat werkelijkheid.’



Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Nucleaire Geneeskunde vindt u op: www.nvng.nl.

'Als wij niet meegaan met veranderingen in de wereld, verandert de wereld óns'

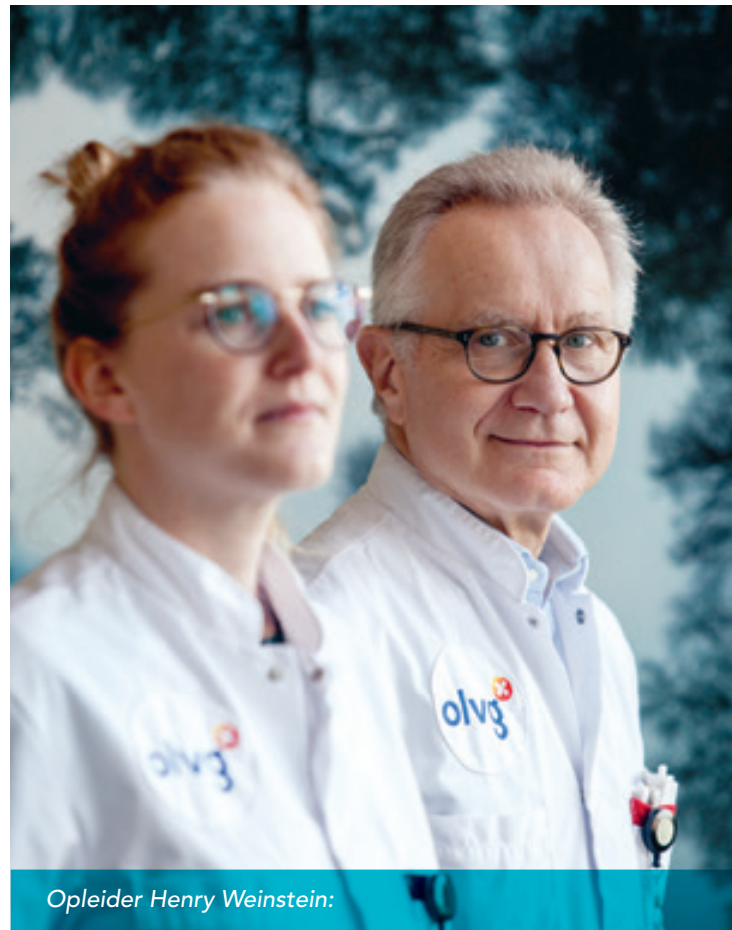
Technologische innovatie hoort thuis in de opleiding

Technologische vernieuwingen maken een steeds groter deel uit van het medisch beroep. Belangrijk dus om hier al in de medisch-specialistische vervolgopleiding aandacht aan te besteden. Maar is die ruimte er wel? En is het ontwikkelen van competenties op dit gebied wel noodzakelijk? Want de opleidingsduur wordt alsmaar korter en het curriculum telt steeds meer onderwerpen.

Een patiënt die binnenkomt op de spoedeisende hulp met een CVA, krijgt anno 2019 direct een snelle interventie. 'Binnen een kwartier laat de neuroloog scans maken, beoordeelt hij of zij of het hersenweefsel nog voldoende levensvatbaar is en op basis daarvan worden de volgende stappen ingezet', vertelt neuroloog en opleider in het OLVG Oost Henry Weinstein. 'In de jaren 90 – toen er nog geen behandeling en de noodzakelijke technologie waren – werd zo'n patiënt gewoon in bed gelegd. Nu kunnen we dankzij het acute handelen met technologische instrumenten en de juiste therapie de schade beperken. Een mooie technologische ontwikkeling.'

Elk specialisme

Het is maar één voorbeeld van hoe het vak van de medisch specialist continu verandert door technologie, stelt aios gynaecologie Irma Scholten, werkzaam in het OLVG West in Amsterdam. 'Dat geldt voor elk specialisme. Of ik een voorbeeld heb? Als zwangeren een indicatie hebben voor een dagelijks hartfilmpje maken ze zelf thuis het filmpje met de door het ziekenhuis geleverde apparatuur en sturen dat via een speciale app door, zodat de gynaecoloog in het ziekenhuis het filmpje kan beoordelen en het vervolgbeleid kan doorbellen.' ▶



Opleider Henry Weinstein:

De belangrijkste eigenschap die aios moeten opdoen, is leren openstaan voor verandering'



Aios Irma Scholten:

‘Een opleider hoeft geen affiniteit te hebben met technologische innovaties, maar moet wel het belang ervan inzien en de aios faciliteren’

Maar er is meer. ‘Voor chronisch zieke patiënten zijn er apps waarin ze pijnscores en andere waarden kunnen bijhouden. Deze geavanceerde dagboeken geven de specialist inzicht in het ziekteverloop. Andere specialisten maken gebruik van digitale tools waarin algoritmen bepalen welk middel het beste werkt bij een patiënt – niet alleen op basis van effectiviteit, maar ook op factoren als toedieningswensen en leefstijl. Dat kan positieve invloed hebben op therapietrouw. En dan zijn er nog de complexe EPD’s waarin informatie wordt vastgelegd en waarmee wordt gecommuniceerd met andere zorgverleners. Kortom, technologische vernieuwingen hebben grote invloed op hoe de medisch specialist zijn werk doet: van anamnese tot het gesprek met de patiënt, en van het maken van behandelkeuzes tot overleg in het zorgnetwerk.’

Betere zorg

Voor Scholten staat dan ook vast dat de medisch specialist van de toekomst goed moet zijn voorbereid op de technologische innovaties die invloed hebben op zijn beroepsuitoefening. ‘Hoe eerder je als dokter vertrouwd raakt met het openstaan voor medische innovaties, hoe beter je erop kunt acteren.’ De vraag is hoe die aandacht is in te passen in de medische vervolgopleiding. ‘Er zijn inderdaad veel niet-klinische onderwerpen waarin aios zich moeten verdiepen, zoals ouderenzorg, medisch leiderschap en doelmatigheid’, zegt Weinstein, naast opleider ook lid van de Raad Opleiding van de Federatie. ‘En dan moeten ze óók nog medisch-inhoudelijk expert worden. Tegelijkertijd geldt: als wij niet meegaan met de veranderingen in de wereld, dan verandert de wereld óns. Bovendien dragen technologische veranderingen bij aan betere zorg.’

Geen belemmering

Om aios en opleiders te helpen technologisch innovator-schap eigen te maken, publiceerde De Jonge Specialist in samenwerking met de Federatie eind 2018 de Handreiking Technologische innovatie in de medisch-specialistische vervolgopleiding (zie kader, red.). ‘Daarin staat dat kennis van technologische innovaties straks voor iedere aios een basiscompetentie is, ongeacht of je wordt opgeleid tot chirurg, gynaecoloog of neuroloog’, vertelt Scholten, die voorzitter was van de werkgroep die de Handreiking opstelde. ‘Technologische innovatie vereist geen extra competenties’, benadrukt ze. ‘Veel vaardigheden, zoals samenwerken, kritisch kunnen beoordelen en je eigen grenzen kennen, leren we nu al in de opleiding.’ Weinstein: ‘De belangrijkste eigenschap die aios moeten opdoen, is leren openstaan voor verandering. Dat is niet zozeer een competentie, maar een attitude.’

‘De patiënten willen wel, de vertraging ligt bij de medische wereld’

Scholten denkt dan ook dat de kortere opleidingsduur geen belemmering is om ervaring op te doen binnen de opleiding met technologische innovatie. ‘De voorname ‘extra’ competentie die aios moeten opdoen, is leren kansen te herkennen.’ Ze geeft een voorbeeld: ‘Stel dat je voor de zoveelste keer een verwijfsbrief moet overtypen omdat de computersystemen van de huisartsenpraktijk en het ziekenhuis niet matchen, dan hopen we dat je bereid bent actie te ondernemen, en weet hoe je die actie kunt inzetten. Je hoeft niet zelf een technologische innovatie te verzinnen, maar wel degene die het agendeert.’

Belang inzien

Een andere vraag die zich opwerpt is hoe opleiders aios kunnen ondersteunen bij het opdoen van kennis en ervaring rondom innovatie. Scholten: ‘Eind 2018 gaf ik een presentatie bij de Raad Opleiding van de Federatie. Hun reactie was: “We ondersteunen dit van harte, maar het is belangrijk dat de jongere generatie meedenkt hoe we dit een plaats kunnen geven in de opleiding.”’ Scholten begrijpt die houding wel. ‘In onze Handreiking spreken we van *digital natives*, jonge dokters die zijn opgegroeid in het digitale tijdperk, en *digital immigrants*, de oudere garde die technologie later in het leven eigen heeft moeten maken. Dat verschil is niet erg. Een opleider hoeft niet alles te weten over medisch-technologische vernieuwingen, maar hij moet de aios wel op weg kunnen helpen.’

Een opleider hoeft geen affiniteit te hebben met technologische innovaties, vindt ook Weinstein, maar moet wel het belang ervan inzien en de aios faciliteren. ‘Dat kan bijvoorbeeld door de aios vanuit zijn netwerk met de juiste mensen in contact te brengen, of door een collega uit zijn vakgroep – die er wél affiniteit mee heeft – te vragen om dit deel van het opleiderschap voor zijn rekening te nemen. Daar komt bij dat niet elke technologische innovatie, hoe leuk of spannend ook, relevant is voor de patiëntenzorg. De opleider kan die afweging beter maken dan de aios. Ook daarin kan de opleider de aios hem van advies voorzien.’



Patiënt meekrijgen

De handreiking vormt wat Henry Weinstein betreft een goede basis voor het opleidingscurriculum van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. Toch mist hij één belangrijke speler in het document: de patiënt. ‘Je moet de patiënt meekrijgen. Niet iedere oudere weet hoe het internet werkt, niet iedere diabetespatiënt kan of wil met apps omgaan. We willen die patiënten meer en beter ondersteunen. Het is van belang iedereen mee te krijgen in deze beweging: dokters, opleiders én patiënten. Anders gaat het niet lukken.’

Dat ziet Irma Scholten anders: ‘De Patiëntenfederatie heeft al in januari 2017 een brief naar de Tweede Kamer gestuurd met daarin de oproep om de zorg te digitaliseren. De patiënten willen dus wel, maar de vertraging ligt naar mijn idee meer bij de medische wereld. Pas als wij in staat zijn de innovaties te implementeren, kunnen we ons ook gaan richten op hoe we ze voor iedereen toegankelijk kunnen maken.’ ●



De Handreiking Technologische innovatie in de medisch-specialistische vervolgoopleiding helpt om technologische innovatie structureel in te bedden in de medische vervolgoopleidingen. U vindt de Handreiking op: www.medischevervolgoopleidingen.nl/technologische-innovatie.



de voorzitter van de LAD

Suzanne Booij

Neuroloog Suzanne Booij is sinds januari 2019 voorzitter van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Hoe kijkt zij tegen de samenwerking met de Federatie aan en wat zijn haar ambities?

'De kracht zit in het gewicht dat we gezamenlijk in de schaal kunnen leggen'

2 Op welke terreinen trekt de LAD samen op met de Federatie?

'We hebben onze krachten gebundeld waar het gaat om de belangenbehartiging van medisch specialisten in dienstverband. Dat betekent dat we samen optrekken op (arbeidsvoorwaardelijke) thema's die ertoe doen, zoals gezond en veilig werken en de positionering van medisch specialisten in ziekenhuizen. Ook hebben we een gezamenlijke afdeling voor individuele juridische dienstverlening, het Kennis- en dienstverleningscentrum.

De samenwerking is zo georganiseerd dat medisch specialisten in dienstverband die lid worden van een wetenschappelijke vereniging, automatisch zijn aangesloten bij de Federatie én zonder extra kosten lid kunnen worden van de LAD. Op die manier kunnen medisch specialisten zowel van onze dienstverlening als die van de Federatie gebruikmaken. Een win-winsituatie.'

1 Wat is de kracht van de samenwerking tussen de Federatie en de LAD?

'De toegevoegde waarde is allereerst dat we elkaar aanvullen: de Federatie is veel bij zorginhoudelijke thema's betrokken en is bijvoorbeeld een van de ondertekenaars van het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg; als LAD zitten wij aan de belangrijkste cao-tafels in de zorg. Op die manier zijn de belangen van medisch specialisten op meerdere plaatsen geborgd. Daarnaast zit de kracht natuurlijk in het 'gewicht' dat we gezamenlijk in de schaal kunnen leggen. Zo vertegenwoordigt de LAD vrijwel alle medisch specialisten aan cao-tafels, waardoor we een belangrijke stem hebben. Dat geldt omgekeerd ook voor de Federatie als het gaat om de lobby in politiek Den Haag.'

3 Welke koers gaat de LAD varen onder jouw voorzitterschap?

'Samenwerken met andere partners, zoals de Federatie maar ook andere belangenorganisaties, wordt een van mijn belangrijkste speerpunten. Het zorglandschap ziet er over dertig jaar heel anders uit. De zorg verplaatst zich steeds meer van binnen de muren van ziekenhuizen naar buiten en dat vraagt om een intensieve samenwerking tussen alle betrokken artsen en zorgprofessionals. Met het collectief van de LAD wil ik daar een bijdrage aan leveren. Verder wil ik me richten op een nog stevigere positie van alle artsen in dienstverband, zodat ze *in the lead* zijn en bijvoorbeeld worden betrokken bij strategische beslissingen in hun instelling. Een persoonlijke doelstelling tot slot is om de LAD zichtbaarder te maken. Ik zou willen dat iedere arts in dienstverband ons kent en weet waar we voor staan.'

Feiten & Cijfers

Naam: Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD)

Bestaat sinds: 1948, dus 71 jaar

Aantal leden: 35.000, waaronder aios, medisch specialisten, huisartsen en specialisten ouderengeneeskunde



Investeren in ontwikkeling: met de opleidingen van De Academie bent u toekomstproof

Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de ándere 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 medisch specialistische zorg binnen de dynamiek van de zorgmarkt.

Management voor medici

Versterk uw managementkennis in dit postdoctorale programma. Met focus op marktontwikkelingen, strategie en verandermanagement, leiderschap, financiën, organisatie, ondernemerschap en samenwerking. Zowel op wetenschappelijk niveau als gericht op directe toepassing in de praktijk. Een onmisbare en bewezen basis voor ervaren en startende medici die leidinggevende functies vervullen of ambiëren.

Startdatum 9 september 2019

Prijs Leden FMS en/of VvAA € 9.750,-; niet-leden € 10.150,-

Plaats Villa Heidebad, Epe

Basics voor management en beleid

In deze korte en krachtige opleiding krijgt u toepasbare theoretische kennis aangereikt waarmee u beter uw weg kunt vinden in de complexe werkomgeving van het ziekenhuis. Naast de 'basics' over de inrichting van een ziekenhuisorganisatie en de positie van de medische staf hierin, leert u ook hoe u een verbetering kunt invoeren en wat de kaders zijn van het kwaliteitsbeleid en de financiële stromen.

Startdatum 18 april 2019

Prijs Leden FMS en/of VvAA € 1.645,-; niet-leden € 1.995,-

Plaats regio Utrecht

vernieuwd

Masterclass voor startende toezichthouder

Goed bestuur en toezicht zijn belangrijke voorwaarden voor goede zorg. Medisch specialisten nemen in toenemende mate verantwoordelijkheid voor besturing, toezicht en governance van instellingen in en buiten de medische sector. Op uw weg naar behoorlijk, 'governance-proof' bestuur in de zorg wilt u weten waar u het over hebt. Daarom is De Academie een samenwerking gestart met het kennisinstituut Governance University.

Startdatum 29 mei 2019

Prijs Leden FMS en/of VvAA € 675,-; niet-leden € 695,-

Plaats Kasteel Moersbergen, Doorn

Incompany

Het aanbod van De Academie is ook in opdracht beschikbaar incompany bij een ziekenhuis of wetenschappelijke vereniging. Over uw opleidingsvraag of ontwikkelingsvraagstuk denken wij met u mee. Zodat u een onderwijsvoorstel op maat in uw organisatie aanbiedt dat is toegespitst op uw specifieke vraag, doelstelling of omgeving. Denk hierbij aan onderwerpen als kwaliteitszorg waarbij u kiest voor een visitatietraining op maat, of medisch management waarbij we vergadertechniek, beleidsontwikkeling of functioneren van de medische staf bieden. Altijd ABAN geaccrediteerd.

DE ENERGIE VAN INNOVATIE

PLATFORM INNOVATIE

13 MEI 2019

KUNSTMATIGE INTELLIGENTIE EN DE VERANDERENDE ROL VAN DE DOKTER

Welke kansen biedt kunstmatige intelligentie voor de zorg? De ontwikkelingen gaan snel en hebben impact op het werk van medisch specialisten. Belangrijk dus om tijdig na te denken over de mogelijkheden en veranderingen voor de medisch-specialistische praktijk. Twee deskundigen geven hun visie hierop, gevolgd door een debat.

- **Wiro Niessen**, hoogleraar medische beeldverwerking aan het Erasmus MC en de Technische Universiteit Delft.
- **Thony Ruys**, aios chirurgie AMC en oprichter van ThuisVisite (telemonitoring).

PITCHES EN DISCUSSIE

E-health forum cardiologen: initiatieven delen

Jasper Selder, cardioloog VUMC

Binnen het NVC e-health webforum worden e-health initiatieven tussen NVC-leden gedeeld. Dit kan gaan om een handig standalone device, bepaalde diensten (bijvoorbeeld een data-snelweg voor ECG-uitwisseling tussen huisarts en cardioloog) of over een nieuw op te zetten project (bijvoorbeeld een project om regionale EPD's te koppelen).

Track & trace van medische apparatuur

Job Gutteling, klinisch fysicus OLVG

Job Gutteling vertelt over een nieuw track en trace systeem in het OLVG. Dankzij dit systeem hoeven artsen en verpleegkundigen niet meer te zoeken naar apparatuur, is het gebruik van veel apparatuur en de mogelijke kostenbesparing in kaart gebracht en kan de veiligheid op een highcare afdeling verbeterd worden.

Patiëntgegevens benutten voor betere zorg

Paul Elbers, intensivist VUMC / OLVG

In ziekenhuizen worden grote hoeveelheden patiëntgegevens routinematig vastgelegd. Paul Elbers vertelt hoe kunstmatige intelligentie en machine learning worden benut om voorspellende modellen te maken op basis van deze patiëntgegevens. Deze modellen worden aan het bed van de patiënt of in de spreekkamer ingezet om beslisondersteuning te bieden en de zorg te verbeteren.

Nieuwe voorschrijfmodule geneesmiddelen

Rob Kooijman, chirurg, Gelre ziekenhuizen Apeldoorn

Het gebrek aan innovatie in EPD's en aanverwante software is een grote frustratie van dokters. In Apeldoorn is nieuwe software ontwikkeld voor het voorschrijven van medicatie. Met aandacht voor cloudoplossingen, mogelijkheden voor een patiënten-app (VIPP), inlezen van gegevens vanuit het landelijk schakelpunt (voor medicatieverificatie), en voorraadbeheer van regionale apotheken.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

DATUM EN LOCATIE

Datum: maandag 13 mei 2019
Locatie: omgeving Utrecht
Tijdstip: 16.00 – 20.00
(incl. dinerbuffet)

MEER INFORMATIE EN AANMELDEN

Het platform is gratis toegankelijk en interessant voor iedere medisch specialist. Mis het dus niet! Aanmelden kan door een mail te sturen naar raadw&i@demedischspecialist.nl. Accreditatie is aangevraagd.