

de Medisch Specialist

JUNI 2017
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

2

EIGEN RISICO

Onbetaalbaar of onmisbaar?

9 VRAGEN OVER

Value based healthcare

IN DE PRIJZEN

Genomineerden over wetenschap en innovatie

Medisch specialist en vluchteling

‘Niet wegkijken, maar handelen’



OP WEG NAAR 2025 MET VERNIEUWEND LEIDERSCHAP

Scholing in medisch management, leiderschap en professionele ontwikkeling, steeds aansluitend bij de actualiteit van het sterk veranderende zorglandschap. Wij verzorgen zowel korte cursussen als uitgebreide programma's.

Mini-master Leiderschap in de zorg

Deze stoomcursus in vernieuwend en verbindend leiderschap is een unieke combinatie van het seminar 'Leiderschap in één dag' en de masterclass 'Vernieuwend leiderschap in de zorg'.

Prijs € 995,- exclusief btw

Locatie Utrecht

Cursusdata 26 september en 10 oktober

Management voor medici

Postdoctorale leergang van veertig dagdelen voor medisch managers en stafbestuursleden waarin alle aspecten van management van zorginstellingen de revue passeren.

Prijs leden FMS én VvAA € 9.750,-
(niet-leden € 10.150,-)

Locatie centraal in het land

Start 11 september

Betaalbaarheid en kwaliteit van zorg

'Blended' (online en 'live') programma dat ingaat op de kwaliteit van de zorg in relatie tot de kosten. Hoe kunt u als medisch professional de regie nemen in deze actuele discussie?

Prijs € 750,-

Locatie start- en slotbijeenkomst in Utrecht

Duur 11 oktober - 6 december

Klinisch leiderschap

Dit programma van twintig dagdelen biedt u de kennis en vaardigheden om duurzame verbeteringen in het zorgproces te realiseren, en gelegenheid om te werken aan uw persoonlijk leiderschap.

Prijs leden FMS én VvAA € 4.950,- (niet-leden € 5.250,-)

Locatie centraal in het land

Start 30 november

JACO HOUTGRAAF, cardioloog in het Diakonessenhuis te Utrecht/Zeist, volgde de cursus 'Klinisch leiderschap'.

"Vanuit ons Medisch Specialistisch Bedrijf wordt er geïnvesteerd in jonge specialisten om aandacht voor klinisch leiderschap te ontwikkelen. Het onderwerp spreekt mijzelf ook bijzonder aan en ik ben blij deze inspirerende cursus te hebben gevolgd. De groep, onder leiding van enthousiaste en ervaren cursusleiders, was heel open en voelde vanaf dag één vertrouwd. Je bent samen met andere breed geïnteresseerde medisch specialisten, waardoor je ook van elkaar leert.

Meest aansprekend vond ik het thema 'verandermanagement'. Vrijwel dagelijks heb ik nog baat bij wat er behandeld is. In ons ziekenhuis en MSB zit ik in verschillende werkgroepen en projectteams, waarin we proberen processen beter te laten verlopen. De cursus heeft mij handvatten en inzichten gegeven hoe je zaken het beste aanpakt. Ook de aandacht voor persoonlijk leiderschap sprak mij aan. Waar sta je zelf in het geheel? Je moet ook leuk vinden wat je doet; dáár krijg je energie van. Voor de specialist die dagelijks opgaat in zijn klinisch werk is dat een mooie relativeringsslag."



Kijk op www.academiemedischspecialisten.nl of bel (030) 247 41 97



FMS NIEUWS APP

Relevant zorgnieuws altijd binnen handbereik

**Wilt u altijd op de hoogte zijn van het laatste zorgnieuws
en relevante informatie voor uw dagelijks werk?**

Download dan nu de FMS Nieuws app

In dit nummer



8 COVERSTORY

Zorg om vluchtelingen

Niet weggijken van de vluchtelingenstroom, maar hulp bieden in de vorm van medische zorg. Kinderarts Hans van Goudoever en psychiater Mario Braakman vertellen over hun drijfveren om vluchtelingen te helpen.

11 POLITIEK BESLUIT

Onbetaalbaar of onmisbaar?

Het verplichte eigen risico is in 2008 ingevoerd om burgers bewust te maken van de kosten van zorg. Maar pakt dat ook zo uit? 'Mensen stellen noodzakelijke medisch-specialistische zorg te lang uit.'

15 ZORGBEKOSTIGING

Een gezonder systeem voor gezondheidszorg

Value based healthcare is een veelbesproken onderwerp. Maar wat houdt deze waardegedreven zorg precies in? En hoe kun je het inzetten in je eigen praktijk? Negen vragen en antwoorden.

20 WETENSCHAP

Prijzenswaardig onderzoek

In maart werd voor het eerst de Wetenschaps- en Innovatieprijs uitgereikt. De prijs zet de medisch specialist als onderzoeker beter op de kaart. De genomineerden over onderzoek, succesfactoren en de kracht van samenwerking.

24 SPECIALISME IN BEELD

'Netwerken is onze middle name'

Voor revalidatieartsen is netwerkgeneeskunde niets nieuws onder de zon: zij lopen voorop in het vormen van zorgnetwerken en overlegstructuren. Binnen én buiten het ziekenhuis.

27 OPLEIDEN

Eruit halen wat erin zit

Hoe kun je medisch leiderschap een vaste plaats geven in de opleiding? Neuroloog Marijke Eurelings organiseerde samen met de Federatie een inspiratiesessie in het Spaarne Gasthuis voor (plaatsvervangend) opleiders en aios.



EN VERDER

6 Kort nieuws

23 In de media: Medisch specialist 2025

RUBRIEKEN

6 Vraag & antwoord aan het KDC

14 Column: Sander de Hosson

19 Stelling: Geld volgt de zorg

30 Drie vragen aan... Hans Bosker

COLOFON

jaargang 3, juni 2017

Uitgave

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

Redactie

Dorinda Maas, *hoofdredactie*
Naomi Querido, *uitvoering en coördinatie*
Hanneke Bos, Vanessa Rompelberg,
Cindy van Schendel en Mirjam Siregar

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Wouter Blox,
longarts in opleiding, Amphia ziekenhuis,
Breda | Jochen Bretschneider, KNO-arts,
VU medisch centrum, Amsterdam |
Marjolein Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,
Oogziekenhuis Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam | Joost van der Sijp,
chirurg-oncoloog, HMC-Bronovo, Den Haag
| Davy Sudiono, radioloog, HMC Bronovo,
Den Haag | Marcel Vonk, psychiater,
Pompestichting, Nijmegen | Kerst de Vries,
klinisch geriater, MC Slotervaart,
Amsterdam

Vanuit bestuur Federatie Medisch

Specialisten: vicevoorzitter Huib Cense,
chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk /
Medisch Centrum Alkmaar

Medewerkers aan dit nummer

Jan van Beijnhem, Sebastiaan ter Burg,
Mirthe Diemel, Michel van Dijk,
Sander de Hosson, Suzanne van de Kerk,
David Lok, Rob Nelisse, Dana Ploeger en
Jonathan Vos

Fotografie cover: Suzanne van de Kerk

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Advertenties en redactieadres

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

Abonnement

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

Copyright © de Medisch Specialist 2017.
ISSN 2451-9952

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk
worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar
gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke
toestemming van de uitgever en de makers van het
werk.

De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor
eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch
Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van
derden welke 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.

Regie nemen

Soms duikt er ineens een term op die razendsnel uitgroeit tot algemeen begrip. ‘Medisch leiderschap’ is er zo één. Aanvankelijk ging dit over medisch specialisten die hun stem lieten horen in het maatschappelijk debat. Maar ondertussen zien we medisch leiderschap alweer een paar jaar als – de bijna vanzelfsprekende – verantwoordelijkheid dat elke arts zich bezighoudt met de organisatie van zorg. Bijvoorbeeld in bestuurs-, management- of ‘voorvechter’-functies, maar in de eerste plaats als regisseur op de inhoud en samenwerking in zorgprocessen.

Het is dan ook van groot belang om de medisch specialist van de toekomst goed op te leiden in deze vaardigheid. Waar kan dat beter dan in de leersituatie van hun dagelijkse opleiding op de werkvloer, zult u zeggen. Dat ben ik met u eens, maar het vraagt van (plaatsvervangend) opleiders ook om naar hun eigen rol in medisch leiderschap te kijken om aios goed te ondersteunen. Hoe de Federatie dat faciliteert, leest u verderop.

Nog een term die toenemend te horen is: *value based health care*. Een relatief nieuwe manier om naar zorg te kijken. Kwaliteit staat voorop, en kostenreductie is te bereiken door doelmatigheid. De uitdaging is dan wel om de uitkomst van zorg goed te definiëren, en op basis hiervan de toegevoegde waarde van therapieën te meten. Dat klinkt lastig, maar is dat het ook? Nederlandse ziekenhuizen – en medisch specialisten – experimenteren er al volop mee, en in dit nummer ontdekt u hoe u dat ook kunt doen. Wellicht dat dit begrip over een paar jaar dan net zo vanzelfsprekend is als medisch leiderschap.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter

Federatie Medisch Specialisten



Animatie over incidenten

Bij een onbedoelde gebeurtenis of uitkomst van zorg is het niet altijd meteen duidelijk of het een calamiteit, complicatie of incident is. Waar zitten de verschillen? En wat staat u dan als medisch specialist te wachten? De animatie *Calamiteit, complicatie of incident* gaat in op deze vraag.

‘Het is de realiteit van ons vak dat we regelmatig geconfronteerd worden met onbedoelde gebeurtenissen of uitkomsten van zorg’, zegt chirurg en voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Federatie Huib Cense. ‘In zo’n geval hebben we de taak om dit te registreren en/of te melden. Dat lijkt eenvoudig, maar de praktijk is weerbarstiger. Ondanks de gehanteerde definities van een calamiteit, complicatie of incident kan er sprake zijn van van een grijs gebied. Daarom hebben we vorig jaar al de Factsheet ‘Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten’ gemaakt. De animatie is hier een vervolg op.’

De animatie is te bekijken via: www.demedischspecialist.nl/animatie-cci.

VRAAG & ANTWOORD

Re-integratie

In elk nummer beantwoorden de medewerkers van het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) een juridische of praktische vraag van een lezer.

Deze keer: re-integratie.

Ook een vraag?

Mail naar info@demedischspecialist.nl

VRAAG > Ik ben gynaecologe en na bijna een jaar ziekte herstellende van borstkanker. In de maatschapsovereenkomst van het MSB is opgenomen dat deze kan worden ontbonden als een maat een jaar achtereen ten gevolge van ziekte of ongeval verhinderd is de praktijk uit te oefenen zonder zich op herstel. Hoe kan ik mijn re-integratie een reële kans geven zonder de druk te voelen van een mogelijke opzegging door het MSB?

ANTWOORD >

Op basis van genoemde bepaling in de maatschapsovereenkomst is de gegeven omstandigheid geen basis voor opzegging. Immers, er is nog kans op herstel. Juist daarom is het van belang een goed re-integratieplan op te stellen in overleg met het MSB.

Deze afspraken worden afgestemd met de arbeidsdeskundige die wordt aangewezen door uw arbeidsongeschiktheidsverzekeraar. In overleg met deze arbeidsdeskundige wordt bepaald welke werkzaamheden als therapeutisch en welke als arbeid zijn aan te merken. Maandelijks bepaalt de arbeidsdeskundige de arbeidsinbreng. Ook worden evaluatiemomenten bepaald, opdat op enig moment kan worden vastgesteld dat zicht is op voldoende herstel. Door deze afspraken schriftelijk vast te leggen (en indien gewenst te laten checken door het KDC), weten beide partijen waar zij aan toe zijn. ●



Nieuw akkoord biedt ruimte voor groei

Eind 2017 loopt het huidige hoofdlijnenakkoord af. Na onderhandelingen bij het ministerie van Volksgezondheid is op 21 april jongstleden een onderhandelaarsakkoord bereikt voor 2018. De Federatie Medisch Specialisten heeft na consultatie van de wetenschappelijke verenigingen ingestemd met het gesloten akkoord.

Met het Zorgakkoord 2018 worden inhoudelijke afspraken uit het huidige hoofdlijnenakkoord voortgezet, zoals de uitvoering van de kwaliteitsagenda, keuzevrijheid tussen vrij beroep en dienstverband, vrijwaring van medisch specialisten voor de Wet normering topinkomens (WNT) en continuering van kwaliteitsgelden. Daarnaast mogen de zorguitgaven groeien. Na verrekening van een eerdere taakstelling is er in 2018 1,4 procent extra ruimte voor zorginkoop. ●

Jaarverslag Kennisinstituut

Deze maand publiceert het Kennisinstituut van de Federatie het jaarverslag over 2016.

'Aan de hand van de belangrijkste projecten en resultaten van 2016 nemen we u in dit jaarverslag mee in de activiteiten die het Kennisinstituut onderneemt in het belang van goede medisch-specialistische zorg', vertelt directeur Teus van Barneveld.

Het Kennisinstituut adviseert en ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling en implementatie van kwaliteitsinstrumenten en kennisproducten. Daarbij kunt u denken aan richtlijnen, geïntegreerd kwaliteitsbeleid, zorgevaluatie en kennisagenda's, maar ook kwaliteitsmeting- en visitatie, implementatie en tools voor patiëntenparticipatie, zoals consultkaarten. Daarnaast richt het Kennisinstituut zich op kennisontwikkeling met als doel de ontwikkelmethodiek van de kwaliteitsinstrumenten te verbeteren. Van Barneveld: 'Zo kunnen wij de wetenschappelijke verenigingen ondersteuning en producten bieden die aansluiten bij de behoefte vanuit de praktijk, de beleidskaders én de laatste wetenschappelijke inzichten.'

Het jaarverslag is te downloaden via: www.kennisinstituut.nl.

MMV-congres 2017

Het thema van het landelijke MMV-congres is dit jaar: 'Inspireren, profileren, excelleren!'. Dit congres voor iedereen die betrokken is bij de medische vervolgopleidingen vindt plaats op 13 december in congressentrum NBC in Nieuwegein.

De individualisering maakt het mogelijk om de opleiding meer af te stemmen op de individuele talenten en ontwikkelwensen van iedere aios. Tegelijkertijd is door ontwikkelingen in de gezondheidszorg en op de arbeidsmarkt de noodzaak om je te profileren ook groter geworden. Maar niet alleen voor aios is dit onderwerp relevant: ook opleiden is een vak waarin mensen excelleren en elkaar kunnen inspireren.

Op het MMV-congres wordt dit onderwerp vanuit diverse invalshoeken belicht. U hoort goede praktijkvoorbeelden van collega's en u krijgt concrete ondersteuning, relevante kennis en effectieve tips waarmee u zelf aan de slag kunt. Naast inspirerende presentaties en praktische workshops, zijn er dit jaar ook twee inspirerende ontbijtsessies.

Meer informatie over het programma vindt u op www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres.



Zorgen voor vluchtelingen

Niet wegkijken, maar handelen

Het lot van de grote stroom vluchtelingen raakt veel medisch specialisten recht in het hart. Sommigen komen persoonlijk in actie. Zo vertrok kinderarts Hans van Goudoever vorig jaar naar Lesbos om vluchtelingen op te vangen en behandelt psychiater Mario Braakman dagelijks vluchtelingen.

'Ik zag geen gelukszoekers, maar wanhopige mensen'

Kinderen van vluchtelingen verdienen net zoveel kansen als kinderen die in Nederland zijn geboren, vindt kinderarts en afdelingshoofd kindergeneeskunde Hans van Goudoever van het AMC-VUmc Amsterdam. Vorig jaar vertrok hij naar Lesbos om vluchtelingen te helpen.

'Ik vond dat ik iets moest doen, net als de mensen die destijds mijn ouders opvingen in de oorlog. Toen mijn oudste dochter (21) in het voorjaar van 2016 opperde dat ze naar Griekenland wilde om vluchtelingen te helpen, wilde ik direct mee. We sloten ons aan bij de Britse organisatie *Lighthouse* en stonden niet veel later in de nog winterse kou op het strand van Lesbos.

Elke nacht kwamen tientallen bootjes aan vol mensen. Bejaarde mannen, zwangere vrouwen en heel veel kinderen. Ze waren doorweekt, koud en soms ziek. Ondanks de ontberingen waren ze euforisch: ze hadden Europa bereikt! Ze wilden allemaal naar Duitsland, het land van Merkel met haar '*Wir schaffen das*'. We vertelden ze maar niet dat ze hierna nog zeker een halfjaar door Europa moesten reizen. We gunden ze hun paar uurtjes vreugde. Als kinderarts behandelde ik vooral eerstelijns kindergeneeskundige problemen, zoals longontstekingen en *otitis media*, een bacteriële of virale infectie van het middenoor. Maar ik zag ook vrouwen die zwanger waren en wilden weten of de foetus nog in leven was.

Dan maakte ik een echo. Verder gaven we de mensen te eten, schone kleren en hielpen ze verder op weg.

De organisatie was een geoliede machine. Na de eerste opvang op het strand werden de vluchtelingen begeleid naar tenten, apart voor mannen en voor vrouwen en kinderen. Ook was er een aparte, verwarmde tent voor zieken en kleine kinderen. Sommige vrijwilligers hielpen daar, maar er was ook een keukenploeg en speciale wasservice die 10.000 kilo was per dag deed.

Ik zag het verdriet, de drama's, en de mensen die de overtocht niet hadden overleefd. Zoals een meisje wiens hoofd in de schroef van een boot was geraakt en compleet verminkt aanspoelde. Je voelt ongeloof, verdriet en onmacht, maar ook woede. Het zijn mensen, net als wij. Gezinnen die huis en haard verlaten omdat de oorlog om hen heen zo erg is dat ze alles moeten loslaten. Hier zag ik geen gelukszoekers, zoals zoveel mensen thuis beweerden, maar wanhopige mensen op zoek naar een veilige toekomst.



Kinderarts Hans van Goudoever:

‘Je voelt
ongeloof,
verdriet en
onmacht,
maar ook
woede’

Nu help ik vanuit ons ziekenhuis. We hebben ons personeelsbeleid aangepast. Artsen of verpleegkundigen die vluchtelingen willen helpen, hier of in het buitenland, doen dat in ‘onze tijd’ – zonder dat zij salaris of vakantiedagen kwijt zijn. Verder vind ik dat de zorg voor vluchtelingenkinderen structureel beter moet. Ik erger me zeer aan hoe deze gezinnen van hot naar her worden gestuurd. Soms doen ze twaalf plekken aan in een paar maanden tijd. Dat is voor niemand gezond, zeker niet voor kinderen uit oorlogsgebieden. Omdat het daar nog steeds oorlog is, zullen ze langere tijd – zo niet altijd – in ons land blijven. Dus moeten we met elkaar zorgen dat vluchtelingkinderen zich optimaal kunnen ontwikkelen, net als kinderen die hier worden geboren.

Binnen de Nederlandse Vereniging voor Kinder-geneeskunde (NVK) hebben we sinds een jaar het *Meldpunt zorgproblemen kinderen van vluchtelingen*, waar kinderartsen problemen kunnen melden. En samen met kinderarts Albertine Baauw van het Rijnstate zet ik me in om een landelijke polikliniek op te zetten voor vluchtelingenkinderen. Zo kunnen ze allemaal op dezelfde manier gecheckt worden op ziekten en gezondheid. De Federatie kan ook veel betekenen, bijvoorbeeld door hardop aandacht voor vluchtelingen te vragen en met een duidelijk standpunt naar de politiek te stappen. Dan laten we zien wat voor krachtige samenleving we zijn en waar we als medisch specialisten voor staan. Dat is mijn streven.’

‘Pas nu komen de trauma’s naar boven’

Nu de meeste vluchtelingen voorzien zijn in hun eerste levensbehoeften, steken psychische problemen de kop op. Psychiater en cultureel antropoloog Mario Braakman van Pro Persona in Arnhem en Nijmegen behandelt dagelijks vluchtelingen in zijn praktijk.

‘Sinds jaar en dag ben ik gespecialiseerd in migrantenproblematiek. Psychiaters uit het hele land sturen patiënten aan mij door. Ik zie alleen nog vluchtelingen en migranten. Juist die culturele factor boeit mij. Onlangs had ik een intakegesprek met een Armeense jongen van dertien jaar oud, die veel gepest wordt en suïcidale neigingen heeft. Hij ging van azc naar azc en is in een paar jaar tijd dertien keer van basisschool gewisseld. Hoe kan zo’n knul zich nu ontwikkelen, vriendjes maken, zich hechten? Dit soort individuele drama’s van ons hardvochtige vluchtelingenbeleid zie ik elke dag. ▶



Psychiater Mario Braakman:

‘Zo’n situatie
als in

Heumensoord
had ik
nog nooit
meegemaakt’

Voor de ongedocumenteerden (illegale migranten die geen geldige verblijfspapieren hebben, maar wel recht hebben op medische noodzakelijke zorg, red.) gaan mij aan het hart. Deze mensen leven met de voortdurende angst om opgepakt te worden, hun huis of zelfs het land uitgezet te worden. Dat geeft zoveel stress en angst – bovenop de trauma’s die ze in hun land van herkomst hebben opgedaan. Als ik zie dat ondanks alle tegenslagen deze mensen het volhouden, en doorgaan met overleven, dan kan ik alleen maar diep respect voor hen opbrengen. Zij inspireren mij dagelijks.

Vorig jaar heb ik meerdere keren opvangcentrum Heumensoord bij Nijmegen bezocht om te kijken of ik iets vanuit mijn expertise kon betekenen. Zoiets had ik nog nooit meegemaakt; drieduizend mensen die allemaal zo snel mogelijk weg wilden naar een veilig onderkomen. Rijen bange mensen en daartussen spelende kinderen. Ik had grote bewondering voor de huisartsen die daar de zorg verleenden. Ik kon toen nog niet veel betekenen: daar waren de vluchtelingen vooral bezig met hun eerste levensbehoeften. Pas nu komen de trauma’s en psychiatrische problemen meer naar boven en merken we dat deze groep een beroep doet op de ggz.

Om mijn collega’s in het hele land zo goed mogelijk te helpen de juiste behandeling in te zetten, hebben we

binnen de Nederlandse Vereniging van Psychiatrie (NVVP) de *Taskforce Vluchtelingen* opgericht. Vanuit die taskforce staan we klaar voor vragen van collega’s en collega-instellingen en hebben we vragenlijsten opgesteld die psychiaters kunnen inzetten. Goede psychiatrische zorg voor deze mensen staat of valt bij psychiaters die over hun eigen ethnocentrische denken heen kunnen stappen. Daarmee bedoel ik: je realiseren dat deze mensen denken vanuit de wij-cultuur – en niet zoals bij ons zaken vanuit het individu benaderen. Zelf probeer ik me in te leven met veel culturele empathie in de patiënt. Wanneer je via die ingang een vertrouwensband kunt opbouwen, ben je al een heel eind.

Een vertrouwensband krijgen begint met begrip hebben én elkaar kunnen verstaan. Maak niet de beginnersfout door een familielid te laten vertalen; dat is te gebrekkig en onveilig. Bij een psychiatrisch consult heb je een professionele tolk nodig – een dienst die tot 2012 nog vergoed werd, maar inmiddels grotendeels is wegbezuinigd, net als de tolktelefoon overigens. Daarom zijn we nu samen met de KNMG bezig daar vergoeding voor te krijgen. Binnenkort spreken we hierover met topambtenaren van het ministerie van VWS. Binnen mijn organisatie hebben we er nu een speciaal potje voor, maar die tolkenvergoeding moet zo snel mogelijk worden geregeld. Dan kunnen we pas echt passende zorg bieden.’ ●

Het verplichte eigen risico

Onbetaalbaar of onmisbaar?

Het verplichte eigen risico is ingevoerd om burgers bewust te maken van de kosten van de zorg en om de verzekeringspremies laag te houden. Het bedrag is inmiddels gestegen van 150 euro in 2008 naar 385 euro nu. Goed idee of duurkoop? 'De ellende komt op mijn bord terecht.'

Tijdens de nascholing die hij gisteren gaf aan huisartsen, heeft dermatoloog Menno Gaastra van Centrum Oosterwal in Alkmaar en de Noordwest ziekenhuisgroep in Alkmaar en Den Helder het er nog uitvoerig over gehad: de patiënten die vanwege het eigen risico niet naar de medisch specialist verwezen willen worden. 'Een op de vijf mensen krijgt huidkanker, de meest voorkomende kanker in Nederland. Het zijn vooral oudere mensen en

financieel zwakkeren die zeggen: weet je, dat plekje valt nog best mee, het zit er pas. Of ze vragen de huisarts of die het kan weghalen. Patiënten verzinnen van alles om niet naar de medisch specialist te hoeven.'

Orthopedisch chirurg Rob Nelissen van het LUMC Leiden, tevens voorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), is niet overtuigd dat patiënten zorg uitstellen door het eigen risico. 'Zelf kom ik die effecten niet tegen in mijn spreekkamer. Ook collega's zien het niet.' Omdat hij toch wilde weten of er iets over deze effecten bekend is, sloeg Nelissen de cijfers erop na. Zoals die uit het NIVEL-rapport uit 2015 (zie kader op de volgende pagina, red.). 'Dan blijkt dat het percentage zorgmijding voor de orthopedie sinds 2008, toen het eigen risico werd ingevoerd, niet is toegenomen. Misschien komt dat omdat je pijn aan knie of heup voelt bij elke stap die je zet. Dan ben je sneller geneigd om langs te gaan bij de medisch specialist.' ▶



Wat speelt er?

- Het eigen risico is het bedrag dat een patiënt eerst zelf betaalt voordat de zorgverzekeraar de kosten vergoedt.
- Het eigen risico is in 2008 ingevoerd om mensen bewuster te maken van de zorgkosten.
- De overheid stelt jaarlijks de hoogte van het eigen risico vast. In 2008 was dit 150 euro, in 2017 385 euro.
- Het eigen risico geldt alleen voor zorg vanuit de basisverzekering.
- Huisartsenzorg (ook de huisartsenpost), verloskundige zorg, kraamzorg, wijkverpleging en zorg voor jongeren onder de 18 jaar vallen niet onder het eigen risico.
- Het eigen risico wordt niet verrekend met de *eigen bijdrage*, het bedrag of percentage van de zorgkosten dat iemand zelf moet bijbetalen voor bijvoorbeeld medicijnen.

LHV: 'Geen drempels voor noodzakelijke zorg'

Voorlichter Kristof Franse van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV): 'De LHV constateert al langer dat zorgmijden steeds zorgwekkender vormen aanneemt. Dat blijkt ook uit onderzoek dat de LHV in 2013 en 2014 heeft gedaan. Sinds 2014 gaat het steeds vaker om het niet opvolgen van een verwijzing naar het ziekenhuis of het niet doen van aanvullend onderzoek als lab- of röntgenfoto's. Financiële redenen spelen bij deze zorgmijding een belangrijke rol. Zo heeft 94 procent van de huisartsen regelmatig te maken met patiënten die zeggen geen geld te hebben om het doktersadvies op te volgen.

Hoewel uit het NIVEL-onderzoek uit 2015, over de aard en omvang van zorgmijding, geen directe link naar voren komt tussen de verhogingen van het eigen risico en de mate van zorgmijding, horen wij ook andere geluiden. In onze onderzoeken geven huisartsen aan dat de huidige hoogte van het eigen risico hen belemmert in het bieden van de juiste zorg aan een deel van hun patiënten. Als LHV hebben wij geen mening over het bestaan van het eigen risico. Dat zijn politieke keuzes. Wel vinden wij dat er geen onnodige drempels opgeworpen moeten worden voor noodzakelijke zorg.'

Remgeld

Nelissen vindt overigens dat patiënten zich bewust mogen zijn van de kosten van de gezondheidszorg. 'Een financiële prikkel kan daarbij helpen. In België werken ze met remgelden. Dat houdt in dat er van patiënten bij elk consult een eigen bijdrage wordt gevraagd, om overconsumptie in de gezondheidszorg te voorkomen. Dat leidt in België niet tot slechtere gezondheidszorg voor patiënten. Waarom zou dat in Nederland wel zo zijn? Daar komt bij dat patiënten die minder te besteden hebben, gebruik kunnen maken van zorgtoeslagen. En ik ken zorgverzekeraars waarbij je het eigen risico van 385 euro in maandelijkse termijnen mag betalen. Daarmee spreid je de last.' De dermatoloog ziet echter dagelijks de gevolgen van het uitstellen van zorg. Gaastra: 'De ellende komt op mijn bord terecht. Doordat patiënten langer wachten met hun zorgvraag, zie ik steeds complexere en vergevorderde vormen van huidkanker. Als die patiënten eerder waren gekomen, had ik ze beter kunnen behandelen.'



Gemiste diagnoses

Bovendien merkt Gaastra dat er diagnoses worden gemist nu patiënten langer bij de huisarts of de wijkverpleegkundige in zorg blijven. 'Ik zie veel patiënten met een open been. Dat kan komen door spataderen of ontstekingen aan de bloedvaten, maar ook door huidkanker. Die diagnose wordt nog wel eens over het hoofd gezien in de eerste lijn. Ik krijg daardoor mensen in zorg met grote gaten in hun benen, vanwege niet-onderkende huidkanker. Vroeger zag ik deze patiënten eerder. Ik kon dan een kleine operatie doen, de huid weer sluiten, en iemand kon verder met zijn leven. Nu moet ik soms ingrijpende én duurdere operaties uitvoeren, met meer risico op complicaties of restschade. Denk aan littekenvorming, meer risico op infecties en langere hersteltijd. Een patiënt is zo twee maanden uit de roulatie.'

Afschaffen

Een eenmalig consult bij de medisch specialist, buiten het eigen risico om, zou veel ellende voorkomen, denkt



‘Patiënten verzinnen van alles om het bezoek aan de medisch specialist uit of af te stellen’

Gaastra. ‘De huisarts stuurt een patiënt dan eenmalig door naar de dermatoloog. Die stelt de diagnose, en vervolgens komt de patiënt weer terug bij de huisarts. Je voorkomt daarmee dat zorg onnodig laat op gang komt.’ Rob Nelissen denkt dat er ook winst valt te behalen door patiënten beter te informeren over wat wel en niet onder het eigen risico valt. ‘Zelfs dokters zijn daar niet altijd goed van op de hoogte. Je zou een postercampagne kunnen starten in de wachtkamer van de huisarts. Dat lijkt me een verantwoordelijkheid voor de zorgverzekeraars, maar de Federatie en de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) kunnen hierin meedenken. Patiënten zien dan in één oogopslag welke zorg wel en niet vergoed wordt.’ Nóg beter zou het zijn om het eigen risico geheel af te schaffen, vindt Menno Gaastra. ‘Ik begrijp dat mensen best mogen weten dat zorg geld kost. Tegelijkertijd kiezen mensen er niet voor om ziek te worden. Dat is het kromme van het eigen risico. Je hebt de pech ziek te zijn, en dan moet je daar ook nog extra voor betalen.’ ●

NVAB: ‘Uitstel belemmert re-integratie’

Voorzitter Jurriaan Penders van de Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde (NVAB): ‘Het eigen risico is vooral een drempel voor mensen die met psychische klachten worden verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg (ggz). Aanvankelijk zijn ze in zorg bij huisarts of praktijkondersteuner. Dat valt binnen de zorg waarvoor geen eigen risico geldt. Maar zodra er een indicatie komt voor verwijzing, gaat het mis. Dat speelt vooral bij mensen uit lagere sociaaleconomische klassen, die vaak ook schulden hebben. Ze gaan de zorg uit- of zelfs afstellen. Ze blijven doormodderen en krijgen niet de zorg die ze nodig hebben. Het gevolg is dat ze hun professioneel functioneren ook niet op de rit krijgen. Daardoor kunnen ze niet re-integreren in werk. En hoe langer je uit het arbeidsproces bent, hoe groter het risico dat je daar niet meer in terugkomt. Juist uitstel van behandeling in die eerste ziekteperiode, door de drempel van het eigen risico, belemmert het herstel.’



Doorbraak

'Kanker begint en eindigt bij mensen. Door alle wetenschappelijke abstractie kun je dat basale idee wel eens uit het oog verliezen. Artsen behandelen ziekten, maar ze behandelen ook mensen, en daardoor worden ze in hun professionele bestaan soms in twee richtingen tegelijk getrokken.'

(June Goodfield, Brits historicus en wetenschapper)

'Wondermiddel', 'revolutionaire ontwikkelingen' en 'doorbraak'. De superlatieven in de medische pers en later in de publiekspers laten weinig aan de verbeelding over. Met immunotherapie is de laatste jaren een belangrijke behandelmogelijkheid aan het oncologisch arsenaal toegevoegd. Dat biedt hoop aan vele huidige en vooral toekomstige patiënten.

Wie de resultaten kritisch bekijkt bij bijvoorbeeld longkanker, ziet ontegenzeggelijk een keerzijde. Zo profiteert bij het niet-kleincellig longcarcinoom (NSCLC) ongeveer twintig procent van de patiënten van de therapie; overigens met een overtuigende extra *overall survival*. De overgrote meerderheid zal geen baat hebben bij de therapie en op dit moment is nog deels onduidelijk hoe vooraf goed geselecteerd kan worden wie profijt zal hebben.

Vooralsnog betekent de diagnose longkanker voor het grootste gedeelte van de patiënten dat het toekomstperspectief beperkt is. Aan hen zullen al die revolutionaire ontwikkelingen voorbij gaan. Als specialist in longkankerzorg heb ik daarom gemengde gevoelens over al te positieve berichtgeving in publieksmedia. Natuurlijk wacht ook ik op de zo gewenste vooruitgang, maar ik kan niet ontkennen dat mijn maag ineen krimpt als bij *De Wereld Draait Door* geroepen wordt dat longkanker misschien wel een chronische ziekte wordt. Ik vraag me af welk hoger doel daarmee gediend wordt, want de patiënt van nu zal niet of beperkt profiteren en de patiënt van de toekomst bestaat simpelweg nog niet.

Bij het starten met nieuwe middelen zal elke arts een zekere terughoudendheid ten aanzien van effectiviteit bespreken. Diezelfde terughoudendheid verdient een plaats in media-optredens. Juist dát is goede zorg.

Sander de Hosson, longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen

9 vragen en antwoorden over value based healthcare

Een gezonder systeem voor gezondheidszorg

Value based healthcare is *hip and happening*. Iedereen heeft het erover en steeds meer ziekenhuizen willen werken volgens de principes van deze waardegedreven zorg. Maar wat is het precies? Wat heb je eraan en hoe kun je het inzetten in je eigen praktijk? De Medisch Specialist zet de belangrijkste vragen en antwoorden op een rij.

Waar hebben we het over als het gaat om value based healthcare (vbhc)?

Over een gezondheidssysteem dat vraagt radicaal anders te kijken, namelijk door de gezondheidsuitkomsten centraal te stellen. De *value* is kort gezegd: doen wat van waarde is voor de patiënt, en over het gehele zorgtraject de werkelijk gemaakte, individuele kosten berekenen.

Grondleggers van dit concept Michael Porter en Elisabeth Teisberg beargumenteren in het boek *Redefining Healthcare* dat de meeste systemen in de gezondheidszorg verkeerd zijn ingericht door sturing op volume, op budget of op ingewikkelde tariefsystemen. Dat leidt tot allerlei uitwassen: overbehandeling, onderbehandeling, verschillende uitkomsten, 'silo's' als eerste en tweedelijnszorg, perverse financiële prikkels, dubbele of onnodige behandelingen en oncontroleerbare en oplopende kosten. Met als grootste minpunt: de waarde voor de patiënt en de maatschappij – degenen die de zorg betalen – neemt niet of te weinig toe.

Het uitgangspunt van een 'gezond gezondheidszorg-systeem' is volgens Porter en Teisberg een focus op betere uitkomsten voor patiënten. Hierdoor nemen de hierboven genoemde ongewenste effecten af.

Maar wat moet je dan meten?

Alleen uitkomsten van zorg meten en daarover kosten berekenen is niet voldoende. 'Je moet meten wat van belang is', zegt hoogleraar Kwaliteit en uitkomsten van de zorg Jan Hazelzet van het Erasmus MC. 'Kies dus medische uitkomstindicatoren die antwoord geven

op vragen van de patiënt, zoals de overleving, (het uitblijven van) complicaties en de mate, tijdsduur en duurzaamheid van herstel. Bovendien wordt het zo mogelijk om behandelingen of ziekenhuizen onderling te vergelijken.' Naast de medische uitkomsten tellen de effecten die de patiënt ervaart op het gebied van kwaliteit van leven. ▶



Hazelzet: 'Dat kun je per ziekte verder uitsplitsen naar bijvoorbeeld pijn, de mate waarin iemand kan functioneren of dagelijkse activiteiten kan oppakken of wat de behandeling doet met het zelfbeeld. Een voorbeeld: een ingreep aan de prostaat kan medisch gezien succesvol zijn, maar door de patiënt niet als zodanig worden ervaren als die er incontinentieproblemen aan overhoudt, regelmatig terug moet naar het ziekenhuis of er seksuele disfunctie optreedt.'

Daarom wordt naast de medische uitkomstindicatoren gebruik gemaakt van *patient reported outcome measures* (PROMs): gevalideerde, eenvoudige vragenlijsten voor patiënten, die inzicht geven in de effectiviteit van de geleverde zorg over onderwerpen die patiënten van belang vinden. En dan zijn er nog de PREMs (*patient reported experiences measures*),

'Het gesprek gaat weer over de inhoud, namelijk hoe de patiënt zich beter kan voelen'



die gaan over de ervaringen met het zorgproces en ingaan op onderwerpen als patiëntenparticipatie, samenwerking, nazorg, bejegening en informatie. Met deze drie maatstaven is tot een gewogen oordeel te komen, dat zowel recht doet aan het perspectief van de dokter als van de patiënt.

Dat is de ene helft van 'waardegedreven'. Hoe zit het met andere helft: de kosten, en vooral de kostenreductie?

Meten is sturen. De medische uitkomstindicatoren en de feedback uit de PROMs en PREMs vormen het startpunt om te *benchmarken*, kwaliteit te vergelijken en te kijken waar patiëntgerichte verbetering mogelijk is in de dagelijkse praktijk. Dat kan leiden tot kostenreductie, omdat met deze informatie een afweging gemaakt kan worden op het kostenaspect. Wel vraagt deze manier van werken geduld: het duurt een paar jaar voordat je de kosten aantoonbaar kunt meten. Tenslotte moet eerst bekend zijn wat relevante uitkomsten zijn, en wat wel en niet gemeten moet worden en moeten er netwerken gemaakt worden om de complete kosten in beeld te krijgen. Vervolgens is het zaak om met zorgverzekeraars te onderhandelen over deze nieuwe manier van zorgbekostiging.

Goed punt. Zijn er al Nederlandse ziekenhuizen die met vbhc werken?

Volop zelfs. De zeven Santeon-ziekenhuizen lopen voorop: zij hebben al ruim vijf jaar ervaring met vbhc en hebben afspraken gemaakt met zorgverzekeraar Menzis over de bekostiging. Het Erasmus MC zit eveneens in de kopgroep en heeft afspraken met Zilveren Kruis. Ook niet onvermeld mag Bernhoven blijven, dat haar werkwijze drie jaar geleden radicaal omgooide naar waardegedreven zorg en afspraken maakte met zorgverzekeraars CZ en VGZ. Andere ziekenhuizen die een of meerdere projecten hebben lopen zijn onder meer het Radboudumc, het Maastricht UMC+, het Spaarne Gasthuis, het Catharina Ziekenhuis, het Isala en het OLVG en de Noordwest Ziekenhuisgroep. De lijst is nog veel langer en groeit snel: steeds meer ziekenhuizen en behandelcentra starten ermee. Ook het aantal symposia, congressen en publicaties stijgt explosief.

En wat zijn de ervaringen?

In het Erasmus MC is een start gemaakt met dertig zorgpaden, onder meer voor CVA, schisis, mammacarcinoom en maculadegeneratie. Hazelzet: 'Dit vraagt wel een omslag in denken; van specialisme-gedreven zorg naar patiënt-gedreven zorg. Zo gaat een patiënt niet langer naar de neuroloog, maar naar bijvoorbeeld het CVA-team. Dit team bepaalt zelf de zorgprotocollen, de uitkomstmaten en hoe lang er wordt gemeten. Het team gaat ook de kosten bijhouden. Van de ziekenhuiszorg én van andere behandelaars.' Hazelzet spreekt dan ook niet over ketenzorg, maar van geïntegreerde zorg.

‘Het ziekenhuis is slechts een schakel in het geheel van geïntegreerde zorg’

‘Het ziekenhuis is slechts een schakel in het geheel. Andere behandelaars, zoals de fysiotherapeut, de wijkverpleegkundige of van het verpleeghuis en het revalidatiecentrum, horen ook thuis in het team.’

Dit is een voorbeeld uit de academie. Werkt het in elk ziekenhuis zo?

Nee. De basisgedachte is overal hetzelfde, maar veel ziekenhuizen kiezen hun eigen invulling. ‘Wij zijn erg gecharmeerd van het model dat het Karolinska ziekenhuis in Stockholm al ziekenhuisbreed heeft ingevoerd’, vertelt uroloog en voorzitter van de medische staf Arjen Noordzij van het Spaarne Gasthuis. ‘Wel zagen we meteen dat dit model enorme consequenties heeft op elk onderdeel van de bedrijfsvoering: de uitvoering van zorg, maar ook financieel en in de samenwerking

met de eerste lijn. Daarom hebben we besloten het niet meteen op alle afdelingen in te voeren, maar te starten met drie *pilots* en die uit te werken in overleg met het Karolinska.’

Het Spaarne Gasthuis koos voor projecten rond de geboortezorg, geriatrie en rond palliatieve zorg, omdat daar al transmurale verbanden liggen. Nucleair geneeskundige Ton Zwijnenburg, voorzitter van het MSB: ‘Deze pilots leren ons veel over hoe we schotten verder kunnen opheffen en transmuraal en multidisciplinair kunnen werken. We nemen afscheid van de klassieke indeling in vakgroepen, maar delen de zorg op in patiëntgroepen geënt op een zorgvraag. Dat kan ‘geboortezorg’ zijn, maar straks ook ‘lage rugpijn’ of ‘buikpijn’. In elk team zitten een of meerdere artsen, verpleegkundigen en andere behandelaars – ook van buiten het ziekenhuis. Daarnaast zit er altijd een patiënt(vertegenwoordiger) aan tafel die meepraat over wat patiënten belangrijk vinden. Samen bepalen zij de klinische indicatoren. Verder zit er in elk team een epidemioloog die bekijkt hoe we kunnen meten op wetenschappelijke gronden en een ict’er die meedenkt over hoe we systemen op elkaar kunnen laten aansluiten.’ ▶





‘Niet behandelen kan ook waardevol zijn’

Zijn er al resultaten?

Dat is wat snel. Wel zijn er opmerkelijke eerste bevindingen. Noordzij: ‘De pilot geriatrie richt zich op oudere patiënten met een gebroken heup. Al snel merkten we dat er minder patiënten worden geopereerd. Nu we uitgaan van het echte probleem van de unieke patiënt en ook factoren als dementie, de kans op delier en verder afglijden en persoonlijke voorkeuren meeweegt en samen bespreekt, zien we dat meer patiënten liever kiezen voor pijnstilling of andere opties. Niet-behandelen kan dus heel waardevol zijn. Bij de geboortezorg merken we door de andere werkwijze dat de systemen van verloskunde en het epd van het ziekenhuis niet met elkaar communiceren en er eilandjes ontstaan. Daar werken we nu aan één app waar patiënt, verloskundige en ziekenhuis alle drie in kunnen.’

Het klinkt bijna te mooi om waar te zijn. Zijn er geen valkuilen? Adders onder het gras?

‘Het vraagt een cultuuromslag, reageert Hazelzet. ‘Een voorbeeld: patiënten van het mammateam vullen twee weken voorafgaand aan een consult een vragenlijst in. Het gesprek gaat dan over de dingen die er voor de patiënt werkelijk toedoen en je ziet dat ‘samen beslissen’ ook in het concept besloten ligt.

Maar je moet er wel tijd voor inbouwen in je spreekuur. Daarnaast moet je de gegevens voor de uitkomst-indicatoren verzamelen en invoeren, zodat die straks zijn te benchmarken met andere umc’s en internationaal. Dus in eerste instantie komt er meer registratielast. Verder is het nog zoeken naar vormen van samenwerking en bekostiging en vraagt het ook van ziekenhuisorganisaties andere manieren van werken. Voor die zaken zijn nog geen panklare oplossingen.’

Bij het Spaarne Gasthuis ziet Noordzij het draagvlak onder de medische staf en het verplegend personeel als valkuil. ‘Enerzijds zeggen mensen: je kunt hier niet omheen. Maar dat er zoveel consequenties aan zitten, roept weerstand op. Om het goed uit te rollen, moeten de structuren eromheen kloppen. Daarom is het verstandig dat op verschillende plekken in het land wordt geëxperimenteerd en de resultaten daarvan worden gedeeld. Dan weten we straks wat echt werkt en kunnen we met de zorgverzekeraars in gesprek.’

Samenvattend: wat is de toekomst van waardegedreven zorg?

Het is al de toekomst, vinden de specialisten en ziekenhuizen die ermee bezig zijn. Het concept van vbhc sluit bovendien naadloos aan op de toekomstvisie van de Federatie, vertelt Noordzij, die ook lid was van de commissie Medisch Specialist 2025. ‘Alle thema’s, van arts-patiëntrelatie, netwerkgeneskunde en innovatie komen erin terug. Preventie is eigenlijk de ultieme vorm van vbhc. Zelfs op dat gebied zie je initiatieven ontstaan, zoals kno-artsen die op de basisschool voorlichting geven over harde muziek in oordopjes.’

Hazelzet is eveneens ervan overtuigd dat de beweging in gang is gezet. ‘Ik denk dat op langere termijn andere registraties afnemen omdat ze niet langer zinvol zijn, en dat patiënten zich meer betrokken en gehoord gaan voelen. De grootste winst is dat het gesprek weer over de inhoud gaat. Nu behandelen we een patiënt volgens een lijstje en kan de medische uitkomst verbeterd zijn, terwijl de patiënt zich nog net zo moe voelt. In de dagelijkse praktijk wil je vooral dat de patiënt zich opgeknapt voelt. Als je daar samen aan kunt werken, doe je waarvoor je als dokter bent opgeleid en heb je meer plezier in je werk.’ ●



Substitutie: geld volgt de zorg

Dát substitutie naar de eerste lijn nodig is, dáár is iedereen het over eens. En ook over het feit dat die beweging nog niet goed op gang komt. De grote vraag hierbij is: moet het geld de zorg volgen of de zorg het geld?



Cardioloog Marcel van der Linde:

‘D e vraag is eigenlijk: waar kan de patiënt ‘op de juiste plaats, op de juiste tijd en door de juiste zorgverlener’ worden behandeld? Dan volgt de zorg de patiënt, en het geld de zorg. Het geld volgt dus de patiënt. Om die juiste plek te bepalen, moeten huisartsen en medisch specialisten lokale samenwerkingsafspraken maken. Daarbij is het van belang om een projectplan op te stellen en dat te toetsen bij betrokken zorgverleners, zorginstellingen en zorgverzekeraars.

Dat gebeurt deels al lokaal, maar er moeten op landelijk niveau ook een aantal belemmeringen worden opgelost. Ten eerste is substitutie niet adequaat gefinancierd. Met een landelijk budget om lokale initiatieven te financieren, wordt investeren in doelmatigheid beloond. Daarnaast zou de NZa de ‘meekijkconsulten’ moeten vervangen door bruikbare landelijk uniforme e-health prestaties, en moet VWS meters maken met het digitaal kunnen uitwisselen van patiëntgegevens. Dat is al heel lang een probleem, terwijl het voor ketenzorg essentieel is.

Overigens zitten we zelf niet stil: de Werkgroep *Substitutie van zorg* van de Federatie, waarvan ik voorzitter ben, heeft samen met de LHV de handreiking *Substitutie van zorg* gepubliceerd. Daarin staan concrete handvatten voor de organisatie en financiering van substitutie en een praktische checklist om projecten op te zetten.”



De Handreiking *Substitutie van zorg* vindt u via:
www.demedischspecialist.nl/substitutie.



Huisarts Anneke Bouma-van der Ploeg:

‘I n de regio Veghel-Uden-Oss zijn de huisartsen en ziekenhuis Bernhoven samen verantwoordelijk voor goede zorg aan 265.000 mensen. Daarom hebben we gekozen voor intensieve samenwerking. Leidend bij de afspraken over wie wat doet, is de kwaliteit van zorg voor de patiënt.

In 2014 zijn we begonnen met substitutie bij patiëntengroepen met hoge volumes. Zo hebben de cardiologen de afgelopen jaren drieduizend patiënten terugverwezen. En door het gezamenlijke spreekuur met de dermatoloog hoeft tachtig procent van die patiëntengroep niet naar het ziekenhuis. COPD-patiënten starten juist met een traject in de tweede lijn voor optimale diagnostiek en behandeladvies, en de eerste lijn doet de verdere begeleiding. Geen substitutie dus, maar wel kwaliteit en op de lange duur minder uitgaven.

Om de omslag te maken hebben de huisartsen subsidie gekregen van de zorgverzekeraars vanuit Versterking Eerstelijns Zuid-Nederland (VEZN). In die zin volgt de zorg het geld. Maar het is ook inzien dat het om een gedeelde verantwoordelijkheid gaat en ‘gewoon beginnen’; geld volgt de zorg. Hoewel: ook al heeft chronische zorg een continuüm van zorg nodig, er is nog geen continuüm van financiering. Van die gescheiden stromen moeten we af. Ik zou daarvoor liever een ‘lijnloze’ financiering hebben en samen het geld verdelen daar waar je het nodig hebt.”

Wetenschaps- en innovatieprijs voor bevlogen onderzoekers

Prijzenswaardig onderzoek

Met het instellen van de nieuwe Wetenschaps- en Innovatieprijs wil de Raad Wetenschap & Innovatie van de Federatie goed onderzoek stimuleren en de rol van de medisch specialist als onderzoeker meer voor het voetlicht brengen. De genomineerden over onderzoek, succesfactoren en de kracht van samenwerking.

'Wereldwijd zijn de richtlijnen nu aangepast'

Radioloog Wim van Zwam en neuroloog Robert van Oostenbrugge van het MUMC+ in Maastricht hebben onderzoek gedaan naar het effect van een nieuwe behandeling van het herseninfarct. Voor deze MR CLEAN-studie won hun onderzoeksgroep afgelopen maart de Wetenschaps- en Innovatieprijs.

Onderzoek

Van Oostenbrugge: 'Tot voor kort kregen patiënten met een acuut herseninfarct – die binnen vierenhalf uur in het ziekenhuis waren – een middel ingespoten dat stolsels oplost. Maar dit had een matig effect: het werkt slechts bij

één op de tien patiënten.'

Van Zwam: 'Onze groep heeft een techniek onderzocht die het mogelijk maakt het bloedvat snel en veilig te openen door het stolsel te verwijderen met een katheter via de lies. Het blijkt dat patiënten met die behandeling

een veel grotere kans hebben op herstel. Wereldwijd zijn de richtlijnen nu aangepast.'

Succesfactoren

Van Zwam: 'Een goede samenwerking is essentieel voor een geslaagd onderzoek. Wij werkten samen met een grote groep radiologen en neurologen uit verschillende academische en niet-academische ziekenhuizen. Natuurlijk vergt het soms wat diplomatie om dat voor elkaar te krijgen. Zo kregen we in het begin weleens te maken met centra die zeiden: we doen het liever zelf. Gelukkig konden we hen overtuigen dat je gezamenlijk een veel beter resultaat behaalt.'

Van Oostenbrugge: 'Tijdens het onderzoek was sprake van een groot wederzijds respect tussen de verschillende vakgebieden. In onze publicaties hebben we de promovendi als eerste vermeld, omdat zij een cruciale rol vervulden. In het buitenland keek men daar vreemd van op: bij dergelijke onderzoeken zie je dat de grote namen vaak vooraan staan. Dit voorbeeld schetst de kracht van onze samenwerking.'



Wim van Zwam (links) en Robert van Oostenbrugge

'Deze studie heeft genetica bij de perifere dokter gebracht'

Grensverleggend

Van Oostenbrugge: 'De *New York Times* noemde ons onderzoek een *game changer*. Voor het eerst is aangetoond dat deze behandeling zinvol is voor patiënten met dit probleem.'

Van Zwam: 'Alle ziekenhuizen in Nederland die deze behandeling kunnen uitvoeren, hebben meegedaan mee aan het onderzoek. Daarnaast heeft de minister een wet uitgevaardigd waarin ze stelde dat de behandeling alleen werd vergoed als een patiënt deelnam aan de studie. Behoorlijk uniek.'

Erkenning

Van Oostenbrugge: 'Het is goed dat de Federatie uitdraagt dat medisch specialisten met wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan verbeteringen en innovatie in de zorg. In de selectie is onder andere gekeken naar samenwerking en multidisciplinariteit, ongelooflijk belangrijke aspecten voor goed onderzoek.'

Van Zwam: 'Eigenlijk is het jammer dat er maar drie onderzoeken zijn genomineerd, want er wordt zoveel goed onderzoek gedaan in Nederland – kijk alleen al naar het aantal inzendingen: dat waren er 128. Deze prijs is echt een erkenning voor dat werk.'

Klinisch geneticus Anja Wagner van het Erasmus MC in Rotterdam deed onderzoek naar het effect van genetische screening op het Lynch-syndroom, de belangrijkste aanleg voor darm- en baarmoederkanker. Deze LIMO-studie was een initiatief van vier afdelingen van het Erasmus MC én een samenwerkingsverband met een aantal perifere ziekenhuizen.

Onderzoek

'Er bestonden al richtlijnen om het Lynch-syndroom zo efficiënt mogelijk op te sporen, maar in de praktijk werden die te weinig nageleefd. Bovendien was de leeftijdsgrens vijftig jaar, terwijl van twee van de vier erfelijke factoren voor het Lynch-syndroom bekend is dat deze zich veelal pas boven de vijftig jaar openbaren. Onze gedachte: als we iedere vrouw tot zeventig jaar met baarmoederkanker screenen op het Lynch-syndroom, en de patholoog direct weefselonderzoek laten doen, kunnen draagsters met een erfelijke aanleg beter en sneller geïdentificeerd worden. In de praktijk bleek dat bijna alle vrouwen met een risico op het Lynch-syndroom boven de vijftig waren. Het onderzoek speelt daarmee een belangrijke rol in de preventie en vroegtijdige opsporing van met name darm- en baarmoederkanker.'

Succesfactoren

'Je bereikt niets met een groep die onderling competitief is en waarin betrokkenen alleen bezig zijn met hun eigen gewin. De gunfactor is de basis van een geslaagd onderzoek. Je moet het gezamenlijke belang voor ogen houden.'

Grensverleggend

'Tegenwoordig vinden we het normaal dat er weefselonderzoek naar erfelijke afwijkingen wordt gedaan, maar tien jaar geleden – toen wij met dit onderzoek begonnen – lag dat nog gevoelig. Dit onderzoek maakte dus heel wat los: mocht dat zomaar, en hadden patiënten vooraf geen *counseling* nodig? Het heeft ertoe geleid dat de landelijke richtlijn is gewijzigd. Als een medisch specialist nu een pathologisch onderzoek aanvraagt, moet hij patiënten informeren dat er ook erfelijke afwijkingen naar voren kunnen komen. Een andere grote verandering is dat erfelijke kanker tot dan toe iets academisch was. Deze studie heeft genetica ook bij de perifere dokter gebracht.'

Erkenning

'Ik vind het ontzettend goed dat er aandacht is voor medisch specialisten die onderzoek doen, juist omdat zij vaak moeten schipperen met hun tijd – de patiëntenzorg gaat immers altijd voor. De dokter-onderzoeker draagt enorm veel bij aan de implementatie van kennis en zorg, maar werd in mijn ogen altijd een beetje onderbelicht. Dat daar met deze prijs nu waardering voor wordt uitgesproken, vind ik erg leuk en stimulerend.' ▶



Anja Wagner

'Onderzoeksbelang gaat altijd boven eigenbelang'

Maag-darmchirurg Djamila Boerma van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein deed onderzoek naar de effectiviteit van een nieuwe behandeling van pancreatitis, acute alvleesklierontsteking. Aan deze Poncho-trial deden verschillende disciplines en ziekenhuizen mee.

Onderzoek

'Een acute alvleesklierontsteking wordt doorgaans veroorzaakt door galstenen die klem komen te zitten in de afvoergang van de galwegen en de alvleesklier. Voorheen was de procedure dat de galblaas na zes weken werd verwijderd, maar tijdens deze studie onderzochten we of het beter was dat meteen te doen. De conclusie luidt dat je inderdaad niet moet wachten. In de tussentijd kunnen namelijk klachten opspelen, zoals pijn aanvallen. Die vermijd je door direct te opereren. Patiënten liggen bovendien minder lang in het ziekenhuis en gaan eerder weer aan het werk. Er is dus gezondheidswinst voor patiënt én maatschappij. Inmiddels is deze werkwijze als standaardbehandeling opgenomen in de richtlijn.'

Samenwerking

'Wij hebben een heel mooi samenwerkingsverband tussen academische en niet-academische

ziekenhuizen in heel Nederland. Onze groep bestaat uit onderzoekers van verschillende disciplines met één gemeenschappelijke interesse: pancreatitis. Die kruisbestuiving maakt de samenwerking vruchtbaar. Als we een protocol bespreken, komt er vanuit alle disciplines commentaar tot er een versie is waar iedereen zich in kan vinden. Ik denk dat die soepele samenwerking een van de redenen is geweest om genomineerd te worden voor de Wetenschaps- en Innovatieprijs.'

Succesfactoren

'Bij een onderzoek is het funest als je vanuit je ego gaat handelen en bijvoorbeeld per se als eerste auteur opgevoerd wilt worden. Je moet het elkaar gunnen dat je een publicatie hebt waarin een ander voor- of achteraan staat, en jijzelf ergens in het midden. Bij een volgend onderzoek kunnen die rollen weer omgedraaid zijn. Kortom: het onderzoeksbelang staat altijd boven eigenbelang.'

Erkenning

'In de dagelijkse praktijk wordt onderzoek nauwelijks gehonoreerd: medisch specialisten verdienen hun geld met patiëntenzorg, niet met wetenschap of een titel. Er is kortom weinig concrete waardering anders dan dit soort prijzen. Dankzij de Wetenschaps- en Innovatieprijs krijgen artsen erkenning dat hun onderzoekswerk belangrijk is. Onze onderzoeksgroep is alweer bezig met een nieuwe studie; het zou mooi zijn als we volgend jaar weer mee kunnen doen.' ●

De Raad Wetenschap & Innovatie

De Raad Wetenschap & Innovatie zet zich in voor een beter functionerend wetenschappelijk klimaat en een duidelijke rol voor de medisch specialist als onderzoeker. De Raad stimuleert samenwerking in het onderzoeksveld en zoekt aansluiting bij initiatieven om belemmeringen weg te nemen. Momenteel werken raadsleden aan een *position paper*, onder andere over wetenschappelijke integriteit en maatschappelijk relevant onderzoek.



Lees meer op: www.demedischspecialist.nl/federatie/wetenschap-innovatie.



Djamila Boerma

Visiedocument volop in de spotlights

Van nieuwsberichten tot aan radio-interviews: de afgelopen maanden is er veel media-aandacht geweest voor het visiedocument *Medisch Specialist 2025*. Manager Communicatie Lilian Jansen van de Federatie vertelt aan hand van drie steekwoorden hoe dat mediaproces is verlopen.

Aanleiding

Hoewel het visiedocument *Medisch Specialist 2025* van de Federatie Medisch Specialisten begin dit jaar al werd gepresenteerd, kwam het pas in maart breed in de pers. Dat had alles te maken met het Federatiecongres op 14 maart jongstleden, vertelt Lilian Jansen. 'Tijdens het congres is de visie daadwerkelijk gepresenteerd en vertelden verschillende toekomstvisionairs over hoe de zorg er anno 2025 uit zou moeten zien.' Voorafgaand aan het congres verstuurde de Federatie een persbericht met uitnodiging naar verschillende media. Die werkwijze had effect: op het congres waren onder meer *Medisch Contact*, *Zorgvisie*, *BNR Nieuwsradio* en *Het Financieele Dagblad* aanwezig.

Werkwijze

Ook het radioprogramma *De Ochtend* op NPO Radio 1 werd getriggerd door het persbericht. 'Die week werden immers de Tweede Kamerverkiezingen gehouden. Het bleek een goede combinatie: politieke vraagstukken over hoe je de zorg kwalitatief hoog en betaalbaar houdt, komen namelijk terug in het visiedocument. Dat resulteerde in een radio-interview met algemeen voorzitter Marcel Daniëls over het Federatiecongres, het visiedocument en toekomstige zorgthema's.'

Daar bleef het niet bij: ook *BNR Nieuwsradio* nam contact op met de Federatie. Jansen: 'Zij wilden een item hoe je als arts en patiënt omgaat met het spreekuur van de toekomst. Een onderwerp dat nauw aansluit op het thema arts-



patiëntrelatie. Opnieuw werd Marcel Daniëls uitgenodigd, dit keer samen met Marjolein Kremers, voorzitter van *De Jonge Specialist*.'

Dan waren er nog de positieve reacties van buitenstaanders. 'Zo schreef directeur Kim Putters van het Sociaal Cultureel Planbureau lovend over onze visie in een ingezonden stuk in *Het Financieele Dagblad*. Een mooie opsteker', aldus Jansen.

Volgens Jansen was er dankzij bovenstaande voorbeelden op meerdere niveaus veel aandacht voor de visie. 'Je wilt laten zien dat dokters niet alleen bezig zijn met de dagelijkse praktijk, maar breder kijken en meedenken over hoe de zorgkwaliteit in de toekomst kan worden behouden. Bovendien gaan zaken als de arts-patiëntrelatie en de toenemende samenwerking tussen medisch specialisten

en eerstelijns zorgverleners iedereen aan.'

Resultaat

Jansen is tevreden over alle media-aandacht tot nu toe. 'Maar we willen aantoonbaar de beste zorg in 2025, dus ook in de toekomst blijft de visie een bruikbaar document om zorgthema's aan te kaarten. We hebben bijvoorbeeld net de handreiking *Substitutie van zorg* aangeboden aan het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Daarin staat concreet omschreven hoe medisch specialisten en huisartsen beter kunnen samenwerken, een onderwerp dat past binnen het thema netwerkgeneeskunde. Maar het visiedocument wordt ook meegewogen als er nieuwe Zorgakkoorden gesloten moeten worden. Dat is het mooie: je kunt er steeds op terugvallen.' MD



U vindt het visiedocument op: www.demedischspecialist.nl/ms2025.

Revalidatiegeneeskunde: advies op de OK, behandelnetwerken en expertise-overleg

‘Dit vak kan niet zonder netwerken’

Medisch specialisten opereren steeds meer in netwerken. Voor revalidatieartsen is netwerkgeneeskunde niets nieuws onder de zon: zij lopen voorop in het vormen van zorgnetwerken en overlegstructuren. Binnen én buiten het ziekenhuis.

Waar andere medisch specialisten zich vooral richten op de behandeling van ziekten of aandoeningen, kijkt de revalidatiearts met name naar het functioneren van een patiënt. ‘Natuurlijk speelt het somatische aspect mee, het gaat immers vaak om problemen met het houdings- of bewegingsapparaat’, vertelt kinderrevalidatiearts Peter de Koning van Heliomare Revalidatie. ‘Maar de focus ligt op de kwaliteit van leven en dan gericht op het functioneren.

Een patiënt moet in zijn dagelijkse leven zo min mogelijk last hebben van de gevolgen van een aangeboren of verkregen aandoening.’ Volgens De Koning onderscheidt deze visie zich van andere medisch specialisten. Hij geeft een voorbeeld: ‘Als iemand krachtverlies ervaart in zijn hand door niet-aangeboren hersenletsel, kun je meten hoeveel kracht hij nog heeft. Maar de revalidatiearts wil weten of die kracht voldoende is om bijvoorbeeld zelfstandig te koken, auto te rijden of te werken.’

Vroeg in beeld

De revalidatiegeneeskunde kent een brede patiëntenpopulatie, verspreid over revalidatiecentra en ziekenhuizen in heel Nederland. Revalidatiearts Natasja Jelsma van het Rode Kruis Ziekenhuis ziet dan ook patiënten in alle soorten en maten. ‘Een groot deel daarvan kampt met chronische pijnklachten, maar ik zie ook mensen met niet-aangeboren hersenletsel, neuromusculaire aandoeningen en eigenlijk alles wat daartussen zit.’ In sommige gevallen wordt Jelsma op de intensive care ingeschakeld voor vroege consultatie gericht op de revalidatie later in het proces. ‘Zo kijk ik regelmatig mee op de OK van het Brandwondencentrum, bijvoorbeeld als een advies nodig is over het al dan niet behouden van een ledemaat.’

Voorheen kwam de revalidatiearts pas in beeld als andere medisch specialisten ‘klaar’ waren met een patiënt. Zonde, vindt Jelsma. ‘Juist door onze holistische aanpak is het zinvol ons al vroeg in het zorgproces te betrekken.’ Ze schetst een mooi voorbeeld dat zich voordeed tijdens het gezamenlijke diabetische voetspreekuur met een vaatchirurg. ‘Een patiënt kampte met een chronische wond bij een Charcotvoet. Ze was al door veel dokters onderzocht en zat ondertussen zelfs in een rolstoel. We hadden zo nóg maanden kunnen doorgaan. Toen heb ik



Revalidatiearts Natasja Jelsma:

‘Een netwerk maakt dat je precies weet waar je moet zijn voor optimale zorg aan de patiënt’



Peter de Koning en Natasja Jelsma

voorgesteld om het onderbeen te laten amputeren. De patiënt zou dan een prothese krijgen en verder kunnen met haar leven. Een vrij rigoureuze beslissing, maar het laat zien dat je als revalidatiearts vooral kijkt naar hoe een patiënt het meest optimaal kan functioneren in het dagelijks leven, in plaats van te blijven focussen op het herstel van één deel. Nu kan deze vrouw weer lopen.' Hoewel psychologische ondersteuning bij deze patiënt niet nodig bleek, heeft Jelsma een multidisciplinair revalidatieteam tot haar beschikking. 'Niet alleen binnen het ziekenhuis, maar ook in de eerste lijn. Je geeft als revalidatiearts advies én draagt samen met je netwerk zorg voor de hele route.'

Gestroomlijnd traject

Die multidisciplinaire samenwerking vindt ook De Koning een belangrijk pluspunt. 'Een diagnostisch, trainings- en ontwikkelingstraject kunnen prima naast elkaar lopen. Wat heet: je hebt je collega-specialisten nodig om goed geïnformeerd te zijn.' Dat traject verloopt heel gestroomlijnd, vertelt hij. 'Met de therapeuten uit het team – of uit de eerste lijn – schets je een beeld van de huidige situatie én de verwachtingen op het gebied van bewegen, communiceren, zelfredzaamheid, leervermogen en sociale vaardigheden. Samen met de gegevens over het ziektebeeld vormt dit de basis waarop je een interventieplan maakt.'

Deze manier van werken is kenmerkend voor de revalidatiearts, zegt Jelsma. 'Netwerken is onze *middle name*. We kunnen niet solitair werken, zeker niet nu de zorg zich steeds meer richting de wijk en thuis verplaatst. De revalidatiearts is per definitie een sparringpartner voor verschillende organisaties rondom een patiënt, van revalidatiecentra en medisch specialisten tot eerste-



lijns zorgverleners als huisartsen, fysiotherapeuten, ergotherapeuten en psychologen.' Zelf is Jelsma, naast haar werk als revalidatiearts, werkzaam als consultant in een verpleeghuis. 'In het ziekenhuis word ik geregeld door de neuroloog in consult gevraagd bij patiënten met een herseninfarct. Als ik zie dat klinische revalidatie in een revalidatiecentrum nog wat te hoog gegrepen is, kan ik samen met de neuroloog besluiten om op een lager tempo te starten en eerst voor een revalidatietraject in het verpleeghuis te gaan. Als consultant in het verpleeghuis kan ik de patiënt vervolgens samen blijven volgen met de specialist ouderengeneeskunde. Na een paar weken kunnen we alsnog gezamenlijk besluiten tot opname in een revalidatiecentrum. Zo'n netwerk maakt dus dat je precies weet waar je moet zijn als een patiënt bepaalde zorg nodig heeft.' ▶



Kinderrevalidatiearts Peter de Koning:

‘Een samenwerkingsverband opzetten vraagt meer toewijding dan af en toe een telefoontje tussendoor’

Netwerken op niveau

Die netwerken vormen zich overigens op meerdere niveaus, vertelt De Koning. ‘Naast het behandelnetwerk vindt bijvoorbeeld ook tussen revalidatieartsen onderling geregeld overleg plaats. Het gaat dan vooral om expertise-overleg; veel revalidatieartsen hebben namelijk een specifiek aandachtsgebied, zoals de revalidatie van mensen met dwarslaesie, een verworven hersenletsel, spierziekte of chronische pijnsyndromen.’

Beide artsen maken bovendien deel uit van en overlegstructuren die de zorgsector overstijgen. De Koning vertelt enthousiast over de zorgstandaard voor traumatisch hersenletsel voor kinderen en jongeren die onlangs op landelijk niveau is vastgesteld. ‘Dat document beschrijft op een heldere manier hoe zorg optimaal en integraal georganiseerd kan worden. In de acute fase en tijdens de revalidatie, maar eveneens op het gebied van onderwijs of zelfstandig wonen. Je ziet dan ook dat veel partijen hebben geparticipeerd: van kinderneurologen, -psychiaters, -revalidatieartsen en kinder- en jeugdartsen, tot vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen, gedragsdeskundigen van woonvormen, mensen uit het onderwijs, beleidsmakers en ouders.’

Op naar 2025

De revalidatieartsen zijn allebei erg te spreken over het visiedocument *Medisch Specialist 2025*. De Koning: ‘De toekomstvisie neemt de patiënt en zijn of haar functioneren in de maatschappij als uitgangspunt.



Dat sluit naadloos aan op revalidatiegeneeskunde. Daarnaast onderschrijft de visie het belang van netwerken. De effecten daarvan zien wij al dagelijks. Als een patiënt met een dwarslaesie na een lang traject weer thuis woont en in een later stadium nieuwe klachten krijgt, is het prettig als hij kan terugvallen op ‘zijn’ netwerk van dokters, fysiotherapeuten en wijkverpleegkundigen die in verband kunnen afstemmen waar die persoon op dat moment het beste af is. De patiënt hoeft dan niet helemaal opnieuw aan een zorgtraject te beginnen. Dat maakt de behandeling een stuk effectiever.’ Jelsma: ‘Nadat ik het had gelezen, dacht ik: dit gaat over ons. Wij werken al jaren zo en het gaat in de praktijk als een speer. Ik hoop dan ook dat de netwerkgeneeskunde veel navolging krijgt.’

Houd het klein

Gevraagd naar tips om dat in de praktijk te brengen, is het belangrijkste advies van Natasja Jelsma: begin niet te groot. ‘Het is ambitieus als je meteen twintig ziekenhuizen ergens bij wilt betrekken, maar niet haalbaar. Wie té snel wil groeien, raakt gefrustreerd wanneer het niet rap genoeg gaat. Kijk eerst welk onderwerp je raakt en wie je daar logischerwijs voor nodig hebt. Dan wordt je netwerk vanzelf een stukje groter.’

Ook toewijding en commitment spelen een belangrijke rol, vult Peter de Koning haar aan. ‘Ik bespeur veel enthousiasme bij collega’s als er een regionaal initiatief wordt opgezet, maar merk tegelijkertijd dat iedereen wel gewoon zijn productienormering wil halen. De kwaliteit van zorg wordt alleen beter als je van een informeel naar een formeel proces gaat, met een duidelijk stappenplan en afspraken. Dat vraagt echter wél een tijdsinvestering. Mensen zijn anders al snel geneigd om het op de ‘oude’ manier te blijven doen, met af en toe een telefoontje tussendoor. Dat is een valkuil en ook binnen ons eigen vakgebied valt er op dat gebied nog winst te behalen.’ ●

 [Meer over Federatiepartner VRA \(Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen\) vindt u op: https://revalidatiegeneeskunde.nl.](https://revalidatiegeneeskunde.nl)

Training medisch leiderschap voor opleiders

Eruit halen wat erin zit

Hoe leid je aios optimaal op in medisch leiderschap? Neuroloog Marijke Eurelings organiseerde samen met de Federatie een inspiratiesessie in het Spaarne Gasthuis voor (plaatsvervangend) opleiders en aios als opwarmer voor de training *Medisch leiderschap voor opleiders*. 'De huidige veranderingen dwingen je om stil te staan bij je eigen rol.'

Voorvechters, rolmodellen en dwarsliggers: aanvankelijk maakte deze groep medisch specialisten, die zich regelmatig roert in het (social) mediadebat, de term 'medisch leiderschap' bekend. Maar inmiddels wordt van iedere medisch specialist verwacht dat hij of zij de regie kan nemen op inhoud en samenwerking in zorgprocessen. Daarnaast zijn er medisch specialisten die leiding geven aan een afdeling, MSB of VMSD of een deel van het ziekenhuis. Anderen nemen hun verantwoordelijkheid bij de zorginkoop, in besturen of bij het opzetten van projecten op het gebied van innovatie, preventie en doelmatigheid.

Kortom, medisch leiderschap is een cruciaal onderdeel van het vak geworden en moet dan ook een vast element worden van de opleiding tot medisch specialist.

Hoe geven opleiders daar vorm aan? Neuroloog Marijke Eurelings van het Spaarne Gasthuis: 'In de opleiding verandert nu zoveel dat opleiders nieuwe vaardigheden nodig hebben om aios goed te ondersteunen. Toen ik hoorde dat de Federatie bezig was met een inspiratiesessie voor opleiders, had ik direct interesse om die in ons ziekenhuis te organiseren.'

Wat maakt medisch leiderschap in de opleiding zo noodzakelijk?

'In de eerste plaats het moderne opleiden zelf. We hebben afscheid genomen van het meester-gezelmodel. Aios staan veel meer zelf aan het roer van hun opleiding. Dat vraagt organisatietalent van aios en opleiders. Voor opleiders betekent het bovendien dat je niet meer alleen je eigen manier van werken kunt overdragen: aios kiezen zelf de stages waarmee zij zich willen differentiëren en hun talent ontwikkelen. Dat kan een thema zijn als onderwijs of onderzoek, maar ook financiën, patiëntveiligheid of doelmatigheid.' ▶

Neuroloog Marijke Eurelings:

'Tegenwoordig stel je niet meer alleen de diagnose en start je een behandeling, maar doe je veel meer'



Dit zijn allemaal niet-medische kerntaken. Ondertussen is de opleiding ook korter. Is het niet belangrijker om alleen op medische kennis en vaardigheden te focussen?

'De balans tussen 'kennen' en 'kunnen' verschuift. Aios hebben misschien minder parate kennis van elk syndroom, maar beschikken wel over de kunde om met een goede anamnese, gericht onderzoek en het beschrijven van de differentiaaldiagnose snel te kunnen opzoeken waar het exact om gaat. Onze generatie had die tools niet; wij moesten echt de boeken in. Daarom hadden wij veel kennis van het eigen vakgebied en leerden later, gaandeweg, hoe te communiceren en te overleggen. Tegenwoordig zijn die vaardigheden echter onmisbaar, en verwacht de maatschappij die ook. Ook van een specialist die net klaar is. We hebben dus enerzijds de gelegenheid en anderzijds de plicht om dokters op te leiden die deze competenties hebben of kunnen vormen.'

Was er in je eigen opleiding aandacht voor medisch leiderschap?

'Jawel, maar dan meer op microniveau: de organisatie op de werkvloer, bijvoorbeeld het voorzitten van een multidisciplinair overleg (mdo), het presenteren van een patiënt of het organiseren van onderwijs. Het was minder vanzelfsprekend en minder geëxpliciteerd. Zelf kreeg ik tijdens mijn opleiding de kans om een short-stay dagbehandeling op te zetten, waar ik te maken kreeg met de organisatie en de kosten die dat met zich meebrengt. Voor veel collega's komen dit soort aspecten pas later in hun loopbaan aan bod.'

Waarom moet medisch leiderschap verankerd worden in de opleiding?

'Je bent tegenwoordig meer dan alleen dokter. Als medisch specialist geef je leiding aan projecten of onderzoek, je organiseert de poli en je participeert in het ziekenhuis – bijvoorbeeld in een VIM-commissie of werkgroep. Al die taken behoren tot je dagelijkse activiteiten. Daarom moeten aios, naast de keuze voor een inhoudelijke specialisatie, al vroeg en structureel in de opleiding nadenken over wat voor dokter zij zijn of willen worden. De vraag is waarvoor je je honderd procent wilt inzetten. Wat geeft je plezier in je werk, wat zijn de energiebronnen die jou motiveren bij te dragen aan betere patiëntenzorg? Je moet ontdekken wat je wilt en hoe je daar komt. Dat lukt niet met een enkele losse cursus.'

Hoe is dit voor opleiders te faciliteren?

'De individualisering van de opleiding vraagt van de leden van de opleidingsgroep om stil te staan bij de wensen van de aios over diens opleiding. Vroeger volgden zij een vast programma, nu is het uitgangspunt wat voor competenties iemand heeft of wil ontwikkelen en wordt het programma daarop aangepast. Dit is een heel andere kijk op opleiden:



'Opleiden gaat niet meer om wat de opleider belangrijk vindt, maar om wat de aios wil bereiken'

niet langer gericht op wat de opleider belangrijk vindt, maar op wat de aios wil bereiken.

Naast een flexibele houding is het voor dit 'dienend leiderschap' nodig dat opleiders kritisch naar hun eigen rol kijken bij het opleiden van jonge dokters. Velen denken nu: hoezo, ik ben een prima opleider. Maar er worden andere dingen van je gevraagd. Je moet je veel meer bewust zijn van wie je zelf bent, wat je kunt doen en geven op het gebied van sturing en feedback – en wat niet. Vaak is *frontline* leiderschap – zoals een mdo voorzitten of patiënten presenteren – geen probleem, maar als degene die je opleidt een heel ander profiel wil ontwikkelen dan jij, moet je je durven afvragen wat je beter kunt overlaten aan een collega. Leiding geven en nemen kan alleen als je je leiderschapskwaliteiten kent en ontwikkelt. Daarom is een training medisch leiderschap voor opleiders ook zo hard nodig.'

De Federatie, de Academie voor Medisch Specialisten en Better Future zijn bezig met het ontwikkelen van zo'n training. Voor jou reden om samen met de Federatie een inspiratiesessie te organiseren in het Spaarne Gasthuis. Waarom?



Doe ook inspiratie op

Wilt u in uw ziekenhuis ook een inspiratiesessie Medisch Leiderschap? Of heeft u interesse in de training? Neem dan contact op met Janwillem van den Berg via j.vandenberg@demedischspecialist.nl.

‘Op dit moment schrijf ik mee aan *Neuron 2*, het nieuwe opleidingsplan voor neurologie. Daardoor krijg ik de kans om grote en kleine ontwikkelingen te zien en vallen puzzelstukjes in elkaar. Maar het is nog lang niet voor iedereen duidelijk wat er allemaal speelt. Ik vind het belangrijk dat collega’s niet alleen kunnen aansluiten op die ontwikkelingen, maar ook kunnen ‘meesturen’, ofte wel *in the lead* zijn. De sessie gaf de mogelijkheid om op de hoogte te raken, geïnspireerd te worden en te ontdekken wat de training kan brengen.’

Hoe zag de sessie eruit?

‘We hebben opleiders, plaatsvervangend opleiders, andere belangstellenden uit de onderwijsgroep én aios van alle opleidingen uitgenodigd. In groepjes van twee bespraken zij vijf vragen over persoonlijk leiderschap, zoals ‘wie ben jij – zonder je functie of rollen in het leven te benoemen, maar ook ‘wat kost je energie’. De duo’s rouleerden per vraag. Verrassend is dat aios andere vragen stellen dan collega-opleiders. Mensen hielden elkaar echt een spiegel voor. Ik denk dat iedere deelnemer – van aios tot opleider met twintig jaar ervaring – door zo’n inspiratiesessie kan groeien in zijn functioneren. Ik heb zelf ook meegedaan, en vond het interessant om opnieuw na te denken over de vraag waarom ik dit doe en me bezighoud met de

opleiding tot opleider voor aios. Daarin kunnen aios zich bekwamen in goed opleiden en onderwijs geven.’

Je bent me net voor. Wat is jouw drijfveer om je hier zo voor in te zetten?

‘Ik heb altijd al interesse gehad in opleiding en onderwijs. Als student geneeskunde zat ik in de Centrale Opleidings Commissie van het UMC Utrecht toen het Raamplan 1994 werd geïntroduceerd. Hierin zijn eindtermen geformuleerd voor de opleiding geneeskunde in de vorm van competenties in de rollen waarin de arts in diverse beroepssituaties moet kunnen functioneren. Vervolgens ben ik als jonge opleider gestart met het competentiegericht opleiden volgens *CanMEDS*. En nu maken we een nieuwe ontwikkeling door naar individualisering. Aan de basis van deze veranderingen staat het worden van een complete dokter met het hart op de goede plek. Bij die vernieuwing wil ik betrokken zijn.’



Het rapport *Medisch Leiderschap in de medische vervolgopleiding* beschrijft vier basiscompetenties medisch leiderschap. Daarnaast geeft het rapport praktische tips en voorbeelden voor de werkvloer. U vindt het rapport op: www.demedischspecialist.nl/medischleiderschap.



NVVC-voorzitter

Hans Bosker

De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen trekken gezamenlijk op binnen de Federatie als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Dit keer: Hans Bosker, interventiecardioloog in het ziekenhuis Rijnstate in Arnhem. Sinds april is hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC).

1

Voor welke uitdagingen staat de NVVC de komende jaren?

'Om kwalitatief hoogstaande en doelmatige zorg aan onze patiënten te kunnen blijven garanderen, zijn kwaliteitsregistraties een vereiste. De grootste uitdaging voor ons is daarom het vorm geven van één registratieorganisatie – de Nederlandse Hart Registratie (NHR) – door het samenvoegen aan drie bestaande registratie-organisaties. De bestuurlijke inrichting van deze nieuwe organisatie moet per 1 juli 2017 een feit zijn.

Goede transmurale afspraken tussen eerste en tweede lijn maken staat ook op de agenda. Het NVVC-Connect programma moet daarin gaan voorzien. Zo bestaat er inmiddels een landelijke transmurale afspraak op het gebied van hartfalen, maar om die te vertalen naar heldere afspraken op lokaal en regionaal niveau wordt nog een hele klus. Verder gaan we investeren in zorgevaluaties, onderzoek dat onze zorg aan patiënten evalueert. Het is goed dat we deze verantwoordelijkheid op ons nemen. Deze ambities, naast andere speerpunten, hebben we beschreven in ons beleidsplan 2015-2020: *Betrouwbaar in het hart van de zorg.*'

'Elkaar regelmatig zien stimuleert de onderlinge samenwerking'

2

Hoe belangrijk is de Federatie voor jullie?

'Heel belangrijk. De reden dat onze leden ervoor hebben gekozen om zich aan te sluiten bij de Federatie, is omdat we hebben ingezien – en ervaren – dat je als wetenschappelijke vereniging in je eentje niet zoveel voor elkaar krijgt. Wanneer je de krachten bundelt, lukt dat wel. En kun je bijvoorbeeld goede afspraken maken met VWS over belangrijke thema's zoals kwaliteit en opleiding. We zien ook dat de Federatie veel voor elkaar krijgt voor de medisch specialist. Denk aan de nieuwe cao voor dienstverbanders, of het behoud van onze keuzevrijheid om in dienstverband of als vrije beroeper te werken.'

3

Hoe verloopt de samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen in de Federatie?

'Uitstekend. We leren veel van elkaar. Met de neurologen en radiologen hebben we recent afspraken gemaakt over trombectomie, een nieuwe behandelmethode om stolsels in de bloedvaten naar het hoofd op te lossen. Dat het maken van die afspraken zo soepel is verlopen, komt ook doordat je elkaar als voorzitters minstens vier keer per jaar ontmoet tijdens de Algemene Ledenvergadering van de Federatie. Dat zijn inspirerende bijeenkomsten waar je kennis kunt delen en van elkaar kunt leren. Dat stimuleert de onderlinge samenwerking.' **MvD**



de **Jonge Specialist**
AIOS Upgrade



Vrijdag **27**
2017 oktober
09:00 uur – 17:15 uur
in Zwolle

Wat weet jij over **VALUE BASED HEALTHCARE?**

Een inspirerend congres over wat 'toegevoegde waarde' betekent in de gezondheidszorg. Zowel voor jou in je dagelijkse praktijk, als voor jouw patiënten en jouw ziekenhuis. Ontdek hoe innovatie en verbetering onderdeel worden van de dagelijkse klinische praktijk en wat jij hiermee kan doen.

Nomineer je opleider via:

dejongespecialist.nl/opleidingsprijs

Stel je eigen programma samen:

- Kies uit maar liefst 18 workshops over Value Based Healthcare, de ins en outs van je opleiding en je toekomstige baan
- Een aansprekend plenair programma
- Gratis pensioencheck
- De uitreiking van de Opleidingsprijs 2017!

Meld je nu aan via www.dejongespecialist.nl/aiosupgrade

Deelname is €35,- voor leden van De Jonge Specialist, €100,- voor niet-leden. Als je lid wordt, betaal je €35,-.

powered by:

Federatie
Medisch
Specialisten

Landelijke vereniging van
Artsen in Bioschouder
lad

waar
In het hart van de gezondheidszorg.



13 Woensdag
december

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

INSPIREREN, PROFILEREN, EXCELLEREN!

MMV-congres 2017

In iedere opleider en aios schuilt een superheld. Iedereen heeft een unieke set talenten. Het is de kunst om deze naar boven te halen en optimaal in te zetten in de opleiding of werksituatie. Door de medische vervolgopleiding meer af te stemmen op de individuele talenten en ontwikkelwensen van aios, kunnen zij zich effectiever profileren en zijn ze beter voorbereid op de arbeidsmarkt.

Maar hoe begeleid je aios hier in de dagelijkse praktijk bij? Gelukkig is ook opleiden een vak waarin mensen excelleren en anderen kunnen inspireren!

Op het MMV-congres wordt dit onderwerp vanuit diverse invalshoeken belicht. U hoort goede praktijkvoorbeelden van collega's, krijgt concrete ondersteuning, relevante kennis en tips waarmee u zelf aan de slag kunt. Naast inspirerende presentaties en praktische workshops, hebben we dit jaar ook twee ontbijtsessies aan het programma toegevoegd.

VOOR ALLE
BETROKKENEN
BIJ DE MEDISCHE
VERVOLGOPLEIDINGEN

TARIEVEN

Vroegboektarief: 250 euro

(na 1 september: 295 euro)

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

Accreditatie wordt aangevraagd bij ABAN, NVZA, NVKC en NVKF.

Meer informatie en aanmelden:

www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres



Federatie
Medisch
Specialisten

Het MMV-congres wordt georganiseerd
door de Federatie Medisch Specialisten