

WETENSCHAPS- EN INNOVATIEPRIJS 2019

Alle 21 inzendingen op een rij

TIJD VOOR NIEUW ELAN

Psychiaters richten de blik vooruit

MET EEN BEEN BUITEN ZIEKENHUIS

Wie gaat dat betalen?

2

de Medisch Specialist

JUNI 2019

UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

Als je ziekenhuis failliet gaat

‘Alles wat ik had
opgebouwd, was weg’

In dit nummer



6 SPECIALISME IN BEELD

Tijd voor nieuw elan

De beroepsgroep psychiatrie ziet zichzelf geconfronteerd met grote uitdagingen op meerdere fronten. Tijd voor nieuw elan en een positieve draai, vinden psychiaters en bestuurders Elnathan Prinsen en Ariëtte van Reekum.

9 WETENSCHAP

Wie wint de Wetenschaps- en Innovatieprijs 2019?

De Federatie reikt volgende week voor de tweede keer de Wetenschaps- en Innovatieprijs uit. Maar liefst 24 wetenschappelijke verenigingen hebben een onderzoek ingediend.

15 BEROEPSPRAKTIJK

Het ziekenhuis failliet

Van de ene op de andere dag is je ziekenhuis failliet. Hoe kijken artsen terug op de roerige tijd die daarop volgde? 'Ik had er slapeloze nachten van.'

20 HART EN ZIEL

Gezond leven stimuleren

Gynaecoloog-oncoloog Nathalie Reesink spreekt patiënten bewust aan op hun ongezonde gedrag. 'Patiënten choqueren werkt soms het beste.'

23 PROJECTEN VAN DE FEDERATIE

Samen beslissen is geen trucje

Er bestaat een flinke kloof tussen willen en doen. Met het onlangs verschenen visiedocument Samen Beslissen hoopt de Federatie het gat te dichten. 'Er is geen standaardformule, het is maatwerk.'



27 NETWERKGENEESKUNDE

Bekostiging kan beter

Innovatieve ideeën genoeg, maar netwerkgeneeskunde blijft nog weleens steken op de bekostiging ervan. Toch zijn er genoeg slimme oplossingen en alternatieven denkbaar.

RUBRIEKEN

- 4 Korte berichten
- 14 Op doktersadvies
- 22 Column: kinderarts Paul Brand
- 26 In de media: Topdokters
- 30 Vier vragen aan... Ann Vossen, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

COLOFON

jaargang 5, juni 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

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

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Marjolein Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband | Ivan Gan, oogarts,
Oogziekenhuis Rotterdam | Fardou Heida,
bestuurslid De Jonge Specialist |
Winnifred van Lankeren, radioloog,
Erasmus MC Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam |
Shahrazad Sepéhrkhoy, 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

Nina Blanken, Paul Brand, Sebastiaan
ter Burg, Mirthe Diemel, Djanko,
Esther Doove, Jan Willem Houweling,
Suzanne van de Kerk, Dana Ploeger,
Merel Remkes en Hans Tak

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.

Trots

Wat ons trots maakt, mogen we vaker laten horen en zien. Die woorden komen niet van mij, maar van Elnathan Prinsen, sinds enkele maanden voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie. In het interview dat u verderop leest, legt hij uit voor welke grote uitdagingen zijn beroepsgroep staat. En hoe belangrijk een positieve houding is om die het hoofd te bieden.

Dat geldt ook voor samen beslissen in de spreekkamer. Het klinkt zo vanzelfsprekend. En dat is misschien ook het verraderlijke eraan, want er blijkt nog altijd een flinke kloof te bestaan tussen wat dokter en patiënt verstaan onder dat 'samen beslissen'. Hoe komt dat toch? Nemen we, ondanks onze beste intenties, de context van de patiënt nog onvoldoende mee? Ook hier kan een andere attitude het verschil maken, vertelt Markus Oei in dit nummer. En hij laat zien hoe ons werk daar nog leuker van wordt ook.

Trots ben ik ook op de medisch specialisten die in dit nummer openhartig vertellen hoe zij de, vaak loodzware, periode hebben ervaren na het faillissement van hun ziekenhuis. Hulde!

Tot slot mogen wij allen trots zijn op de enorme hoeveelheid medisch-wetenschappelijk onderzoek die in Nederland wordt verricht. Maar liefst 24 van de 32 wetenschappelijke verenigingen hebben dan ook een onderzoek ingezonden voor de Wetenschaps- en Innovatieprijs 2019 van de Federatie. Volgende week wordt de winnaar bekend, hier vindt u alle genomineerden. Heeft u al een favoriet?



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter

Federatie Medisch Specialisten

Praten over behandelwensen

Behandelwensen en -grenzen bespreekbaar maken is niet altijd vanzelfsprekend. Daarom is er een speciale toolkit ontwikkeld om zowel de patiënt en zijn naasten als de zorgverlener te helpen om samen goed voorbereid het gesprek hierover aan te gaan.



Wat wil de patiënt nog wel, en wat misschien niet (meer)? Voor patiënten, familie en naasten kan het lastig zijn om behandelwensen en -grenzen bespreekbaar te maken. Soms twijfelen patiënten of het wel de bedoeling is om dit soort zaken zelf aan te kaarten. Ze hopen dat de dokter dit doet. Maar zorgverleners werpen vaak drempels op. Daardoor wordt het goede gesprek niet gevoerd, of bewaart de zorgverlener dit gesprek alleen voor een bepaalde categorie patiënten.

Om het gemakkelijker te maken het gesprek aan te gaan met iedere patiënt, hebben de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en Patiëntenfederatie Nederland een toolkit ontwikkeld. Die helpt zowel de patiënt en zijn naasten als de zorgverlener om goed voorbereid dit gesprek in te gaan. De toolkit bevat onder meer concrete aanbevelingen en een e-module. ●



Lees meer: www.demedischspecialist.nl/samenbeslissen

VRAAG & ANTWOORD

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

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

VRAAG > Is een heimelijke gespreksopname strafbaar?

ANTWOORD >

Wettelijk gezien is het heimelijk opnemen van een gesprek niet strafbaar. Nog niet. Want door de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) staat privacy hoog op de agenda. VVD-Kamerlid Koopmans heeft vorig jaar een initiatiefnota ingediend waarin staat dat hij tot voorstellen wil komen om het heimelijk opnemen te verbieden, vanwege de inbreuk op het 'recht op privacy' van de gesprekspartner.

Maar zolang er nog geen wet is, mag je een gesprek met je leidinggevende opnemen, mits je daar zelf aan deelneemt. De juristen van het Kennis- en dienstverleningscentrum adviseren echter om openlijk te vragen of je het gesprek mag opnemen, en als reden aan te geven dat er tijdens het functioneringsgesprek (of een ander lastig gesprek) zoveel op je afkomt dat je het later nog eens wilt kunnen terugluisteren.

Als de leidinggevende niet instemt met de opname, vraag dan om het gesprek op een ander moment in te plannen en geef aan dat je iemand wilt meenemen die meeluistert. Krijg je een slechte beoordeling en wil je advies over het vervolgtraject, neem dan contact op met het Kennis- en dienstverleningscentrum. Of je het gesprek nu wel of niet (stiekem) hebt opgenomen: de juristen kunnen met je meedenken en je waar nodig juridisch bijstaan. ●

Rode Hoed-symposium: Happy@Work

'Happy@Work' is het thema van het Rode Hoed Symposium Medisch Specialist 2019 op woensdag 2 oktober.

De medisch-specialistische zorg staat de komende jaren voor enorme uitdagingen. Zo voorspelt het CPB een groeiende zorgvraag met meer dan drie procent, terwijl de overheid een groei van nul procent heeft begroot. Die zorgvraag moet gefaciliteerd worden door hetzelfde aantal zorgverleners, of zelfs minder. Tegelijkertijd kampen steeds meer jonge en oudere medisch specialisten met een burn-out (20%).

Anti-burn-out

Gestructureerd beleid om burn-out te voorkomen, is er (nog) niet. Terwijl juist plezier, autonomie, persoonlijke ontwikkeling en empathie zo belangrijk zijn voor de emotionele betrokkenheid en voldoening in het werk. Hoe is het mogelijk plezier te houden in het werk?

Hoe blijft de medisch specialist betrokken? Tijdens het Rode Hoed Symposium – Happy@Work gaan beleidsmakers, medisch specialisten en experts over deze vragen met elkaar in gesprek.

Nieuwe opzet

In een nieuwe opzet gaan de minister voor Medische Zorg en Sport, Bruno Bruins, en de voor-



zitters van brancheorganisaties de discussie aan. In de middag belichten diverse bijzondere sprekers het thema vanuit verschillende invalshoeken. De *keynote lecture* wordt verzorgd door Adam Kay. Deze voormalige Britse arts is auteur van het boek *Dit doet even pijn*, waarin hij pijnlijk openhartig vertelt over zijn belevenissen als aios gynaecologie en hoe hij door de arbeidsomstandigheden uiteindelijk zijn witte jas aan de wilgen hangt.

Inschrijven

Het inschrijfgeld bedraagt 895 euro. Voor medisch specialisten geldt een gereduceerd tarief van 695 euro bij registratie vóór 1 september en 795 euro voor registratie vanaf 1 september. Arts-assistenten kunnen zich aanmelden voor 130 euro door een mail te sturen naar info@mediforum.nl.

Registreren wordt makkelijker

Vanaf 1 januari 2020 kan een medisch specialist zelf de afweging maken of het openen van een tweede dbc gerechtvaardigd is. Het wordt daardoor eenvoudiger om ook geleverde zorg te registreren als de medisch specialist besluit om niet te behandelen. Daarnaast kan hij makkelijker geleverde zorg aan patiënten van een collega registreren. De Federatie heeft zich jarenlang ingezet om de registratieregels te vereenvoudigen rondom 'paralleliteit', de regels die voorschrijven wanneer er twee of meer dbc's naast elkaar geregistreerd mogen worden. Met de ziekenhuizen en zorgverzekeraars ontwikkelt de Federatie een registratiewijzer voor de eenduidige toepassing van deze regels.

 Lees meer: www.demedischspecialist.nl/registratiewijzer

Het belang van sterke profilering voor de psychiatrie

Tijd voor nieuw elan



Elnathan Prinsen:

‘Wat psychiaters zo trots maakt op hun vak, mogen we vaker laten horen én zien’

Een verschuiving richting het sociale domein enerzijds en een leegloop van psychiaters in ggz-instellingen anderzijds: de beroepsgroep psychiatrie ziet zichzelf geconfronteerd met grote uitdagingen op meerdere fronten. Tijd voor nieuw elan en een positieve draai, vinden psychiaters en bestuurders Elnathan Prinsen en Ariëtte van Reekum. ‘Het komt erop aan onze blik vooruit te richten.’

Het is geen gemakkelijke taak waar Elnathan Prinsen – sinds april voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) – voor staat. Zijn wetenschappelijke vereniging staat namelijk voor grote uitdagingen. Voor Prinsen echter juist de drijfveer om zich kandidaat te stellen voor het voorzitterschap van de vereniging. ‘Ik hecht veel belang aan een sterke positionering van de psychiatrie als medisch specialisme. Het uitgangspunt is op gedegen wetenschappelijk onderzoek, zo goed mogelijke medische zorg bieden en kijken naar het functioneren van een patient in het dagelijkse leven. Dat is binnen de psychiatrie niet anders dan bij welk specialisme dan ook.’

Sterker profileren

Toch lijkt het alsof er steeds meer partijen op de stoel van de psychiater willen gaan zitten. Bijvoorbeeld door de nieuwe Wet verplichte geestelijke gezondheidszorg (Wvggz), die ingaat op 1 januari 2020. ‘De grootste verandering in de wet is dat verplichte zorg straks ook buiten een ggz-instelling opgelegd kan worden. Psychiaters kunnen dan *overruled* worden door een ambtenaar of de rechter, als zij vinden dat er gedwongen zorg moet plaatsvinden – ook als de



Ariëtte van Reekum:

‘Het is belangrijk dat juist de psychiater als poortwachter besluit welke diagnostiek en behandeling nodig is, en door wie de zorg geleverd wordt’

Positionering en inspraak

De Federatie Medisch Specialisten werkt samen met de NVvP om de positionering van de ruim 3.500 psychiaters te versterken. Zo zijn binnen de Federatie onlangs twee beleidsadviseurs specifiek voor de GGZ-sector aangetrokken. Daarnaast werkt de Federatie aan instrumenten om psychiaters meer inspraak te geven op het (strategisch) beleid van hun instelling. Een voorbeeld daarvan is de toolkit die de Federatie in 2018 samen met de LAD heeft ontwikkeld. Deze biedt psychiaters praktische ondersteuning bij het oprichten van een medische staf, om zo met de raad van bestuur in gesprek te gaan. Het gezamenlijke Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD helpt op individueel en op collectief niveau bij het opzetten van de medische staf.

psychiater daar anders over denkt. ‘Onze positie wordt daardoor bedreigd. Dat maakt dat wij ons sterker moeten profileren als *medisch specialisme*,’ aldus Prinsen. De NVvP-voorzitter is benieuwd hoe de nieuwe wet in de praktijk uitpakt. ‘En wat psychiaters daarin geacht worden te doen. Overigens is het onderscheid tussen de psychiatrie en andere specialismen soms opmerkelijk: je kunt je immers niet voorstellen dat een chirurg verplicht wordt te opereren terwijl hij dat niet nodig vindt.’

Onderzoek

De psychiatrie kampt met een groeiend tekort aan beroepsbeoefenaren. Zo trok de NVvP in maart aan de bel met de boodschap dat er maatregelen nodig zijn voor het behoud van psychiaters in loondienst in ggz-instellingen. Patiënten zijn de dupe, schetst Prinsen. ‘Omdat interim-psychiaters doorgaans ergens kortdurend werken en psychiaters in loondienst steeds op een andere plek worden ingezet om gaten op te vullen, zien patiënten om de paar maanden een ander. Dat staat een langdurige arts-patiëntrelatie, en daarmee de continuïteit en kwaliteit van psychiatrische zorg, in de weg.’

De arbeidsproblematiek komt niet zomaar uit de lucht vallen, vertelt psychiater en NVvP-bestuurslid Ariëtte van Reekum: ‘Al langere tijd is er sprake van een uitstroom van psychiaters in instellingen. Dat zorgde voor onrust binnen onze vereniging en tussen collega’s onderling. Als vereniging vonden we het belangrijk om de feiten te verzamelen en zijn we samen met de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) een onderzoek gestart naar de oorzaken.’ De resultaten stemmen allesbehalve positief. Zo blijkt dat een derde van de psychiaters in loondienst in ggz-instellingen overweegt om in de toekomst interim te gaan werken. Belangrijke redenen zijn de hoge werkdruk, veel administratieve lasten, een diffuus takenpakket en vele overlegcircuits. ▶



‘Het onderscheid tussen de psychiatrie en andere specialismen is soms opmerkelijk’

Ook het gebrek aan de mogelijkheid tot professionele ontwikkeling en invloed kunnen uitoefenen op het beleid spelen een rol.

Poortwachtersfunctie

Door de schaarste start de behandeling nu vaker bij een lager opgeleide professional, zoals een psycholoog of maatschappelijk werker, vertelt van Reekum. ‘Op zich is taakdifferentiatie niet verkeerd, maar het is belangrijk dat juist de psychiater als poortwachter besluit welke diagnostiek en behandeling nodig is, en door wie de zorg geleverd wordt.’ Prinsen beaamt dat: ‘Juist aan het begin heb je een psychiater nodig om een goed behandelplan te maken. Nu worden patiënten soms nóg zieker voor ze een psychiater zien, omdat ze eerst allerlei stappen bij andere zorgprofessionals moeten doorlopen. Soms is een patiënt bijvoorbeeld al driekwart jaar in behandeling wegens depressieve klachten, maar is er nooit gestart met een antidepressivum.’

De uitstroom van psychiaters in loondienst in ggz-instellingen heeft ook invloed op de invulling van de werkzaamheden, aldus Prinsen. ‘Het takenpakket van interim-psychiaters is een stuk beperkter. Crisisdiensten, administratie en besprekingen komen daardoor vaker terecht op de schouders van de ‘achterblijvers’.

Daardoor blijft er voor hen geen tijd over om mee te denken over een bredere behandeling of het geven van psychotherapie.’ Al met al ontstaat zo een vicieuze cirkel. ‘Als je alleen nog maar gedwongen zorg mag indiceren en pillen mag voorschrijven, leidt dat tot verschraling van je vak. Dat stimuleert niet om te blijven en je ziet dat die mensen ook overwegen om te vertrekken.’

In een brief aan de Tweede Kamer hebben de NVvP en de LAD met steun van de Federatie Medisch Specialisten aandacht gevraagd voor de positie van de psychiater in de ggz-instellingen. Net als in het onderzoeksrapport zijn een aantal aanbevelingen gedaan om het werken voor psychiaters in loondienst in ggz-instellingen aantrekkelijker te maken. Een daarvan is meer inspraak van psychiaters in het beleid en de sturing van de inhoudelijke zorg. Dat kan bijvoorbeeld door implementatie van een medische staf, iets dat in de ggz nog niet standaard is en waar de Federatie al jarenlang voor pleit en ondersteuning bij biedt. Andere aanbevelingen zijn concrete afspraken over werkdruk, diensten en persoonlijke ontwikkeling.

Voortouw nemen

De arbeids- en positioneringsproblematiek van de psychiaters in loondienst is een wezenlijk speerpunt, maar niet het enige dossier. Voorzitter Elnathan Prinsen: ‘We zijn een pluriforme beroepsgroep en krijgen overal te maken met andere problemen. Om daarin te verbinden en te prioriteren als vereniging is nogal een kunst. Daarom nemen we nu in elk geval het voortouw om strategische coalities te vormen met andere organisaties, zoals patiëntenverenigingen, overheden en zorgverzekeraars. Met een gezamenlijk geluid kun je meer invloed uitoefenen op het beleid.’

Tot slot vindt Prinsen het belangrijk dat de beroepsgroep een positief geluid uitdraagt. ‘Door alle bedreigingen zijn mensen sneller geneigd te mopperen. Maar een groot deel van de psychiaters is trots op het vak. Wat ons zo trots maakt, mogen we vaker laten horen én zien. Dat maakt ons ook een prettiger gesprekspartner.’ ●

 Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie vindt u op: www.nvvp.net.

Wilt u in uw organisatie ook een medische staf oprichten? De Federatie heeft hiervoor een handige toolkit ontwikkeld: <https://www.demedischspecialist.nl/ggz>.

Wie wint de Wetenschaps- en Innovatieprijs 2019?

Om vernieuwend onderzoek te stimuleren, reikt de Federatie Medisch Specialisten volgende week de Wetenschaps- en Innovatieprijs uit. Maar liefst 24 van de 32 wetenschappelijke verenigingen hebben een onderzoek ingediend. ►



Antilichaam helpt bij opsporing nierkanker

Onderzoeksvraag: Helpt een specifiek gelabeld antilichaam (89Zr-girentuximab) bij het opsporen van nierkanker?

Uitkomst: Dat kan met de vernieuwende onderzoeksmethode die onderzoekers binnen de nucleaire geneeskunde, radiologie en urologie hebben ontworpen om nierkanker op te sporen. Door patiënten verdacht van een bepaalde vorm van nierkanker (CCRCC) te injecteren met girentuximab, zijn de niertumor en eventuele uitzaaiingen betrouwbaar op te sporen met een PET/CT-scan.

Hoofdonderzoeker: Marlène Hekman, Radboudumc

Betrokken specialisme: nucleaire geneeskunde

Vocht bij contrastonderzoek overbodig

Onderzoeksvraag: Is het zinvol om bij onderzoeken met contrastmiddelen vocht toe te dienen ter voorkoming van nier schade, zoals veiligheidsrichtlijnen aanbevelen?

Uitkomst: Uit onderzoek van de specialisten radiologie, interne geneeskunde en cardiologie blijkt van niet. De afschaffing hiervan bespaart vijftig tot honderd miljoen euro per jaar, het vermindert de beddendruk doordat minder ziekenhuisopnames nodig zijn en complicaties door de vochttoediening zijn te vermijden.

Hoofdonderzoeker: Estelle Nijssen, Maastricht UMC+

Betrokken specialismen: radiologie, interne geneeskunde en cardiologie

Betere diagnostiek van melanomen

Onderzoeksvraag: Op welke manier kan Raman-spectroscopie helpen bij het opsporen van melanomen?

Uitkomst: Een samenwerkingsverband van biomedisch ingenieurs, dermatologen en pathologen heeft aangetoond dat met de Raman-techniek niet alleen eerder, maar vooral betrouwbaarder melanomen zijn op te sporen. Deze techniek kan de dermatoloog en huisarts helpen om deze agressieve vorm van huidkanker te diagnosticeren, ook in een vroege fase.

Hoofdonderzoeker: Gerwin Puppels, Erasmus MC

Betrokken specialisme: dermatologie

Risicoschatting voor dragers van genmutatie

Onderzoeksvraag: Wat is de kans op het ontwikkelen van tumoren voor dragers van erfelijke SDHB-genafwijkingen?

Uitkomst: Onderzoekers in de kno, endocrinologie, klinische genetica, epidemiologie en biostatistiek stelden de kans op het ontwikkelen van een tumor voor SDHB-mutatiedragers naar beneden bij. Ook hebben zij een model gemaakt om tot een betrouwbaarder risicoschatting te komen als relevante familie-informatie ontbreekt.

Hoofdonderzoekers: Johannes Rijken, Amsterdam UMC en Erik Hensen, LUMC

Betrokken specialisme: keel-, neus- en oorgeneeskunde



Kan kunstmatige intelligentie helpen bij het opsporen van uitzaaiingen?

Dodelijke bacterie uit de OK

Onderzoeksvraag: Waar liggen mogelijke oorzaken van besmetting van patiënten met de dodelijke bacterie *Mycobacterium chimaera* in operatiekamers?

Uitkomst: Vooral in een waterhoudend onderdeel van hart-longmachines dat bij de fabricage was vervuild en een duidelijk infectierisico met zich meebracht, zo ontdekten onderzoekers uit de medische microbiologie. Met dit inzicht is de OK wereldwijd een stuk veiliger te maken voor patiënten.

Hoofdonderzoeker: Jakko Van Ingen, Radboudumc

Betrokken specialisme: medische microbiologie

Combinatie van bestraling en MRI

Onderzoeksvraag: Is een nieuw ontwikkelde combinatie van een bestralings-toestel en MRI klinisch bruikbaar?

Uitkomst: Ja, hebben onderzoekers in de klinische fysica en radiotherapie/oncologie ontdekt. De combinatie van deze apparaten bracht de anatomie van de eerste vier patiënten met grote nauwkeurigheid in beeld. Dat maakt een uiterst precieze bestraling mogelijk. De gemeten stralingsdosis komt overeen met de voorgeschreven stralingsdosis.

Hoofdonderzoekers: Jan Lagendijk en Bas Raaymakers, UMC Utrecht

Betrokken specialismen: klinische fysica, radiotherapie en oncologie

Alleen TAVI voor de juiste patiënt

Onderzoeksvraag: Voor welke patiënten is Transcatheter Aortic Valve Implantation (TAVI) mogelijk niet effectief?

Uitkomst: TAVI is een behandelmethode voor patiënten met een ernstige vernauwing van de aortaklep en een verhoogd operatierisico. Het TAVI Care & Cure Program heeft een nieuwe risicoscore ontwikkeld (Erasmus Frailty Score). Daarmee is beter te voorspellen welke patiënten na een TAVI een goede éénjaarsoverleving hebben.

Hoofdonderzoeker: Jeanette Goudzwaard, Erasmus MC

Betrokken specialisme: klinische geriatrie

Over de Wetenschaps- en Innovatieprijs

Goed en innovatief onderzoek draagt bij aan betere zorg. Dat verdient een podium. Daarom reikt de Federatie elke twee jaar de Wetenschaps- en Innovatieprijs uit. Medisch specialisten kunnen hun publicatie insturen naar hun eigen wetenschappelijke vereniging. Elke vereniging maakt hieruit een selectie en draagt één onderzoek voor. Op 27 juni aanstaande wordt tijdens een feestelijke uitreiking de winnaar bekendgemaakt. Nieuwsgierig naar de genomineerden? Kijk op: www.demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs.

Onderhoudsbeurt bij prothese-infectie

Onderzoeksvraag: Helpt inductieverhitting bij geïnfecteerde metalen implantaten?

Uitkomst: Deze nieuwe, niet-invasieve behandelingsmethode kan honderdduizenden patiënten met geïnfecteerde metalen implantaten helpen, ontdekten onderzoekers in de orthopedie. De huidige behandeling bestaat uit heroperaties, met risico op invaliditeit, forse verslechtering van levenskwaliteit en meer sterfgevallen. De nieuwe behandeling kan leiden tot een daling van antibioticagebruik en vermindering in heroperaties.

Hoofdonderzoeker: Bart Pijls, LUMC

Betrokken specialisme: orthopedie

Kunstmatig uitzaaïngen opsporen

Onderzoeksvraag: Is het gebruik van kunstmatige intelligentie bij het opsporen van metastasen bij borstkankerpatiënten net zo accuraat als het onderzoek door de patholoog?

Uitkomst: De beste systemen blijken net zo accuraat te werken als een patholoog die zonder enige tijdbepaling de taak uitvoert, zagen onderzoekers in de pathologie. De systemen functioneren zelfs significant beter dan pathologen onder tijdsdruk.

Hoofdonderzoeker: Jeroen van der Laak, Radboudumc

Betrokken specialisme: pathologie

Precisiegeneeskunde met pijnstillers

Onderzoeksvraag: Welke gunstige eigenschappen en ernstige bijwerkingen hebben opioïde analgetica?

Uitkomst: Onderzoekers binnen de anesthesiologie hebben de effecten en bijwerkingen van pijnstillers geïntegreerd bekeken. Zo is per patiënt te beoordelen welke therapie het meest geschikt is. Met deze 'precisiegeneeskunde' zijn verschillende patiëntengroepen gericht te behandelen en is de kans op bijwerkingen te minimaliseren. Deze manier van kijken is ook toe te passen op andere geneesmiddelen.

Hoofdonderzoeker: Albert Dahan, LUMC

Betrokken specialisme: anesthesiologie ▶

Is het mogelijk om chronische darmpatiënten op afstand te monitoren in plaats van op de poli?

3D-printje helpt bij complexe chirurgie

Onderzoeksvraag: Wat is de waarde van 3D-printing bij medische beeldvorming ter voorbereiding op complexe traumachirurgie?

Uitkomst: 3D-prints van complexe bekkenfracturen en vaataandoeningen zijn te gebruiken voor patiënten (ter uitleg en informatie), arts-assistenten (ter lering) en chirurgen (ter voorbereiding op complexe ingrepen), zo laat heerkunde-onderzoek zien. Ook zijn de 3D-prints in te zetten om hulpmiddelen of implantaten te maken.

Hoofdonderzoeker: Lars Brouwers, Radboudumc en Elisabeth-Tweesteden ziekenhuis

Betrokken specialisme: heerkunde

Genetische test voor chemotherapie

Onderzoeksvraag: Is het zinvol om patiënten genetisch te testen voor zij chemotherapie krijgen?

Uitkomst: Ja, blijkt uit een nationaal multicenter onderzoek. Patiënten screenen op het DYPD-gen en bij dragers van vier typen van dit gen de dosis verlagen, vermindert de toxische, soms fatale effecten. Daarnaast kan DPYD-screening kosten besparen, door het voorkómen van bijwerkingen en ziekenhuisopnames.

Hoofdonderzoeker: Linda Henricks, LUMC

Betrokken specialisme: klinische chemie

Betere borstkankercare door kwaliteitsregistratie

Onderzoeksvraag: Wat zijn de eerste resultaten van de multidisciplinaire kwaliteitsregistratie NABON Breast Cancer Audit (NBCA) over de borstkankercare in Nederland?

Uitkomst: Onderzoekers uit verschillende disciplines hebben onderzocht welke indicatoren verbeterd zijn en bij welke er sprake is van praktijkvariatie. Deze informatie geeft inzicht en biedt aanknopingspunten om de landelijke kwaliteit van borstkankercare te verbeteren.

Hoofdonderzoeker: Annelotte van Bommel, UMC Utrecht

Betrokken specialisme: plastische chirurgie

Looptraining beter vastleggen

Onderzoeksvraag: Hoe leg je de vooruitgang vast van dwarslaesiepatiënten die in een training leren lopen met een exoskelet?

Uitkomst: Het systeem dat onderzoekers in de revalidatiegeneeskunde ontwikkelen, legt vast hoe het gaat met de vaardigheden. Zo is te zien of iemand het exoskelet thuis veilig kan gebruiken, maar ook hoe de training het beste is op te bouwen.

Hoofdonderzoeker: Rosanne van Dijksseldonk, Sint Maartenskliniek

Betrokken specialisme: revalidatiegeneeskunde

Armband signaleert epilepsieaanvallen

Onderzoeksvraag: Is de nachtbewaking bij mensen met epilepsie te verbeteren met een innovatieve armband, de Nightwatch?

Uitkomst: De Nightwatch, ontwikkeld door onderzoekers uit de neurologie, blijkt 85 procent van de nachtelijke epilepsieaanvallen te detecteren. Epileptische aanvallen kunnen leiden tot gevaarlijke situaties en er zijn op dit moment geen hulpmiddelen waarvan de werking sterk is aangetoond.

Hoofdonderzoeker: Roland Thijs, namens het TeleConsortium

Betrokken specialisme: neurologie

Sneldiagnostiek bij DNA-onderzoek

Onderzoeksvraag: Hoe kan de uitslag van breed DNA-onderzoek bij ernstig zieke kinderen sneller bekend zijn?

Uitkomst: Onderzoekers in de klinische genetica ontwikkelden een methode voor snelle DNA-diagnostiek van kinderen jonger dan één jaar op de intensive care. Voorheen duurde het zes maanden voor de uitslag bekend was, nu twaalf dagen. Zo is er snel duidelijkheid over de aandoening, de optimale behandeling en de herhalingskans.

Hoofdonderzoeker: Cleo van Diemen en Mieke Kerstjens-Frederikse, UMCG

Betrokken specialisme: klinische genetica

Verlamde patiënt kan weer communiceren

Onderzoeksvraag: Hoe kan een brain-computer interface een verlamde patiënt met een helder bewustzijn helpen communiceren?

Uitkomst: Met EEG-analyse en computertechnologie hebben onderzoekers in de neurochirurgie hersensignalen van een patiënt gemeten, gedigitaliseerd en omgezet in acties. Zo zijn gedachten van de patiënt te vertalen naar communicatievormen. In het onderzoek komen techniek, computer science en neurochirurgie samen.

Hoofdonderzoeker: Nick Ramsey, UMC Utrecht

Betrokken specialisme: neurochirurgie

Minder praktijkvariatie keizersneden

Onderzoeksvraag: Hoe besluiten gynaecologen of een vrouw die eerder een keizersnede kreeg en nu probeert vaginaal te bevallen, veilig kan doorgaan met de poging of opnieuw een keizersnede moet krijgen?

Uitkomst: Het model dat onderzoekers binnen de gynaecologie hebben ontwikkeld, laat zien hoe besluiten tot stand komen. Deze kennis kan gebruikt worden om praktijkvariatie te verminderen.

Hoofdonderzoeker: Anna Rietveld, Amsterdam UMC

Betrokken specialisme: gynaecologie

Darmaandoening monitoren met app

Onderzoeksvraag: Wat zijn de effecten van de app MijnIBDcoach op de zorg voor patiënten met de darmaandoening IBD?

Uitkomst: Groot, zo laat het onderzoek (maag-, darm- en levergeneeskunde) zien. Gebruik van de app leidt tot een significante verlaging van het aantal benodigde polikliniekbezoeken (-39 procent) en van het aantal ziekenhuisopnames (-50 procent), een verbetering van de therapietrouw. Dit scheelt 547 euro per patiënt per jaar.

Hoofdonderzoeker: Marin de Jong, Maastricht UMC+

Betrokken specialisme: maag-, darm- en levergeneeskunde

Minder antibiotica bij pasgeborene

Onderzoeksvraag: Hoe is het gebruik van antibiotica terug te dringen bij pasgeborenen met een verdenking op infectie?

Uitkomst: Met het nieuwe behandelalgoritme dat onderzoekers binnen de kindergeneeskunde hebben bedacht, op basis van klinische gegevens en biomarkers. Hierdoor zijn pasgeborenen met een verdenking op bloedvergiftiging (8 procent van alle pasgeborenen in Nederland) veilig korter te behandelen.

Hoofdonderzoeker: Annemarie van Rossum, Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

Betrokken specialisme: kindergeneeskunde

Tumor licht op tijdens operatie

Onderzoeksvraag: Is dual-modality imaging met dual-labeled girentuximab te gebruiken tijdens de operatie van patiënten met nierkanker?

Uitkomst: Ja, ontdekte dezelfde onderzoeksgroep vanuit de nucleaire geneeskunde, radiologie en urologie. Door patiënten met een bepaalde vorm van nierkanker (ccRCC) te injecteren met fluorescent en radioactief gelabeld girentuximab is de tumor tijdens de operatie zichtbaar te maken, met behulp van een gamma probe en een fluorescentiecamera.

Hoofdonderzoeker: Marlène Hekman, Radboudumc

Betrokken specialisme: urologie

Vocht toedienen bij contrastonderzoek: is dat wel nodig?



Man in de zorg

Verpleegkundige Tommie Niessen dacht bij werken in de zorg dat hij de hele dag mensen zou moeten wassen. Toen hij erachter kwam dat zijn werk veel mooier en moeilijker was dan dat, hield hij zijn belevenissen bij. Radioloog Winnifred van Lankeren genoot al van zijn blogs op LinkedIn en zijn boek *Tommie in de zorg* stelde haar niet teleur: 'Hij geeft mooie voorbeelden van zijn dagelijkse praktijk als zzp'er in de thuiszorg. Zorg zoals zorg bedoeld is wat mij betreft.'

Tommie in de zorg, Ambo Anthos Uitgevers, € 15,-



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?



Die blijft me bij

Het is een van de hoogst gewaardeerde en best gelezen rubrieken van *de Volkskrant*: *Die ene patiënt*. In die rubriek verzamelt journalist Ellen de Visser verhalen van zorgverleners over die ene specifieke patiënt die zo'n indruk maakte dat hij of zij de kijk op het vak ingrijpend veranderde. De Vissers verhalen zijn nu gebundeld in een gelijknamig boek. In *De Wereld Draait Door* (online nog terug te kijken via BNN VARA) gaven neonatoloog Manon Benders, klinisch ethicus Erwin Kompanje en journaliste Ellen de Visser er een interview over.

Die ene patiënt, Ambo Anthos Uitgevers, € 16,99



Levensadvies

Tegendraads en met humor doceert Menno de Bree ethiek en filosofie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen, schrijft hij een wekelijkse column voor *Het Financieele Dagblad* en verzorgt hij denktrainingen en filosofiewerkshops voor zorgprofessionals, (huis) artsen en medisch specialisten. Een inspirerende, korte kennismaking met zijn denkwijze is te vinden in een pittige *Brainwash Talk*, waarin hij levensadvies geeft waar je iets aan hebt. *Te zien via: www.human.nl/brainwash > Brainwash Talks > Menno de Bree*

FRED LEE

ALS DISNEY DE BAAS WAS IN UW ZIEKENHUIS

9 1/2 DINGEN DIE U ANDERS ZOU DOEN



Disney als ziekenhuisbaas

In deze tijd van PROM's, gastvrijheid in het ziekenhuis en patiëntvriendelijkheid is *Als Disney de baas was in uw ziekenhuis* een aanrader. Neuroloog en medisch directeur van Bernhoven Mariëlle Bartholomeus: 'Leerzaam voor een dokter die nog nooit zelf patiënt is geweest. Hoe gastvrij zijn we in een ziekenhuis? Mooie voorbeelden van hoe je de zorg als patiënt zou willen ervaren.' Het boek biedt naast theorie vooral veel concrete, vernieuwende en inspirerende handvatten om hoffelijkheid in elke vezel van een ziekenhuis te verankeren.

Als Disney de baas was in uw ziekenhuis, Sdu uitgevers € 27,77



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.

Als je ziekenhuis failliet gaat

‘Het was een klap in mijn gezicht’

De faillissementen van de MC IJsselmeerziekenhuizen en het MC Slotervaart werden afgelopen najaar breed uitgemeten in de media. Nu het meeste stof is gaan liggen, vertellen vier artsen over hoe zij de afgelopen periode hebben beleefd en hoe het nu met ze gaat. ►

‘Ik sliep slecht, at nauwelijks en checkte continu het nieuws’

Myrthe Sonneveld is aios interne geneeskunde. Ze zat net in haar tweede opleidingsjaar toen het MC Slotervaart failliet ging.

Saamhorigheid

‘Waar zou het over gaan, dacht ik nog, toen we een mail kregen over een bijeenkomst van de Raad van Bestuur. Dat het om uitstel van betaling ging, viel rauw op mijn dak. De dag ervoor kregen we nog huishoudelijke memo’s, nu was er ineens sprake van een mogelijk faillissement. Twee dagen later werd dat realiteit en liepen mensen verslagen rond. Wel was het gevoel van saamhorigheid groot. Iedereen – van specialisten, aios en verpleegkundigen tot aan cafetariamedewerkers en beveiligers – zocht elkaar op. Dat is me bijgebleven.’

Rouwproces

‘Als aios hoefde ik me geen zorgen te maken over een opleidingsplek. Wat heet: een week later kon ik al in een ander ziekenhuis terecht. Natuurlijk was dat prettig, maar ook snel. Ik wilde helemaal niet weg uit het Slotervaart, het was een goede plek met een fijn opleidingsklimaat. Een van mijn opleiders omschreef het als een rouwproces.

Zo heb ik het ook ervaren: ik sliep slecht, at nauwelijks en checkte continu het nieuws. Ik ging ook met enige tegenzin naar mijn nieuwe werk. Dat had niks te maken met het ziekenhuis, maar met alle gebeurtenissen. Gelukkig begrepen mijn nieuwe collega’s dat.’

Frustrerend

‘In de media werd van alles geschreven: dat er een beddenoverschot was en het ziekenhuis dus toch niet nodig was, dat de kwaliteit van zorg ondermaats was. Informatie die niet klopte, maar vaak wel voor waar werd aangenomen. Dat frustreerde me. Ik heb me vaak staan verdedigen wanneer er over het Slotervaart werd gesproken.’

Draai gevonden

‘Inmiddels ga ik weer met plezier naar mijn werk. Toch raakt het gebeuren me nog steeds als ik erover praat. Ik ben ook meer op mijn hoede wat betreft de toekomst – zo heb ik een bovengemiddelde interesse in de financiële gezondheid van een ziekenhuis. In die zin heb ik er veel van geleerd.’

‘Ik verbaasde me over de hoeveelheid onjuiste berichtgeving’

Esther Hiemstra is SEH-arts. Ze werkte in het MC Zuiderzee in Lelystad en was voorzitter van de medische staf.

Klap in gezicht

‘Het faillissement was een klap in mijn gezicht. Het klinkt misschien naïef, maar ik dacht dat een ziekenhuis niet zomaar kon omvallen – en als dat wel zou gebeuren, een zorgverzekeraar of minister de boel zou komen redden. Ook omdat onze patiëntenzorg uitstekend was. Als er dan om andere redenen wordt gestopt, voel je je machteloos.’

Media-aandacht

‘Ik snapte dat er veel media-aandacht was, maar verbaasde me over de hoeveelheid onjuiste berichtgeving. Zo kopten verschillende media onterecht dat de spoedeisende hulp in Lelystad helemaal dicht was. Om die reden stelden we een collega aan als perswoordvoerder. Daarna werd de berichtgeving genuanceerder.’

Transitieperiode

‘Met een aantal specialisten heb ik tot 1 maart doorgewerkt om de patiëntenzorg te kunnen afbouwen. Tijdens die transitieperiode werd de kliniek gesloten en ging de SEH in

afgeslankte vorm verder. Het was vreemd om niet meer de zorg te kunnen verlenen die ik gewend was. Daarbij waren mijn collega’s en ik erg bezig met hoe het verder moest. Voor onszelf, maar vooral voor patiënten in de regio. We konden niemand meer opnemen, dus ik moest vaak meedelen dat patiënten verder moesten reizen voor dezelfde zorg. Dat was schrijnend.’

Afscheid

‘Ik ben blij dat ik tijdens de transitieperiode ben blijven werken, voor mij was dat een goed proces om afscheid te nemen. Tegelijkertijd vond ik het heftig, zeker toen ik het ziekenhuis moest leegruimen en de ruimte steeds leger zag worden.’

Opladen

‘Doorgaans kies je zelf om ergens weg te gaan. Nu werd het besluit om te stoppen voor mij gemaakt, terwijl ik nog allerlei plannen had. Daarom heb ik besloten eerst een maand vrij te nemen om alles een plek te geven. Want hoewel ik nuchter ben ingesteld, merk ik dat het faillissement veel van me heeft gevraagd. Overigens heb ik het geluk dat er genoeg vraag is naar SEH-artsen. Dat geeft rust om mezelf op te laden en straks met goede moed op een nieuwe werkplek te beginnen.’

‘Er bestaat geen draaiboek voor een failliet ziekenhuis’

Giel van Stralen is gynaecoloog. Hij was werkzaam in de MC IJsselmeerziekenhuizen. Daar was hij ook lid van het VMSSD-bestuur.

Geschokt en boos

‘Collega’s waren logischerwijs geschokt en boos over het faillissement, terwijl de patiëntenzorg nog volop door moest draaien. Ik realiseerde me dat medewerkers in zo’n emotionele periode makkelijk een fout kunnen maken. Dat wilde ik zoveel mogelijk voorkomen. Mijn eerste zorg als bestuurslid was de zorg voor patiënten en medewerkers. Zelf was ik vooral verbaasd over het feit dat een ziekenhuis überhaupt failliet kan gaan, en dat de afwikkeling zo snel moet.’

Crisisteam

‘Als bestuurslid was ik betrokken bij verschillende crisisteamen, om de afbouw en overname van zorg te stroomlijnen. Er bestaan geen draaiboeken voor een failliet ziekenhuis, we moesten het wiel echt uitvinden. Wat dat betreft was het voor mij ook een leerzame periode.’

Hartverwarmend

‘Mails, appjes, telefoontjes: de hoeveelheid steun die ik

kreeg verraste me. Ik ben benaderd door onze beroepsvereniging, de Federatie en zelfs door gynaecologen die ik niet eens persoonlijk ken. Ook vroegen omliggende ziekenhuizen hoe ze konden helpen, bijvoorbeeld met de patiëntenstroom.’

Band

‘Het patiëntencontact in de gynaecologie is doorgaans van korte duur. Maar met een aantal patiënten had ik een goede band, waaronder een kwetsbare zwangere die ik al vaker had begeleid. Na het faillissement zaten zij en haar begeleider in de spreekkamer te huilen. Ik vond het jammer dat het zo moest eindigen: juist zulke patiënten hebben baat bij een arts bij wie ze zich vertrouwd voelen.’

Onzekere toekomst

‘Ik kon al snel terecht in een ander ziekenhuis, maar het is een tijdelijke baan. Ook inhoudelijk is mijn werk anders: voorheen zat ik in allerlei commissies, nu ben ik puur met patiëntenzorg bezig. Die nevenactiviteiten mis ik wel. Bovendien is de arbeidsmarkt voor gynaecologen niet zo goed. Dat houdt me soms bezig: dat ik niet weet wat de toekomst brengt.’

‘Alsof alles wat ik had opgebouwd, voor niets was geweest’

Carla Wijbrandts is reumatoloog-internist. Ze werkte sinds 2015 in het MC Slotervaart.

Verlies van regie

‘Als zorgverlener ben ik gewend om de regie te houden. Nu wist ik het opeens niet meer. Ik was totaal niet bezig met het feit dat ik mijn baan kwijtraakte, maar maakte me vooral druk om hoe het verder moest met mijn patiënten. Onze poli werd platgebeld door ongeruste mensen.’

Website

Patiënten vroegen of ik ze wilde bellen als ik een nieuwe werkplek had. Maar ik kan natuurlijk geen 1.500 telefoontjes plegen. Ik besloot een website te maken met de nieuwe gegevens van specialisten van het Slotervaart-ziekenhuis. Het bleek te voorzien in een behoefte, want www.waarismijndokter.nl kreeg in het begin wel 500 bezoekers per dag, en wordt nog steeds geraadpleegd.’

Blinde vlek

‘De media zoomden vooral in op de acute gebeurtenissen, maar ik had graag meer willen lezen over hoe het zover heeft kunnen komen. Daarbij zou er mijns inziens een grootschalig onderzoek moeten komen naar wat de

gevolgen van zo’n faillissement zijn voor de gezondheid van patiënten. Zeker gezien dit in de toekomst vaker kan gebeuren. Nu is dat nog een blinde vlek.’

Steun

‘Ik had het geluk dat mijn directe collega en ik terechtkonden in een reumacentrum in Amsterdam. Wel voelde het alsof alles wat ik in vier jaar had opgebouwd, voor niets was geweest. Maar het feit dat er zoveel patiënten meeverhuisden die blij waren ons weer te zien, deed me inzien dat dit niet zo was. Ons patiëntenbestand hebben we immers zélf opgebouwd. Dat biedt steun.’

Herstellen

‘Mensen vragen nauwelijks nog naar het faillissement. Je hebt een nieuwe baan, dus het zal wel goed zijn, lijkt de gedachte. Maar ik vond het moeilijk om aan iets nieuws te beginnen terwijl ik nog verdrietig en boos was over mijn oude werk – ik ben daar nu pas van aan het herstellen. Ik kon mijn gevoelens gelukkig delen met mijn collega, maar dat geldt niet voor iedereen. Daarom vind ik het ook belangrijk dit interview te doen en mijn verhaal te vertellen.’

Nathalie Reesink spoort patiënten aan gezonder te leven

‘Kom bij mij niet aan met smoesjes’

Veel medisch specialisten vinden naast hun intensieve werkweek nog energie om zich ergens vrijwillig met hart en ziel voor in te zetten. Gynaecoloog-oncoloog Nathalie Reesink spreekt patiënten bewust aan op hun ongezonde gedrag. Helemaal nadat ze ontdekte hoe fanatiek sporten haar eigen leven veranderde.

HART & ZIEL

Naam project

‘Geen, dit hoort gewoon thuis in de spreekkamer’

Inzet

Patiënten proactief aanspreken op hun leefstijl, met name stoppen met roken en een gezond gewicht

‘Ik vind dat patiënten ook zelf iets moeten bijdragen aan hun gezondheid’

‘Patiënten een beetje choqueren werkt soms het beste’, vertelt gynaecoloog-oncoloog Nathalie Reesink (47) over haar persoonlijke missie om patiënten in het Medisch Spectrum Twente (MST) te laten stoppen met roken en meer te laten bewegen. ‘Veel mensen weten niet dat roken de kans op een afwijkend uitstrijkje aanzienlijk vergroot. En dat overgewicht een relatie heeft met baarmoederkanker.’ Reesink confronteert ze daarmee. ‘Ik vertel rustig aan een jonge vrouw die haar uiterste best heeft gedaan om er verzorgd uit te zien, dat ik meteen aan haar huid zie dat ze rookt. Om vervolgens te bespreken dat roken een rol speelt bij haar afwijkende uitstrijkje.’

Shockeffect

Dat mensen dan schrikken, ziet Reesink als functioneel. ‘Het gaat erom dat ik hun aandacht heb, zodat ik ze gemotiveerd naar de stoppen-met-rokenpoli kan sturen.’ Reesink mag dan gebruik maken van het shockeffect, ze spreekt nooit over schuld. ‘Een opgeheven vingertje werkt averechts. Ik accepteer de mens zoals die tegenover me zit, ik luister goed naar waarom het tot nu toe niet is gelukt gezond te leven en sluit daarop aan. Maar ik ben wel eerlijk.’ In die gesprekken stelt ze zich bewust kwetsbaar op. ‘Ik laat zien als iets me raakt. Dat betekent dat ik soms in tranen raak bij

slecht nieuws. Ik behandel de mens als geheel, niet alleen het zieke gedeelte.’

Die persoonlijke aanpak slaat aan, merkt Reesink, die de impact van ongezond leven een paar jaar geleden zelf aan den lijve ondervond. ‘Ik kom uit een sportief en gezond gezin. Mijn vader was sportleraar. Mijn zus kon supergoed sporten, terwijl ik het al heel wat vond dat ik elke dag naar het ziekenhuis fietste en wat aan tennis en aerobics deed.’ Tot haar man enkele jaren geleden fanatiek ging sporten en haar mee vroeg naar zijn *bootcamp*-groep. ‘Ik dacht dat ik een prima conditie had, maar bungelde hopeloos achteraan. Ik schaamde me dood.’

Eind hollen

Maar Reesink zette door. ‘In het begin vond ik het vreselijk lastig. Maar dat ik me beter ging voelen, gebruik ik nu om patiënten te motiveren door de zure appel heen te bijten.’ Nadat ze een *personal trainer* inschakelde, merkte ze een omslag. ‘Ik kreeg er steeds meer plezier in. Ik werd fitter en veel vrolijker én heb nu een kledingmaat kleiner.’ Inmiddels kan ze niet meer zonder actief bewegen. Reesink sport vijf keer in de week en traint voor een halve marathon. ‘Als ik na een intensieve dag op de operatiekamer of poli met stoom uit mijn oren thuiskom, helpt het om een eind te gaan hollen.’



Nathalie Reesink:

‘Na een intensieve dag op de operatiekamer of poli, helpt het om een eind te gaan hollen’

‘ERAS-project’ (Enhanced Recovery After Surgery) binnen MST, waarbij patiënten voor en na de operatie worden gestimuleerd meer te bewegen. ‘Dat houdt in dat we mensen na de operatie op de uitslaapkamer al op de stoel laten zitten of hun katheter al tijdens de operatie verwijderen, zodat ze uit bed moeten om te kunnen plassen.’ Al die extra beweging bevordert het herstel, patiënten bezetten minder lang een ziekenhuisbed en hebben minder complicaties, blijkt uit onderzoek.

Persoonlijke investering

Reesink gelooft niet dat dit thema louter thuishoort bij de overheid of zorgverzekeraars. ‘Meer specialisten moeten patiënten proactief aansporen gezonder te gaan leven. Ga niet eerst een project opstarten, maar begin gewoon met het doen in de spreekkamer.

Ook al kost het meer tijd en energie, en maak je er niet altijd vrienden mee. Mijn spreekuren lopen altijd uit en ik ga vaak als laatste naar huis. Dat zie ik als mijn persoonlijke investering. Maar dit maakt me blij. Als geneeskundestudent ergerde ik me al mateloos aan al dat roken en drinken. Nog steeds vind ik me erover op, omdat ik weet wat de gigantische gezondheidswinst is van veel bewegen en gezond leven. Ik hoop dan ook dat mijn missie zich als een olievlek over Nederland verspreidt.’ ●

Al haar inzichten deelt ze ongevraagd met haar collega’s en in de spreekkamer. ‘Patiënten moeten bij mij niet aankomen met smoezen, bijvoorbeeld dat ze geen tijd hebben; ze hebben meestal meer tijd dan ik. Ik vind dat patiënten ook zelf iets moeten bijdragen aan hun gezondheid. Hoezo moet ik wat aan hun aandoening doen als ze zelf niets ondernemen? Zo werkt het niet.’

50 kilo lichter

Om mensen de goede richting op te krijgen, kan Reesink soms ferm

zijn. ‘Zo heb ik een jonge vrouw met een langzaam groeiend carcinoom, die 160 kilo woog, naar huis gestuurd om eerst flink te gaan bewegen. Ze fietste die zomer heel Overijssel door, zo’n honderd kilometer per dag, en is vijftig kilo afgevallen. Daarna kon ik haar tumor zonder complicaties verwijderen. Had ik haar eerst geopereerd was het risico op sterfte tijdens of vlak na de ingreep veel groter geweest.’

Enige dwang helpt dus. Dat ziet de gynaecoloog ook bij het



Levenslang leren

Dat artsen zich opwinden over en ergeren aan de almaar toenemende administratieve lasten in de zorg is logisch. Regels en registratiedruk moeten passend zijn, vindt de Federatie terecht. Weg dus met de afvinklijstjes voor werkprocessen in het epd, de wildgroei aan keurmerken en accreditaties en de terugkerende machtigingen voor patiënten.

Als één van de tien schrapacties binnen *(Ont)regel de Zorg* is IFMS aangewezen. Voor sommige collega's is dat aanleiding om het hele IFMS-systeem weg te zetten als geldklopperij door externe bureaus, een motie van vertrouwen aan het adres van de hardwerkende specialist die zelf heus wel weet hoe hij zijn vak moet uitoefenen, of als een bureaucratisch monster. Hyperbolen als pleidooi om de IFMS maar helemaal te schrappen.

Dat is echter het kind met het badwater weggooien. Patiënten en maatschappij mogen van ons verwachten dat wij ons eigen functioneren kritisch beschouwen en openstaan voor evaluatie daarvan. Dat is het uitgangspunt voor de IFMS in de oorspronkelijke leidraad uit 2014. Laten we niet doen alsof het raar is als elke specialist van tijd tot tijd het eigen functioneren bespreekt met een onafhankelijke collega, gebruikmakend van feedback uit de werkomgeving van de specialist. Een werkgroep *(Ont)Regel IFMS* van de Federatie gaat kijken hoe het efficiënter en waar mogelijk ook effectiever kan, zoals je van medisch specialisten mag verwachten.

Laten we ondertussen vooral blijven werken aan een cultuur van levenslang leren. We zijn uitstekend opgeleid, maar hebben ook allemaal onze onzekerheden, beperkingen en ontwikkelpunten. Om daarover regelmatig een goed gesprek te hebben, dat is de essentie van de IFMS. Dat is geen bureaucratie, geen regeldruk, geen flauwekul. Integendeel, het kan belangrijk bijdragen aan het welzijn van iedere medisch specialist (en zijn of haar patiënten), als die specialist zich toetsbaar en leerbaar opstelt. Zoals je van iedere dokter mag verwachten.

Paul Brand, kinderarts en programmaleider
professioneel functioneren medische staf Isala

Tips en handreikingen voor in de spreekkamer

‘Samen beslissen is geen trucje’

Natuurlijk doet u al lang aan samen beslissen. Toch? Sommige patiënten denken er echter anders over. Er blijkt nog een kloof tussen willen en doen. Met het onlangs verschenen visiedocument *Samen Beslissen* hoopt de Federatie het gat te dichten.

Dát we samen willen beslissen, daarover zijn arts en patiënt het eens. Zo blijkt uit peilingen onder patiënten van de Patiëntenfederatie (94 procent) en de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten (NFK) (82 procent). Verder vindt 87 procent van de medisch specialisten dat gezamenlijke besluitvorming leidt tot betere zorg, zo geven ze aan in een peiling van de Federatie (zie infographic pagina 25, *red.*). Toch is de praktijk anders: vaak denken medisch specialisten hun patiënten uitgebreid te informeren, hoewel de patiënt dat heel anders ervaart: die vindt dat de arts nog te eenzijdig

beslist over de behandeling. Zo geeft vier op de tien patiënten in de peiling van de Patiëntenfederatie aan dat er onvoldoende is gesproken over de zorg en behandeling die het beste past bij de situatie of voorkeur van de patiënt.

Wat is dan de ultieme weg naar het perfecte gesprek waar zowel medisch specialist als patiënt tevreden op terugblijkt? Volgens kno-arts Markus Oei, werkzaam in het Flevoziekenhuis Almere, is er geen standaard-formule. Het is een proces, vindt hij, geen instant truc. Oei is groot voorstander van samen beslissen en was lid van de Federatie-werkgroep *Samen Beslissen*.

Wat merkt u van samen beslissen in de praktijk?

‘Veel dokters denken dat ze allang samen beslissen, maar meestal is dat vooral een intentie. In de praktijk blijkt dat de medische norm nog altijd de boventoon voert. Medisch specialisten spreken met patiënten op zo’n manier dat die overtuigd raken van de – overigens goedbedoelde – mening van de specialist. Dat is niet samen beslissen, maar eerder je eigen normen en waarden projecteren.’

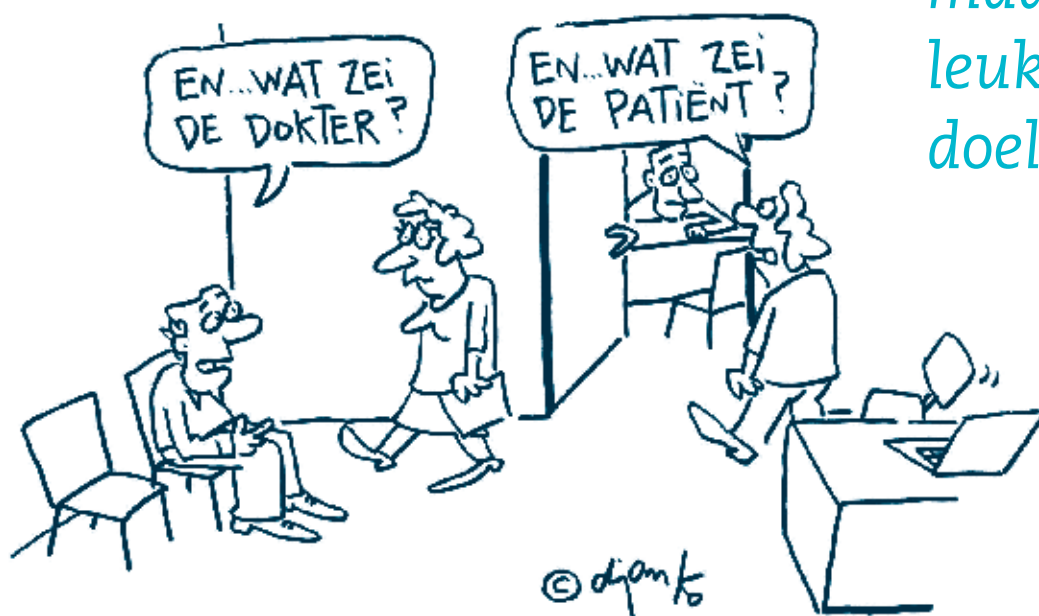
Toch willen specialisten wel samen beslissen.

Waar zit de kloof?

‘Werkelijk samen beslissen vraagt een andere attitude. Het gaat erom dat je beseft dat jouw visie op de behandeling gelijkwaardig is aan de visie van de patiënt. En die kan ver van jouw opvatting vandaan liggen. Ik zie het als een proces waarin altijd een informeer-, denk- en luisterfase zit.’ ▶



‘Samen beslissen is moeilijker, maar ook leuker én doelmatiger’



Voorzitter werkgroep Ewoud van Arkel:

‘Ik ben meer een coach’

De Federatie-werkgroep Samen beslissen onder leiding van orthopedisch chirurg Ewoud van Arkel van Haaglanden Medisch Centrum (HMC) presenteert deze maand het visiedocument Samen beslissen. Van Arkel legt uit waarom die visie nog nodig was: ‘Iedereen heeft een ander beeld bij wat het inhoudt. Maar er komt veel meer kijken bij samen beslissen dan alleen de patiënt informeren over zijn behandelkeuzes of een keuzehulp inzetten.’

Tijd nemen

In de visie staat nu deze definitie: *Samen Beslissen is het proces waarin de arts en de patiënt gezamenlijk bespreken welk medisch beleid het beste bij de patiënt past, waarbij alle opties, voor- en nadelen, patiëntvoorkeuren en omstandigheden worden meegenomen.* Van Arkel: ‘Samen beslissen is geen kort, eenmalig gesprekje. Je trekt er tijd voor uit en toetst of de patiënt alles heeft begrepen. Je legt alle mogelijkheden uit en geeft de

patiënt tijd om erover na te denken – dat reflectiemoment is nieuw.’

Andere gesprekken

De belangrijkste slagingsfactoren zijn empathie, betrokkenheid en de wil tot reflecteren, merkt van Arkel. ‘Je legt niet standaard je eigen normen en waarden aan de patiënt op, maar sluit aan bij diens wensen en behoeften. Het is echt maatwerk, bij iedere patiënt opnieuw. Ik merk zelf dat ik minder mijn wil opleg

en meer uitvraag wat de patiënt voelt en vindt. Zo’n andere attitude levert ook andere gesprekken op: ik ben meer een coach die het behandelproces begeleidt. Dat zie ik terug in mijn behandelingen: die zijn minder standaard.’

Wildgroei

Tot slot ziet Ewoud van Arkel dat artsen zich nog vaak vastklampen aan consultkaarten en folders. ‘Maar een brochure meegeven is nog niet samen beslissen. Daarnaast is er nu een te grote keuze aan informatiemateriaal. Aan de wildgroei van commerciële keuzehulpen moet snel een einde komen. De wetenschappelijke verenigingen zouden er goed aan doen om die taak naar zich toe te trekken. Ik hoop dat er een platform komt waar alle betrouwbare keuzehulpen op staan, vergelijkbaar met thuisarts.nl, maar dan voor keuzehulpen.’

Kunt u dat toelichten aan de hand van uw eigen ervaringen?

'Ik zie veel ouders die moeten beslissen of hun kind buisjes in de oren krijgt. Ondanks dat de richtlijn klip en klaar is, pakt mijn behandeling soms toch anders uit. Bijvoorbeeld omdat de thuissituatie een andere aanpak verlangt. Een alleenstaande moeder die al maanden niet slaapt, kiest wellicht eerder voor buisjes dan een moeder met een partner die 's nachts bijspringt. Het gaat bij samen beslissen niet om alleen zenden, maar juist om luisteren. Je moet goed weten wie je tegenover je hebt zitten.'

Heeft u wat bruikbare tips?

'Allereerst: realiseer je dat richtlijnen over ziekten gaan, niet over patiënten. Ken de richtlijn, maar durf die ook los te laten. Weet als arts dat gezondheidswinst niet altijd hetzelfde is als de kwaliteit van leven die de patiënt voor ogen heeft. Niet behandelen is ook een optie. En voel in al je vezels dat bijna iedere patiënt – op wilsonbekwamen na – prima kan meebeslissen over de behandeling, mits de situatie zich daarvoor leent en hij of zij de juiste informatie voorhanden heeft.'

Medisch specialisten zoeken naar handzame instrumenten om patiënten goed te informeren. Hoe doet u dat?

'Ik geef veel relevante, herhaalbare informatie. Niet op papier, maar digitaal met alle info en filmpjes om het thuis nog eens te bespreken. Dat werkt uitstekend. Verder stel ik veel vragen, luister ik goed en vraag door. Soms moet ik eerst angst wegnemen voor iemand kan beslissen, of heeft iemand extra uitleg nodig over wat de behandeling voor bijwerkingen kan geven. De KNO-vereniging heeft heel goede consultkaarten met keuzehulp en er zijn diverse filmpjes beschikbaar met

In 3 stappen naar samen beslissen

Stap 1: Geef informatie, leg uit dat de patiënt meer dan één optie heeft, en dat hij een stem heeft in de keuze.

Stap 2: Bespreek alle opties, voorkeuren en behoeften van de patiënt en de invloed van die opties op de persoonlijke situatie.

Stap 3: Kom samen tot een beslissing.



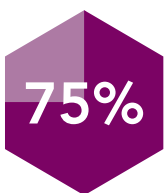
De visie *Samen Beslissen*, met tips en handreikingen voor in uw spreekkamer, vindt u op: www.demedischspecialist.nl/samenbeslissen.

informatie over behandelopties. Ik raad alle medisch specialisten aan om dat soort communicatiemiddelen te vragen bij hun bestuur. Dan ben je zelf eigenaar van de keuze-informatie.'

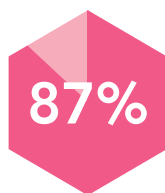
Wat levert Samen Beslissen u op?

'Samen beslissen is moeilijker, maar ook leuker. Als arts ga je terug naar de basis: je kijkt naar de mens, niet naar de ziekte. Je vraagt je weer af: wat heeft deze patiënt nodig? Sinds ik écht samen met patiënten beslis, is mijn werk een stuk interessanter. Als dokter moet je soms loslaten en soms standvastig zijn. Het is geen u vraagt, wij draaien. Die balans vinden is uitdagend. En het kost tijd: vaak heb ik twee consulten nodig in plaats van één. Maar wanneer mensen de tijd krijgen over hun behandeling na te denken en ze alle informatie rustig kunnen bekijken, nemen ze een besluit waar ze volledig achterstaan. Daardoor komen ze minder vaak terug, blijkt uit onze cijfers, dus doelmatiger is het ook. Maar het belangrijkste is dat patiënten zich gehoord voelen. Samen beslissen betekent ook samen de verantwoordelijkheid delen.' ●

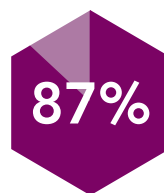
Uit een peiling van de werkgroep *Samen Beslissen* en *Samen beslissen geïmplementeerd* onder 827 medisch specialisten, blijkt dat vrijwel iedere specialist de intentie heeft om de patiënt zoveel mogelijk te betrekken bij de behandeling. Enkele percentages uit het rapport dat in juli verschijnt:



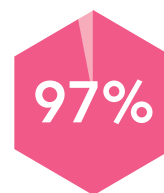
SAMEN BESLISSEN GEEFT REALISTISCHE VERWACHTINGEN VAN DE BEHANDELOPTIES BIJ DE PATIËNT



GEZAMENLIJKE BESLUITVORMING LEIDT TOT BETERE ZORG



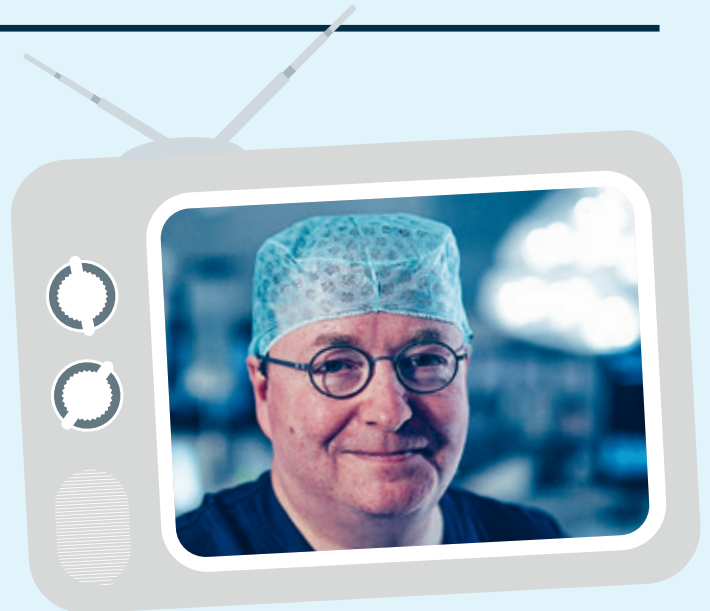
INFORMEERT DE PATIËNT MONDELING OVER DE MANIER WAAROP BESLUITVORMING PLAATSVINDT



BENOEMT EXPLICIET DAT ER MEERDERE BEHANDELOPTIES ZIJN, WAARBIJ SOMS 'NIETS DOEN' OF 'AFWACHTEN' OOK OPTIES ZIJN.

Terugblik op Topdokters

In de tv-reeks *Topdokters* van RTL 4 volgde de kijker in het afgelopen seizoen acht medisch specialisten uit verschillende ziekenhuizen in Nederland. In een van de afleveringen stond mond-, kaak- en aangezichtschirurg Stefaan Bergé van het Nijmeegse Radboudumc centraal. Hoe kijkt hij terug op zijn deelname?



Wat was uw drijfveer om mee te doen?

‘Over het algemeen vind ik het niet zo leuk om aan media-uitingen mee te werken. Journalisten maken vaak toch hun eigen verhaal van wat je vertelt, of ze zetten er een vreemde titel boven – dat vind ik overigens ook van dit programma. Dus ik was wel sceptisch, en heb vooraf ook indringend gesproken met de televisiecrew. Tegelijkertijd vind ik het belangrijk om te laten zien dat dokters hardwerkende, integere gepassioneerde professionals zijn, met hart voor hun patiënten.’

Hoe is het om een camera mee te laten lopen, en ook thuis?

‘Na een paar minuten merk je niets meer van die camera. Ook omdat ik had afgesproken: ik doe mijn werk, maar ik ga niets opnieuw doen. Er is dus niets geacteerd of geregisseerd, al heb ik wel hier en daar uitleg gegeven over wat ik aan het doen ben bij een operatie. Daarnaast heb ik vooraf mijn kinderen en echtgenote gevraagd wat ze van het idee vonden, en pas na hun goedkeuring toegestemd. Uiteindelijk heeft de cameraploeg zes of zeven dagdelen meegelopen, dat viel alleszins mee.’

Wat laat u wel en niet zien?

‘Ik heb niet geselecteerd op de inhoud, maar ook geen gekke dingen gedaan. Alles wat is gefilmd, mochten ze wat mij betreft gebruiken.’

Heeft u nog een stem in wat ze wel of niet uitzenden?

‘Nee, maar in de preview heb ik wel gereageerd op feitelijke onjuistheden. Zo was er een voice-overtekst die zei dat ik elke dag in de OK stond. Dat klopt niet, en het zo presenteren vind ik niet fair naar collega’s. Dat heeft de redactie netjes aangepast naar dat ik ‘vandaag’ op de OK stond.’

Wat is volgens u het effect op uzelf, uw gezin, collega’s en beroepsgroep?

‘Wat ik niet had verwacht, was dat er zoveel reacties zouden komen, en ook allemaal zo positief. Verder krijg ik e-mails van patiënten die soms al een lijdensweg hebben afgelegd en nu hopen dat ik hen kan helpen. Terwijl ik in het programma toch duidelijk heb gezegd dat ik niet kan toveren... Maar daaraan merk ik wel dat mijn voorwaarde om deel te nemen aan het programma is vervuld: bijdragen aan een positief beeld van onze beroepsgroep, door de andere kant van de dokter te laten zien.’ **NvE**



Met één been buiten het ziekenhuis

Wie betaalt dat?

Parkinsonnet en Integrale geboortezorg zijn succesvolle voorbeelden van samenwerking tussen zorgprofessionals in eerste, tweede en derde lijn, zorgbestuurders, zorgverzekeraars en beleidsmakers. Maar is netwerkgeneeskunde, en dan met name de bekostiging ervan, niet enorm ingewikkeld? Ja, dat is het. Tegelijkertijd is het een kwestie van gewoon beginnen.

Revalidatiearts Frits Lem wil graag een poli organiseren bij een huisartsenpraktijk. De huisarts vindt het goed, maar wie betaalt de spreekkamer en hoe voorkomen ze administratieve rompslomp? Net als de ruim 350 medisch specialisten die afgelopen maart naar het congres Netwerkgeneeskunde, de medisch specialist met één been buiten het ziekenhuis kwamen, worstelt Lem met de vraag: wat als een verbetering van zorg wordt belemmerd door de bekostiging? De workshop van beleidsmedewerker Richard Heijink van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) over bekostiging van netwerkgeneeskunde op het congres was dan ook binnen *no time* volgeboekt. Heijink: 'Bij dit soort vragen onderzoekt de NZa eerst of het om een structureel probleem gaat. Daarna bepalen we of we de dbc-systematiek moeten aanpassen of dat een lokale oplossing mogelijk is. Zo hebben we bijvoorbeeld de regelgeving verruimd voor bekostiging van zorg op afstand, integrale geboortezorg en verwijzingen tussen instellingen met behoud van de hoofdbehandelaar.'

Honderden verzoeken

Wat de laatste van deze drie wijzigingen betreft: laat je een patiënt voor een deel in een ander ziekenhuis behandelen, dan was dat voorheen niet apart declarabel. Heijink: 'Doordat ziekenhuizen nu een nieuwe dbc kunnen openen, hoeven ze niet meer



Richard Heijink:

'Voor netwerkgeneeskunde bestaat geen one size fits all-oplossing'

onderling de betaling te regelen.' Veel medisch specialisten vragen zich af of het dbc-systeem niet wat minder ingewikkeld kan. Jazeker, verwacht Heijink, maar niet van vandaag op morgen. 'De NZa wil graag zorg belonen die waarde toevoegt voor de patiënt en afstappen van een bekostigingssysteem dat voor- namelijk geënt is op het uitvoeren van verrichtingen. ▶

Wat leverde de workshop op?

De workshop van de NZa over bekostiging van netwerk-geneeskunde was een druk bezocht onderdeel op het congres Netwerkgeneeskunde van de Federatie. Wat is volgens deelnemers de gouden tip voor collega's? Wat zien zij als belemmering? En welke inzichten nemen ze mee naar huis?



'Ga niet 1.000 samenwerkingsverbanden aan'

Revalidatiearts Frits Lem van de Sint Maartenskliniek en aangesloten bij de Werkgroep Hersenletsel Revalidatiegeneeskunde (WHR):

Tip: 'Deel kennis en stem binnen je netwerk af waar de patiënt wat aan heeft. En vergroot zo het effect van lokale behandelingen.'

Belemmering: 'Bij de Sint Maartenskliniek hebben we 1.500 medewerkers waarvan 100 alleen de administratie controleren. Laat zorgverzekeraars liever steekproeven doen. Heb wat meer vertrouwen en financieel laagdrempelige zorginnovaties.'

Inzicht: Ga niet 1.000 samenwerkingsverbanden aan. Kies een patiëntengroep en een aandachtspunt waarbij het belangrijk is dat de eerste, tweede en derde lijn samenwerken.'

Doe het eens anders

Wil je de zorg die je levert of organiseert verbeteren, dan is het een optie om een innovatie-experiment uit te voeren. De NZa opent hiervoor een tijdelijke zorgprestatie. Dit is een snellere manier om op korte termijn te kunnen starten met netwerkgeneeskunde. Op www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde staat de video 'innovatie experiment NZa' met uitleg hoe dat in drie stappen is te regelen.

De lijst met lopende innovatie-experimenten groeit: op dit moment lopen er al dertig projecten. De zorgverleners experimenteren met innovatieve vormen van diagnostiek, behandeling, inzet van ict en e-health of (innovatief bekostigen van) organiseren en samenwerken.

Op korte én lange termijn met alternatieve contractvormen, en op lange termijn ook met een vereenvoudigd declaratiesysteem.'

De NZa kiest voor deze strategie omdat zorgaanbieders die gebruikmaken van alternatieve contractvormen, gebaat zijn bij een stabiele prestatiestructuur, merkt Heijink. Dat betekent overigens niet dat er de komende jaren helemaal niets wijzigt. 'De NZa ontvangt jaarlijks honderden verzoeken voor aanpassingen in het dbc-systeem. Onze beleidsmedewerkers bekijken elke casus individueel en beoordelen of er extra uitleg van de regelgeving nodig is, er een extra zorgactiviteit nodig is, de NZa iets moet aanpassen in de dbc-systematiek of dat er een lokale oplossing in de contractafpraak tussen verzekeraar een aanbieder mogelijk is.'

Netwerk-dbc

Kinderarts Saskia Bouma zou graag één standaard-dbc zien voor netwerkgeneeskunde. Ze geeft een voorbeeld van een patiënt die ze niet gauw zal vergeten. 'Een meisje van zestien had ernstige obesitas, maar was compleet uit beeld verdwenen bij zorgverleners. Ze kwam pas bij mij terecht nadat de schoolverpleegkundige haar vertrouwen had gewonnen en haar wist te motiveren om hulp te zoeken. Met veel inspanning, telefoontjes en mailtjes kregen we dit meisje weer op de rit. Maar als de schoolverpleegkundige geen contact met mij had gezocht, en we de schotten niet hadden genegeerd, was dit meisje nu vergeten met alle gevolgen van dien', vertelt Bouma. 'Met een goed werkende netwerkbekostiging kunnen we vaker voorkomen dat mensen tussen wal en schip vallen.'

De door Bouma en veel andere medisch specialisten zo gewenste 'netwerk-dbc' zou onder andere ruimte moeten bieden voor het optuigen en verbeteren van netwerken, voor overleg tussen zorgpartners en voor



‘Denk eerst aan de patiënt die nu tussen wal en schip valt’

Kinderarts en zelfstandig ondernemer Saskia Bouma van de Kinderartsenpraktijk:

Tip: ‘Denk eerst aan de patiënt die nu tussen wal en schip valt. Denk daarna pas aan bekostiging.’

Belemmering: ‘Mijn grootste frustratie is dat ik, door de opgeknipte bekostiging, kinderen niet de aandacht kan geven die ze nodig hebben.’

Inzicht: ‘Soms heb je dezelfde doelen en belangen, maar kun je of wil je niet dezelfde inzet leveren. Bespreek dit. Zorg dat netwerkgeneeskunde werkt.’

tussentijds contact over de zorg voor een patiënt. Maar voorlopig komt die netwerk-dbc er nog niet. Want, zo legt Heijink uit: ‘Geen netwerk is hetzelfde. Zorgnetwerken variëren per doelgroep, type zorgaanbieders en financiers. Parkinsonpatiënten vragen andere zorg dan obesitaspatiënten, en standaardzorg heeft een minder groot financieel risico dan complexe zorg. Voor netwerkgeneeskunde bestaat geen *one size fits all*-oplossing.’ Hoe weet je dan zeker dat het concept dat je wilt opzetten, ook is te bekostigen? ‘Daar kom je achter zodra het ziekenhuis met de zorgverzekeraar bespreekt wat het precies doet. Maakt het ziekenhuis beter duidelijk dat de zorg ten bate komt van de patiënt, dan is er best veel mogelijk.’

Interessante alternatieven

Tot slot zijn er naast het aanpassen van de dbc-systematiek meer interessante alternatieven om netwerkgeneeskunde betaalbaar en beheersbaar te maken. Richard Heijink: ‘Ik zie ziekenhuizen experimenteren met contractafspraken waarbij ze alle benodigde zorg voor een patiënt met een bepaalde diagnose integraal inkopen. En ik zie hoe verzekeraars met het *shared savings*-systeem de opbrengsten van besparing en kwaliteitsverbetering delen met de medisch specialisten en het ziekenhuis. Een ander voorbeeld is hoe VGZ met het *Zinnige Zorg*-programma meerjarenafspraken maakt met ziekenhuizen waarbij de dbc-productie niet meer bepalend is voor de omzet. Kortom: durf gewoon te beginnen. Ik denk dat er meer mogelijk is. We – de NZa, zorgprofessionals en managers en bestuurders van binnen en buiten het ziekenhuis – kunnen veel meer voor elkaar betekenen dan we nu denken.’ ●



Op zoek naar inspiratie? Een eigen netwerkinitiatief delen? Kijk op: www.demedischspecialist.nl/netwerkgeneeskunde.



‘Zet je een nieuwe samenwerking op? Voorkom frustratie’

Programmamanager Ingrid van der Gun van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC):

Tip: ‘Niet alle cardiologen weten dat er gespecialiseerde kaderhuisartsen zijn waarmee je samen projecten rondom zorg op de juiste plek kunt oppakken. Daarom zeg ik: pak de telefoon, leer elkaar kennen.’

Belemmering: ‘Het lukt ons wel om de bekostiging voor netwerkgeneeskunde gedekt te krijgen, maar het is een stroperig en tijdrovend project. En wat het nog lastiger maakt zijn de verschillen tussen de regio's. De ene regio dekt de bekostiging met projectgelden van de zorgverzekeraar, de ander gebruikt de standaardbekostiging en benut de mogelijkheden daarbinnen.’

Inzicht: ‘Je kunt frustratie voorkomen als je een nieuwe samenwerking opzet door direct de zorgverzekeraar (en eventueel de patiëntenvereniging) te betrekken bij de besprekingen. Zo weet je meteen wat de mogelijkheden en wensen zijn.’



de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie

Ann Vossen

Arts-microbioloog Ann Vossen, verbonden aan het LUMC, is sinds december 2018 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM). Wat is haar kijk op de samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen binnen de Federatie?

'Netwerkdelen is voor ons een tweede natuur'

1 Wat heeft aansluiting bij de Federatie jullie gebracht?

'Allereerst is het veel gemakkelijker om andere wetenschappelijke verenigingen te vinden. Zo zie ik dat de bureaus elkaar gemakkelijker vinden en sneller zaken kortsluiten: zijn jullie daar ook mee bezig, wat kunnen we van elkaar leren? En dankzij het Kennisinstituut kunnen we zaken als de kwaliteitsvisite, de kennisagenda en het opstellen van richtlijnen naar een hoger niveau tillen. Als kleine vereniging hebben we maar één beleidsmedewerker. Door de begeleiding en ondersteuning van het Kennisinstituut bij het richting geven en de logistiek krijgen we meer gedaan in kortere tijd.'

2 Op welke onderwerpen willen jullie leren van andere wetenschappelijke verenigingen?

'De raden van de Federatie zijn een belangrijk forum om specialisme-overstijgende kwesties met elkaar te bespreken. Zo vormen we vanuit de Raad Beroepsbelangen nu de Werkgroep Diagnostiek. Met een aantal specialismen die veel diagnostiek uitvoeren, zoals radiologie, pathologie, klinische chemie en klinische fysica, leren we van elkaar en pakken we gezamenlijk zaken op.'

3 Hoe dan? Heb je een voorbeeld?

'In de discussie over hoeveel mensen er nodig zijn voor een bepaald diagnostisch specialisme, kijken ziekenhuisbesturen vaak vooral naar de hoeveelheid diagnostiek die we produceren. Maar dat is niet het enige. We voeren ook andere belangrijke taken uit en daar gaat veel tijd in zitten. Zo geven artsen-microbioloog veel klinische en telefonische consulten en moeten we capaciteit hebben om infectie-uitbraken te kunnen bestrijden. Het idee bestaat dat diagnostiek een kostenpost is, terwijl in feite snelle, adequate diagnostiek en het voorkomen van infecties en antibioticumresistentie leidt tot minder onnodige zorg en dus kosten bespaart. De waarde van goede diagnostiek laten zien is ook van belang voor de andere diagnostische specialismen. Logisch dus om die toegevoegde waarde gezamenlijk voor het voetlicht te brengen. Dan is je geluid veel krachtiger.'

4 Wat kunnen andere verenigingen van jullie leren?

'Wij hebben veel kennis en expertise op het gebied van infectiepreventie, zowel binnen als buiten het ziekenhuis. In het net opgerichte Samenwerkingsverband Infectiepreventie Richtlijnen denken wij mee over infectiepreventie in alle aspecten van de zorg, samen met partijen als het RIVM en de Stichting kwaliteitsimpuls langdurige zorg (SKILZ). In het verlengde daarvan: netwerkdelen is voor ons een tweede natuur, want we zijn actief in de nulde, eerste, tweede en derdelijn. We hebben overleg met partijen als de GGD en het RIVM maar ook de huisarts en collega-specialisten. Op het gebied van netwerkgeneskunde kunnen we een goede *sparing partner* zijn voor andere wetenschappelijke verenigingen.' **NvE**

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie (NVMM)

Bestaat sinds: 1992

Aantal leden: 680 leden, waarvan 300 medisch specialisten en ongeveer 70-80 aios



Wat is uw volgende investering in ontwikkeling?

Vier tips om toekomstproof te blijven in de zorg.

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

Management voor medici

Versterk uw managementkennis met dit postdoctorale programma. Focus op marktontwikkelingen, strategie en verandermanagement, leiderschap, financiën, organisatie, ondernemerschap en samenwerking. Wetenschappelijk niveau, 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 Leiden (kasteel Oud-Poelgeest)

Nieuw

Speak up dear!

Hoe neem je als leider een sterke positie in zonder weerstand op te wekken? Zet op de juiste momenten je kracht én je warmte in voor effectievere aansluiting op wat je wilt bereiken. Speciaal voor vrouwelijke artsen die zich effectiever willen profileren. Persoonlijke training voor en door vrouwen met inzicht, reflectie en direct toepassen.

Startdatum 11 september 2019

Prijs leden FMS en VvAA: € 1.845,-; niet-leden: € 1.945,-

Plaats Sint-Michiëlsgestel
(Conferentiecentrum de Ruwenberg)

Nieuw

Zorg voor medisch specialist

Hoe blijft u en houdt u de medische staf gezond en gemotiveerd gedurende de hele loopbaan? In deze tweedaagse introductie cursus reiken we de bouwstenen aan voor een goed op elkaar aansluitend 'Human Resource Model' en instrumenten die bijdragen aan optimaal functioneren en duurzame ontwikkeling van medici. HR- én medisch specialisten Mariëlle Keemers en Wiepke Drossaers inspireren collega-medici voor een ontwikkelingsgerichte loopbaan.

Startdatum 13 september 2019

Prijs leden FMS en VvAA: € 1.395,-; niet-leden: € 1.495,-

Plaats regio Utrecht

Ethiek van leven en zorgen

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

Startdatum 10 oktober 2019

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

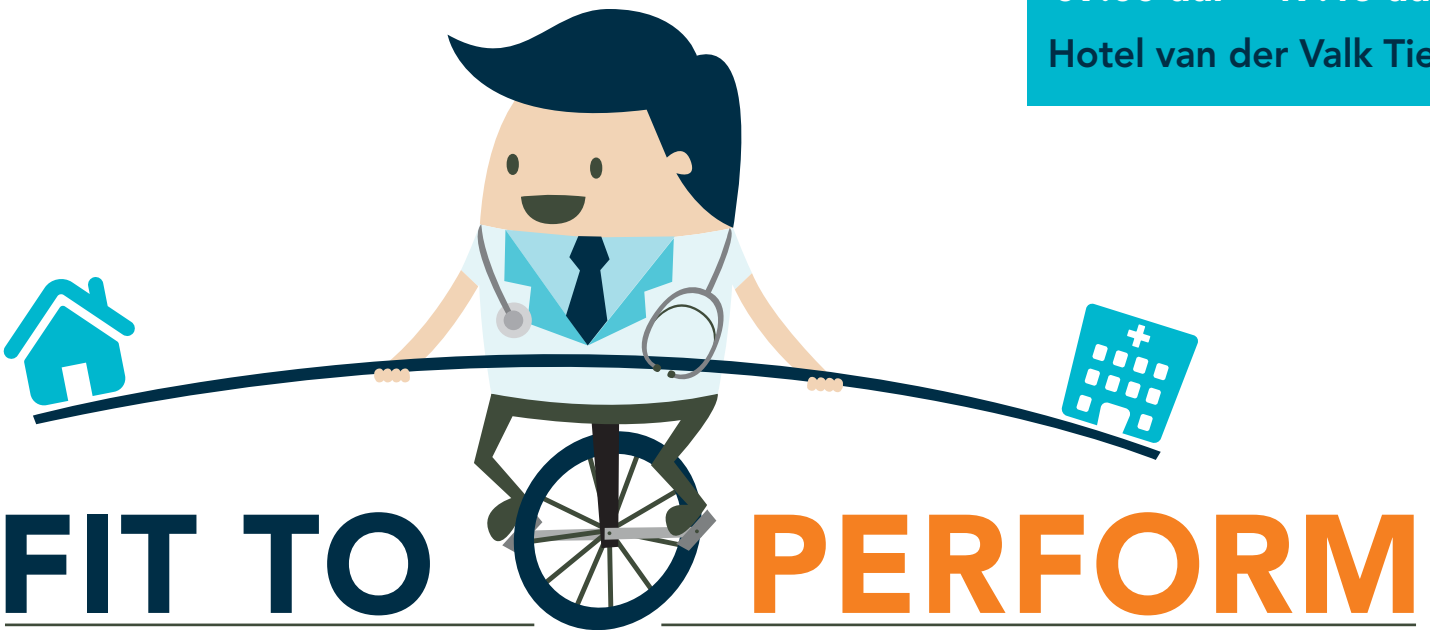
Plaats Werkhoven (Conferentiecentrum Samaya)

De partners van De Academie voor Medisch Specialististen:



De Academie 
voor medisch specialisten

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



FIT TO PERFORM

DJS CONGRES 2019

HET JAARLIJKSE CONGRES VAN DE JONGE SPECIALIST VOOR AIOS EN ANIOS

Om ervoor te zorgen dat uw aios uitgroeien tot succesvolle medisch specialisten, is het belangrijk dat ze leiderschapskwaliteiten ontwikkelen. Maar ook nu hebben ze al diverse competenties hard nodig om hun drukke dagen in goede banen te leiden. Natuurlijk gunt u hen ook een leven lang

gezond werken! Hoe helpt u hen om zich verder te ontwikkelen en fit to perform te blijven? Zorg ervoor dat ze naar het DJS Congres gaan, het enige vakoverstijgende congres voor aios en anios. Daar krijgen ze praktische handvatten en concrete tips waar ze morgen direct mee aan de slag kunnen!

ZORG DAT UW AIOS ERBIJ ZIJN!

AIOS STELLEN HUN EIGEN PROGRAMMA SAMEN:

- Keuze uit maar liefst **19 workshops** over onder andere persoonlijk leiderschap, timemanagement, peer support, innovatie, geldstromen in de zorg, netwerkgeneeskunde, de ins en outs van de opleiding en toekomstige baan
- Gratis cv-check
- **De uitreiking van de Opleidingsprijs 2019!**

Aanmelden kan via www.dejongespecialist.nl/djcongres

Deelname is € 35,- voor leden van De Jonge Specialist, € 100,- voor niet-leden.

Wanneer aios tijdens het congres lid worden, betalen ze € 35,-