

de Medisch Specialist

DECEMBER 2017
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

4

ADMINISTRatieve LASTEN

Per patiënt soms wel 60 indicatoren

DE TUCHTRECHTER

'Het gaat niet om dokters straffen'

BESTE ZORGMINISTERS...

Dit moet op de agenda!

Bart Chabot en Vincent van Driel:

**'We moeten
aan de bak'**



ACADEMIE VOOR
MEDISCH SPECIALISTEN



MANAGEMENT VOOR MEDICI

Management voor medici is een postdoctoraal scholingsprogramma voor medisch specialisten met taken als medisch manager of bestuurder van een medische staf of MSB. De leergang biedt u de kennis en vaardigheden die u als medicus nodig heeft om als parttime manager te kunnen functioneren. Er wordt ruim aandacht besteed aan de actuele ontwikkelingen in de zorg en de consequenties voor strategie en organisatie van ziekenhuizen, medische staven en vakgroepen. U ontwikkelt meer inzicht en vaardigheid in het doorvoeren van veranderingen. Voorts krijgt u meer kennis en instrumentarium aangereikt omtrent alle belangrijke bedrijfsprocessen. Er is veel ruimte voor reflectie op uw eigen vaardigheid als manager of stafbestuurder.

Heeft u als medicus management- of bestuurstaken, maar heeft u het gevoel dat u er te weinig van weet? Wilt u meer greep krijgen op de verhoudingen tussen alle betrokkenen in het zorgproces? Management voor medici biedt u zowel uitgebreide, actuele kennis van zaken als waardevolle persoonlijke vorming.

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

Locatie centraal in het land

Start 10 september 2018

EVERT-JAN DE KRUIJF is internist in Ziekenhuis Gelderse Vallei te Ede. Hij volgde de leergang 'Management voor medici'.

"Wanneer je wordt gekozen tot stafvoorzitter, kom je als dokter in een leidinggevende positie waar je meestal niet voor bent opgeleid. Je doet veel dingen intuïtief, meestal gaat dat goed, maar eigenlijk wil je meer weten. Ik had behoefte aan verdieping en heb de cursus gedaan, mede om meer tools te krijgen.

Buitengewoon inspirerend waren de sprekers uit allerlei hoeken van de gezondheidszorg. De informatie over de werking en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland was heel leerzaam. In praktisch opzicht werk je gedurende de cursus aan een businessmodel. Echt relevant omdat het over je eigen onderdeel gaat.

Wat mij vooral ook aansprak was de intervisiemogelijkheid, het sparren met collega-bestuurders. Je kon je eigen casuïstiek inbrengen waarop door anderen werd gereflecteerd.

De uitstekende sfeer in de groep is iets wat me nog het meeste bijblijft. We gingen op een heel open wijze met elkaar in discussie. Ik vind de cursus zeer geschikt als je leidinggeeft, of je nu nog redelijk aan het begin van je carrière staat of al verder gevorderd bent."



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

De Academie voor Medisch Specialisten is een dochter van de Federatie Medisch Specialisten, VvAA en Erasmus School of Health Policy & Management



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum ontzorgt!

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

Bel ons via **(088) 505 34 34** of mail info@demedischspecialist-lad.nl

Meer informatie: www.demedischspecialist.nl/kdc



Federatie
**Medisch
Specialisten**

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



In dit nummer



8 ADMINISTRATIEDRUK

Zestig indicatoren per patiënt

Van dubbel werk tot onnodige indicatoren: medisch specialisten vertellen over hun frustraties, zorgen én oplossingen. En: de belangrijkste uitkomsten uit het onderzoek over de toenemende administratiedruk.

11 COVERSTORY

‘Zie elke patiënt als je eerste’

Schrijver Bart Chabot, ambassadeur van de campagne *Betere Zorg begint met een goed gesprek*, gaat in gesprek met zijn cardioloog Vincent van Driel. Over communicatie, samen beslissen en de rol van de patiënt.

15 SPECIALISME IN BEELD

Digitalisering in de pathologie

Het specialisme pathologie is momenteel aan grote veranderingen onderhevig. Maar dat zorgt vooral voor méér geneesplezier, vinden pathologen Paul van Diest en Lotte Huijgen.

21 KWALITEIT VAN ZORG

Op de politieke agenda

Voor welke dossiers moeten de nieuwe zorgministers zich de komende periode echt hard maken? Medisch specialisten spreken zich uit.

24 PROJECTEN VAN DE FEDERATIE

E-healthconsulten voortaan vergoed

Vanaf 1 januari worden e-health-herhaalconsulten op de poli vergoed. Cardioloog Marcel van der Linde vertelt over hoe samen optrekken en eensgezindheid leidde tot snelle actie en succes.

27 AAN DE ANDERE KANT

Tuchtcollege voor Gezondheidszorg

In deze nieuwe rubriek worden niet-medici aan de tand gevoeld over hoe zij de zorg zien. Jolanda Lootsma-Oude Nijeweme is voorzitter van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg Groningen.



EN VERDER

- 6 Kort nieuws
- 18 Hart en ziel: de Chemotuin

RUBRIEKEN

- 6 Vraag & antwoord aan het KDC
- 14 Stelling: Registreren is geen specialistenwerk
- 20 Column: Leo Visser
- 26 In de media
- 30 Drie vragen aan... Erik van de Sande

COLOFON

jaargang 3, december 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, Dorinda Maas,
Sjef van der Lans, Vanessa Rempelberg,
Cindy van Schendel en Mirjam Siregar

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Wouter Blox, longarts in opleiding,
Amphia ziekenhuis, Breda | Marjolein
Dekker, communicatieadviseur Landelijke
vereniging van Artsen in Dienstverband
(LAD) | Ivan Gan, oogarts, Oogziekenhuis
Rotterdam | Geert Kazemier, gastro-
intestinaal chirurg, VU medisch centrum,
Amsterdam | Shahrzad Sepéhrkhoy,
patholoog, St. Antonius Ziekenhuis,
Nieuwegein | 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

Medewerkers aan dit nummer

Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel,
Michel van Dijk, Frank Hanswijk,
Suzanne van de Kerk, Serge Ligtenberg,
Rob Nelisse, Dana Ploeger en Leo Visser
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 (088) 505 34 34
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.

Tien procent

In de medisch-specialistische zorg leggen we de lat hoog. We willen de kwaliteit van onze zorg verbeteren. We willen daar transparant over zijn en alle handelingen rondom het primaire proces zo goed en efficiënt mogelijk doorlopen. Met één belangrijke 'maar': het leidt tot veel administratieve handelingen en registraties. Zoveel, dat artsen omgerekend naar een vijfdaagse werkweek twee dagen kwijt zijn aan administratieve handelingen.

Schrik ik daarvan? Nee. Wat ik wel schokkend vind, is dat ruim één dag per week opgaat aan administratieve handelingen die we zelf niet zinnig vinden. Denk aan het dubbel invoeren van gegevens van een patiënt. Maar ook het elektronische patiëntendossier. Dat is met alle vinkjes en zandlopers voor velen onder ons een grote bron van frustratie.

Het zal u niet verbazen dat we in dit nummer dus ruim aandacht besteden aan het onderwerp administratielast. Met aansprekende en herkenbare verhalen uit de praktijk, maar ook: hoe kan het anders? Een vraag die ook in ons onderzoek naar de administratielast een ongekend grote respons heeft opgeleverd. Fantastisch om te zien hoeveel medisch specialisten en aios hebben meegedacht, en langs deze weg mijn dank namens alle andere collegae voor uw inbreng!

Het is nu tijd om de mouwen op te stropen. Laten we, om te beginnen, met iedereen die daarbij betrokken is, de administratielast eens met tien procent verminderen. Dan brengen we weer lol terug in ons vak en nog belangrijker, krijgt de patiënt wat hem toekomt: tijd, aandacht en een nog beter gesprek met zijn arts.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter
Federatie Medisch Specialisten



‘Bezuiniging niet realistisch’

Op pagina 21 vertellen verschillende medisch specialisten wat zij verwachten van de nieuwe zorgministers. De Federatie reageert bij monde van voorzitter Marcel Daniëls.

Federatievoorzitter Daniëls is blij met de inzet op zorg in netwerken en op preventie, maar ziet een uitdaging voor het nieuwe kabinet en de gehele zorgsector om de zorgkosten betaalbaar te houden. ‘We staan voor grote kwalitatieve en budgettaire opgaven, zeker nu de zorgvraag toeneemt en er steeds meer (kwetsbare) ouderen thuis blijven wonen en een beroep doen op de huisarts of de medisch specialist.’

Het nieuwe kabinet kiest er verder voor om de curatieve zorg een korting op te leggen van 1,9 miljard euro. Daniëls: ‘Deze bezuiniging is niet realistisch. Het CPB waarschuwt voor wachtlijsten en het inboeten aan de kwaliteit van zorg. We willen daarom met de nieuwe minister het gesprek aangaan.’

 Kijk voor een overzicht van de belangrijkste maatregelen op: www.demedischspecialist.nl/regeerakkoord.

VRAAG & ANTWOORD

Functioneren

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

Deze keer: functioneren.

Ook een vraag?

Mail naar info@demedischspecialist.nl

VRAAG > De beleidsadviseur van ons MSB wil het door de Federatie opgestelde Modelreglement Functioneringsvraag invoeren, maar wil van een bepaling afwijken. Kan dat zomaar? En vanaf welk moment geldt een opgesteld reglement?

ANTWOORD >

Het nieuwe modelreglement vervangt het ‘Model Mogelijk Disfunctioneren’ en is afgelopen juli vastgesteld door de Raad Kwaliteit van de Federatie. Hoewel het wenselijk is dat het model zoveel mogelijk wordt gevolgd, is het reglement zo opgezet dat het is aan te passen aan het specifieke beleid en situatie van de instelling. Dat geldt voor elke bepaling: indien bijvoorbeeld de wens bestaat om niet standaard een extern lid toe te voegen aan de onderzoekscommissie, is dat vast te leggen.

De regeling over disfunctioneren wordt eerst vastgesteld tussen het bestuur van de vereniging medische staf en de raad van bestuur, en vervolgens binnen de ledenvergadering van de vereniging medische staf. Daarbij dient ook een ingangsdatum van het reglement te worden vermeld. Dit kan niet een datum met terugwerkende kracht zijn. Daarna is de regeling van kracht voor alle leden van de vereniging medische staf. ●

Richtlijn HASP herzien

De Federatie Medisch Specialisten en het NHG hebben gezamenlijk de bestaande richtlijn *Informatie-uitwisseling tussen huisarts en specialist* (HASP) herzien. Daarmee is er nu één landelijk model voor het uitwisselen van zinvolle informatie tussen medisch specialisten en huisartsen.

Alle informatie, zoals het verwijfsbericht, update en ontslagbericht, hebben een vaste indeling. Dit komt de informatieoverdracht ten goede. Naast de richtlijn is een samenvattingskaart beschikbaar voor zowel de medisch specialist als de huisarts.

De gezamenlijke richtlijn is een eerste stap: het streven is een koppeling van de HASP aan lokale geautomatiseerde systemen. Hoe snel dat mogelijk is, is afhankelijk van de lokale situatie.

 De richtlijn en de samenvattingskaart zijn te raadplegen via de richtlijndatabase: www.richtlijndatabase.nl.

Medisch specialist & wetenschap

Te weinig samenwerking in het onderzoeksveld, onderzoeksdata die nog te weinig worden gedeeld, data uit kwaliteitsregistraties die nog niet benut worden voor onderzoek, belemmerende regelgeving: in het onderzoeksveld lopen medisch specialisten tegen de nodige knelpunten aan. De Federatie heeft daarom een *position paper* gepubliceerd met randvoorwaarden en oplossingen voor het doen van relevant en zorgvuldig uitgevoerd wetenschappelijk onderzoek. Die visie vormt de basis om de komende jaren met allerlei partnerpartijen aan de slag te gaan om een betere werksetting en positie te creëren voor arts-onderzoekers in het onderzoeksveld.

 Het position paper is te downloaden via www.demedischspecialist.nl
>Thema's > Wetenschap & Innovatie > Raad W&I.

Richtlijnonderzoek met aios

De Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) heeft een pilot gehouden waarin aios een rol krijgen bij richtlijnonderhoud. Het actueel houden van richtlijnen is een belangrijke maar arbeidsintensieve klus. Voor de pilot zijn de zogeheten *Critically Appraised Topics* (CAT's) uitgebreid. Een CAT is een systematische samenvatting van de resultaten van een klein aantal studies over een onderwerp uit de dagelijkse praktijk. De bevindingen vanuit de CAT worden vervolgens verwerkt in een richtlijnmodule. De ervaringen uit deze pilot worden gebruikt om te beoordelen of en hoe deze nieuwe werkwijze verder wordt uitgerold. Adviseurs van het Kennisinstituut van de Federatie ondersteunen het project. ●



Het nieuwe veiligheidsdenken

Een veilige, lerende cultuur is cruciaal om de patiëntveiligheid in de zorg verder te verbeteren. Om medisch specialisten bewust te maken van de mechanismen die spelen bij het maken van medische keuzes, is in de Week van de patiëntveiligheid afgelopen november het spel *Het nieuwe veiligheidsdenken* gepresenteerd.

Orthopedisch chirurg Jacob Caron en SEH-arts Pieter van Driel hebben samen met ambassadeurs patiëntveiligheid vanuit de Federatie Medisch Specialisten een spel ontwikkeld waarbij medisch specialisten een casus uit de praktijk doorlopen. Het doel van het spel is om op een andere wijze naar patiëntveiligheid te kijken en openlijk te kunnen praten over wat er goed en niet goed is gegaan.

 Het spel is te bestellen bij de Federatie. Meer informatie over patiëntveiligheid en het spel is te vinden op www.medischevervolgopleidingen.nl/patientveiligheid.

Regeldruk, indicatoren, dubbel werk en administratielast

‘Lijstjes invullen is niet onze roeping’

‘Ik ben opgeleid tot medisch specialist, niet tot administratiespecialist.’ Die klacht klinkt steeds vaker. Reden voor de Federatie om een enquête te houden onder specialisten over de toenemende administratiedruk. Neuroloog George Kienstra, vaatchirurg Joranne de Nie en aios gynaecologie Steven Giesbers vertellen over hun frustraties, zorgen én oplossingen.

Op welke manier ervaren jullie regeldruk en administratielast?

‘Al die registraties knabbelen steeds meer van onze kostbare dokterstijd af. Artsen moeten doen waar ze goed in zijn en dat is niet het overtypen van gegevens naar lijstjes’, stelt vaatchirurg Joranne de Nie, werkzaam in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en het Alkmaarse ziekenhuis van de Noordwest Ziekenhuisgroep. Alle drie de medisch specialisten geven aan dat zij per patiënt zeker een kwart van hun consulttijd kwijt zijn aan registratie. De grootste frustratie is dat ze veel zaken dubbel moeten invoeren en dat velden niet automatisch worden ingevuld. ‘Elke keer dat ik een zwangere patiënt op de poli zie, moet ik aanklikken dat ze zwanger is. Niets is gekoppeld of gaat automatisch. Ik begrijp niet waarom we al die omslachtige zaken al jaren als een voldongen feit

accepteren’, zegt aios gynaecologie Steven Giesbers, werkzaam in het Radboudumc in Nijmegen. ‘Mijn collega’s in opleiding en ik grappen weleens: waar worden we nu voor opgeleid: voor patiëntenzorg of voor het klikken op de computer?’

Wat voor gevolgen heeft dit in de spreekkamer?

Neuroloog en voorzitter stafbestuur George Kienstra, werkzaam in het Slingeland ziekenhuis in Doetinchem: ‘Door al die administratietaken heb ik minder tijd en dus minder contact met de patiënt. Ik voel me vaak gehaast en spreek minder over de zaken die er echt toe doen. Dat raakt de diepgang in het consult. Die race tegen de klok voelen patiënten. Er komen meer klachten binnen van mensen die zich niet gehoord of gezien voelen.’ De Nie beaamt: ‘Patiënten raken gefrustreerd als ze keer op keer hetzelfde moeten vertellen. “Maar dit heb ik al aan mijn huisarts verteld”, zeggen ze dan. Niet wetend dat wij al hun klachten opnieuw moeten invoeren in de computer.’

Is de administratiedruk door de jaren heen verergerd?

Kienstra: ‘Zeker. Vroeger dicteerde ik alle brieven aan mijn secretaresse. Nu typ ik die zelf – en dat gaat niet erg vlot. Ik moet niet alleen als arts alles zelf vastleggen, maar ook nog daarover verantwoording afleggen aan de verpleegkundige. Dat vind ik ronduit stompzinig.’ Joranne de Nie wil niet terug naar het dicteren van operatieverslagen, maar vindt het vooral belangrijk dat registreren meer *fancy* wordt. ‘Het zou enorm schelen als de systemen met elkaar communiceren en we teksten niet meer keer op keer hoeven in te

‘Ik regel sneller een vliegticket naar China dan de aanvraag voor een liesbreukoperatie’



‘Waar worden we nu voor opgeleid: patiëntenzorg of klikken op de computer?’

typen. Daarmee ontstaan te veel fouten.’ Dat de administratiesystemen nog uit de oertijd stammen, verwondert aios Giesbers keer op keer. ‘Binnen het ziekenhuis is registreren nog een log monster, terwijl daarbuiten van alles mogelijk is op het gebied van techniek, apps en smartphones. Kennelijk gaan die innovaties aan onze deur voorbij.’

Zijn er ook zinvolle registraties?

Kienstra: ‘Jazeker. Het EPD is fijn omdat we nooit meer foto’s of dossiers kwijt zijn en sommige registraties hebben mooie dingen opgeleverd, zoals de *door to needle time* bij herseninfarcten. Dat levert geweldige tijdswinst op.’ De Nie: ‘Bij de registraties van de wetenschappelijke vereniging heb ik sterk het gevoel dat die er zijn om de kwaliteit te verbeteren. In mijn

vakgebied zien we minder naadlekkages en mortaliteit sinds de DSCA-registratie bij darmoperaties. Dat is een waardevolle kwaliteitsregistratie.’

Waar gaat het mis?

Kienstra: ‘Dat zit vooral in de stapeling aan registraties. We moeten in mijn ziekenhuis jaarlijks meer dan vierduizend indicatoren bijhouden. Dat gaat nergens meer over. Ik maak me zorgen over het ‘registeren om het registeren’, zoals een pijnscore bij iedere patiënt. Dat heeft zin bij een hernia, maar bij iemand met diabetes? Per patiënt vullen we soms zestig indicatoren in: onzin!’ Verder vinden de specialisten dat registraties van wetenschappelijke verenigingen en de inspectie – die tot kwaliteitsverbetering leiden – voorrang hebben. Kienstra: ‘De registraties rondom VMS hebben bijvoorbeeld veel inzicht gegeven. En registraties rondom kwetsbare ouderen zijn nu zinrijk. Maar laten we als specialisten de belangrijkste vijf registraties vaststellen en die vasthouden.’ ▶

‘Per patiënt vullen we soms zestig indicatoren in: onzin’

Hoe zit het met de ict-systemen in de ziekenhuizen?

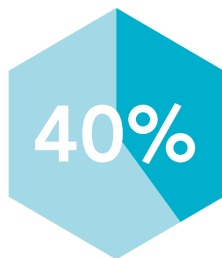
Giesbers: ‘De implementatie op de werkvloer is erbarmelijk. Als een ict’er een week met mij zou oplopen, kunnen veel zaken direct worden opgelost.’ Systemen sneller ontsluiten, zou een flinke verbetering zijn, valt De Nie hem bij. ‘Daarnaast zie ik graag dat dokters bij elkaar in het systeem kunnen kijken en dat er meer automatische koppelingen komen. Meer vaste paden. Het is toch te gek dat je sneller een vliegticket naar China regelt dan de aanvraag voor een liesbreukoperatie.’ In het Slingeland Ziekenhuis zijn ze druk bezig met het maken van bulkorders voor de aandoeningen-top-10, maar dat verloopt stroperig, vertelt Kienstra: ‘We werken daar nu al een paar jaar

aan, maar zijn net met één pilot voor orthopedie in de eindfase. De wil is er, maar de praktijk blijkt weerbarstig.’

Welke praktische oplossing zou u willen voorstellen?

George Kienstra: ‘We moeten kritisch kijken naar wat we allemaal registreren en wat weg kan. Wat doet er nog toe? Wat is doorgeschoten? Klein maar fijn, daar ga ik voor. Ik wacht bijvoorbeeld met smart op de mogelijkheid van spraakherkenning in het EPD, zodat een ingesproken tekst meteen wordt ingevoerd in diverse velden van het EPD.’ Steven Giesbers: ‘We moeten die dubbele administratie niet meer accepteren. Ik verwacht dat mijn generatie specialisten hier iets aan gaat doen – zodra we op die positie zitten. Verder denk ik dat patiënten in de toekomst veel zelf kunnen invoeren, gewoon thuis op de bank. Dat scheelt veel tijd in de spreekkamer.’

Jorianne de Nie: ‘Als specialisten moeten we samen optrekken: goed kijken naar wie – bijvoorbeeld de specialist of verpleegkundige – wat het beste kan doen, en de bevoegdheden binnen het EPD daarop aanpassen. Dat kan door meer gestandaardiseerde en geautomatiseerde zorgpaden, zodat het systeem vóór ons gaat werken. Dat voorkomt vergissingen en levert veel winst op.’ ●

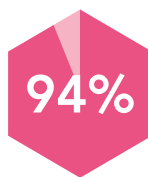


VAN DE TOTALE WERKTijd KWIJT AAN ADMINISTRATIE

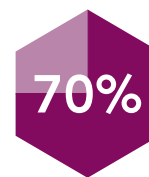
RESULTATEN ENQUÊTE

Administratiedruk onder medisch specialisten

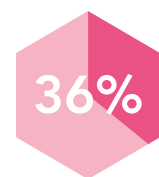
De Federatie Medisch Specialisten en de VvAA hebben in het kader van (Ont)Regel de Zorg een verdiepende enquête gehouden onder medisch specialisten en aios. De enquête is uitgestuurd naar 20.250 medisch specialisten (15.290) en aios (4.960). De enquête is ingevuld door 3.093 medisch specialisten en aios. Met een respons van 15 procent is dit representatief, ook qua spreiding van specialismen. De belangrijkste uitkomsten:



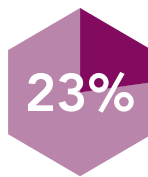
VINDT DAT ADMINISTRATIE HET WERKPLEZIER VERMINDERT



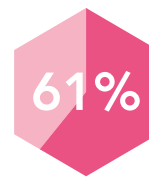
RAPPORTEERT HET DUBBEL MOETEN INVOEREN VAN ADMINISTRATIE



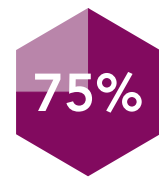
VAN ALLE ADMINISTRATIEVE HANDELINGEN WORDT ZINNIG BEVONDEN



KAN ZELF IETS DOEN AAN VERMINDERING ADMINISTRATIEVE HANDELINGEN



VINDT DAT ADMINISTRATIEVE HANDELINGEN TE VEEL TIJD KOSTEN



VINDT DAT ICT-SYSTEMEN ONVOLDENDE ONDERSTEUNEN

Medisch specialisten en aios hebben **4.697 oplossingsrichtingen** aangedragen voor het verminderen van de administratiedruk. Hierin zijn drie hoofdoplossingsrichtingen te onderscheiden:

- optimalisatie van ict en in het bijzonder van het elektronisch patiëntendossier (EPD).
- meer (personele) ondersteuning van medisch specialisten en aios bij administratieve handelingen.
- afschaffen, verminderen en/of saneren van (onderdelen van) specifieke administratieve handelingen.

Lees het hele rapport op www.demedischspecialist.nl/administratielast.

Schrijver Bart Chabot en zijn cardioloog Vincent van Driel

‘Zie iedere patiënt als je eerste’

Als ambassadeur van de campagne *Betere zorg begint met een goed gesprek* en als patiënt weet Bart Chabot als geen ander hoe belangrijk de patiënt-arts relatie is. In gesprek met zijn cardioloog Vincent van Driel bespreekt Chabot het belang van wederzijdse communicatie, de complexiteit van samen beslissen en de rol van de patiënt.

Het is 2010 als dichter en schrijver Bart Chabot gediagnosticeerd wordt met een brughoektumor. Voor Chabot is het de eerste keer dat hij een medisch traject ingaat. ‘Het voelde onwennig: wat wist ik nou van neurochirurgie? Ik ging vooral af op wat mijn neurochirurg me vertelde. Die was resoluut: ik moest geopereerd worden. Andere opties leken er niet te zijn.’ Inmiddels weet Chabot dat de keuze voor een behandeling niet zo zwart-wit is. ‘Natuurlijk: in sommige gevallen is meteen duidelijk wat er moet gebeuren. Maar er zijn ook grijzere gebieden, waarin meerdere behandelopties mogelijk zijn.’ Uiteindelijk kwam Chabot via een bevriende arts bij een neurochirurg in Tilburg terecht. ‘Het feit dat deze arts alle opties doornam, maakte het contact zó anders. Er was direct een klik tussen ons.’

Ruimte voor dialoog

Diezelfde klik heeft Chabot met zijn huidige specialist in het HagaZiekenhuis locatie Leyweg, cardioloog Vincent van Driel. Hun paden kruisen elkaar als Chabot in 2015 te kampen krijgt met hartritmestoornissen. ‘De eerste kennismaking met Vincent kan ik me nog precies herinneren. Hij condoleerde me omdat hij had gehoord dat schrijver Joost Zwagerman, een goede vriend van me, was overleden. Zijn woorden raakten me. Als een arts het kan opbrengen zich te verdiepen in zijn patiënten en dit meeneemt in een gesprek, dan heb je met een goed mens te maken. Ik wist meteen: wij gaan samen heel ver komen.’

Niet voor niets koos Chabot zijn cardioloog uit voor dit interview. ‘Vincent begrijpt mijn noden en zorgen. ▶



Schrijver Bart Chabot:

‘Zie je die onvrede in een garagebedrijf, dan staat de BOVAG meteen op zijn achterste poten’



Cardioloog Vincent van Driel:

‘Hoe goed ik mezelf medisch-inhoudelijk ook vind: patiëntbeoordelingen gaan bijna allemaal over communicatie’

En hij kan dingen ontzettend goed uitleggen. Je hebt niet het gevoel een koffiekant te zijn waar tegenaan wordt gepraat. Dat geldt trouwens niet alleen voor mij, maar voor al zijn patiënten. Toch, Vincent?’ Van Driel: ‘Ik vind het vanzelfsprekend om met patiënten te overleggen over hun behandeling. Dat zie ik ook bij collega’s: spreekuren lopen steeds vaker uit omdat er meer ruimte wordt genomen voor een dialoog. Die mentaliteit vind ik ook passend bij de huidige tijdsgeschiedenis: patiënten zijn beter geïnformeerd en mondiger geworden, en artsen minder autoritair.’ Van Driel is dan ook van mening dat ‘samen beslissen’ valt of staat met wederzijdse communicatie. ‘Sterker nog: hoe goed ik mezelf inhoudelijk ook vind als cardioloog, de patiëntbeoordelingen gaan nagenoeg allemaal over de communicatie.’

Cruciale afwegingen

Tussen Chabot en Van Driel verliep het proces van ‘samen beslissen’ vrij natuurlijk. ‘Al hield ik ook rekening met het feit dat Bart minder goede ervaringen had’, vertelt Van Driel. ‘Bovendien wist ik door zijn tv-optredens dat hij zijn woordje paraat had.’ Beide heren schieten in de lach. ‘Dat is wel waar ja,’ grinnikt Chabot. De cardioloog bereidde het consult met Chabot goed voor door alle informatie op te vragen. En, benadrukt hij, nog belangrijker: hij luisterde naar het verhaal van zijn patiënt. ‘Op die manier groeide het vertrouwen tussen ons en ging het proces van samen beslissen vanzelf.’ Zo leek in het specifieke geval van Chabot een operatie noodzakelijk, maar kwam later de mogelijkheid van ablatie, een mildere ingreep, om de hoek kijken. Van Driel: ‘Het voordeel daarvan is dat je

na twee weken alweer op de bühne staat, terwijl de herstelperiode van een hartoperatie zes maanden is. Die afweging was voor Bart erg belangrijk. Zo zijn we samen tot de keuze voor ablatie gekomen.'

Van Driel noemt het cruciaal dat dergelijke overwegingen worden meegenomen in het beslissingsproces. Evenals verwachtingen, gevoelens en emoties. 'Sommige patiënten zijn bijvoorbeeld bang voor complicaties. Aan mij de taak om met getallen te komen en iets te vertellen over de context. In veel gevallen kijkt de patiënt na uitleg anders naar een behandeling. Niet alleen een luisterend oor, maar ook valide informatie heeft dus effect op het proces van samen beslissen. En dan is het voor mensen nog steeds moeilijk om te kiezen – het komt regelmatig voor dat patiënten willen dat ik de knoop doorhak. In dat geval houd ik me aan de richtlijn in combinatie met mijn eigen medische inschatting.'

Aangesproken voelen

Hoewel Chabot nu zeer te spreken is over zijn behandelend artsen, waren zijn minder goede ervaringen de aanleiding om mee te werken aan de campagne *Betere zorg begint met een goed gesprek* van Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten. Chabot: 'De situatie met Vincent is vrij ideaal. Zo gaat het lang niet in alle ziekenhuizen: uit onderzoek blijkt dat vier op de tien patiënten de spreekkamer met onvrede verlaat. Gebeurt dat in een garagebedrijf, dan staat de BOVAG meteen op zijn achterste poten.' De voornaamste reden voor die genoemde onvrede is dat mensen zich niet gehoord voelen, aldus Chabot. 'Het voelt alsof er voor hen wordt beslist. Dat gevoel moet terug naar een op de tien, en het liefst nog minder.'

Voor medisch specialisten ligt daar altijd een uitdaging, denkt Van Driel. 'Bij veel artsen gaat het al goed, maar het kan nog beter. Allereerst is de vraag wie zich aangesproken voelt. Er zijn ook goedbedoelende artsen die niet eens doorhebben dat ze patiënten misschien te weinig ruimte geven om mee te denken.' Soms heeft slechte communicatie ook simpelweg te maken met een verkeerde keuze, gaat Van Driel verder. 'Dan loopt een spreekuur uit, komt de arts in tijdnood en sneuvelt onbedoeld een goed gesprek met de patiënt.'

Patiënt aan de bak

Van Driel denkt overigens niet dat een standaardlijst met communicatierichtlijnen gaat werken. 'De voorkeur



5 tips voor een goed gesprek

- Vraag de patiënt het gesprek voor te bereiden door vragen op te schrijven, iemand mee te nemen, en zichzelf te informeren.
- Vraag de patiënt vooraf na te denken over wat belangrijk voor hen is. Wat wil iemand voorkomen of juist kunnen blijven doen?
- Bespreek alle mogelijkheden. Wat het beste bij iemand past, is niet alleen een medische keuze. Dit hangt ook af van de persoonlijke situatie of voorkeur. Kan of wil iemand niet kiezen, besluit dan samen om de arts te laten kiezen.
- Stel vragen. Wat vindt iemand belangrijk? Welke angsten leven er?
- Check of de patiënt begrijpt wat je vertelt en of eventuele vragen en angsten zijn weggenomen.

van een patiënt is vaak heel persoonlijk: de een voelt zich prettig bij een arts met het imago 'ruwe bolster, blanke pit', de ander niet. Er valt dus zeker nog wat te verbeteren, maar de manier waarop is complex.' Chabot voegt daaraan toe dat er ook een belangrijke rol is weggelegd voor de patiënt. 'Uit eigen ervaring, maar ook uit gesprekken met patiënten, weet ik: je moet aan de bak. Schrijf vragen op, neem iemand mee en noteer de conclusies van het consult. Het komt de vruchtbaarheid van het gesprek en de tevredenheid over de behandeling alleen maar ten goede.' Medisch specialisten wil Chabot meegeven dat ze iedere patiënt als hun eerste moeten zien. 'Ik vergelijk het met mijn eigen werk: als ik optreed in Amsterdam en het dak gaat eraf, betekent dat niet dat diezelfde sfeer in Winterswijk heerst. Je moet iedere keer vanaf nul beginnen. Dat geldt ook voor patiëntencontact.' ●



Betere zorg begint met een goed gesprek

Op de website www.begineengoedgesprek.nl vindt u naast veel praktijkvoorbeelden ook video's met patiënten en artsen over onderwerpen als *Gelijkwaardig gesprek* en het bespreken van alle mogelijkheden. Via de website kunt u zich ook aanmelden voor de nieuwsbrief met meer tips en adviezen.



‘Registreren is geen specialistenwerk’

De toenemende administratielast onder medisch specialisten werpt de vraag op: moeten alle registraties wel door specialisten worden gedaan? Of kunnen anderen die taak overnemen?



‘Liever meer tijd voor de patiënt’

Internist Jacqueline de Graaf:

‘Registreren hoeft niet per se door medisch specialisten te worden gedaan. Wij brengen nu te veel tijd door achter de computer en zijn daar te duur voor. Helaas is dat het effect van het flink korten op administratief en ondersteunend personeel na de voortschrijdende digitalisering. Registratietaken, die niet direct gekoppeld zijn aan een DBC of kwaliteitsverbetering, kunnen prima uitgevoerd worden door adequaat opgeleid ander personeel. In het Radboudumc hebben we positieve ervaringen met zogeheten *scribes*: student-assistenten die tijdens de avonddiensten onze aios interne op de SEH ondersteunen. Ze vangen telefoontjes op, schrijven patiënten in, checken medicatie en voeren de medische voorgeschiedenis in op de computer. Een fantastische ervaring voor de student en het scheelt aios veel tijd. We doen nu een proef op de poli interne geneeskunde met een scribe die alle nieuwe patiënten voorbereidt die worden gezien door de aios. De scribe zit ook bij het consult, zorgt voor de verslaglegging van de anamnese en het lichamelijk onderzoek en werkt de aanvragen uit. Zo kan de aios zich volledig op het consult richten. Scribes breder inzetten doet niets af aan de kwaliteit van zorg. Integendeel, het biedt juist ruimte aan patiëntenzorg. Daarmee hevelen we geen verantwoordelijkheid over: wij blijven als medisch specialisten uiteraard medisch eindverantwoordelijk.’



‘Uitbesteden leidt tot fouten’

Plastisch chirurg Léon van Adrichem:

‘Medisch specialisten moeten absoluut zelf de hand houden in het registreren. De anamnese, het lichamelijk onderzoek, het behandelplan, kortom alles wat direct met de zorgvraag van patiënt en de behandeling te maken heeft, moet de specialist invoeren. Alleen dan kun je goed weergeven wat je bedoelt, wat de essentie van de behandeling is. Niemand kan dat klakkeloos van de specialist overnemen. Als alles wordt teruggevoerd tot codes en afvinklijsten, sluipen er geheide fouten in. Dat zie je al bij operatieaanvragen in het EPD: vaste codes zeggen te weinig, je wilt specifiek weten wat de behandelend arts vindt en heeft vastgesteld. Ik ben bang dat wanneer je bepaalde registratietaken volledig uit handen geeft, je ook stopt met nadenken. Dan komt het neer op lijstjes doorlopen en codes aanvinken. Dat werkt pseudoveiligheid in de hand. Je elimineert hiermee ook de variatie tussen patiënten. Daar wil ik ver van blijven. Ik zou liever zien dat het registreren slimmer wordt. Ik denk dat we de systemen beter kunnen inrichten, zodat na het invullen van medische bevindingen er vanzelf een DBC-code uitrolt. En dat je daarna een vraag krijgt of dat wat het systeem voorstelt klopt met jouw bevindingen. Maar ook dan moet er ruimte blijven voor alternatieven.’

Digitalisering zet de pathologie op z'n kop

‘Het geneesplezier neemt alleen maar toe’

Moleculaire diagnostiek, digitale pathologie en *liquid biopsie*: zomaar wat begrippen die ervoor zorgen dat de pathologie enorm aan verandering onderhevig is. Pathologen Paul van Diest en Lotte Huijgen juichen die ontwikkelingen alleen maar toe. ‘Ons specialisme was al multidisciplinair, maar leidt nu tot nieuwe samenwerkingen en kennisexplosies.’

‘De patholoog: een steeds grotere spin in het web. Eigenlijk zou dat de kop boven dit artikel moeten zijn’, lacht Paul van Diest. De patholoog, hoogleraar Pathologie en hoofd van de afdeling Pathologie in het UMC Utrecht doelt daarmee op alle ontwikkelingen die het vak doormaakt. Eén die eruit springt is de opkomst van de moleculaire diagnostiek: het zoeken naar specifieke genetische afwijkingen in zieke weefsels. Deze ontwikkeling maakt onder meer dat de diagnose van tumoren duidelijker is te stellen. Ook zijn afwijkingen die een reactie op een bepaalde behandeling voorspellen, sneller zichtbaar.

De moleculaire diagnostiek heeft veel invloed op de samenwerking met andere specialismen, vertelt Van Diest. ‘Ons vak was al multidisciplinair – het strekt zich immers uit over alle ziektebeelden, maar door de toenemende kennis wordt het contact met oncologen en radiologen nóg intensiever. Bovendien zijn er ook niet-oncologische ziektes waarbij we een steeds beter beeld krijgen van de moleculaire afwijkingen. Nu die kennis er is, ontstaan er nieuwe samenwerkingen met bijvoorbeeld cardiologen en hartchirurgen.’

Compleet anders

Deze vorm van netwerkgeneeskunde sluit mooi aan op de toekomstvisie *Medisch Specialist 2025*. Maar er zijn meer ontwikkelingen waardoor de pathologie de blik vooruit moet richten om *toekomstproof* te blijven. Zo heeft het specialisme een enorme vlucht genomen sinds de komst van digitale pathologie, vertelt patholoog Lotte Huijgen van LabPON, het eerste perifere laboratorium in Nederland dat volledig digitaal werkt. ▶



Patholoog Paul van Diest:

‘Een verkeerde uitslag kan ernstige consequenties hebben. Met digitaal werken voorkom je dat’



Patholoog Lotte Huijgen:

‘Door digitalisering is het makkelijker om consulten binnen en buiten het lab te verrichten’

Het laboratorium voert pathologisch onderzoek uit voor de ziekenhuizen en huisartsenpraktijken in de regio's Twente en Achterhoek-Oost. ‘De verschillen ten opzichte van een paar jaar geleden zijn enorm. Destijds deed ik alle diagnostiek met een microscoop en lag mijn bureau vol met stapels coupes van patiënten, terwijl ik die beelden nu grotendeels achter mijn scherm bekijk. Het is een compleet andere manier van werken. Efficiënter ook. Door digitalisering wordt het makkelijker om consulten binnen en buiten het lab te verrichten en kun je sneller informatie met elkaar delen.’

Dat die uitwisseling ook op landelijk niveau gaat plaatsvinden, is slechts een kwestie van tijd: het digitale platform *Pathology Image Exchange* (PIE) is in de maak en eind dit jaar operationeel. Dit platform biedt laboratoria de mogelijkheid om digitale beelden van weefselcoupes uit te wisselen. De patiënt profiteert daarvan: als die naar een ander ziekenhuis verhuist, kan het bijbehorende materiaal in een paar muisklikken opnieuw worden bekeken. De digitalisering maakt het werk van pathologen niet alleen efficiënter, het draagt volgens Van Diest ook bij aan een hogere patiëntveiligheid. ‘In het UMCU verwerken we 35.000 uitslagen per jaar. Het is dan voorstelbaar dat er – hoe vervelend ook – soms iets fout gaat. Dan staat er bijvoorbeeld een verslag van patiënt A open en wordt

er per ongeluk gekeken naar een coupe van patiënt B. Zo'n verkeerde uitslag kan ernstige consequenties hebben. Door digitaal te werken voorkom je dat: dan wordt het beeld automatisch aan het juiste verslag gelinkt.’

Kritische geluiden

Hoewel beide pathologen fervent voorstander zijn van digitale pathologie, klinken er vanuit het werkveld ook kritische geluiden. Het gaat dan vooral om zaken die nog niet optimaal werken. Bacteriën zijn op digitaal beeld bijvoorbeeld minder goed te zien dan onder een microscoop. Huijgen kijkt echter liever naar de voordelen dan de beperkingen. ‘Nu zijn digitale beelden alleen nog in 2D beschikbaar, maar die kwaliteit neemt binnen enkele jaren toe. Dan kun je de beelden met het blote oog nog gedetailleerder bekijken en wordt digitale pathologie veel vanzelfsprekender.’

Een andere aanname is dat het werk van de patholoog door computers niet meer nodig zou zijn. Ongegrond, vindt Van Diest. ‘Die computers gaan ons juist helpen ons werk beter te doen.’ Als voorbeeld noemt hij de nauwkeurige analyse van weefsel. ‘Dat bestaat vaak uit losse stukjes, die je nooit tegelijk in beeld krijgt als je door een microscoop kijkt. Je kunt daardoor net dat stukje missen waarin uitgerekend een tumor of uitzaaiing zit. Met een computer heb je een compleet overzicht. Daarbij houdt het programma zelfs bij welke cellen je al hebt bekeken en welke nog niet. Zo voorkom je dat je per ongeluk iets over het hoofd ziet en een diagnose mist.’ Huijgen: ‘Het is een ondersteunende techniek, en niet een mechanisme dat ons werk gaat overnemen. De patholoog zal altijd leidend zijn in het beoordelen van weefsels.’

Win-winsituatie

Beide pathologen merken dan ook niets van een werkafname. Integendeel: door een groeiende deelname



aan besprekingen, het bijdragen aan richtlijnen en toename van kennis neemt de werkdruk juist toe. Om die reden worden steeds meer taken herschikt. Van Diest: 'Toen we in 2015 de pathologie gingen doen voor het Alexander Monro Borstkanker Ziekenhuis in Bilthoven, hebben we een analist omgeschoold voor het beoordelen van microscopische beelden van borstpreparaten. Diegene bekijkt de beelden, doet interpretaties en bereidt het verslag voor. Pas in die laatste fase kijkt de patholoog mee. Een win-winsituatie: je hebt een analist die gespecialiseerd is in het beoordelen van lymfeklieren – wat de zorgkwaliteit vergroot – en het scheelt pathologen veel tijd in het maken van verslagen.'

Obductie, die andere belangrijk taak van de patholoog, gebeurt steeds minder, merkt Van Diest. 'We doen nog maar bij een minderheid van onze patiënten autopsie na het overlijden. Dat zou ik graag anders zien: het is namelijk een belangrijke kwaliteitscontrole waarmee je het medisch handelen kunt evalueren.' De patholoog merkt dat er een toenemend vertrouwen is in andere vormen van diagnostiek, bijvoorbeeld op radiologisch en biochemisch vlak. 'In mijn ogen concludeert men te snel wat er is gebeurd, terwijl er in dertig procent van de gevallen na obductie nieuwe, belangrijke informatie naar boven komt.'

Hij benadrukt dat obductie niet tot doel heeft artsen in een kwaad daglicht te stellen. 'Het is een instrument waarmee we achter gemiste fouten kunnen komen die niet verwijtbaar zijn, maar waarvan we wel kunnen leren.' Huijgen is het daarmee eens. 'Het is goed om aan nabestaanden te laten zien dat je jezelf wilt toetsen, door kritisch te kijken welke factoren een rol hebben gespeeld in het overlijden van een patiënt.'

Andere invulling

Voor veel pathologen is het 'speurwerk' naar de onder-



liggende ziekte in het weefsel een van de leukste kanten van het vak. Hebben zaken als digitalisering en taakherschikking invloed op dat geneesplezier? Lotte Huijgen vindt van niet. 'De basis van pathologie is hetzelfde gebleven: het vaststellen van ziekten op basis van cel- en weefselonderzoek. Alleen krijgt het werk op sommige gebieden een andere invulling.' Van Diest: 'Het geneesplezier neemt alleen maar toe door alle spannende ontwikkelingen. Zo is er binnen de moleculaire diagnostiek een kennisexplosie gaande. Er valt veel te ontdekken over het gedrag van tumoren. Maar denk ook aan *liquid biopsy*, waarbij je genetische afwijkingen al in het bloed kunt zien en je niet altijd meer een biopsie nodig hebt van ieder weefsel. In het bloed vind je vaak specifieke informatie over het ziekteverloop, zoals afwijkingen die laten zien of een tumor aan het uitzaaien is of niet. Voor de patiënt is *liquid biopsy* bovendien lichamelijk minder belastend en kan de diagnostiek sneller plaatsvinden.'

Overigens is het wel een uitdaging om al die technieken en kennis goed te implementeren in de praktijk, besluit Paul van Diest. 'Dat heeft alles te maken met financiën. Het meeste budget binnen de gezondheidszorg gaat niet naar de pathologie. Daarnaast zijn we nog steeds niet duidelijk zichtbaar bij beleidsmakers. We moeten ervoor zorgen dat we beter zichtbaar worden bij beleidsmakers en dat budgetten beter afgestemd raken op de ontwikkelingen.' Huijgen voegt daaraan toe: 'De patholoog is immers dé specialist die alle beschikbare informatie uit patiëntmateriaal kan samenvoegen tot één integrale diagnose. Dat maakt ons vak bij uitstek toekomstbestendig.' ●



Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) vindt u op: www.pathology.nl.



‘Chemo hoort binnen, vonden ze’

Veel medisch specialisten zetten hun vaardigheden ook op vrijwillige basis in. In deze rubriek vertellen ze over hun drijfveren. Internist-oncoloog Pieter van den Berg realiseerde in locatie Hilversum van ziekenhuis Tergooi een chemotuin.

HART & ZIEL

Naam project

Chemotuin

Inzet

Initiatiefnemer en kartrekker om chemotherapie buiten aan te bieden in een hiervoor op maat gemaakt paviljoen

Meer informatie

www.tergooi.nl

Terwijl de zon nog over de ziekenhuistuin schijnt, tonen de beuken al hun late najaarskleuren. De grond is bezaaid met oranje, gouden en gele bladeren. Ze maken een prachtig kleurenpalet met de laatste paarse bloemen van de vlinderstruik. De hovenier heeft bewust gekozen voor planten en kruiden die vlinders aantrekken. Deze zomer zijn de eerste vogels uitgevlogen die geboren zijn in de nestkastjes in de houten palen van de promenade die naar het paviljoen leidt. ‘Met de zon erbij is

het hier prima te doen, ook nu in de herfst en de winter’, vindt Van den Berg. ‘In Noorwegen, waar ik graag huttentochten maak, is een bekende uitdrukking: er bestaat geen slecht weer, alleen slechte kleding.’

Uitgelachen

In oktober 2014 krijgt Van den Berg signalen dat patiënten de sfeer van de kamers waarin zij de chemokuur ondergaan, niet als heel prettig ervaren. ‘Vieze luchtjes, een saaie kamer, weinig



privacy, krap, stress-verhogend”, vat hij de meningen samen. ‘Voor mij waren die ervaringen de trigger om met het team na te denken over hoe we de kamers beter konden inrichten.’ Als hij tijdens de brainstorm naar de bosrijke omgeving buiten kijkt, krijgt de oncoloog een inval: ‘Waarom benutten we niet de tuin waaraan de behandelkamers grenzen? Ik werd uitgelachen door de verpleegkundigen: chemo hoort binnen, vonden ze. Het was ook uniek: buiten een chemobehandeling volgen, bleek nog nergens ter wereld te bestaan.’

Maar het idee laat hem niet los. Hij denkt aan de vroegere sanatoria in het Gooi en ook patiënten reageren enthousiast. ‘Die zeiden: je bent al zoveel in het ziekenhuis, buiten zijn geeft lucht. Letterlijk en figuurlijk.’ Dat geeft Van den Berg de doorslag om door te zetten. ‘Als je gelooft in een plan, ga er dan voor. Architect Bart van der Salm was net afgestudeerd op een project waarin hij een hospice had verbonden met de stad en de natuur. Dat sprak me aan. Hij heeft een houtconstructie ontworpen in de vorm van een halve cirkelboog waarin mensen zich aan drie kanten beschut voelen, en een weids uitzicht hebben op de tuin. Toen ik die tekeningen liet zien, was iedereen overtuigd.’

Spontane bijdragen

Het project zal zo’n tweehonderdduizend euro kosten. Dat budget heeft het ziekenhuis niet. Het slaat Van den Berg geen moment uit het veld. ‘Ik wilde geen concessies doen aan het plan: een overdekte promenade om naar het paviljoen te lopen of te rijden met de rolstoel, een open houtstructuur die naadloos aansluit bij het idee van integratie met de natuur – en niet een serre waarmee je toch weer achter glas zit – en houten stoelen die speciaal zijn ontworpen voor een ziekenhuis-situatie en die bijvoorbeeld ook volledig neerklapbaar zijn. Het mooie is ook dat je de hele constructie, tot aan de fundering toe, kunt afbouwen en ergens anders weer opbouwen



Internist-oncoloog
Pieter van den Berg:

‘Patiënten ervaren minder bijwerkingen als misselijkheid en angst’

– wel zo handig als je weet dat het Tergooi naar een nieuwe locatie gaat over een paar jaar. Als je iets doet, moet je het goed doen.’

Dat lukt: binnen de recordtijd van drie maanden wordt het benodigde bedrag bijeengebracht. ‘Ik ben begonnen met presentaties geven aan kleine stichtingen, zoals de Dokter Izak Wessel-stichting, de Stichting Blokker-Verwer van de familie Blokker en de Noaber Foundation. Ook ontstond er een grote verbondenheid in het hele ziekenhuis en onder (ex-) patiënten: iedereen ging ervoor. Zo organiseerde patiënt Huib Kloosterhuis een sponsorfietstocht. Meer dan zevenhonderd mensen deden mee en fietsten 40.000 euro bijeen. Daaronder waren mensen die al zeventig chemokuren achter de rug hadden en door weer en wind honderd kilometer fietsten. Verder liepen mijn poli’s structureel uit door alle spontane donaties. Patiënten

kwamen op het spreekuur met allerlei bijdragen: van envelopjes met geld tot vogelhuisjes, planten en dekens.’

Kinderziektes

Al een halfjaar na het eerste idee start de bouw, en op 23 juni 2015 wordt de Chemotuin in gebruik genomen. Dan komen ook de kinderziektes naar boven. ‘Zo hebben we mdf-platen op de houten vloer gelegd omdat die anders te hobbelig was voor infuuspalen. Verder ligt de Chemotuin niet op de normale looproute van de verpleging; dat is af en toe nog lastig,’ vertelt Van den Berg. Hij is blij en trots dat het paviljoen zo snel tot stand is gekomen. ‘Je doet het omdat je goede patiëntenzorg wilt leveren. Nu moeten de patiënten nog over de drempel heen. Dat begint te komen: er zijn mensen die hun hele kuur in de winter buiten hebben gedaan en er is zelfs een ernstig zieke patiënt hier getrouwd.’ Het VUmc en het UMCG zijn ondertussen gestart met wetenschappelijk onderzoek naar het effect van een natuurlijke omgeving op de beleving, het welbevinden en het herstel van patiënten. Pieter van den Berg: ‘Ik las over *healing and environment* van omgevingspsycholoog en hoogleraar natuurbeleving Agnes van den Berg – geen familie – en heb haar via *LinkedIn* benaderd. Zeven minuten later hing ze aan de telefoon.’ Uit de eerste resultaten hoort de oncoloog terug dat patiënten minder bijwerkingen ervaren als misselijkheid en angst. ‘Die getallen moeten nu met meer data gestaafd worden om significant te zijn. Hij kijkt tevreden rond en besluit: ‘Er zijn al veel ziekenhuizen komen kijken. Ik denk dat als er straks *evidence* is, ze in groten getale allemaal volgen.’

Oproep

Waar zet u zich, naast uw reguliere werk, met hart en ziel voor in? Doet u bijvoorbeeld vrijwilligerswerk in de gezondheidszorg? Deel uw verhaal en mail naar communicatie@demedischspecialist.nl.

Wanhoop

De internist vertelt dat je hoogbejaarde, doodzieke vader die al weken vast zit in een delier, nog lang niet uit het ziekenhuis ontslagen kan worden. Een paar uur later zegt de chirurg, hoofdbehandelaar, dat de stomp van zijn geamputeerde been er goed uitziet, en dat hij naar huis mag.

Bizar, maar waar gebeurd. Onlangs vertrouwde een familie me het logboek toe waarin zij het ziekteproces van hun ouders beschreven. Nog veel vreemder was dat al hun pogingen om met de artsen in gesprek te gaan, mislukten. De wanhoop en het onbegrip spatten van de pagina's. En op een andere locatie hadden ze óók nog de zorg voor hun terminaal zieke moeder. Uiteindelijk overleden beide ouders, acht dagen na elkaar.

Dit verhaal is helaas niet uniek. Heel vaak ervaren patiënten dat zij niet worden geïnformeerd over de behandeling en over de keuzes die zorgverleners maken. Terwijl het zo veel oplevert om patiënten – én collega's – mee te nemen in de *flow*, de stroming, van de zorg. Van informeren en uitleg geven over medicatie en behandelingen tot het meenemen en betrekken in beslissingen die je neemt tijdens het traject. Benoemen wat je denkt en doet zorgt voor begrip en draagvlak. Dat draagt weer bij aan een beter behandelresultaat.

Communicatie loopt als een rode draad door het visiedocument *Medisch Specialist 2025*. Het is belangrijk voor de patiënttevredenheid en -veiligheid en bevordert het werkplezier bij artsen. Waarom lukt het dan zo vaak niet?

Uit het logboek is veel lering te trekken. Het heeft mij gesterkt in de gedachte dat ik nog overtuigender moet uitdragen dat communicatie meer aandacht verdient. Probeer als arts vanuit het perspectief van de patiënt te kijken, om een goed beeld te krijgen van de geleverde zorg en waar die verbeterd kan worden. De zorg wordt er beter van, en het maakt je werk lonender.

Leo Visser is neuroloog in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis en bijzonder hoogleraar Zorgethiek aan de Universiteit voor Humanistiek te Utrecht. Onlangs verscheen zijn boek *Menselijkheid in de zorg* over de arts-patiëntrelatie.



Welke zorgknelpunten moeten op de politieke agenda?

Beste ministers van Volksgezondheid,

Met veel 'vertrouwen in de toekomst' is kabinet-Rutte III gestart. Inclusief maar liefst twee nieuwe zorgministers: minister voor medische zorg Bruno Bruins en minister van VWS Hugo de Jonge. Waar moet dit duo zich de komende periode vooral hard voor maken? We vroegen het aan medisch specialisten.



De mening van de Federatie vindt u op pagina 6 van dit nummer.

'Regel het uitwisselen van medische informatie'

Zorg dat medisch specialisten beter kunnen communiceren met andere zorgverleners, is de oproep van internist acute geneeskunde **Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit** van het Erasmus MC in Rotterdam.

Oudere patiënten hebben steeds vaker meerdere chronische aandoeningen. Tegelijkertijd is er sprake van steeds verdergaande superspecialisatie in de zorg. Omdat de medisch specialist onderdeel is van een groot zorgnetwerk rondom de patiënt, beperkt zijn of haar werk zich niet langer tot één gebouw of één lijn. Daarom is mijn belangrijkste speerpunt: het zo snel mogelijk regelen van het

real-time uitwisselen van medische informatie, zodat specialisten beter kunnen communiceren met andere zorgverleners. Nu worden dagelijks medische gegevens nog naar artsen, apotheken en thuiszorg gefaxt!

Veilige informatie-uitwisseling moet snel worden geregeld, het liefst via wet- en regelgeving. En dan denk ik niet aan een alomvattend landelijk systeem waar nog jaren aan gewerkt

moet worden; we kunnen prima om de huidige systemen heen werken. Bijvoorbeeld door leveranciers te verplichten verschillende systemen in de zorg met elkaar te verbinden.

Gelukkig wordt netwerkgeneeskunde in het huidige regeerakkoord genoemd als belangrijke ontwikkeling. Dat helpt. Nu is het aan ons om dat verder vorm te geven. Dat kan door artsen in opleiding te trainen in het functioneren binnen zo'n netwerk, maar ook door als specialisten hierin leiderschap te tonen. Ik zie de patiënt als regievoerder, maar niet iedere (oudere) patiënt is daartoe in staat. Ik denk dat wij als internisten hierin een belangrijke rol kunnen spelen. Wij zijn het tenslotte al gewend om patiënten met meerdere aandoeningen te behandelen en hebben hiervoor veel contact met collega's binnen en buiten de muren van het ziekenhuis. 🍷



Marissa Cloos-Van Bale

aios interne geneeskunde, oncologie, LUMC

'Doe een uitspraak/advies over de vergoeding en plaats van alle dure medicijnen #immunotherapy #okambi'

'Laat dure medicijnen voorwaardelijk toe'

Ziekenhuisapotheker **Doranne Hilarius**, werkzaam bij het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, zou graag zien dat de ministers werk maken van het beleid rond dure geneesmiddelen.

F De kosten van dure geneesmiddelen stijgen met zo'n honderd miljoen euro per jaar. Een onhoudbare ontwikkeling. Het is van groot belang dat het ministerie doorgaat met de scherpe prijsonderhandelingen met de farmaceutische bedrijven over deze middelen. Nog beter zou zijn om gezamenlijk en in Europees verband in te kopen. Maar ik wil beide ministers graag wijzen op een ander belangrijk aspect, waar zij meteen mee kunnen starten.

Van veel nieuwe dure medicijnen weten we niet bij welke patiënten ze goed of minder goed werken. Deze middelen komen vrij vlot op de markt en zijn vaak alleen getoetst op streng geselecteerde patiënten. Artsen weten niet precies hoe zo'n medicijn werkt bij iemand met meerdere aandoeningen of wanneer er weer gestopt kan worden met het middel. Ik pleit daarom voor het tijdelijk toelaten van deze nieuwe dure geneesmiddelen – onder bepaalde voorwaarden. Dan kunnen specialisten in de praktijk onderzoeken voor welke patiënten het betreffende middel het best werkzaam is.

Daarnaast adviseer ik de ministers te investeren in het ontsluiten van data uit de EPD's en bestaande registraties. Dan kunnen medisch specialisten een goed beeld krijgen van de waarde van het geneesmiddel in de dagelijkse praktijk. Die gegevens zijn belangrijk op alle niveaus: van richtlijnontwikkeling tot voorlichting in de spreekkamer en de vergoeding. Pas als we weten dat een middel echt toegevoegde waarde heeft, kan worden overgegaan op definitieve vergoeding. Alleen dan blijft de toestroom van nieuwe geneesmiddelen – en de vergoeding – hanteerbaar. Tot slot zou ik graag zien dat het onderzoek en de medicijnontwikkeling in eigen beheer financieel wordt gestimuleerd. Dan zijn we minder afhankelijk van de farmaceuten die de hoge prijzen bepalen. **J**



Johan Lambregts

verpleegkundige, adviseur in de gezondheidszorg

'Bevorder met beleid samenwerking tussen artsen en verpleegkundigen. Hier is een wereld te winnen voor betere patiëntenzorg'

Wie doet wat op VWS?

In het kabinet Rutte-III zwaaien drie heren de scepter op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Hugo de Jonge (CDA) is minister van VWS en belast met onder meer: care, Wet langdurige zorg, WMO en mantelzorg, jeugdbeleid Jeugdwet en jeugdgezondheidszorg, wijkverpleegkundige zorg, persoonsgebonden budget, medisch-ethische vraagstukken en NZa.

Bruno Bruins (VVD) is minister voor medische zorg en heeft onder meer de taken: cure, Zorgverzekeringswet, zorgtoeslag en pakketbeheer, curatieve zorg, genees- en hulpmiddelen, beroepen en opleiding, arbeidsmarktbeleid, gezondheidsbescherming, infectieziektebestrijding, kwaliteitsbeleid, medische (bio-)technologie, sportbeleid, kennis- en informatie-infrastructuur en toezicht CBG, CIBG, RIVM en IGJ.

Paul Blokhuis (ChristenUnie) heeft als staatssecretaris onder andere de portefeuilles: ggz, gezondheidsbevordering (leefstijl), preventie, maatschappelijke diensttijd en maatschappelijke opvang en beschermd wonen.

'Pak registraties en overbodige zorg aan'

Hoog tijd om in overbodige zorg te snijden en de opbrengst te investeren in mensen en onderzoek, vindt neuroloog **Esther Verstraete** in het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem.

Op nummer 1 staat voor mij het aanpakken van overbodige zorg. Denk aan behandelingen die geen waarde toevoegen voor de patiënt, of kennishiaten rond bepaalde behandelingen, waarbij we niet weten wat de beste behandeling is. Dat is onwenselijk. Als specialisten zijn we al enige jaren druk bezig om deze zorgevaluatiebeweging stevig in gang te zetten. Gelukkig gesteund door de beleidsmedewerkers van WVS. Wij willen hier dolgraag mee verder, maar dan moet er vanuit

het ministerie ook in ons worden geïnvesteerd.

Wanneer overbodige zorg verdwijnt en bepaalde ingrepen niet langer worden gedaan, kan de opbrengst hiervan terug naar de zorg. Dat helpt om mensen enthousiast te houden voor zorgevaluatie. Van het vrijgekomen budget kunnen innovaties en nieuw zorgevaluatie-onderzoek worden betaald.

Een ander punt dat ik graag aangepakt zie, is de wildgroei aan

registraties en indicatoren – dat kost onnodig veel tijd en menskracht. De tijd is rijp voor het vaststellen van essentiële indicatoren, die vanuit vertrouwen in de zorgprofessional prima door het veld kunnen worden vastgesteld. Naast een actieve bijdrage aan het terugdringen van indicatoren en op het gebied van zorgevaluatie wil onze beroepsgroep zich graag meer inzetten voor een thema als preventie – een speerpunt uit het regeerakkoord. Hopelijk kunnen we ook op dit thema vanuit een gezamenlijk belang op een constructieve manier samenwerken. ▀

'Stop het plak- en pleisterbeleid'

Kinder- en jeugdpsychiater **Robert Vermeiren**, verbonden aan het LUMC in Leiden, hoopt dat de nieuwe ministers de jeugd-ggz weer naar landelijk niveau tillen.

Hulp aan kinderen met psychiatrische en psychische problemen moet dringend 'ontsnipperd' worden. De kwaliteit van zorg wordt immers bedreigd. Sinds de jeugd-ggz onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt, zijn er tussen regio's onaanvaardbare verschillen ontstaan. Postcodezorg dus. De verschillen in administratieve verplichtingen en tarieven zijn te groot, te versnipperd. Middelen moeten terug naar zorg voor gezinnen, onafhankelijk in welke gemeente die wonen.

Het is een kapitale fout dat er bij aanvang van de transitie in de jeugdhulp niet gedacht is aan het afspreken van kaders en het tijdelijk investeren in die verandering. De inhoudelijke verbetering die de transitie beoogde, is nu gehinderd door een bezuinigingsactie van het vorige kabinet van maar liefst vijftien procent. Door dit alles brokkelt niet alleen de zorg af, maar vertrekken ook veel goede specialisten. Een noodplan is nodig. Ik pleit voor het zo snel mogelijk opleggen van bovenregionale afspraken. Een integraal beleid – met een

stevige focus op wat gezinnen met kwetsbare kinderen nodig hebben – in plaats van het huidige plak- en pleisterbeleid. Zo blijkt het installeren van regionale expertteams geenszins een oplossing voor het probleem van suïcidale tieners. Een expertteam lost immers enkel problemen op van jongeren die in de knel zitten, niet van degenen die in de knel zullen raken.

Als professionals denken we graag mee. Laten we een stevig, inhoudelijk masterplan opstellen, dat we met de nodige middelen duurzaam invoeren. Zodat we een mooie toekomst kunnen bieden aan onze kinderen. Ongeacht hun competenties. ▀



Sander de Hosson

longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen

'Veel succes Hugo de Jonge. Hoop op uw inzet voor meer aandacht voor palliatieve zorg in medische en verpleegkundige opleidingen'

Vergoeding voor e-healthconsulten

‘Dit is waar de patiënt om vraagt’

Vanaf 1 januari krijgen medisch specialisten e-healthconsulten op de poli op eenzelfde wijze vergoed als een fysiek poliklinisch herhaalbezoek. Cardioloog Marcel van der Linde nam het voortouw om samen met de Federatie en andere partners de vergoeding te regelen. ‘Dat alle partijen op één lijn zaten, maakte het makkelijker voor de NZa.’

Achteraf bezien is het razendsnel gegaan. Cardioloog Marcel van der Linde van het ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten en lid van de Raad Beroepsbelangen van de Federatie Medisch Specialisten is er nog steeds beduusd van. ‘Binnen een jaar was het geregeld: vanaf 1 januari 2018 krijgen medisch specialisten een passende vergoeding voor herhaalconsulten op de poli via mail, telefonisch of screen-to-screen als voor een face-to-face herhaalpolikliniekbezoek. Ik denk dat de tijd er rijp voor was.’

Achterstand

Want de discussie is niet nieuw. ‘We praten en schrijven al meer dan vijftien jaar over e-health. Maar in de praktijk kwam er weinig van terecht’, vertelt Van der Linde. ‘Ondertussen gingen we in vergelijking met de landen om ons heen achterlopen met elektronische of e(health)-consulten. Die achterstand merkten we ook in de praktijk van alledag. Patiënten wilden graag de mogelijkheid voor een consult per e-mail of telefoon, thuis, in de eigen omgeving. Dat voelt veilig: de partner kan meedenken en het scheelt veel reistijd.’



Cardioloog Marcel van der Linde:

‘Het ontbrak aan een stimulans om de zorg meer om de patiënt heen te organiseren’

Natuurlijk, medisch specialisten doen al langer screen-to-screen-consulten als bellen met de patiënt, telefonisch een uitslag doorgeven of e-mailcontact. 'Er bestond alleen geen passende zorgprestatie voor, en dus stond er ook geen vergoeding tegenover. Er ontbrak daardoor een belangrijke stimulans om onze zorg te innoveren, en vooral: om deze meer rondom de patiënt te organiseren.'

Ontbrekende schakel

Eind 2016 roept Van der Linde daarom de projectgroep *E-health registratie en vergoeding* bijeen. 'Hierin waren diverse partijen vertegenwoordigd: medisch specialisten, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Zorginstituut Nederland (ZIN), de ondernemersorganisatie voor de technologische industrie (FME) en Nefemed, de belangenorganisatie van producenten, importeurs en handelaren van medische hulpmiddelen.' Als voorzitter van de Federatie-werkgroep *Substitutie van zorg* besluit Van der Linde de Federatie erbij te betrekken om de ideeën verder uit te werken. 'Onze insteek was praktisch: we vroegen ons af wat er nodig was om de zorg meer rondom patiënt en zijn verwijzer te organiseren. Al snel werd duidelijk dat daarvoor diverse e-health-zorgprestaties nodig waren. Dat was de schakel die ontbrak.'

Samen sterk

Met de steun van ook de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), stapt de projectgroep en de Federatie dit voorjaar naar de NZa. Van der Linde: 'Dat alle partijen op één lijn zaten, maakte het voor de NZa makkelijker om de knoop door te hakken en ons alle medewerking te verlenen. Het hielp daarbij dat ook VWS – waar e-health een speerpunt voor is – onze plannen ondersteunde.'

Van der Linde is blij met de snelheid waarmee de regeling een feit is geworden. 'Met de mogelijkheid van een e-consult geven we de patiënt de service waar hij om vraagt. Nu de vergoeding is geregeld, kunnen we de keuze daarvoor maken op basis van de wens van de patiënt én of het medisch verantwoord is. Zo hebben we afgesproken dat het eerste consult altijd in de spreekkamer plaatsvindt. En een slechtnieuwsgesprek voer je niet over de telefoon. Dat hoort thuis in de spreekkamer. Maar nu zijn dat medisch-inhoudelijke overwegingen, en geen financiële.'

Volgende stappen

Ondertussen werkt Van der Linde binnen de Federatie ook andere e-health-ideeën uit die de gezondheidszorg meer rondom de patiënt moeten organiseren. 'We bereiden nu de vergoeding van *telemonitoring* van bestaande zorg voor. In 2018 start er een pilot met telemonitoring, in 2019 willen we passende vergoeding geregeld hebben.' Daarnaast werkt de Federatie samen met de LHV aan de vergoeding van het medisch-



'Een e-consult voelt veilig: het kan in de eigen leefomgeving en de partner kan meedenken'

specialistisch e-consult voor de huisarts. 'Met zo'n consult heeft de huisarts extra mogelijkheden om te overleggen met de specialist. Als we dit goed regelen, scheelt dat in het aantal verwijzingen of kan de huisarts gericht wél verwijzen.' En dan is er de ziekenhuisverplaatste zorg. Een deel van de zorg vindt daarbij thuis plaats. 'Patiënten krijgen dan een deel van de ziekenhuiszorg thuis. De medisch specialist behandelt op afstand, met behulp van telemonitoring. Er lopen al een aantal lokale initiatieven. Maar we willen dit nu ook landelijk op een uniforme manier regelen, met een passende vergoedingenstructuur.'

Trots

Cardioloog Van der Linde is niet bang dat de medisch specialist bij een e-consult behandelinformatie mist. 'Dat kan ook gebeuren in de spreekkamer. En juist daarom zijn kwalitatief goede randvoorwaarden belangrijk. Zo hebben we afgesproken dat de medisch specialist de uitraag, EPD-verslaglegging en terugkoppeling naar de huisarts bij e-health-consulten op dezelfde manier uitvoert als bij face-to-face-contacten. Als hij dat consequent doet, mist hij geen informatie.'

De inzet van e-consulten zal uiteindelijk leiden tot kostenreductie, daarvan is Van der Linde overtuigd. 'Vermoedelijk kunnen we kostenstijging in de ziekenhuiszorg ermee beperken.' Tot slot verwacht Marcel van der Linde dat medisch specialisten én patiënten blij zijn met de vergoeding voor de e-health-consulten. 'De motor achter deze zorginnovatie is dat we de patiënt meer in zijn eigen leefomgeving kunnen behandelen. Maar dat we nu in één jaar iets voor elkaar hebben gekregen waar al vijftien jaar over gesproken wordt: daar ben ik trots op.' ●

Opnieuw aandacht voor kinderpalliatieve zorg

In 2015 stond de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) volop in de aandacht met haar standpunt over het mogelijk maken van euthanasie voor ernstig zieke kinderen tussen de één en twaalf jaar. Nu is er vanuit de media opnieuw interesse in dit onderwerp. Daarbij is ook de hulp van de Federatie ingeschakeld.

Aanleiding

Dit najaar benaderde *RTL Nieuws* de Federatie over de stand van zaken rondom de mogelijkheden voor levensbeëindiging voor kinderen tussen de één en twaalf jaar. *RTL Nieuws* had hier in het verleden al aandacht aan besteed en wilde nu een uitgebreider item maken, vertelt woordvoerder (a.i.) Mascha Blokker van de Federatie. 'De Federatie en de NVK hebben de afgelopen tijd weinig over kinderpalliatieve zorg naar buiten gebracht omdat de ontwikkelingen nog in volle

gang zijn. Zo is er een onderzoek gaande naar de knelpunten in de huidige zorg rond het levenseinde van deze patiëntengroep en wordt binnenkort het landelijke Kenniscentrum Kinderpalliatieve Zorg gelanceerd dat vanuit nauwe samenwerking tussen Stichting PAL Kinderpalliatieve Expertise en de NVK tot stand kwam. Dat laatste zou voor ons wellicht aanleiding zijn geweest om de media op te zoeken, maar *RTL Nieuws* was ons voor.'

Werkwijze

Blokker zocht contact met de voorzitter van de NVK en de kinderarts die het lopende onderzoek leidt. Ook benaderde ze de directeur van Stichting PAL. 'Iedereen reageerde positief en

wilde graag meewerken. Een paar weken later vond er een verkennend gesprek plaats tussen de journaliste en bovengenoemde partijen om de invulling van de reportage te bespreken.' De Federatie was daar nauw bij betrokken, gaat Blokker verder. 'Als woordvoerder begeleidde ik het proces. Op die manier hielden we duidelijk voor ogen welke boodschap we in de uitzending naar voren wilden brengen. Daarnaast wilde *RTL Nieuws* in de reportage een kinderarts en gezin aan het woord laten. Bij dergelijke media interviews begeleidt de Federatie ook die betrokkenen waar nodig.' Overigens was het niet alleen *RTL Nieuws* dat een item wilde maken over kinderpalliatieve zorg: ook *EenVandaag* had plannen voor een reportage in dezelfde periode en benaderde Stichting PAL. Blokker: 'Die insteek was anders: *EenVandaag* wilde graag één gezin volgen met een kind dat in een dergelijke situatie zat. De stichting ging zelf op zoek naar dat gezin, de Federatie had hier een ondersteunende rol in de voorbereiding.'

Resultaat

Mascha Blokker is blij met alle media-aandacht voor kinderpalliatieve zorg. 'De uitzendingen van eind november – en het vervolgitem dat staat gepland voor januari – laten zien hoe zeer dit gevoelige onderwerp leeft. En ondanks dat we de onderzoeksresultaten nog moeten afwachten, is het goed om opnieuw bewustwording te creëren voor deze kwestie en het standpunt van de NVK over het feit dat er nog steeds geen oplossing is voor kinderen met een euthanasiewens in deze leeftijdsgroep.' MD



GETTY IMAGES / HAAGSBLAUW

Het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg

‘Het gaat niet om straffen’

Als beroepsgroep krijg je te maken met allerlei organisaties. Het contact loopt niet altijd even soepel. Soms lijkt je zelfs lijnrecht tegenover elkaar te staan. Maar is dat wel zo?

In deze nieuwe rubriek worden niet-medici aan de tand gevoeld over hoe zij de zorg zien. Jolanda Lootsma-Oude Nijeweme is voorzitter van het Regionaal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg (RTG) Groningen.

Nee, Jolanda Lootsma-Oude Nijeweme is niet gelukkig met het politieke besluit dat berispingen sinds 2012 openbaar worden gepubliceerd. ‘Een berisping is door het tuchtcollege nooit bedoeld als bevoegdheidsbeperkende maatregel, maar zo pakt het in de praktijk wel uit. Als de *Leeuwarder Courant* de berisping van een dermatoloog in het Medisch Centrum Leeuwarden op de voorpagina van haar regiokatern publiceert, is het alsof je de dermatoloog aan de schandpaal nagelt. Het kan ertoe leiden dat de specialist patiënten kwijtraakt. Andere artsen verwijzen bovendien minder snel naar hem.’

Berisping

Het NIVEL-onderzoek van afgelopen jaar naar de effecten van door de tuchtrechter opgelegde berispingen en geldboetes onderschrijft die gevolgen. Lootsma is geschrokken van de uitkomsten. ‘Het leidt tot hoge belasting van dokter, partner en gezin, en heeft ook zakelijke gevolgen. Sommige artsen stoppen zelfs met hun werk, omdat ze de impact van een berisping niet kunnen verdragen of hun gezin eronder lijdt. Meer transparantie voor de samenleving weegt in dit geval niet op tegen de schade voor de arts.’ ▶



Jolanda Lootsma-Oude Nijeweme:

‘Meer transparantie voor de samenleving weegt niet altijd op tegen de schade voor de arts’



‘Dit werk gaat over mensen. Hun klachten, hun emoties en de erkenning die ze vragen’

Toch bleef het vorige kabinet ook na de uitkomsten van het NIVEL-onderzoek vasthouden aan het ingezette beleid. ‘Hoe de nieuwe minister voor medische zorg Bruno Bruins dat gaat oppakken, weet ik niet’, reageert Lootsma. ‘Zolang de wet van kracht blijft, pas ik die toe. Natuurlijk worstel ik daar wel eens mee. Maar net als alle andere burgers moeten ook rechters zich aan de wet houden.’

Artsen denken anders

Sinds 2000 is Lootsma verbonden aan het RTG Groningen. Eerst als lid-jurist, daarna als plaatsvervangend en waarnemend voorzitter en sinds september 2016 als voorzitter. Ze doet dat twee dagen in de week, naast haar werk als (straf-)rechter bij de rechtbank Noord-Nederland. ‘Ik vind het interessant dat artsen anders denken dan juristen. Een jurist plaatst alles in een juridische context. Die wil weten: is er *informed consent*, is er een behandelovereenkomst? Een arts

denkt zo niet. Die kijkt naar de patiënt en denkt: er moet iets gebeuren.’ Wat Lootsma vooral aanspreekt aan haar werk binnen het tuchtcollege, is dat het mensenwerk is. ‘Ik heb in het verleden ook handelsvonnissen geschreven. Dat ging over geld, dit gaat over mensen. Hun klachten, hun emoties, de erkenning die ze vragen: dat maakt dat ik dit werk met ongelofelijk veel plezier doe.’

Het medisch tuchtcollege bestaat uit artsen en juristen. ‘Wij leren veel van elkaar. De artsen in het tuchtcollege staan met hun poten in de klei, want zij moeten werkzaam zijn in de klinische praktijk. Omgekeerd leren zij van ons over de juridische aspecten van een behandeling. Die wisselwerking, daar houd ik van. Ook onze interne discussies vind ik boeiend. Dat een arts in het tuchtcollege over een casus zegt: zo doen we dat nu eenmaal, terwijl ik daar als jurist mijn vraagtekens bij plaats. Maar we komen er altijd uit. Ook omdat artsen en juristen eenzelfde waarde delen: de kwaliteit van

de gezondheidszorg is onze gezamenlijke drijfveer. Het raakt me daarom als mensen denken dat het tuchtcollege om straffen draait, want dat is niet de bedoeling. Juist daarom voelt het NIVEL-rapport zo ongemakkelijk.'

Meestal ongegrond

Het RTG Groningen heeft in 2016 234 klachten afgehandeld. Vergeleken met de vier andere, grotere tuchtcolleges is dat weinig. De meeste klachten gaan over bejegening, zorg die niet of onvoldoende geboden zou zijn, grensoverschrijdend gedrag of het stellen van een onjuiste diagnose of behandeling. Het aantal klachten stijgt jaarlijks licht, zowel landelijk als in Groningen. Van een forse toename is echter geen sprake, ondanks de toegenomen aandacht voor tuchtzaken in de media. 'De meeste klachten worden ongegrond verklaard,' stelt Lootsma. 'Ook dat beeld is al jaren hetzelfde.'

Er vindt geen voorafgaande schifting plaats van klachten die niet tot een gegronde klacht zullen leiden. 'Het college bestudeert elke klacht serieus en als deze aan de daaraan gestelde eisen voldoet, wordt deze in behandeling genomen.' Ook van mensen met een psychiatrische stoornis of mensen die in hechtenis zitten – iets dat het werk van de forensisch psychiater nog weleens bemoeilijkt. 'Er kan wel degelijk een gegronde klacht zijn ten aanzien van het handelen of nalaten van de behandelaar. Kennelijk ongegronde klachten kunnen zonder een openbare zitting met een uitspraak worden afgedaan. Daarbij is zeker oog voor de positie van de arts, maar ook voor de klager, die veelal in een afhankelijke positie verkeert doordat zijn vrijheid hem is ontnomen.'

Diep ingrijpen

Tegelijkertijd beseft de voorzitter van het regionaal tuchtcollege hoe diep maatregelen die door het medisch tuchtcollege worden opgelegd, kunnen ingrijpen in het leven van een arts. Ze begrijpt dat medisch specialisten daarom soms bang zijn voor het tuchtcollege. 'Dat hoor ik ook terug. In presentaties voor huisartsen en medisch specialisten, bijvoorbeeld in het kader van nascholing, vertel ik daarom graag meer over de achtergrond en werkwijze van het tuchtcollege. Dan krijgt het college een menselijk gezicht. Want juist het onbekende maakt het voor veel specialisten bedreigend. Ik adviseer dokters daarom ook altijd om eens een zitting van het tuchtcollege bij te wonen. Je ziet dan hoe het werkt en hoe zorgvuldig we met klachten omgaan.'

Bovendien heeft het tuchtcollege de afgelopen jaren een behoorlijke professionaliseringsslag gemaakt. Zo is de informatievoorziening sterk verbeterd met toegankelijke taal in brieven en is de doorlooptijd, de tijd tussen aanmelding en afhandeling van een klacht,

'Ik adviseer dokters om eens een zitting van het tuchtcollege bij te wonen'

aanzienlijk verkort. Ook nieuw is dat het regionaal tuchtcollege meer dan voorheen gebruik maakt van het zogenoemde mondeling vooronderzoek. Lootsma: 'Klager en aangeklaagde spreken elkaar dan in een besloten setting, soms voor het eerst. De bedoeling is om meer duidelijkheid te krijgen over de klacht. Bovendien kan er meer wederzijds begrip ontstaan, alleen al doordat klager en aangeklaagde met elkaar in gesprek gaan. Tijdens een openbare zitting kan dat niet. Dan verloopt alle communicatie via het tuchtcollege, in alle publieke openbaarheid.' Hoewel dat niet het doel is, komt het regelmatig voor dat klagers hun klacht intrekken na het mondeling vooronderzoek. Lootsma: 'Bijvoorbeeld omdat ze zich gehoord voelen, of omdat ze meer begrip hebben gekregen voor de argumenten van de arts.'

Kritiek

Ondanks die vernieuwingen is er vanuit de beroepsgroep van medisch specialisten regelmatig kritiek op de kwaliteit van de tuchtrechtspraak. Zo zouden de leden onervaren zijn en juristen te weinig medische kennis hebben. Een ander veelgehoorde mening is dat het tuchtcollege lijdt aan 'protocolitis'. Jolanda Lootsma is verbaasd over dit beeld. 'Die geluiden herken ik niet. Onze sollicitatieprocedures voor nieuwe leden van de tuchtcolleges verlopen uitermate zorgvuldig. We doen veel aan interne deskundigheidsbevordering. En een jurist hoeft geen medische kennis te hebben, maar moet wel over grondige kennis van het gezondheidsrecht beschikken. En protocolitis? Dokters leggen zichzelf protocollen en richtlijnen op. Wij toetsen alleen of een arts gehandeld heeft volgens het protocol of richtlijn van zijn eigen beroepsgroep. Je mag daarvan afwijken, maar alleen als je dat kunt onderbouwen. Kun je dat niet, dan heb je iets uit te leggen. Ook aan het tuchtcollege.' ●



Hebt u interesse om een zitting van een regionaal tuchtcollege bij te wonen? Via www.tuchtcollege-gezondheidszorg.nl > Over ons > Binnenkort te behandelen vindt u van elk van de vijf tuchtcolleges de agenda voor de komende maanden.



de voorzitter van de Vereniging voor Sportgeneeskunde

Erik van de Sande

Als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen trekken de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk op binnen de Federatie. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Deze keer: Erik van de Sande, sportarts bij het Sportmedisch Adviescentrum West-Friesland/Waterland in Hoorn. Sinds half september is hij voorzitter van de Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG).

1 Sinds 2014 is de VSG een erkend medisch specialisme. Voor die tijd was het een sociaalgeneeskundige discipline. Vanwaar die overgang?

'Hoewel preventie een belangrijke poot van de sportgeneeskunde blijft, ontwikkelt ons werk- en wetenschapsdomein zich steeds meer richting medisch-specialistische zorg en behandeling. Ook zit een verwijzing van de huisarts voor sportzorg sinds 1 januari 2016 in het basispakket. Het gaat daarbij niet alleen om sporten, maar ook om beweging. Ons adagium is: *exercise is medicine*. Bewegen heeft zo'n gunstige invloed op onze gezondheid. Of het nu een patiënt betreft met een depressie of artrose, we willen dat artsen, huisartsen en medisch specialisten, zich bij elk consult afvragen: wat kan sporten of bewegen voor deze patiënt betekenen? Wij kunnen daarbij helpen. Ook omdat we veel wetenschappelijk onderzoek doen naar interventies in de sportzorg. Naast onze kennisagenda hebben we de consumentensite sportzorg.nl, met veel wetenschappelijk onderbouwde adviezen over sport en gezondheid. Die wordt maandelijks door 150.000 unieke bezoekers bezocht.'

Feiten & Cijfers

Naam: Vereniging voor Sportgeneeskunde (VSG)

Bestaat sinds: 2014

Aantal leden: ruim 500, waarvan 150 sportartsen.

Ook huisartsen, bedrijfsartsen, cardiologen en orthopeden zijn lid van de wetenschappelijke vereniging.

Subspecialisaties: als relatief jong specialisme kent de VSG (nog) geen subspecialisaties.

2 Voor welke uitdagingen staat de VSG de komende jaren?

'Een pijnpunt in onze overgang naar de medisch-specialistische zorg is dat we geen eigen verrichtingenlijst hebben. Om te declareren maken we nu gebruik van de dbc's van andere medisch specialisten, zoals cardiologen of orthopeden. Een patiënt met een overbelaste knie declareer ik bijvoorbeeld op de orthopedische dbc gescheurde meniscus. Dat is niet zuiver. Het roept vragen op bij de patiënten als ze de factuur zien. En ook zorgverzekeraars stellen ons hier vragen over. We hopen dat de Federatie ons kan helpen om dit probleem op te lossen. We kunnen dat niet alleen. Met vier à vijf eigen verrichtingen zouden we al enorm geholpen zijn.'

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

'Als nieuwkomer heb ik daar nog geen helder beeld van. Dat moet de komende tijd uitwijzen. Uiteraard hoop ik dat we samen optrekken bij gemeenschappelijke thema's als medisch-specialistische honorering. En onze missie is duidelijk: bewegen moet, een leven lang. Die boodschap zullen we ook in Federatieverband – en breder binnen de gehele geneeskunde – luid en duidelijk blijven uitdragen. Zodat elke dokter ervan doordrongen raakt.' **MvD**



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 Nieuws app van de Federatie Medisch Specialisten.



KEUZEHULP VOOR IN DE SPREEKKAMER

Eenvoudig overzicht van alle behandelmogelijkheden en de meest gestelde vragen van patiënten.

Kijk op www.consultkaart.nl

Recent verschenen consultkaarten: epilepsie, staar, ontstoken keelamandelen bij kinderen, vocht in het middenoor bij kinderen, veel bloedverlies bij ongesteldheid.

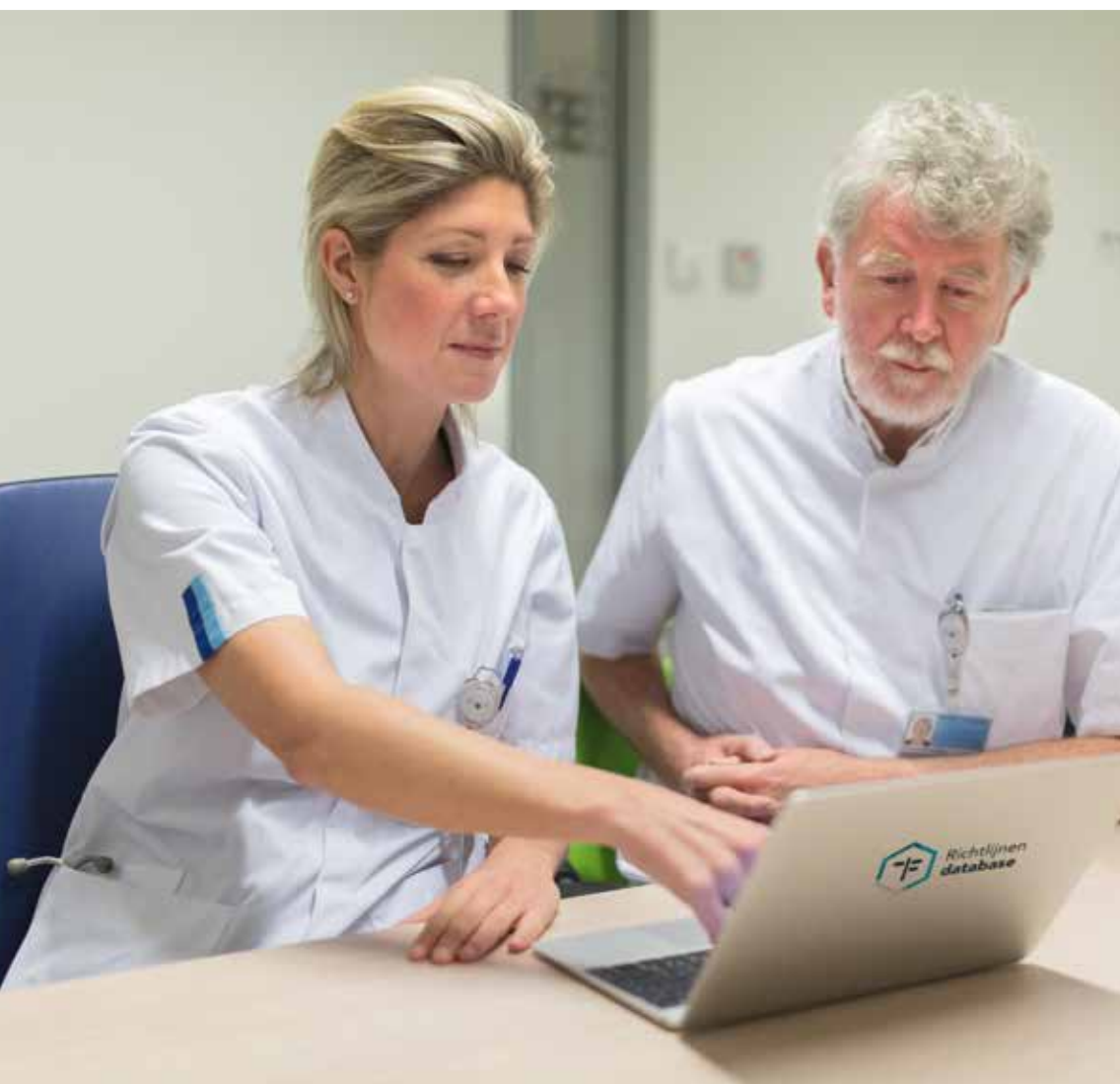
*Consultkaart® is een initiatief van de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland. Consultkaarten worden ontwikkeld door de betrokken wetenschappelijke vereniging en patiëntenorganisatie.





Richtlijnen
database

Al uw medisch-specialistische richtlijnen op één plek



NIEUW IN DE RICHTLIJNENDATABASE:

- ✓ Diabetische voet
- ✓ Dwarslaesie
- ✓ Tubulaire extra-uteriene graviditeit
- ✓ Diagnostiek NSAID overgevoeligheid bij volwassenen
- ✓ Enkelfracturen
- ✓ Rectumprolaps
- ✓ Polyfarmacie tweede lijn
- ✓ Invaginaties op de kinderleeftijd
- ✓ Aanpassingen leeftijdsgebonden maculadegeneratie
- ✓ Carpaletunnelsyndroom

● EVIDENCE-BASED ● PRAKTIJKGERICHT ● GEBRUIKSVRIENDELIJK
● ACTUEEL ● ONTWIKKELD VOOR EN DOOR MEDISCH SPECIALISTEN

www.richtlijnendatabase.nl



De Richtlijnendatabase is ontwikkeld door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten