

de Medisch Specialist

SEPTEMBER 2016
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

3

DURE GENEESMIDDELEN

Zo blijven ze bereikbaar en betaalbaar

ELKE EURO TELT

De financiering van de curatieve zorg

BURN-OUT

'Voorkomen is je eigen verantwoordelijkheid'

Internist Stephanie Klein-Nagelvoort

'Wij zijn het cement van het ziekenhuis'



Opleiden is VOORUIT zien






MMV-congres 2016

PLENAIRE SESSIES | WORKSHOPS | SYMPOSIA | FLITSTRAININGEN

De zorg verandert razendsnel. En daarmee ook het vak van medisch specialist. Hoe bereidt u aios optimaal voor op hun vak? Meer dan ooit geldt: opleiden is vooruitzien. Zowel voor aios, als voor opleiders en andere betrokkenen. Wat komt er op u af, waar wilt u heen, wie en wat heeft u nodig om dat doel te bereiken?

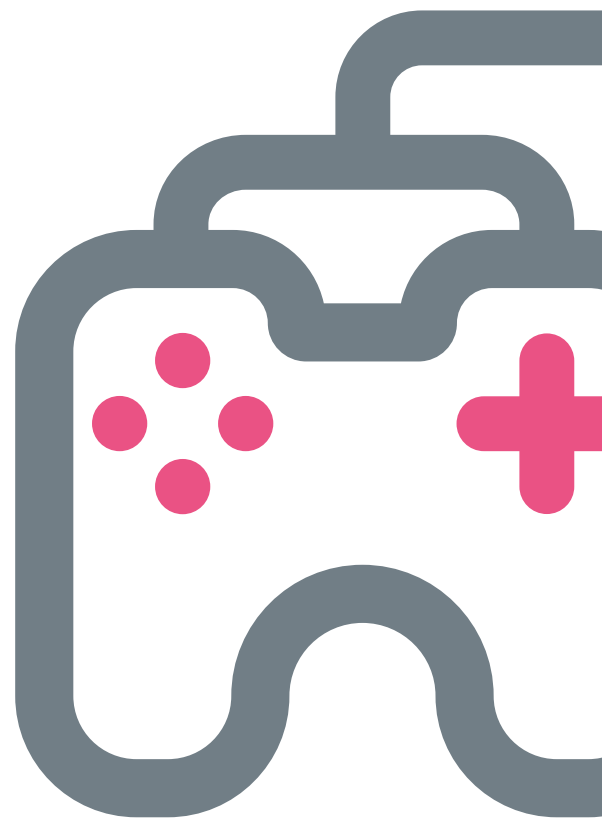
Op het MMV-congres 'Opleiden is vooruitzien' krijgt u concrete ondersteuning, relevante kennis en effectieve tips waarmee u zelf aan de slag kunt.

STEL ZELF UW PROGRAMMA SAMEN, KIES UIT:

-  **Plenair:** inspirerende sessies met stof tot nadenken
-  **Flitstrainingen:** snel op de hoogte en de volgende dag direct aan de slag
-  **Workshops:** praktische informatie, praktijkvoorbeelden en veel oefenen
-  **Symposia:** relevante informatie in praktijkgerichte presentaties en discussiëren met collega's
-  Een speciale **Individualiseringscarrousel** voor aios

Meer informatie en aanmelden:

www.demedischspecialist.nl/mmvcongres



Vrijdag
9 december
2016

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

VOOR ALLE BETROKKENEN BIJ DE
MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

Vroegboektarief: 250 euro
(na 1 september: 295 euro)

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

5 punten toegekend
(ABAN, NVZA, NVKC en NVKF)



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Het MMV-congres wordt georganiseerd
door de Federatie Medisch Specialisten

CONGRES

DE EERSTE 1000 DAGEN

Medische visie op de zorg voor de generatie van de toekomst

De eerste 1000 dagen zijn essentieel voor een goede gezondheid. Dit congres voor alle medisch specialisten gaat over de vraag wat goede zorg dient te zijn. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorg voor toekomstige generaties vandaag moet beginnen: prenataal en in de eerste levensjaren.



Accreditatie
ABAN:
6 punten



DONDERDAG 13 OKTOBER 2016, JANSKERK, UTRECHT

Meer info en inschrijven: www.tijdstroom.nl/1000dagen

Congrescommissie:

Prof.dr. F. (Frits) Boer - Prof.dr. H.S.A. (Hugo) Heymans

Met bijdragen van o.a.

Prof.dr. R.C.M. (Raoul) Hennekam, Prof.dr. C.G.J.M. (Carina) Hilders,

Prof.dr. H.E. (Henriëtte) van der Horst, Prof.dr. B. (Bob) Löwenberg,

Prof.dr. T.J. (Tessa) Rooseboom

Prijs: € 295
(aios € 195)

In dit nummer



8 JUST CULTURE

Een open en veilig klimaat

Prettig werken gaat beter in een Just Culture. Chirurg en opleider Jaap Hamming zet zich in voor een omslag van een angst- en afrekencultuur naar een klimaat waar collega's elkaar vertrouwen en steunen.

11 DURE GENEESMIDDELEN Hoe blijven ze beschikbaar en betaalbaar?

Eind juni heeft de taakgroep Dure geneesmiddelen een visiedocument gepresenteerd met aanbevelingen voor ziekenhuizen, zorgverzekeraars, overheid en medisch specialisten. 'We behoren aan tafel te zitten bij de inkooponderhandelingen.'

14 FEDERATIEPARTNER IN BEELD Brede blik van de internist blijft nodig

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) bestaat 85 jaar. Maar is er door de verdieping en subspecialisaties binnen de interne geneeskunde nog wel sprake van één internistenvereniging?

19 FINANCIERING

Elke euro telt

De financiering van de medisch-specialistische curatieve zorg verloopt via een complex systeem. En er zijn veel spelers bij betrokken. Om wat voor bedragen gaat het daarbij? Wie onderhandelt met welke partij? En: waarom medisch specialisten een sleutelrol vervullen.

23 TOEGANKELIJKE ZORG

Kwetsbare oudere in de knel

De ingrijpende stelselherziening in de langdurige zorg (AWBZ) heeft nadelige gevolgen voor de zorg voor kwetsbare ouderen. Geriater Hanna Willems vertelt hoe dat politieke besluit uitpakt in de praktijk.

27 OPTIMAAL FUNCTIONEREN

Hoe concreter, hoe beter

Ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen steeds meer initiatieven om optimaal functioneren te ondersteunen. Beleidsadviseur Carolien Over-Meijer van de Federatie en reumatoloog Wiepke Drossaers over hoe die middelen hun weg naar de praktijk vinden.



EN VERDER

- 6 Kort nieuws
- 18 Stelling: burn-out zelf voorkomen
- 26 In de media: gesprekken opnemen

RUBRIEKEN

- 6 Vraag & antwoord aan het KDC
- 17 Bestuurscolumn: Peter-Paul van Benthem
- 30 Drie vragen aan... Rob Nelissen

COLOFON
jaargang 2, september 2016

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

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

Redactionele adviesraad

Paul Algra, radioloog, Medisch Centrum Alkmaar | Mariëtte Bartholomeus, neuroloog, Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Jan Willem van den Berg, longarts, Isala, Zwolle | Jochen Bretschneider, KNO-arts, VU medisch centrum, Amsterdam | Marjolein Dekker, communicatieadviseur Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam | Geert Kazemier, oncoloog, VU medisch centrum, Amsterdam | Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog, MCH-Bronovo, Den Haag | Davy Sudiono, radioloog, MCH Bronovo, Den Haag | Hilke Verdijk, communicatieadviseur, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) | Marcel Vonk, psychiater, Pompestichting, Nijmegen | Kerst de Vries, klinisch geriatr, MC Slotervaart, Amsterdam

Vanuit bestuur Federatie Medisch

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

Medewerkers aan dit nummer

Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel, Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk, Marlies Lenselink, Serge Ligtner, Pieter van Megchelen, Dana Ploeger, Ruben van Praag en Olaf Smit

Fotografie cover: Suzanne van de Kerk

Technische eindredactie

De Nieuwe Lijn, Rotterdam

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie, Almere

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Advertenties en redactieadres

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

Abonnement

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

Copyright © De Medisch Specialist 2016.
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.

De blik vooruit

Zomertijd komkommertijd? Nou, niet bij de Federatie! De afgelopen maanden hebben we hard gewerkt aan allerlei projecten waarvan ik hoop dat ze op korte termijn hun beslag krijgen. Zo zijn de gesprekken over pensioenaftopping weer hervat na de zondagsdienstactie in juni. Ook start binnenkort een nieuwe campagne rond *Samen Beslist* en gaan de eerste zorgevaluaties van start. U leest verderop meer over deze projecten.

De zomermaanden vormden ook een uitstekend moment om verder vooruit te kijken: namelijk naar het visiedocument *De Medisch Specialist 2025*. De visie en agenda voor de medisch-specialistische zorg in 2025 worden gepresenteerd op het Federatiecongres op 14 maart 2017, maar op het *Rode Hoed*-symposium op 5 oktober aanstaande vertel ik u graag al het een en ander over die visie.

Om alvast een tipje van de sluier op te lichten: uit de eerste gesprekken en trendanalyses komt stevast het beeld naar voren dat vertrouwen tussen de patiënt en de medisch specialist centraal staat. Dat komt overal in terug: van optimaal functioneren op individueel niveau tot het werken in een *just culture*, van artsen die ervoor waken dat dure geneesmiddelen toegankelijk en betaalbaar blijven en kennis hebben van de kosten in de curatieve zorg tot medisch specialisten die zich hard blijven maken voor de belangen van de (kwetsbare) patiënt.

Niet geheel toevallig zijn dit dan ook de belangrijkste onderwerpen in het nummer dat voor u ligt.

Veel leesplezier!



Frank de Grave
Voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

Samen Beslissen: nieuwe campagne in de spreekkamer

De aandacht voor Samen Beslissen vergroten bij medisch specialisten én patiënten: dat is het doel van een nieuwe campagne van Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialististen.

Ondanks alle kennis, onderzoek en instrumenten om samen beslissen te ondersteunen, zoals de 3 goede vragen en Verstandige Keuzen, blijkt het in de praktijk vaak nog lastig voor arts en patiënt om samen de dialoog aan te gaan. De campagne zal vooral zichtbaar zijn in en rondom de spreekkamer in de ziekenhuizen. Zowel patiënten en medisch specialisten zien hier op relevante momenten de boodschap dat de je de beste beslissingen samen neemt. In oktober onthult minister Schippers het campagnelogo en de slogan, en gaan de eerste ziekenhuizen van start met de nieuwe campagne.



Kennisinstituut in een nieuw jasje

De website van het Kennisinstituut is vernieuwd. Niet alleen sluit de vormgeving beter aan op de huisstijl van de Federatie, bovenal vindt de medisch specialist er duidelijke informatie over de kennisgebieden waarop het Kennisinstituut actief is. Aan de hand van verschillende projecten is te zien wat de aanpak van het Kennisinstituut is en welke resultaten het boekt voor de wetenschappelijke verenigingen. Door de verbeterde navigatie is de website ook gebruiksvriendelijker geworden.

Een kijkje nemen kan op www.kennisinstituut.nl.



VRAAG > Binnen mijn MSB gebruiken wij al enkele jaren naar tevredenheid een verdeelmodel, maar discussies over vergoeding van dienstenbelasting blijven terugkomen. Hoe kan ik dit aanpakken?

Een selectie uit de vele juridische en praktische vragen die de medewerkers van het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) dagelijks beantwoorden. Dit keer: **dienstenbelasting.**

Ook een vraag? Mail naar info@demedischspecialist.nl

ANTWOORD > Voor medisch specialisten in dienstverband is er binnen de AMS een compensatie voor dienstenbelasting in de vorm van een 'inconveniëntenregeling'. Van oudsher is dienstenbelasting (*disutility*) van medisch specialisten vrijberoepsbeoefenaren een lastiger te kwantificeren onderdeel. Er zijn MSB's waar naar tevredenheid afspraken zijn gemaakt over *disutility*. Hieraan hoeft niets te veranderen. Wanneer lokaal echter geen oplossing is gevonden, kan de handreiking worden gebruikt die de Raad Beroepsbelangen

heeft gemaakt met een model voor de verdeling van een vergoeding voor dienstenbelasting, te vinden via www.demedischspecialist.nl. Het model gaat ervan uit dat lokaal aan elke specialisme punten worden toegekend voor de intensiteit en de frequentie van diensten. De puntentoekening kan vervolgens worden gebruikt om een gereserveerd bedrag voor *disutility*, een gealloceerd aantal norm-fte's of een vorm van niet-financiële vergoeding te verdelen over de vakgroepen in het MSB. ●

Gesprekken pensioenaftopping hervat

De gesprekken over de pensioenaftopping met de NVZ zijn deze zomer hervat. Aanleiding was de onrust die ontstond na de landelijke zondagsdienst op dinsdag 21 juni. Lopende acties zijn voornamelijk tot 1 oktober opgeschort. De gesprekken worden geleid door een externe onafhankelijke voorzitter, Hans Borstlap, lid van de Raad van State en voormalig topambtenaar.

An de zondagsdienst hebben 37 ziekenhuizen en 10 revalidatiecentra meegedaan. Uit een enquête die is gehouden onder de plaatselijke actiecomités van de deelnemende instellingen, is gebleken dat er geen kwaliteits-, veiligheids- of continuïteitsrisico's zijn geweest. Ook hebben patiënten geen onevenredige hinder ondervonden van de acties. De Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke vereniging voor Artsen

in Dienstverband (LAD) en de Federatie van Beroepsorganisaties in de Zorg (FBZ) zijn ook in overleg met GGZ Nederland om een oplossing te vinden voor de pensioenaftoppingsproblematiek in de ggz. Net als medisch specialisten werkzaam in algemene ziekenhuizen, lopen medisch



specialisten in de ggz duizenden euro's aan pensioen mis doordat het werkgeversdeel van de pensioenpremie achtergehouden wordt.



Lees de laatste stand van zaken van de gesprekken met de NVZ op www.demedischspecialist.nl/pensioen. Medisch specialisten in de ggz vinden alle informatie op www.demedischspecialist.nl/pensioenggz



Symposium Zorgevaluatie

Vrijdag 28 oktober 2016
van 13.00 – 17.00 uur



Federatie
Medisch
Specialisten

*Dit symposium en het Rapport
Zorgevaluatie worden mede
mogelijk gemaakt door:*



VOOR WIE?

Het symposium is relevant voor medisch specialisten, onderzoekers, wetenschappelijke verenigingen, patiëntenverenigingen, beleidsmedewerkers, zorgverzekeraars, en andere partijen die betrokken zijn bij het onderwerp zorgevaluatie.

Graag verwelkomen wij u op dit symposium!

Wilt u meer weten over:

- best practices en leerpunten voor zorgevaluatie?
- de manier waarop wetenschappelijke verenigingen kennisagenda's opstellen?
- de toepassing van onderzoeksresultaten in de praktijk en de rol van wetenschappelijke verenigingen daarin?

Wilt u meediscussieren over:

- een duurzame onderzoeksinfrastructuur en "shared savings" (herinvestering van opbrengsten van doelmatigheidsonderzoek in nieuw onderzoek en in infrastructuur binnen ziekenhuizen)
- de rol van patiëntenverenigingen bij onderzoek en het prioriteren van onderzoeksvragen?

Meer informatie over programma en de locatie volgt binnenkort.
Hou ook www.demedischspecialist.nl in de gaten!

Chirurg Jaap Hamming maakt zich hard voor Just Culture

‘Niemand maakt moedwillig fouten’

Optimaal werken in een hoogrisico-omgeving gaat beter in een Just Culture. In deze open, veilige cultuur kunnen medisch specialisten en verpleegkundigen werken zonder angst- en afrekencultuur. Meer specialisten zouden zich hiervoor hard moeten maken, vindt Jaap Hamming, chirurg en opleider in het LUMC en fervent voorstander van Just Culture.

Waar gaat het gedachtengoed van Just Culture over?

‘Just Culture is in wezen een simpel concept. Na een calamiteit of incident draai je het klassieke proces compleet om. In plaats van de luiken te sluiten en meteen te focussen op de misser en de schuldige, ga je eerst kijken wie last hebben van wat er is gebeurd: de patiënt, familie van de patiënt en de betrokken medisch specialist en verpleegkundigen. In de *debriefing* gaat het om beschermen, elkaar opvangen en veel praten. Je blijft zolang mogelijk weg van schuld en schaamte. Just Culture draait om elkaar volledig steunen en van elkaar leren. Later in het proces bekijk je wat er precies misging, waar het systeem faalde en pas als laatste naar wie daarvoor verantwoordelijk was. Dan pas klinkt de vraag: wie had ervoor moeten zorgen dat dit niet had kunnen gebeuren? Lag het aan de hoge werkdruk, de overbelasting van het team of was het een persoonlijke inschattingsfout?’

Wie is Jaap Hamming?

Prof. dr. J.F. Hamming (1958) werkt sinds 2004 als chirurg, hoofd van de afdeling vaatchirurgie en opleider heekunde in het LUMC in Leiden. Daarvoor was hij tien jaar chirurg in het St. Elizabeth Ziekenhuis in Tilburg. In 2004 werd Hamming hoogleraar Heekunde met als leeropdracht ‘minimale invasieve vaatchirurgie’. Hamming is voorzitter van het Concilium Chirurgicum en vertegenwoordiger in de chirurgische sectie van de Europese Unie van Medische Specialisten (UEMS). Tot eind 2015 was hij voorzitter van het project Patiëntveiligheid van CanBetter. Deze werkzaamheden zet hij voort als lid van de Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten.

Waarom hecht u zo aan deze aanpak?

‘Al mijn hele carrière vind ik een open cultuur belangrijk. Mijn inspiratie kreeg ik als beginnend chirurg in het St. Elizabethziekenhuis in Tilburg. Daar werkte een sterke groep chirurgen die openheid hoog in het vaandel hadden. Zij waren voor mij een lichtend voorbeeld. Elke ochtend en middag hadden we uitgebreide overdrachten en intensieve patiëntenbesprekingen. Ik merkte dat deze aanpak de veiligheid en kwaliteit van zorg vergrootte. Ook binnen mijn huidige werkplek in het LUMC werk ik daarom aan zo’n cultuur. Niet alleen bij calamiteiten; de algehele sfeer moet er één zijn van respect en steun.’

Just Culture betekent een hele cultuuromslag. Hoe verloopt die?

‘Nog magertjes. Zo’n omslag kost tijd en die is er niet. Toch vindt niemand een veilige omgeving waarin je elkaar steunt, vertrouwt en zaken open met elkaar bespreekt, raar. Maar het principe omarmen is anders dan het invoeren. Dat gebeurt nog veel te weinig. De teneur is nog vaak vingerwijzen bij missers. Terwijl ik zeker weet dat mensen die kiezen voor de zorg, dit doen vanuit de beste intenties. Niemand maakt moedwillig fouten. Just Culture neemt dat als uitgangspunt. Stop binnen je organisatie met de autocratische aanpak en kies voor een open sfeer waarin mensen elkaar steunen en van elkaar leren. Zet bijvoorbeeld een chirurg na een operatie waarbij iemand is overleden niet meteen de volgende dag weer op de OK. Ook al levert dat een gat in het rooster op.’

Toch heeft Just Culture al wel voet aan de grond binnen de medische vervolgopleiding.

‘Zeker, daar kunnen ervaren specialisten nog veel van leren. Toen ik werd gevraagd als voorzitter van het



Chirurg Jaap Hamming:

‘Blijf zolang mogelijk weg van schuld en schaamte’

project Patiëntveiligheid van CanBetter was ik huiverig dat ik vooral bezig zou zijn met prestatie-indicatoren en afvinklijstjes. Dat wilde ik niet. Gelukkig hadden we met de competenties de medische vervolgoopleidingen al een andere richting op gestuurd. De afgelopen vijf jaar hebben aios veel gewerkt met bijvoorbeeld reflecteren, open communiceren, elkaar steunen en 360-gradenevaluaties. Zij weten hoe zij elkaar moeten steunen en hebben een enorme drang om te leren. Ik ben ervan overtuigd dat we compleet andere artsen krijgen en dat deze jonge dokters de gewenste cultuuromslag bespoedigen.’

Hoe kun je Just Culture goed implementeren?

‘Het besef hoe belangrijk dit is, moet nog verder doordringen. Veel te weinig mensen kennen Just Culture. Dat reken ik mezelf aan. Daarom hebben

Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid

Binnen de Federatie is het Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid opgericht om kennis te delen, klinisch leiderschap te ontwikkelen en de ‘medisch specialist patiëntveiligheid’ steviger te positioneren. Voorzitter van dit netwerk is Ralph So, intensivist en medisch manager van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie bij het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht.

‘Patiëntveiligheid is de hoeksteen van kwaliteit in de breedste zin van het woord. Dit netwerk, met inmiddels 171 leden uit 85 zorginstellingen, werkt aan de betrokkenheid van de medische staf bij het positioneren van kwaliteit en veiligheid binnen ieders ziekenhuis. De leden hebben contact met elkaar via een digitaal platform en bij netwerkbijeenkomsten. Daar belichten we thema’s als medicatieveiligheid, handhygiëne, teamsamenwerking, *second victim*, risicomangement, omgaan met media, *patient tracer*-systematiek en leren van calamiteiten. Het netwerk blijkt een mooie aanvulling binnen de Federatie op de bestaande organisatiestructuur rond het thema patiëntveiligheid van wetenschappelijke verenigingen. Tot slot is het een krachtig hulpmiddel bij implementatie van beleid over dit onderwerp op de werkvloer. Net als bij Just Culture ligt ook onze focus op leren in een open sfeer.’

we vanuit CanBetter samenwerking gezocht met het Netwerk Medisch Specialisten Patiëntveiligheid van de Federatie (zie kader, *red.*). We kunnen niet van bestuurders of afdelingsleiders verlangen dat zij dit regelen. Het is aan ons professionals om Just Culture van de grond te krijgen. Wij moeten aangeven dat we niet louter productie willen draaien, maar tijd nodig hebben voor bespreking, reflectie en bijkomtijd – en niet alleen na een calamiteit. Bestuurders en teamleiders kunnen professionals uiteraard wel *empoweren*. Door niet louter naar het systeem maar naar de mens achter de fte te kijken, en te vragen wat hij of zij nodig heeft.’ ●



Iedere medisch specialist met patiëntveiligheid in de portefeuille kan lid worden van het netwerk. Kijk op: www.medischspecialistpatientveiligheid.nl.

Bewijs voor behandeling



Rudolf Poolman, lid van de adviescommissie Zorgevaluatie

Koplopers

Verschillende wetenschappelijke verenigingen, zoals die van de KNO-artsen, de gynaecologen, de klinisch gerieters, de MDL-artsen en de orthopeden, doen al zorgevaluaties. 'Dat zijn de koplopers', zegt Poolman. 'De gynaecologen evalueren al sinds 2003 hun gangbare zorg. Zij hebben ook laten zien dat een eenmalige investering van één euro in zorgevaluatie-onderzoek een jaarlijkse opbrengst geeft van ongeveer drie euro. Je komt er namelijk achter welke behandelingen wel én niet doelmatig zijn. Zorgevaluaties verdienen zichzelf dus ruimschoots terug.'

Bijna de helft van alle medisch-specialistische behandelingen is niet wetenschappelijk getoetst. Zorgevaluaties moeten deze kennislacunes opvullen.

Een inhaalslag, zo noemt Rudolf Poolman, orthopedisch chirurg in het OLVG in Amsterdam en lid van de adviescommissie Zorgevaluatie, het uitvoeren van zorgevaluaties. 'Bijna de helft van onze behandelingen is zonder wetenschappelijke toetsing ooit ingevoerd en vervolgens onderdeel geworden van de klinische behandelpraktijk. Het zijn behandelingen waarvan we weliswaar weten dat ze werken, maar we weten niet hoe goed ze werken. Daarvoor ontbreekt wetenschappelijk bewijs. De zorgevaluaties zijn bedoeld om deze kennislacunes op te vullen en zo de kwaliteit en doelmatigheid van bestaande zorg te toetsen.'

Agenda

In 2014 stelde de Federatie Medisch Specialisten een stuurgroep in om te analyseren hoe de effectiviteit en doelmatigheid van gangbare klinische zorg het beste kan worden onderzocht. In het adviesrapport dat afgelopen mei verscheen, staan aanbevelingen over de inzet van zorgevaluaties in de behandelpraktijk. 'Zo zou de adviescommissie graag zien dat wetenschappelijke verenigingen een zorgevaluatie-agenda opstellen met welke behandelingen ze willen uitpluizen op effectiviteit en doelmatigheid', vertelt Poolman. 'Daarbij kun je denken aan behandelingen die vaak plaatsvinden of veel impact hebben.'

De medisch specialisten voeren de zorgevaluaties uit samen met onder meer huisartsen, patiëntenorganisaties en zorgverzekeraars. 'Dit is een gezamenlijke agenda. We kiezen voor een brede aanpak. Met elkaar stellen we vast waar de voornaamste kennishiaten zitten. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten ondersteunt de wetenschappelijke verenigingen hierbij en begeleidt dit proces.'

Dat is ook het vliegwieleffect van de zorgevaluaties. 'Het geld dat we hiermee besparen, willen we investeren in nieuwe zorgevaluaties, als een *ongoing process*', legt Poolman uit. 'Het is wel belangrijk dat we daarover goede afspraken maken met de zorgverzekeraars. We willen dat de besparingen bijdragen aan *shared savings*: besparingen voor patiënt, ziekenhuis en zorgverzekeraar. Dat is winst voor iedereen.'

Implementatie

Poolman benadrukt dat het zorgevaluatieonderzoek los staat van het innovatieve onderzoek naar nieuwe behandelvormen. 'Dat zijn parallelle processen die allebei even belangrijk zijn.' Wel luidt een aanbeveling in het rapport dat medisch specialisten de uitkomsten van de zorgevaluaties implementeren in de klinische praktijk. Poolman rekent erop dat dat ook zal gebeuren. 'Er doen veel ziekenhuizen mee aan zorgevaluatieonderzoek. Juist daarom zullen ze de uitkomsten snel implementeren. Het is hun eigen werk.' **MvD**

Tijdens het symposium *Zorgevaluatie op vrijdag 28 oktober in Amersfoort* wordt onder andere het rapport *Zorgevaluatie* gepresenteerd. Meer informatie, het programma en de sprekers vindt u op: www.demedischspecialist.nl/symposiumzorgevaluatie.

Dure middelen beschikbaar en betaalbaar houden

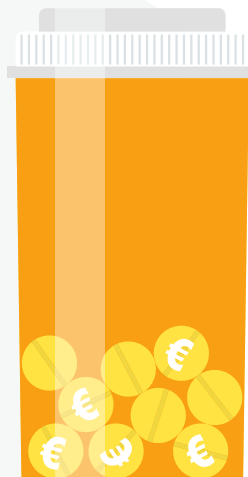
‘Een registratie is nog geen indicatie’

De taakgroep Dure Geneesmiddelen van de Federatie Medisch Specialisten heeft net voor de zomer het visiedocument *Dure geneesmiddelen* gepresenteerd. Drie leden van de taakgroep zetten de voornaamste aanbevelingen op een rij.

‘**H**et DREAM-register van de reumatologen is een aansprekend voorbeeld van een registratie waarmee je de waarde van dure geneesmiddelen in de klinische praktijk kunt beoordelen. De reumatologen hebben ermee aangetoond dat patiënten die langere tijd stabiel zijn, niet continu behandeld hoeven te worden met een duur medicijn. Ze kunnen zo nu en dan een *drug holiday* inlassen, zonder dat dit ten koste gaat van hun kwaliteit van leven. En je spaart tegelijkertijd veel kosten uit.’ Ja, Doranne Hilarius, ziekenhuisapotheker in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk, is vóór de inzet van registraties in de klinische praktijk bij de introductie van een nieuw duur geneesmiddel. Het DREAM-register vormt voor haar een *best practice*.

Het probleem met dure geneesmiddelen is tweeledig, legt ze uit. Ten eerste zijn ze ontzettend duur. ‘Bedragen van een ton per patiënt per jaar of zelfs meer zijn geen uitzondering. Anderzijds weten we heel weinig van deze geneesmiddelen op het moment dat ze geregistreerd worden. Ze zijn meestal slechts bij een beperkte groep patiënten onderzocht. Bovendien zijn de patiënten die aan de trial mee hebben gedaan streng geselecteerd. Het zijn over het algemeen fitte patiënten, zonder comorbide klachten zoals hypertensie, diabetes of slecht-functionerende nieren. In de dagelijkse praktijk zie ik dat soort patiënten zelden. Met registraties kunnen we de effectiviteit én mogelijke bijwerkingen van dat dure geneesmiddel voor een bredere groep patiënten monitoren. Dat levert waardevolle informatie op, die niet uit het registratieonderzoek naar voren komt. Het DREAM-register bewijst dat.’

‘Bedragen van een ton zijn geen uitzondering’



Centrale inkoop

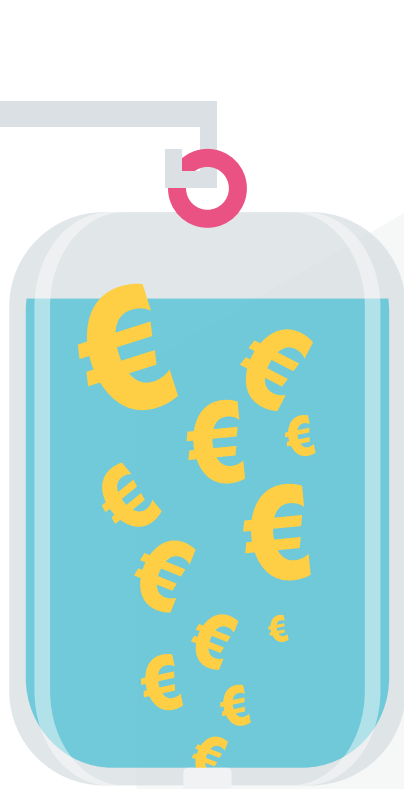
Hilarius maakt, samen met Michel Wouters, chirurg-oncoloog in het NKI-AvL in Amsterdam en voorzitter van de Stichting Oncologische Samenwerking (SONCOS) en Hans Gelderblom, medisch oncoloog in het LUMC in Leiden, deel uit van de taakgroep Dure geneesmiddelen van de Federatie Medisch Specialisten. Eind juni heeft de taakgroep haar visiedocument *Dure geneesmiddelen* gepresenteerd, met daarin een reeks aanbevelingen voor medisch specialisten, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en overheid. Registraties als verplicht onderdeel bij de inkoop van dure geneesmiddelen vormt er één van. Centrale inkoop van deze geneesmiddelen, ►

zoals dat in de Scandinavische landen al langer gebeurt, vormt een andere aanbeveling. Nu vindt de inkoop veelal gescheiden plaats. Ziekenhuisapotheker Hilarius: 'We denken dat je met één gezamenlijke inkoop, liefst in Europees verband, meer korting kunt bedingen. De ervaringen in Scandinavië laten dat zien. Met die korting kun je vervolgens de registraties structureel bekostigen.'

Registraties leiden tot gepast gebruik van dure geneesmiddelen, vult Michel Wouters aan. 'Door continue monitoring kom je erachter welke patiënten er extra van profiteren en welke patiënten er juist onvoldoende baat bij hebben. Medisch specialisten hebben de maatschappelijke verantwoordelijkheid om dure geneesmiddelen zo kosteneffectief mogelijk in te zetten. Het is prachtig als we een duur geneesmiddel met korting kunnen inkopen bij de farmaceut. Maar als we het vervolgens inzetten bij de verkeerde patiënt, zijn we nog steeds duur uit. Investeren in *registries* betaalt zich dus echt terug.'

De verantwoordelijkheid die medisch specialisten voelen, vormt de achtergrond van het visiedocument.

*'We willen
postcodegeneeskunde
voorkomen'*



Wouters: 'We leveren hiermee een bijdrage aan de maatschappelijke discussie over dure geneesmiddelen. Net zoals de KWF-werkgroep Dure Kankergeneesmiddelen dat in 2015 heeft gedaan met haar advies *Het systeem kraakt*. Beide rapporten zijn complementair aan elkaar.'

Postcodegeneeskunde

Het uiteindelijke doel van het visiedocument is dat dure geneesmiddelen beschikbaar blijven voor die patiënten die het echt nodig hebben. Maar op voorwaarde van doelmatige inzet, benadrukt Hilarius. 'Dat betekent – en ook dat zijn aanbevelingen – dat wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen van tevoren goed moeten nadenken over de randvoorwaarden voor een goed gebruik ervan. Beschikt het ziekenhuis over voldoende faciliteiten om patiënten te monitoren op bijwerkingen? Is er voldoende verplegend personeel in huis om deze dure behandelingen te geven?' Daarnaast moeten ziekenhuizen werkafspraken maken over hoe te handelen als een duur geneesmiddel niet in ziekenhuis A mag worden voorgeschreven, reageert Wouters. 'Het is belangrijk dat de patiënt dan wordt verwezen naar ziekenhuis B waar het middel wél gegeven wordt. Patiënten mogen in elk geval niet tussen wal en schip vallen. Zo voorkomen we ook postcodegeneeskunde.'

Toegevoegde waarde

Een andere aanbeveling luidt dat wetenschappelijke verenigingen bij de introductie van een nieuw duur geneesmiddel vaststellen of het middel wel past in het behandelarsenaal. Wouters: 'Wij willen dat wetenschappelijke verenigingen criteria formuleren op basis waarvan ze besluiten of het geneesmiddel een toegevoegde waarde heeft.'

De medisch oncologen werken al langer zo, vertelt Hans Gelderblom. 'Sinds 1999 toetst de commissie ter Beoordeling van Oncologische Middelen (BOM) van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie (NVMO) de klinische waarde van nieuw geregistreerde dure geneesmiddelen. We hebben door de jaren heen heel wat geneesmiddelen afgekeurd die reeds geregistreerd waren voor de Nederlandse markt. Een registratie is tenslotte nog geen indicatie. Een peperduur medicijn dat minder dan drie maanden levenswinst geeft en gepaard gaat met veel nare bijwerkingen, gaan wij niet voorschrijven. Ik heb talrijke slechtnieuwsgesprekken gevoerd met farmaceuten van zo'n nieuw geneesmiddel. Soms is dat pijnlijk, maar het patiëntenbelang staat voorop.'

De commissie BOM heeft haar waarde inmiddels ruimschoots bewezen, vindt Gelderblom. 'We zitten er bovenop. Elke twee maanden komen we bij elkaar en geven dan duiding aan nieuwe dure geneesmiddelen die recent zijn geregistreerd door het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA). Wat vinden we ervan, en wat gaan we er wel of niet mee doen? De

uitspraken van de commissie BOM zijn bindend en worden overgenomen door de NVMO als landelijk beleid.'

Stevig standpunt

Deze werkwijze verdient navolging bij de andere wetenschappelijke verenigingen, stelt Gelderblom. 'We mogen als medisch specialisten best een stevig standpunt innemen. Dat gebeurt nog te weinig. Er komen momenteel veel nieuwe dure geneesmiddelen op de markt, denk aan alle *biologicals*. En er zit nog veel meer in de pijplijn. Het is belangrijk dat we een vinger aan de pols houden en zelf medisch-inhoudelijke afwegingen maken over welke middelen wij van toegevoegde waarde vinden.'

De medisch oncoloog zou het moedig vinden als de zorgverzekeraars vervolgens zouden zeggen: het middel is weliswaar geregistreerd in Nederland, maar de beroepsgroep gaat het niet gebruiken en wij gaan het dus niet vergoeden. 'Dat is een aanbeveling richting zorgverzekeraars in ons visiedocument: gebruik de normen en randvoorwaarden die wetenschappelijke verenigingen opstellen voor de introductie en inzet van innovatieve, dure geneesmiddelen. Ga niet zelf het wiel uitvinden.'

Verder doet het visiedocument uitspraken over de inbreng van medisch specialisten in de ziekenhuis- en landelijke inkoopcommissies van dure geneesmiddelen. 'Medisch specialisten behoren aan tafel te zitten bij de inkooponderhandelingen met de zorgverzekeraars', zegt Gelderblom. 'Deze onderhandelingen worden nu voornamelijk gevoerd door de financiële experts van de ziekenhuizen maar die weten niets van geneesmiddelen. Pas als je weet dat het nieuwe dure middel B dat binnenkort op de markt komt voor dezelfde indicatie is als het bestaande middel A, kun je een inhoudelijke afweging maken en de onderhandelingen goed voeren.'

Draagvlak

De aanbevelingen liggen er, nu is het zaak dat ze opgevolgd gaan worden. Hoe gaat de taakgroep dat doen? Wouters: 'We maken daarom een rondgang langs stakeholders als VWS, het Zorginstituut en de zorgverzekeraars. Het is belangrijk dat zij onze visie kennen. Met dit document laten medisch specialisten zien waar ze staan en wat ze kunnen bijdragen. We willen nu andere partijen duidelijk maken waarom wij denken dat het zo moet en draagvlak krijgen voor onze ideeën. Want we kunnen dit alleen samen doen. Nee, ons werk is nog niet klaar.'



Meer informatie over de toegankelijkheid en bekostiging van dure behandelingen, het visiedocument *Dure geneesmiddelen* en gerelateerde artikelen vindt u op: www.demedischspecialist.nl/onderwerp/dure-geneesmiddelen

Internisten over verbreding en verdieping van hun vak

‘Wij zijn het cement van het ziekenhuis’

Dit najaar viert de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) haar 85-jarig bestaan. Is er door alle subspecialisaties binnen de interne geneeskunde nog wel sprake van één internistenvereniging? Twee actieve en betrokken internisten geven hun visie.

Hoe kijken jullie aan tegen de ontwikkeling van het vak als internist?

Stephanie Klein Nagelvoort, internist-acute geneeskunde in het Erasmus MC in Rotterdam, opleider interne geneeskunde, afdelingshoofd van de SEH en vicevoorzitter van het stafconvent: ‘De afgelopen twee decennia heeft de medische technologie de ontwikkeling van ons vak grotendeels bepaald. Als internist kijk je kritisch naar wat er technologisch allemaal mogelijk is, wat gewenst is en wat evidence based is. Tegelijkertijd speelt ook het kostenaspect, dat de keuze van behandeling mede bepaalt. Daarbij heeft het vak zich verder ontwikkeld doordat veel internisten zich hebben gespecialiseerd. Denk bijvoorbeeld aan nefrologen, endocrinologen, MDL-artsen, intensivisten of hematologen. Zij zijn nodig in deze tijd van zeer complexe zorg en ziektebeelden en bedienen uitstekend hun specifieke doelgroep. Toch blijft de brede aanpak en blik van de internist noodzakelijk en van grote waarde. Internisten worden wel de ‘bollebozen’ van het ziekenhuis genoemd, vanwege hun kennis en kunde. Dat imago moeten we koesteren.’

‘Onze verbindende rol moeten we benutten, binnen én buiten het ziekenhuis’

Hebben al die subspecialisaties het vak van de internist niet uitgehold?

Sophia de Rooij, internist-ouderengeneeskunde, voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en hoofd van het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde (UCO) van het UMCG: ‘Van uitholling is absoluut geen sprake. Veel internisten hebben zich gespecialiseerd maar gelukkig ook hun brede blik behouden. Ik zou eerder willen zeggen dat ons vak is verbreed én verdiept en dat komt de patiëntenzorg alleen maar ten goede. Daarbij is het van belang naast superspecialisten die alle fitnesses van de bijnier, schildklier of alvleesklier kennen, ook generalisten in huis te hebben. Het spanningsveld dat is ontstaan tussen subspecialisten en generalisten zie je bij meer medisch specialismen. Vanuit de interne geneeskunde vinden we dat een moderne organisatie beide groepen in huis moet hebben. Je moet kunnen differentiëren en die taakverdeling ook bespreken met elkaar. Wie doet wat bij welke patiënt? Sommige specialisten zullen wellicht bepaalde taken niet meer verrichten omdat ze te gespecialiseerd zijn. Een nefroloog zal in een universitair of groot ziekenhuis wellicht eerder achterwacht zijn voor nefrologische patiënten en niet direct een acute SEH-dienst draaien. Of dat erg is? Ik vind van niet. Zolang maar helder is dat we allemaal internist blijven.’

Op welke manier willen jullie het vak profileren?

De Rooij: ‘Binnen de internistenvereniging hebben we onze leden een spiegel voorgehouden en met elkaar besproken hoe we ons vak willen uitdragen. Ons strategisch jaarplan bevat meerdere ambities. Een daarvan is de coördinerende rol voor de patiënt met multimorbiditeit. De multimorbide, veelal oudere, patiënt bezoekt vaak naast de cardioloog, MDL-arts en



‘Het imago van bollebozen dienen we te koesteren’

Sophia de Rooij, internist-ouderengeneeskunde en hoofd van het Universitair Centrum Ouderengeneeskunde van het UMCG

longarts ook de internist. Wij willen graag meedenken over hoe we de zorg voor die (zeer) oude patiënt zo goed mogelijk kunnen organiseren in het ziekenhuis en daarbuiten. In goede afstemming met huisartsen en andere specialisten. De NIV heeft daarom net de kerngroep Ouderengeneeskunde opgericht. Die gaat kijken hoe de zorg *senior proof* en *senior friendly* te maken.’

Op welke manier trekken internisten hierin op met andere specialisten?

Klein Nagelvoort: ‘Niet alleen de zorg voor de oudere patiënt maar bijzonder veel ontwikkelingen in de medische wereld zijn vakoverstijgend. Kijk naar *shared decision making* of de genoemde multimorbide patiënten. Dat raakt alle specialisten en betekent dat we juist in het ziekenhuis de verbinding moeten aangaan. Samenwerken brengt lol in ons vak. Ik vind dat internisten hierin een leidende rol spelen. Wij hebben veel raakvlakken met andere specialisten en zijn als het ware de hoeksteen van de patiëntenzorg. Vanuit dat uitgangspunt bespreek je patiënten met diverse andere specialisten. Die rol moeten we goed blijven invullen.’

De Rooij: ‘Vergeet niet dat wij aan veel besprekingen deelnemen, variërend van ethische

commissies tot laboratoriumcommissies en van formulariumcommissies tot opleidingscommissies. Juist omdat we in alle haarvaten van de organisatie zitten en ook nog eens behoorlijke organisatiekracht bezitten, kun je wellicht beter zeggen dat we het cement van het ziekenhuis zijn. Die verbindende rol moeten we binnen én buiten het ziekenhuis benutten.’

Wat is de rol van de NIV in dit krachtenveld?

De Rooij: ‘De NIV heeft een strategisch jaarplan opgesteld. Daarin stellen we bijvoorbeeld vast hoe je bij patiënten met meerdere aandoeningen de zorg zo goed mogelijk kunt regelen, hoe we *e-health* willen toepassen of de eenvoudige echografie in het lichamelijk onderzoek een plek gaan geven. Dat betekent dat we elkaar binnen de NIV moeten blijven vinden; ook verschillende deelspecialistische verenigingen met wie we op het gebied van kwaliteit al nauw samenwerken. Al deze ambities worden op onze jaarlijkse strategiedag voorzien van een plan van aanpak waarin staat hoe we het willen uitvoeren. De kersverse kerngroep Ouderengeneeskunde is een mooie uitwerking van zo’n ambitie. Maar ook hoe wij aanspreekpunt kunnen zijn voor de zorgcoördinatie rondom de oudere patiënt die zich op de SEH meldt met een ongedifferentieerde zorgvraag.’ ▶

Klein Nagelvoort: 'Ik merk als individueel lid dat de NIV een belangrijke rol speelt in het bij elkaar brengen en houden van deze groep zeer diverse internisten. Het zou jammer zijn als door alle subspecialisaties clubjes internisten zich zouden afscheiden; bundeling van kracht is juist van belang. Op dit moment zie je in de NIV een stevige oudere garde met veel kennis en expertise en een club jonge honden met een naïviteit die zorgt voor een *out of the box* aanpak. Dat is een goede mix voor de toekomst.'

Op welke manier speelt de Federatie hierin een rol?

De Rooij: 'De Federatie helpt ons om toekomstgericht te denken, juist over het generalistische én superspecialistische werken. Hoe kunnen we ons nog beter verbinden met andere specialisten en beroepsgroepen, zoals huisartsen, ziekenhuisartsen en *physician assistants*?' Via de Federatie komen we in contact met collega's om over vakoverstijgende zaken te praten, bijvoorbeeld dure geneesmiddelen, dataregistraties en samenwerking met patiëntenverenigingen zoals bij Samen Beslissen. We leren van elkaar en dat helpt om één grote club te zijn – niet alleen van 3.300 internisten onder elkaar – maar van alle 21.000 medisch specialisten die steeds meer over hun eigen muur heen kijken.'

Wat vragen al deze ontwikkelingen van de internisten die nu opgeleid worden?

Klein Nagelvoort: 'De huidige artsen in opleiding tot internist leren uiteraard nog altijd alle noodzakelijke medisch-inhoudelijke zaken. Daarnaast is er veel ruimte voor andere talenten zoals organisatie- en managementkwaliteiten of bestuurlijke ambities. Ik kijk als opleider naar het inzetten en verfijnen van die competenties omdat ik weet dat die in de toekomst steeds belangrijker worden. Ik geloof heilig in een omgeving waarin *life long learning* de toon zet. Dat geldt ook voor de huidige internisten. Ons vak is voortdurend in beweging. Het zal vast nog verder verschuiven van de acute zorg naar de breedte, naar meer chronische patiënten, naar inzet in de anderhalvelijnszorg. We weten het niet exact, maar daarom is een houding van willen leren en blijven ontwikkelen uiterst belangrijk.' ●

 Ter gelegenheid van het 85-jarig bestaan van de NIV is een jubileumboek verschenen. In *Op lelievoeten* zijn bijzondere verhalen over de geschiedenis van de NIV en portretten van markante internistopleiders te lezen. Het boek is te downloaden via www.internisten.nl > Vereniging > Publicaties > Lustrumboekje NIV 85 jaar 'op lelievoeten'



Stephanie Klein Nagelvoort, internist-acute geneeskunde in het Erasmus MC in Rotterdam



Even doorprikken

Als je het trommelvlies doorprikkt bij een middenoorontsteking, versnel je het genezingsproces en neemt de pijn af. Daarom kwamen er vroeger jaarlijks ruim 150.000 kinderen naar het ziekenhuis om hun oren te laten doorprikken. Totdat kno-arts Van Buchem in 1981 aantoonde dat pijnstilling een vergelijkbaar resultaat heeft. Binnen een paar jaar was het aantal kinderen dat het trommelvlies laat doorprikken gereduceerd tot nul.

Het is een exemplarisch voorbeeld van het belang van wetenschappelijk onderzoek. Wil je de kwaliteit van zorg verbeteren, dan is het zaak om continu te blijven onderzoeken en innoveren. Dat is alleen mogelijk als er een vruchtbare wisselwerking is tussen wetenschappelijk onderzoek en de klinische praktijk. De medisch specialist heeft daarin een sleutelpositie. Hij of zij kan klinische vragen vertalen naar wetenschappelijk onderzoek én de resultaten daarvan weer inzetten voor de patiënt: een cyclus die leidt tot steeds betere zorg.

Toch is de praktijk weerbarstig, zo merkte ik toen ik zelf in aanraking kwam met *evidence based medicine*. Allerlei obstakels staan goed onderzoek en innovatie in de weg. Door een versnipperd wetenschapsveld is er onvoldoende samenwerking en bestaat er geen duidelijk overzicht van alle lopende onderzoeken en resultaten. Ook worden er nauwelijks onderzoeksdata gedeeld, terwijl het koppelen van data juist tot revolutionaire nieuwe inzichten kan leiden. Denk bijvoorbeeld aan *personalised medicine*: door gebruik van patiëntgegevens zoals DNA, kunnen we het effect van een behandeling veel beter voorspellen en daadwerkelijk zorg op maat bieden. Maar dan moeten we wel toegang hebben tot de benodigde data. Zover zijn we helaas nog niet.

Kortom, er is werk aan de winkel! Als voorzitter van de Raad Wetenschap en Innovatie maak ik me hard voor een beter functionerend wetenschappelijk klimaat, met een duidelijke positie voor de medisch specialist. Wij kunnen de wetenschap en daarmee de zorg vernieuwen en naar een hoger niveau tillen. Er valt nog zoveel te ontdekken en door te prikken!

Peter Paul van Benthem, kno-arts, sinds 1 juli voorzitter van de Raad Wetenschap & Innovatie en bestuurslid van de Federatie Medisch Specialisten

DE
STELLING

‘Een burn-out voorkomen is je eigen verantwoordelijkheid’

Burn-outklachten treden op bij een op de acht medisch specialisten. Coassistenten en aios hebben deze klachten zelfs nog vaker. Is het mogelijk zelf een burn-out te voorkomen?



Gerda Zeeman, gynaecoloog in Ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen en coach:

‘Ik denk zeker dat je een burn-out kunt voorkomen. Ik geloof überhaupt in het heft in eigen hand nemen in het leven. Ook al is een baan stressvol en werken medisch specialisten op het scherpst van de snede, iedereen kan een moment van ontspanning regelen. Zoals een gesprek met een vriendin of een lange boswandeling. Wanneer mensen burn-outklachten ontwikkelen, krijgen ze vaak al eerder signalen uit hun omgeving. Neem die serieus. Luister naar de mensen om je heen en sla adviezen niet in de wind. Wees je ook bewust van wat een medisch incident professioneel en persoonlijk met je kan doen.

Ben je prikkelbaar, emotioneel labieler, gejaagd, pieker je vaak en heb je minder focus? Dan moet er een belletje gaan rinkelen en is het tijd voor actie. Geen weekje ertussenuit, maar structureel oplaadmomenten inbouwen. Verder veroorzaken perfectionistische eigenschappen vaak stress. Laat de teugels wat vieren. Plan niet je sociale agenda propvol, sla een familiedag af en ga een dagje lummelen met je kinderen. Heb het lef om op een andere manier te leren werken. Het voorkomen van een burn-out heeft niet te maken met compleet het roer omgooien, maar met het aanpassen van kleine dingen. Daardoor wordt de spanningsboog verlicht.’



Jacqueline Pieters, gynaecoloog en adjunct-directeur van Medisch Centrum Kinderwens in Leiderdorp:

‘Niet alles in je leven is beïnvloedbaar. Een agressieve patiënt of onverwacht letsel kan zo ingrijpend zijn dat je niet kunt inschatten wat zo’n incident met je doet. Zeker voor een coassistent of aios die nog onervaren is en voor wie alles nieuw en spannend is. Een onverwachte complicatie bij een patiënt kan dan veel stress geven. Ik vind dat de verantwoordelijkheid voor het voorkomen van burn-outklachten ook bij collega’s ligt. Zij herkennen signalen mogelijk sneller en kunnen een gespannen collega daarop aanspreken. Vooral na een incident of vervelende gebeurtenis is het goed om in gesprek te gaan. Vraag ernaar en stel je niet verwijtend op, maar ondersteun elkaar. En trek tijdig aan de bel, wacht niet tot iemand uitvalt. Bij de NVOG zijn we gestart met de commissie Collegiale Ondersteuning, waar gynaecologen een luisterend oor vinden voor hun verhaal. Juist als je iets liever niet bespreekt met directe collega’s, kun je een beroep doen op een gynaecoloog die hierin speciaal getraind is. Overigens kun je wel zelf invloed uitoefenen op timemanagement en de balans tussen werk en privé. Wanneer je dat niet op orde hebt en het werk lijdt eronder, mag je gerust erop aangesproken worden om dat te veranderen.’

In *De dokter onder vuur*, een nieuwe documentaire van Frans Bromet, vertellen zeven medisch specialisten openlijk over de persoonlijke impact en gevolgen van een medisch incident. De Federatie hield in samenwerking met de documentairemakers vooraf een enquête hierover, waar 1.700 medisch specialisten op hebben gereageerd. De uitzending is dit najaar te zien bij de KRO/NRCV.

Financiering curatieve zorg

Elke euro telt

Circa 21,5 miljard, dat is het bedrag dat jaarlijks wordt uitgetrokken voor zorg van ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Hoe komt dit bedrag tot stand? Wie onderhandelt met welke partij, en wie betaalt wat? En waarom is meepraten zo belangrijk? Feiten en cijfers op een rij over de financiering van de medisch-specialistische zorg.

Financiering van zorg

In veertig jaar tijd is de financiering van zorg al een aantal keren stevig op de schop gegaan om het bekostigingssysteem te vereenvoudigen, de zorgkosten te beheersen en de kwaliteit te blijven verbeteren. Vóór 1979 was er sprake van een 'open einde'-financiering, een aanbodgestuurde regeling zonder budgettair plafond. Langzaam is het paradigma verschoven naar meer vraaggestuurde zorg. Zo deed eerst de budgetfinanciering (1983) haar intrede, daarna de functiegerichte budgettering (1988) en in 2000 kwam het 'boter bij de vis'-principe waarmee extra geld beschikbaar was voor extra zorg aan patiënten, mits goed onderbouwd. In 2006 was het tijd voor een grote omslag: een heel nieuw stelsel met het doel geregleerde marktwerking in de zorg te bewerkstelligen.

De nieuwe Zorgverzekeringswet (Zvw) betekende het einde van het ziekenfonds, de komst van de verplichte basisverzekering en de intrede van de DBC-systematiek. In 2015 volgde opnieuw een forse wijziging: de invoering van de integrale tarieven.

Gereguleerde marktwerking

Zowel patiënten, artsen als beleidsmakers verlangen nog weleens terug naar die 'goede oude tijd' van het ziekenfonds. Toch waren er belangrijke redenen om daar afscheid van te nemen, zoals de zeer snel stijgende zorgkosten en de relatief lange wachtlijsten. Er werd gekozen voor geregleerde marktwerking, waarbij de overheid toezicht houdt op de balans tussen vraag en aanbod in de verschillende zorgsectoren, en er ruimte is voor concurrentie, verschil in zorgaanbod en verschillen in de prijzen van behandelingen. De in 2006 opgerichte Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ziet als 'marktmeester' toe op de uitvoering van de Zorgverzekeringswet, terwijl de Autoriteit Consument & Markt let op gezonde concurrentieverhoudingen.

Een groot voordeel van 'marktwerking' in de zorg moet zijn dat er kostenbewustzijn ontstaat bij patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Dit zou ervoor moeten zorgen dat er meer op de kosten wordt gelet en er meer wordt ingezet op zaken als preventie en efficiëntie van de zorgverlening en zorginkoop. ►

Wie onderhandelt met wie?

Onder curatieve zorg verstaan we alle zorg die onder de Zorgverzekeringswet valt: medisch-specialistische zorg, maar ook fysiotherapie, tandheelkunde en huisarts-geneeskunde en een belangrijk deel van de geestelijke gezondheidszorg. De hoofdrolspelers in de curatieve zorg zijn patiënt, arts, overheid, apotheek, ziekenhuis, en zorgverzekeraar.

Elke partij heeft rechten en plichten vanuit de wetgevende kaders. Zo staan in de Wet op de Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO) de aanspraak beschreven die patiënten maken op geneeskundige zorg en de *zorgplicht* van artsen. In de Zorgverzekeringswet zijn de verplichtingen van zorgverzekeraars benoemd, zoals de *acceptatieplicht* voor het afgeven van een basisverzekering en de *zorgplicht* om voldoende zorg in te kopen. Tot slot beschrijft de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG) de regels inzake *marktordening*, *doelmatigheid* en *beheerste kostenontwikkeling*.

En waarover?

Vooral over de 'beheerste kostenontwikkeling' oftewel: het geld. De ambitie van de overheid is goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen. Maar de zorgkosten rezen het afgelopen decennium de pan uit door technologische vooruitgang, de groei van het aantal patiënten, prijsstijgingen en de vergrijzing. Daardoor stegen ook de zorgpremies aanmerkelijk. De rem moest op de kosten, terwijl artsen zich tegelijkertijd hard maakten voor het verbeteren van kwaliteit, vernieuwing en de volksgezondheid.

In 2013 sloot minister Schippers van VWS een zorgakkoord over de medisch-specialistische zorg met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), patiëntenfederatie NPCF, de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). De afspraken daaruit komen erop neer dat het groeipercentage van de zorguitgaven tot 2017 wordt teruggebracht tot één procent per jaar, met extra druk op de kosten van geneesmiddelen en door de invoering van de integrale bekostiging.

DBC's, DOT en prestaties

Sinds 2005 declareren ziekenhuizen niet meer per verrichting maar per diagnose behandelcombinatie (DBC). Een DBC staat voor de complete behandeling van een patiënt: een (gemiddelde) optelsom van zorgactiviteiten en verrichtingen. Voor alle diagnostiek, behandelingen, operaties en opnames die de patiënt per diagnose ondergaat, wordt één DBC gedeclareerd. Het ziekenhuis onderhandelt met de zorgverzekeraar over de volumes en het tarief per DBC. Dit past binnen het systeem van prestatiebekostiging waarin ziekenhuis en zorgverzekeraar afspraken maken over de zorg voor patiënten.

Maar in 2008 bestonden er meer dan 30.000 DBC's. Die enorme hoeveelheid bemoeilijkte de onderhandelingen met verzekeraars en het maakte de systematiek gevoelig voor fouten. Daarom worden sinds 2012 declareerbare prestaties uitgedrukt in DOT-zorgproducten. Transparantie en medische herkenbaarheid zijn belangrijke uitgangspunten bij het opstellen hiervan, waarvoor de beroepsgroep verantwoordelijk is. De 30.000 DBC's zijn met deze DOT-methodiek teruggebracht naar 4.400 DOT-zorgproducten.

Vaste en vrije segmenten

Voor 30 procent van de 4.400 DOT-zorgproducten stelt de NZa een maximumtarief vast, voor 70 procent geldt een vrij tarief. Het gereguleerd segment geldt voor bijvoorbeeld bijzondere zorg (WBMV) en de kindergeneeskunde. Hiervoor bepaalt de NZa maximumtarieven. In het vrije segment onderhandelen zorgverzekeraars en zorgaanbieders zonder beperkingen over kwaliteit, prijs en volume. Tot slot is er het vaste segment waarin een beschikbaarheidsbijdrage wordt gegeven omdat deze zorg (deels) niet geschikt is om per prestatie te bekostigen, zoals de inzet van de traumahelikopter. Deze 'zorgprestaties' zijn niet aan een DBC gekoppeld.

De zorgeuro

Het bedrag voor het makro kader medisch-specialistische zorg wordt voor 90 procent opgebracht uit de ziektekostenpremies, het eigen risico en belastingen, en voor 10 procent uit de begroting van VWS. Met het budgettaire kader kunnen zorgverzekeraars en zorgaanbieders het proces voor de zorginkoop starten; zorgverzekeraars kopen hun zorg vooraf in via contracten met onder andere ziekenhuizen. Ziekenhuizen declareren vervolgens voor de geleverde zorg overeengekomen tarieven aan de verzekeraar. De zorgverzekeraar controleert de facturen en gaat over tot betaling.

Wordt het makro kader medisch-specialistische zorg overschreden, dan kan de overheid ingrijpen door zorgaanbieders achteraf kortingen op te leggen. Binnen de medisch-specialistische zorg is het *macrobeheersinstrument* (MBI) hiervoor vastgesteld.

Een korting opleggen is echter een laatste redmiddel, want het staat natuurlijk haaks op de filosofie van marktwerking.

In de afgelopen jaren is het MBI dan ook niet ingezet, hoewel de VWS-begroting meestal overschreden werd.

Positieve noot: mede dankzij de inzet van medisch specialisten neemt de kostenstijging de laatste jaren af.

Noem 'es een bedrag

De media strooien graag met cijfers. Zo zou de Nederlandse zorg tot de duurste ter wereld behoren, besteden we er 14 procent van ons bruto binnenlands product aan en betaalt een modaal gezin aan zorg ongeveer een kwart van het inkomen (11.500 euro op jaarbasis). Die cijfers kloppen wel, maar met een belangrijke kanttekening: het gaat dan om de uitgaven voor curatieve en langdurige zorg tezamen. In werkelijkheid is de curatieve zorg niet bijzonder duur - we zitten rond het gemiddelde van de OESO. Daarbij wordt de bereikbaarheid en kwaliteit van zorg in Nederland als uitstekend beoordeeld.

In het Budgettair Kader Zorg (BKZ) legt de overheid het beschikbare bedrag vast voor alle zorg. Voor 2016 zijn die bedragen voor de curatieve zorg 45,9 miljard en voor de langdurige zorg 19,9 miljard euro. Om die bedragen nog concreter in te kleuren: ongeveer de helft van het bruto BKZ voor curatieve zorg (23,1 miljard) geldt als makro kader voor instellingen binnen de medisch-specialistische zorg. De andere helft is voor eerstelijnszorg (5,3 miljard), geneeskundige ggz (3,8 miljard), wijkverpleging (3,3 miljard), ziekenvervoer (0,7 miljard) en genees- en hulpmiddelen (6,2 miljard). En om ook dit laatste cijfer wat concreter te maken: in 2014 gaven we aan intramurale farmaceutische middelen 1,73 miljard euro uit, waarvan maar liefst 1,33 miljard euro aan innovatieve (dure) geneesmiddelen. ▶

Andere positie

De positie van vrijgevestigde medisch specialisten verandert ingrijpend door de integrale bekostiging: zij verliezen hun zelfstandig declaratierecht en moeten voortaan met het ziekenhuis onderhandelen over hun honorarium en de tussen hen geldende voorwaarden.

Daarnaast moeten specialisten en bestuurders samen onderhandelen over de prijs die zij vragen per aandoening. Ziekenhuizen willen daarbij wel invloed houden op de wijze waarop de medisch specialist zijn beroep uitoefent, gelet op de verantwoordelijkheid en aansprakelijkheid van het ziekenhuis tegenover de patiënt en de contractuele afspraken met de zorgverzekeraars.

Met al deze verschuivingen groeit de zakelijke verantwoordelijkheid van de vrijgevestigde specialisten, evenals het belang van onderhandelen en samenwerken met de raad van bestuur van het ziekenhuis. Met deze veranderde belangen maken de maatschappen plaats voor het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB). Andere ziekenhuizen kiezen om een deel of alle medisch specialisten in loondienst te nemen. Tegelijkertijd zijn er naast MSB's in veel ziekenhuizen ook VMSD's opgericht: verenigingen voor medisch specialisten in dienstverband.

Afspraak is afspraak

Het speelveld van de financiering van de curatieve zorg is complex. Medisch specialisten hebben binnen dit ingewikkelde systeem een sleutelrol. Zij zijn verantwoordelijk voor het leveren van goede zorg, moeten de geleverde zorg registreren en voelen zich verantwoordelijk om samen met het ziekenhuis op de kosten te letten, zonder aan kwaliteit in te boeten.

Die rol goed vervullen is niet altijd even gemakkelijk: belangen botsen af en toe, de kwaliteit staat soms onder druk en andere partijen willen nog weleens op de stoel van de medisch specialist gaan zitten. Ook leidt de complexiteit van het systeem onder meer tot regeldruk en registratielast. Toch lukt het medisch specialisten tot nu toe om de afspraken uit het zorgakkoord na te komen. Het huidige akkoord loopt in 2017 af. Naar verwachting komt er dan een nieuw zorgakkoord.

Alles-in-één tarief

Sinds januari 2015 betalen zorgverzekeraars en patiënten behandelingen in de medisch-specialistische zorg volgens één integraal tarief. Dat betekent dat het ziekenhuis alle behandelkosten declareert bij de verzekeraar en/of de patiënt en de volledige vergoeding hiervoor ontvangt. Met de invoering van deze integrale bekostiging wordt niet langer onderscheid gemaakt tussen het instellingsdeel en het honorariumdeel van de zorgproducten. Het doel: minder complexe nota's en meer gelijkgerichtheid van ziekenhuis en specialisten om samen de beste zorg te willen leveren. ●



Meer weten over de financiering van curatieve zorg?
Bekijk de animatie op www.demedischspecialist.nl.

De ongewenste gevolgen van de afschaffing van de AWBZ

Zorg voor oudere patiënt onder druk

De ingrijpende stelselherziening in de langdurige zorg heeft nadelige gevolgen voor de zorg aan kwetsbare ouderen. Hoe pakt dit politieke besluit uit in de praktijk van de spreekkamer? 'Het is voor de betrokken medisch specialisten vaak per individueel geval zoeken naar een oplossing.'

'De zorg voor kwetsbare oudere patiënten staat onder grote druk', zegt Hanna Willems, klinisch geriater in het AMC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG). 'Ten eerste neemt het aantal ouderen toe. Daarnaast wonen ouderen veel langer thuis. Op zich is dat een gewenste ontwikkeling, die voor kwetsbare ouderen echter zeer negatief kan uitpakken. Want als het misgaat, bijvoorbeeld door een val, is de spoedeisende hulp van het ziekenhuis het enige loket dat 24/7 open is. Na onderzoek en behandeling op de SEH blijkt vaak dat er geen aanleiding is om de oudere op te nemen, maar kan deze ook niet naar huis.'

Wal en schip

Willems schetst een voorbeeld van hoe de oudere patiënt vervolgens tussen wal en schip valt: 'Een polsfractuur is geen indicatie voor een ziekenhuisopname, maar maakt het zelfstandig wonen wel – tijdelijk – onmogelijk voor iemand die niet zonder rollator kan lopen. Daar moeten oplossingen voor komen, zoals dat verpleeghuizen vaker en gemakkelijker buiten kantooruren opnames accepteren. Ten slotte staat de zorg voor de oudere kwetsbare patiënt onder druk door de ingrijpende veranderingen in de financiering van verpleeghuisbedden. Wat vroeger allemaal AWBZ was, valt nu onder drie verschillende regelingen. Dat leidt soms tot verwarring en problemen. In de afgelopen anderhalf jaar zijn daardoor regelmatig – en onnodig – dingen misgegaan.'

De toegenomen druk op de SEH levert problemen op voor alle poortspecialismen, zoals interne geneeskunde, chirurgie, neurologie, KNO-heelkunde, oogheelkunde en cardiologie. Voor de klinisch geriater en internist ►



Hanna Willems, klinisch geriater

'Ik ga natuurlijk niet frauderen, maar de druk wordt soms hoog opgevoerd'

‘Wat vroeger allemaal AWBZ was, valt nu onder drie verschillende regelingen’



ouderengeneeskunde, die verantwoordelijk zijn voor eventuele plaatsing in een verpleeghuis, levert het nieuwe stelsel bovendien regelmatig problemen op bij alle niet-electief opgenomen patiënten. Aan de hand van een denkbeeldige patiënt met de ziekte van Parkinson die met een longontsteking in het ziekenhuis belandt, schetst Willems de dilemma's waar de medisch specialist voor kan komen te staan.

Hoge druk

In het eerste scenario kan de patiënt na een periode van herstel en revalidatie weer naar huis. Willems: 'Ouderen verzwakken vaak in het ziekenhuis. Als de antibiotica aanslaan, moet de patiënt eerst nog aansterken en heeft hij bijvoorbeeld fysiotherapie nodig en begeleiding door de logopedist vanwege zijn slikklachten.' In die situatie loopt het systeem soepel. 'Deze meneer past prima in de indicatie voor geriatrische revalidatiezorg in een verpleeghuis. Dat is beter voor hem, want wij kunnen in het ziekenhuis niet de gerichte zorg

bieden die deze patiënt nodig heeft. Wij houden onze opnameduur kort: daardoor wordt verzwakken in het ziekenhuis beperkt en kan de revalidatie snel beginnen. Omdat de patiënt na revalidatie naar huis gaat, is het verpleeghuis blij met zo'n patiënt. Daardoor lukt het bijna altijd om binnen zeer korte tijd dit soort patiënten uit te plaatsen.'

Het wordt anders wanneer dezelfde patiënt na ontslag slechts fysiotherapie nodig heeft en toch niet naar huis kan, bijvoorbeeld omdat hij geen partner heeft. Willems: 'Indien een patiënt maar één paramedisch specialisme nodig heeft, heet dat eendimensionale zorg. Deze patiëntengroep komt niet in aanmerking voor geriatrische revalidatiezorg in een verpleeghuis, maar wel voor een eerstelijnsverblijf in het verpleeghuis. Daarvoor geldt een goedkoper tarief, maar zijn veel minder bedden beschikbaar. Zeker in 2015, toen de zorgkantoren onvoldoende eerstelijnszorg hadden ingekocht. Voor een eerstelijnsverblijf geldt bovendien



een eigen bijdrage van 400 tot 600 euro per maand. De patiënt en de familie hebben dus liever dat de klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde een reden verzint om er toch geriatrische revalidatiezorg in een verpleeghuis van te maken. Ik ga natuurlijk niet frauderen, maar de druk wordt soms hoog opgevoerd.'

Hokjes

Er bestaat nog een derde scenario. Als de patiënt al voor opname cognitief verslechterde en door de ziekenhuisopname verder achteruitgaat, zit terugkeer naar huis er eigenlijk niet meer in. De klinisch geriater constateert dan na onderzoek dat er hoogstwaarschijnlijk sprake is van een dementieel syndroom naast de ziekte van Parkinson. Er volgt dan een definitieve plaatsing in het verpleeghuis, waarbij de financiering onder de Wet langdurige zorg (Wlz) valt. Voor de klinisch geriater die moet tekenen voor de diagnose bij ontslag, betekent dit een zware verantwoordelijkheid. Willems: 'Naar een

Wat is er veranderd?

De zorg voor kwetsbare ouderen is sinds 1 januari 2015 ingrijpend veranderd. Het gaat dan met name om twee wijzigingen in de organisatie en financiering van de zorg:

- **Afschaffing AWBZ:** veel van wat vroeger uit deze volksverzekering vergoed werd, moet nu door de zorgverzekeraars worden ingekocht. Zoals uit dit artikel blijkt, leidt deze overgang nog steeds soms tot lastige dilemma's voor medisch specialisten en onnodige misverstanden.
- **Decentralisatie:** een groot deel van de voorzieningen en zorg die vroeger door het Rijk werden gefinancierd, valt nu (gelijktijdig met een forse bezuiniging) onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Dat leidt soms tot diffuus beleid omdat gemeenten allemaal zelf het wiel gaan uitvinden. Daardoor gaat in veel gemeenten waardevolle expertise verloren, zoals de afschaffing van casemanagers dementie.

Wlz-plaats mag ik alleen uitplaatsen als ik een definitieve diagnose kan geven. Maar dat is niet altijd eenvoudig bij een patiënt die je maar kort kent en die net een ziekenhuisopname met hoge koorts achter de rug heeft.'

Volgens de richtlijnen van de beroepsgroep mag de klinisch geriater de diagnose dementie alleen maar stellen wanneer de patiënt op zijn best is. Willems: 'Soms is het heel duidelijk, maar het is me in die acht jaar dat ik dit vak uitoefen toch een keer overkomen dat iemand naar me toekwam en zei: u heeft bij mij ten onrechte de diagnose dementie gesteld. En omdat zij mij herkende, wist ik zeker dat zij gelijk had. Ik zou dus liever een voorlopige diagnose stellen, met de mogelijkheid deze later te herzien. Maar die optie heb ik niet. Want óf ik plaats iemand uit voor geriatrische revalidatiezorg in een verpleeghuis of eerstelijns verblijf, waarbij ik min of meer zeker moet weten dat de patiënt uiteindelijk weer terug kan naar zijn eigen huis, óf ik moet een definitieve diagnose stellen waarmee de patiënt in aanmerking komt voor een Wlz-plaats. Op het oog lijkt het allemaal logisch, maar niet iedereen past in die hokjes.'

Hanna Willems kijkt dan ook met gemengde gevoelens naar de ingrijpende stelselwijzigingen. 'Er is in het afgelopen jaar wel veel verbeterd, onder andere op het gebied van het aantal eerstelijnsbedden. En ik begrijp de politieke redenen voor de stelselherziening best. Maar ik vind dat men het allemaal wel wat beter had kunnen regelen en communiceren. Nu moeten we het gaandeweg oplossen. Daarvan is de kwetsbare patiënt de dupe.' ●

Conform het principe van hoor en wederhoor is dit artikel toegestuurd aan het ministerie van VWS. Het ministerie was niet bereid om commentaar te geven.

Heldere richtlijnen voor gespreksopname

Dit voorjaar stelde minister Schippers dat het nuttig kan zijn wanneer patiënten gesprekken met artsen opnemen. Een uitspraak die veel heeft losgemaakt onder medisch specialisten. Voor de Federatie een belangrijke reden om meteen actie te ondernemen. Manager communicatie Lilian Jansen van de Federatie vertelt welke stappen er sindsdien zijn gezet.

Aanleiding

Na de uitspraak van minister Schippers kwamen er al vrij snel reacties van artsorganisaties in de media, vertelt Lilian Jansen. 'De KNMG was in eerste instantie positief. Zij vonden het een uitstekend idee, terwijl wij dachten:

is dat wel zo? Als Federatie wilden we het nieuws laten bezinken. We wisten niet goed wat we ervan vonden en hoe onze achterban erover dacht.'

Kort na de uitspraak van Schippers was Federatie-bestuurslid Marcel Daniëls te horen in het NPO Radio 1-programma *De Ochtend*. Jansen: 'Het programma liet verschillende partijen aan het woord – van patiënten tot aan een medisch ethicus. Ook de Federatie werd gevraagd.' Een uitnodiging die dankbaar werd aangenomen.

Jansen: 'Het gaf ons de gelegenheid een en ander te nuanceren. Zo vertelde Marcel Daniëls dat het opnemen van een gesprek weliswaar is toegestaan, maar hij benadrukte dat er meer mogelijkheden zijn om het gesprek tussen de patiënt en de arts te verbeteren – van iemand meenemen tot aan het opschrijven van de belangrijkste punten.'

Werkwijze

Het bleef niet bij die ene radio-uitzending. Jansen: 'Vanuit de Federatie wilden we graag weten wat medisch specialisten vinden van het opnemen van gesprekken en hoe vaak het voorkomt. Op datzelfde moment werden we opnieuw benaderd door *De Ochtend*. Ook zij waren hier benieuwd naar.' De Federatie en het radioprogramma sloegen de

handen ineen en stelden een enquête op. De respons was enorm: binnen twee weken vulden 2.661 medisch specialisten de vragenlijst in. Daaruit bleek dat de helft van de medisch specialisten wel eens een opnameverzoek had gekregen. Van de specialisten die dat hadden meegemaakt, had zestig procent bezwaren tegen het opnemen van gesprekken tussen arts en patiënt. Voor de Federatie een signaal om verdere stappen te zetten. In een tweede radio-interview stelde Federatievoorzitter Frank de Grave voor om richtlijnen te maken over het opnemen van gesprekken, samen met de KNMG, de NPCF en het ministerie. Minister Schippers reageerde positief: ze gaf aan zeker mee te willen denken.

Resultaat

Die richtlijnen worden binnenkort verwacht. De KNMG komt met een speciale handreiking waar ook de Federatie input voor heeft gegeven. Jansen: 'We willen onder meer benadrukken dat het netjes is wanneer een patiënt vooraf aangeeft dat hij of zij het gesprek opneemt. Ook vinden we het belangrijk dat een opname echt bedoeld is voor eigen gebruik, om te voorkomen dat het op internet wordt geplaatst.' De Federatie denkt hiermee de zorgen van artsen deels weg te kunnen nemen, vertelt Jansen. 'Natuurlijk: je kunt een opname niet voorkomen, dit is hoe de toekomst eruit ziet. Maar het is wel raadzaam om bepaalde spelregels op te stellen. Ik ben ervan overtuigd dat een gedragscode de arts én de patiënt een veiliger gevoel geeft en dat ze beiden het gesprek beter ingaan.' MD



Steeds meer initiatieven om optimaal functioneren te ondersteunen

‘Houd elkaar scherp’

Ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen ontwikkelen steeds meer initiatieven om optimaal functioneren te ondersteunen. Vinden die hun weg naar de praktijk? En wat brengt dat de dokter en de zorg? In gesprek met senior adviseur Carolien Over-Meijer van de Federatie en Wiepke Drossaers, reumatoloog en voorzitter van de commissie optimaal functioneren medisch specialisten bij Medisch Spectrum Twente.

Wat maakt dat optimaal functioneren zo'n belangrijk thema is voor de medische wereld?

Carolien: 'Als Federatie vinden we het belangrijk dat er continu een proces gaande is waarin de specialist bezig is met het verbeteren van zijn of haar functioneren. Om die reden is in 2013 het visiedocument *Optimaal Functioneren* uitgebracht waarin de Federatie een vijftigtal aanbevelingen doet. Het gaat om handvatten waarmee medisch specialisten, raden van bestuur en medische staven aan de slag kunnen om optimaal functioneren verder te implementeren. We kijken daarbij naar het grotere plaatje: de kwaliteitscyclus.'

Kun je een voorbeeld van zo'n handvat noemen?

Carolien: 'Denk aan de verdere ontwikkeling van de kwaliteitsvisities van de vakgroepen, het voeren van coachingsgesprekken of een samenwerkings-thermometer, maar ook aan eigen evaluatie van de medisch specialist. In dat laatste geval is het Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) een belangrijk instrument. Daarbij wordt de medisch specialist in tweejaarlijkse gesprekken beoordeeld op zijn functioneren door collega's, assistenten, medewerkers en patiënten. IFMS gaat niet alleen over het medisch handelen maar ook over communicatie tussen medisch specialisten, de samenwerking met andere zorgprofessionals en het patiëntencontact.'

Hoe zorgt de Federatie dat dergelijke handreikingen hun weg naar de werkvloer vinden?

Carolien: 'Ruim negentig procent van alle medisch specialisten doet al mee aan IFMS en vanaf 2020 is het zelfs een vereiste voor herregistratie. Dan moeten dus alle specialisten het gebruiken. Dat is natuurlijk een beetje flauw, want je dwingt het af door regels te stellen. Maar zaken als coaching en samenwerken hoef je mijns inziens niet op te leggen. Je moet het ook

aan specialisten zelf overlaten om met ideeën te komen. En dat werkt, zo blijkt uit de toenemende initiatieven op het gebied van optimaal functioneren vanuit ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen. Dat leidt tot tevreden dokters die een moment van reflectie als bijzonder prettig ervaren. Daarnaast kan het tijdig inzetten van bovengenoemde instrumenten verminderd functioneren voorkomen.' ▶



Reumatoloog Wiepke Drossaers:

‘Jezelf ontwikkelen doe je je hele loopbaan lang’

Wiepke, jij bent voorzitter van de commissie optimaal functioneren medisch specialisten binnen het ziekenhuis Medisch Spectrum Twente (MST) en houdt je bezig met zulke initiatieven. Kun je daar iets over vertellen?

Wiepke: 'De Santeon-ziekenhuizen, een ziekenhuisketen van zes topklinische ziekenhuizen waaronder het MST, werken vanuit de visie dat goede patiëntenzorg begint bij optimaal functionerende artsen. Per fase in de carrière gebruiken we verschillende instrumenten om te zien waar een specialist ondersteuning nodig heeft. Dat gebeurt hun hele loopbaan lang. Zodra een jonge specialist in ons ziekenhuis komt werken, willen we ervoor zorgen dat hij of zij zichzelf continu blijft ontwikkelen. Een starter krijgt een coach om te kijken waar zijn of haar kracht ligt. Dat zorgt voor verbondenheid tussen jongere en oudere specialisten. Vervolgens wordt een persoonlijk plan opgesteld. Dat is het begin van IFMS: een periodiek 360-gradengesprek, waarin je open met de complete vakgroep praat en reflecteert op waarop jij je kunt ontwikkelen. Zo maak je een goede mix binnen de vakgroep: de ene specialist ziet zichzelf in de toekomst als manager terwijl de ander liever opleider wordt of medisch leiderschap ambieert.'

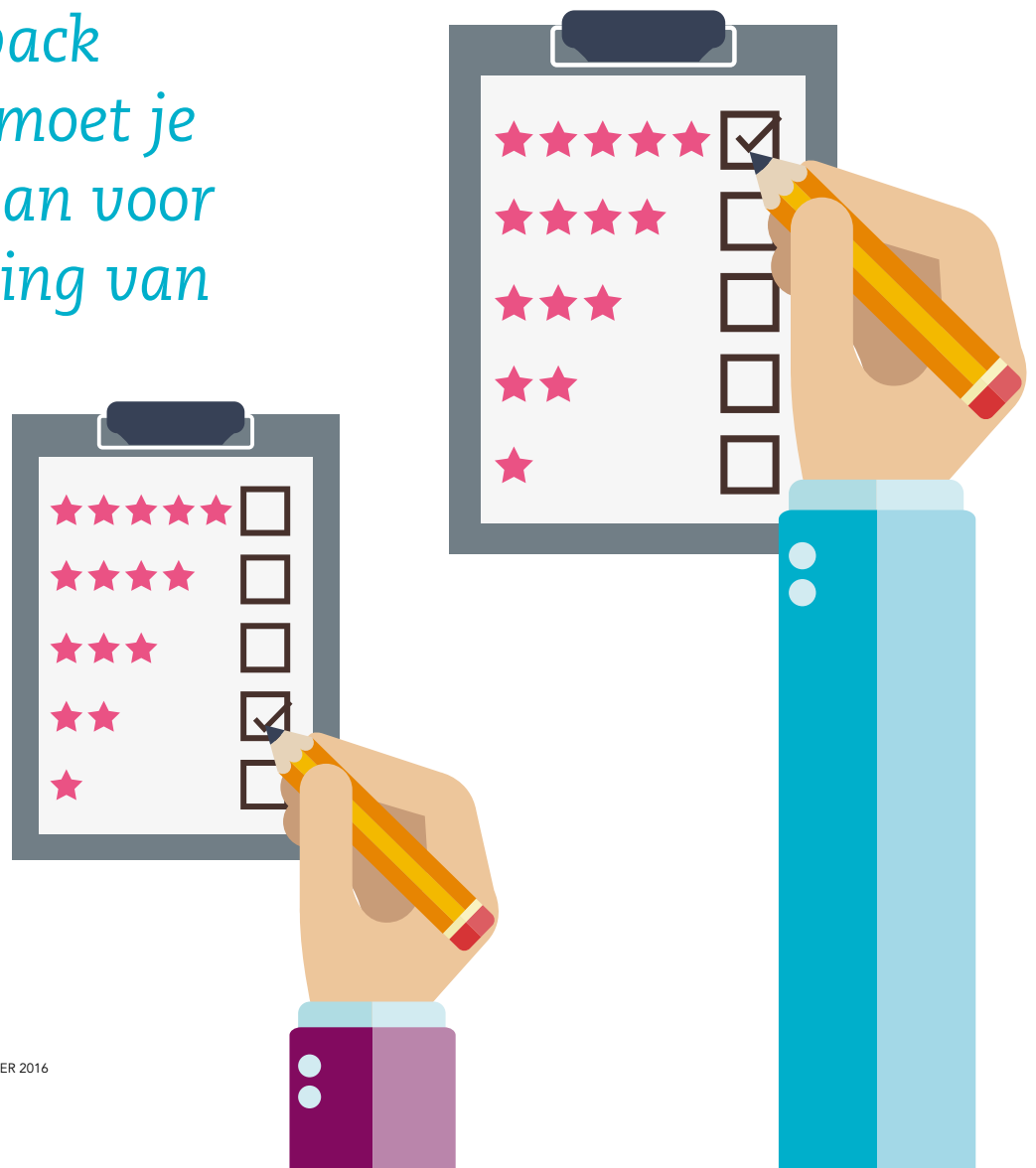
Wat doet de Federatie nog meer voor medisch specialisten op het gebied van optimaal functioneren?

Carolien: 'Sinds december 2013 zijn er vanuit ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen ontzettend veel nieuwe initiatieven gekomen op het gebied van optimaal functioneren. Zo heeft de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie de commissie collegiale ondersteuning opgericht en worden artsen binnen de Santeon-ziekenhuizen opgeleid tot coach. Die initiatieven wil de Federatie met elkaar verbinden. Zo'n kruisbestuiving zou ideaal zijn. Ook kijken we naar wat beter kan. Zo hebben we onlangs nieuwe vragenlijsten gemaakt voor het geven van 360-gradenfeedback om nog beter naar het individuele functioneren te kijken. Verder organiseren we dit najaar een conferentie om alle initiatieven rondom optimaal functioneren onder de aandacht te brengen.'

Waarom is al die aandacht voor optimaal functioneren nodig?

Wiepke: 'Uit onderzoek weten we dat artsen eerder ziek worden als ze het gevoel hebben niet gehoord te worden, bijvoorbeeld na een calamiteit.'

'Als je feedback wilt geven, moet je ook openstaan voor terugkoppeling van anderen'





Senior adviseur Carolien Over-Meijer:

‘We willen de initiatieven die nu overal ontstaan, met elkaar verbinden’

We willen binnen het MST – en de andere ziekenhuizen die onder Santeon vallen – voorkomen dat een arts zich alleen voelt staan. Een van de doelen van onze commissie is om steun te bieden als zich een ingrijpende gebeurtenis voordoet, zodat artsen hun enthousiasme niet verliezen. Voor goede zorg heb je immers vitale dokters nodig, die er zin in hebben en het gevoel hebben dat ze gesteund worden. Om die reden zijn we groepen specialisten aan het opleiden tot *peer supporters*: mensen met voldoende kennis en bagage die hulp kunnen bieden wanneer een collega het moeilijk heeft.’

Is het voor een specialist niet lastig om door een collega te worden beoordeeld? Merk jij dat op de werkvloer, Wiepke?

Wiepke: ‘Het MST is een opleidingsziekenhuis. Een van de gouden regels is dat als je iemand feedback wilt geven, je zelf ook open moet staan voor feedback. Daar worden we continu op getraind en dat gebeurt ook door collega-artsen en assistenten. Ik herken dat dus niet bij ons op de werkvloer.’

Carolien: ‘Toen we in 2008 begonnen met IFMS, stuitte dat niet op weerstand. Integendeel: uit enquêtes bleek dat medisch specialisten behoefte hadden aan collegiale ondersteuning. En nog steeds is er een blijvende motivatie om continu beter te worden, zowel bij medische staven als wetenschappelijke verenigingen.’

Dus de angst voor een klikcultuur is ongegrond?

Carolien: ‘Absoluut. Het zou ook vreemd zijn: de insteek van de eerder genoemde instrumenten is namelijk om te groeien als medisch specialist. Natuurlijk kan het gebeuren dat een specialist niet naar behoren functioneert en moeten er stappen worden ondernomen. De instrumenten zijn echter niet bedoeld om specialisten op de vingers te tikken, maar om progressieve feedback te geven. Een belangrijke succesfactor voor het zo optimaal mogelijk functioneren is namelijk een sfeer en cultuur van vertrouwen waarin leren centraal staat. Juist daarom durft men ook open te zijn.’

Toch is er soms sprake van een angstcultuur binnen een ziekenhuis. Dat werd onder andere duidelijk op de KNO-afdeling van het UMCU, eind vorig jaar.

Carolien: ‘Aan die casus hangen zóveel verschillende aspecten, dat je dat niet kunt zomaar kunt bestempelen als een cultuur waarin men elkaar niet aan durft te spreken. Neemt niet weg dat het goed is dat de Nederlandse vereniging van KNO-artsen na een uitzending hierover van ZEMBLA heeft gezegd: wij gaan daar een kwaliteitsvisitatie doen. Natuurlijk zullen er altijd medisch specialisten zijn die het lastig vinden om aangesproken te worden, maar het verbetert aanzienlijk nu er overal initiatieven ontstaan op het gebied van optimaal functioneren. Open communicatie en elkaar feedback geven kan ook een angstcultuur voorkomen.’

Wiepke: ‘Het merendeel van de dokters is gepassioneerd, gaat met enthousiasme naar het werk en probeert dat werk iedere dag zo optimaal mogelijk te doen. Dat wordt weleens uit het oog verloren door de disproportionele aandacht voor die enkele keer dat het niet goed gaat. Uiteraard is het zaak om goed te kijken waar het beter kan: want het loopt nog niet overal gesmeerd. Maar de zorg is enorm gebaat bij een continu proces van optimaal functioneren. Het geeft patiënten een veilig gevoel als ze zien dat artsen – aan wie ze hun leven toevertrouwen – elkaar scherp houden.’ ●





NOV-voorzitter

Rob Nelissen

De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen trekken gezamenlijk op binnen de Federatie als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Dit keer: orthopedisch chirurg Rob Nelissen, als hoogleraar verbonden aan het LUMC Leiden. Sinds februari is hij voorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV).

1

Welke kennis of ervaringen gaat de NOV delen binnen de Federatie?

'De orthopeden werken al bijna tien jaar met een implantatenregister. Elk gewrichtsvervangend heup-, knie-, schouder-, elleboog- en enkelimplantaat wordt hierin geregistreerd. Inmiddels heeft het register een volledigheid van 98 procent: van deze prothesen staan er ruim 500.000 in. Wordt een product teruggeroepen door een fabrikant, dan kunnen we het implantaat traceren tot op patiëntniveau. Met dit systeem lopen wij voorop. Andere verenigingen, zoals die van de plastisch chirurgen en de gynaecologen, kunnen gebruikmaken van onze blauwdruk voor een geschikt concept voor hun eigen register. Zo hebben we inmiddels veel ervaring opgedaan met de juiste datasets, de logistiek, privacy-kwesties en het borgen van kwaliteit. Die kennis delen we nu in een van de Federatie-stuurgroepen.'

2

Wat levert de samenwerking binnen de Federatie op?

'Het is verstandig om samen op te trekken en, in plaats van een onderlinge stammenstrijd te voeren, je in te zetten voor een gemeenschappelijk doel: goede zorg voor de patiënt. Een voorbeeld van de kracht van die samenwerking vind ik de zorgevaluatie-agenda. Door met wetenschappelijk onderzoek te bewijzen welke behandelingen werken in de praktijk, dwingen we onszelf om na te denken over wat we doen en niet-zinnige zorg te elimineren. Ook de 3 goede vragen in het kader van Samen Beslissen zijn zo'n voorbeeld. De Federatie zorgt dat alle wetenschappelijke verenigingen daarmee aan de slag gaan. Die aanpak houdt je bij de les en zorgt dat je gezamenlijk echt iets kunt bereiken in het verbeteren van de zorg.'

'Een onderlinge stammenstrijd is onverstandig'

3

Merk je dat het geheel sterker werkt dan de optelsom der delen?

'Dat is inderdaad zo. Ik zie dat bijvoorbeeld aan de manier waarop de Federatie zaken die alle medisch specialisten aangaan, van pensioenaftopping tot de individualisering van de opleiding, beter uitdraagt dan dat de afzonderlijke verenigingen dat kunnen. Daarnaast profiteren we door de onderlinge samenwerking van minder kokervisie. Een wetenschappelijke vereniging draagt nu eenmaal het gevaar in zich dat je meer met je eigen beroepsbelangen bezig bent dan met patiëntbelangen, terwijl het daar toch uiteindelijk om moet gaan. In Federatieverband stel je de patiënt gemakkelijker centraal en werk je samen aan een beter 'ecosysteem' van zorg voor de patiënt. Doordat je binnen de Federatie discussieert met collega-medisch specialisten, maar ook met de patiëntenfederatie en andere partijen, relativeer je de problematiek binnen je vakgebied en krijg je zicht op blinde vlekken. Daardoor kom je samen tot nieuwe, andere en betere inzichten.'**NQ**

BESTUREN VAN EEN BEROEPSVERENIGING

Het besturen van een beroepsvereniging is niet iets dat u 'er even bij doet'. Het vereist een duidelijke visie en beleidsstrategie, een grondige kennis van de belangrijkste 'stakeholders', een goed gevulde gereedschapskoffer en een helder inzicht in uw rol als bestuurder.

Deze cursus biedt u onmisbare inzichten in het werkveld en helpt u de kneepjes van het vak onder de knie te krijgen: van organisatie van de vereniging tot het te woord staan van de pers.

KOSTEN Leden VvAA € 3.900,-, niet-leden € 4.250,- (exclusief hotelkosten en vergaderarrangement).
DUUR 3 modules van 5 dagdelen met overnachting.
START 10 november 2016.

MEDISCH MANAGEMENT IN HET ZIEKENHUIS

Deze leergang biedt een algemene en uitgebreide inleiding in medisch management voor medisch specialisten en overige leden van medische staven met een parttime managementtaak. Interactieve colleges, gegeven door zeer ervaren docenten, worden afgewisseld met opdrachten en vaardigheidstraining.

Aan het eind van de cursus bent u een aanzienlijk betere gesprekspartner voor de algemeen managers waarmee u samenwerkt.

KOSTEN Leden FMS én VvAA: € 3.950,-, niet-leden: € 4.275,-.
DUUR 9 dagen.
START 15 september 2016.



ACADEMIE VOOR
MEDISCH SPECIALISTEN



KLINISCH LEIDERSCHAP

Heeft u de ambitie om werk te maken van permanente verbetering van het zorgproces? Wilt u meer grip krijgen op de processen waardoor uw dagelijkse klinische praktijk wordt gestuurd? De leidende rol van de medisch specialist is cruciaal om te komen tot duurzame verbeteringen in de zorg.

Het programma Klinisch leiderschap biedt u de handvatten om uw klinische praktijk om te vormen tot een excellente praktijk. Ook wordt gewerkt aan uw persoonlijke leiderschap.

KOSTEN Leden FMS én VvAA € 4.950,-, niet-leden € 5.250,- (exclusief hotelkosten en vergaderarrangement).
DUUR 5 modules van 4 dagdelen met overnachting.
START 14 november 2016.

ETHIEK VAN LEVEN EN ZORGEN

Onder leiding van prof. dr. Arjo Klamer en drs. Pieter Wijnsma verdiept u zich grondig in ethische vragen rondom de zorg en het eigen leven. Met als startvraag (van Socrates) "Hoe te leven?" bestudeert u klassieke teksten over ethiek, deskundig toegelicht door een aantal hoogleraren ethiek en filosofie.

Dilemma's en ethische benaderingswijzen worden hierbij terugvertaald naar de eigen dagelijkse professionele en persoonlijke werkelijkheid.

KOSTEN Leden FMS én VvAA: € 4.450,-, niet-leden € 4.750,- (exclusief boeken en vergaderarrangement).
DUUR 9 modules van 15.30 tot 21.30 uur.
START 26 januari 2017.

www.academiemedischspecialisten.nl



Federatie
**Medisch
Specialisten**

CONGRES
**MEDISCH
SPECIALIST**
2025



14
maart
2017

15 - 21uur

1931
Congrescentrum
Brabanthallen
's-Hertogenbosch

www.demedischspecialist.nl/congres2025