

de Medisch Specialist

DECEMBER 2016
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

4

ZORG VOOR DE DOKTER

De impact van een medisch incident

OVERHEVELING JEUGD-GGZ

'Dit draait uit op een mislukking'

GELIJKWAARDIG GESPREK

Illusie of noodzaak?

Chirurg Bas Wijnhoven:

'Minder aios? Vul diensten slimmer in'

MEDISCHE STAF EN ZIEKENHUISMANAGEMENT

Deze tweedaagse cursus voor bestuurders van medische staven (VMS, MSB en VMSD) sluit volledig aan bij de meest actuele ontwikkelingen in de zorg en de consequenties daarvan voor de strategie van medische staf en ziekenhuisorganisatie. De nadruk ligt op het gezamenlijke strategisch beleid van ziekenhuis en staf.

Wilt u als bestuurder dit strategisch beleid actief mee vormgeven? Deze cursus helpt u daarbij.

KOSTEN Leden FMS én VvAA € 1.795,-, niet-leden € 1.995,-.

DUUR 2 dagen met avondprogramma en overnachting.

DATA 6 en 7 april 2017.

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 18 mei 2017.



ACADEMIE VOOR
MEDISCH SPECIALISTEN



LEERGANG ZIEKENHUISFINANCIËN

In zes dagen krijgt u een overzicht van de belangrijkste aspecten van de bedrijfseconomie van ziekenhuizen en GGZ-instellingen. Er wordt uitgebreid stilgestaan bij enerzijds de wijze waarop de medisch-specialistische zorg in ons land gefinancierd wordt en anderzijds bij de financiële besturing van ziekenhuizen en medische staven (VMS, MSB en VMSD).

Na afloop van deze cursus komt u beter voor de dag in gesprekken met bijvoorbeeld verzekeraars of controllers.

KOSTEN Leden FMS én VvAA € 3.395,-, niet-leden € 3.695,-.

DUUR 6 x 2 dagdelen van 13.30 - 20.30 uur.

START 13 april 2017.

BASICS VAN MANAGEMENT EN BELEID

In de opleiding tot medisch specialist wordt doorgaans niet of nauwelijks aandacht besteed aan de organisatie waarin men komt te werken, terwijl kennis hierover wel noodzakelijk is. In deze inleidende cursus maakt u onder andere kennis met actuele ontwikkelingen in de zorg, de financiering van de medisch specialistische zorg, organisatievormen van ziekenhuis en medische staf en kwaliteitsbeleid.

Er is hierbij gelegenheid tot het inbrengen van eigen casuïstiek.

KOSTEN Leden FMS én VvAA: € 1.645,-, niet-leden € 1.995,-.

DUUR 3 dagen van 14.00 - 20.30 uur, gespreid in de tijd.

START 16 maart 2017.

www.academiemedischspecialisten.nl



wij presenteren
onze visie op:

14
maart
2017
15 - 21 uur

1931
Congrescentrum
Brabanthallen
's-Hertogenbosch

Kom naar congres 'Medisch Specialist 2025'

Ga naar www.demedischspecialist.nl/congres2025 voor het programma, registratie en meer informatie.

Voor medisch specialisten, aios en andere professionals in de zorg organiseert de Federatie Medisch Specialisten op dinsdag 14 maart 2017 het eerste grote Federatiecongres: 'Medisch Specialist 2025'. Het congres staat in het teken van de toekomstvisie die samen met de wetenschappelijke verenigingen wordt vastgesteld. We willen tijdens het congres met u in gesprek over deze visie, en vooral laten zien wat (toekomstig) medisch specialisten met elkaar verbindt.

VOOR WIE?

Het congres wordt door de Federatie Medisch Specialisten en de wetenschappelijke verenigingen aangeboden aan medisch specialisten en aios. Maar ook andere professionals in de zorg zijn van harte welkom.

WAAROM?

Tijdens het congres willen we met medisch specialisten in gesprek over de toekomst van de medisch specialistische zorg. Wat is in 2025 de rol van de medisch specialist, en hoe geef je daar invulling aan? Op www.demedischspecialist.nl/visie2025 vindt u meer informatie over de thema's die centraal staan in deze toekomstvisie. Hier vindt u ook een filmpje en u kunt zelf input geven.

HOE LAAT?

Het congres begint om 15.00 uur en is om 21.00 uur afgelopen. Uiteraard krijgt u een diner aangeboden. 's Ochtends zijn er diverse activiteiten georganiseerd waaraan u kunt deelnemen, deze starten om 9.30 uur en zijn inclusief lunch. Op de website www.demedischspecialist.nl/congres2025 kunt u zien welke activiteiten er te doen zijn, en kunt u zich hiervoor aanmelden.

WAAR?

Het congres vindt plaats in 1931, een onderdeel van de Brabanthallen in Den Bosch. Op de congreswebsite vindt u een uitgebreide routebeschrijving.

HOEVEEL KOST HET?

We vinden het belangrijk dat het congres laagdrempelig is daarom bedragen de kosten slechts € 95,- excl. btw. Aios betalen € 50,- excl. btw.

KRIJG IK ACCREDITATIEPUNTEN?

Ja, accreditatie wordt aangevraagd bij ABAN, NVKF en NVZA.

WIE SPREEKT ER?

Onder andere Machteld Huber, Kiki Lombarts, Jan Kimpen, Jaap Hamming, Frank de Grave, Harma Stenveld en Richard van Hooijdonk leveren een bijdrage. Op de website www.demedischspecialist.nl/congres2025 staat het programma en de volledige sprekerslijst.

HOE KAN IK CONTACT OPNEMEN?

Heeft u nog vragen, dan kunt u een e-mail sturen naar visie@demedischspecialist.nl.

In dit nummer



9 COVERSTORY

Slimmer diensten invullen

Minder aios op de werkvloer heeft consequenties voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Chirurg en opleider Bas Wijnhoven werkte samen met Lotte Rijkse van de Federatie aan een hulpmiddel om diensten anders in te vullen.

12 INTERVIEW

‘Het werk is nooit klaar’

Na zes jaar voorzitterschap neemt Frank de Grave afscheid als voorzitter van de Federatie. Hij blikt terug op een veelbewogen periode. ‘De keuze voor nu een medisch specialist aan het roer kan ik goed begrijpen.’

16 INCIDENTEN

Wie zorgt er voor de dokter?

Een medisch incident kan grote impact hebben op de betrokken arts. Twee medisch specialisten vertellen openhartig over schuldgevoelens, overdiagnostiek en slapeloze nachten. ‘Ik twijfelde zelfs of ik moest stoppen.’

20 POLITIEK IN DE PRAKTIJK

De kinderen zijn de dupe

Met de invoering van de nieuwe Jeugdwet valt de jeugd-ggz sinds 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Hoe verloopt die omslag nu we bijna twee jaar verder zijn?

23 RICHTLIJNONTWIKKELING

De stand van wetenschap en praktijk

Klinisch geriater Arend Arends was zes jaar lid en voorzitter van de adviescommissie Richtlijnen van de Federatie. Zijn inzet: verbetering en vooral betere implementatie van richtlijnen.

27 SPECIALISME IN BEELD

Van medicijnbereider tot medebehandelaar

Ziekenhuisapothekers zijn behalve bereider en leverancier van medicijnen steeds vaker ook inkoper, veiligheidsbewaker, medebehandelaar en hulpverlener. Tjalling van der Schors en Mirjam Crul geven een kijkje in hun dagelijkse praktijk.



EN VERDER

- 6 Kort nieuws
- 8 Eén website voor alle opleidingsvragen
- 26 In de media: medische fouten

RUBRIEKEN

- 6 Vraag & antwoord aan het KDC
- 15 Bestuurscolumn: Huib Cense
- 19 Stelling: Gelijkwaardig gesprek een illusie?
- 30 Drie vragen aan... Paul Depauw

COLOFON
jaargang 2, december 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

Mariëlle 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,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam | Joost van der Sijp,
chirurg-oncoloog, MCH-Bronovo, Den Haag
| Davy Sudiono, radioloog, MCH Bronovo,
Den Haag | Marcel Vonk, psychiater,
Pompestichting, Nijmegen | Kerst de Vries,
klinisch geriater, MC Slotervaart,
Amsterdam

Vanuit bestuur Federatie Medisch

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

Medewerkers aan dit nummer

Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel,
Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk,
Serge Ligtenberg, Marieke de Lorijn,
Dana Ploeger

Fotografie cover: Sebastiaan ter Burg

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 mogelijk 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.

Sterk en zichtbaar

Het eind van 2016 staat voor de deur en over enkele weken neem ik afscheid van de Federatie. Allereerst: veel dank aan u voor het vertrouwen dat ik uw voorzitter mocht zijn.

Waar ik trots op ben, is dat we ons daadwerkelijk hebben versterkt. We zijn zichtbaarder in de media, op de werkvloer, in 'het veld' en in Den Haag. Dat merk ik als ik lees waarom chirurg-oncoloog Liesbeth Jansen en internist Hans Ablij besloten mee te werken aan de spraakmakende documentaire *De Dokter Onder Vuur*. Of als ik lees hoe kinder- en jeugdpsychiater René Zijlstra zich inspant om, ondanks de ingewikkelde transitie van de jeugd-ggz, de allerbeste medisch-specialistische zorg in de buurt te blijven leveren.

Ook zie ik de toegenomen gezamenlijkheid. Bijvoorbeeld als klinisch geriater Arend Arends vertelt over hoe dankzij richtlijnontwikkeling lange documenten van honderden pagina's nu toegankelijk zijn als beknopte teksten van een paar alinea's, discipline-overstijgend en vanuit praktische uitgangsvragen. Of als opleider Bas Wijnhoven uit de doeken doet waarom hij zich inzet voor een hulpmiddel waar collega's in het hele land de diensten anders mee kunnen indelen.

Al deze resultaten waren niet mogelijk geweest zonder u. Twee jaar geleden heeft u gekozen voor verbinding en aansluiting. De komende jaren zal het van belang zijn verder te bouwen op deze fundamenten – iets dat velen van u al doen in spreekkamer, ziekenhuis, ggz-instelling, commissie of werkgroep. Mijn wens aan u voor het nieuwe jaar is dan ook: dokter, blijf *in the lead!*

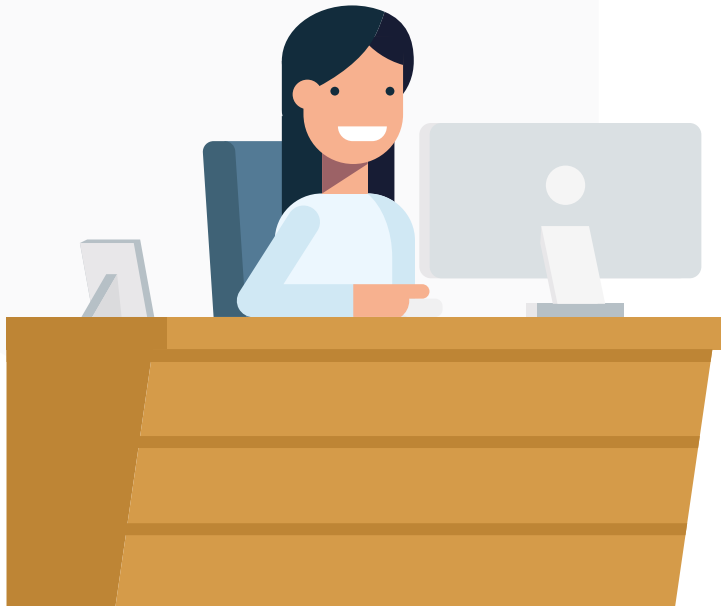


Frank de Grave

Voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

Verbeterd declaratieproces beperkt registratielast

De Federatie Medisch Specialisten heeft samen met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) het Convenant Ketenprocessen afgesloten. Dit convenant bevat afspraken tussen medisch specialisten, ziekenhuizen en zorgverzekeraars om het declaratieproces te verbeteren.



Het uiteindelijke doel is om de administratieve lasten van de verzekerde, de zorgverzekeraar en van de zorgaanbieder zoveel mogelijk te beperken. De Federatie, NVZ en ZN hebben onder meer met elkaar afgesproken dat zorgverzekeraars allemaal dezelfde eisen stellen aan declaraties.

Er komt bovendien meer duidelijkheid over hoe behandelingen precies geregistreerd en gedeclareerd moeten worden. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars declaraties afkeuren en ziekenhuizen en medisch specialisten alles opnieuw moeten doen. Het convenant gaat in op 1 januari 2017 en is één jaar geldig. ●

VRAAG & ANTWOORD

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

VRAAG > Het eind van 2016 is in zicht. Welke arbeidsvoorwaarden zijn in december van belang en welke tips hebben jullie?

ANTWOORD >

Medisch specialisten in dienst van een universitair medisch centrum krijgen in december een eindejaarsuitkering van 8,3 procent van de som van de salarissen die in 2016 zijn betaald. Aan psychiaters in dienst van een ggz-instelling wordt in december een eindejaarsuitkering van 7,75 procent van het jaarsalaris uitgekeerd. Voor medisch specialisten in dienst van een algemeen ziekenhuis geldt dat de eindejaarsuitkering is verdisconteerd in hun maandelijks salaris.

We raden medisch specialisten aan om maximaal gebruik te maken van het

budget persoonlijke kosten. Binnen een universitair medisch centrum bedraagt deze 6.000 euro voor 2016. Medisch specialisten in dienst van een algemeen of categoriaal ziekenhuis hebben dit jaar recht op 5.889 euro en voor psychiaters geldt een budget van 4.364 euro. Voor alle medisch specialisten geldt dat een eventuele saldo kan worden overgeheveld naar het volgende jaar. Hierbij gaat het vaak om 50 procent van het budget van 2016. Heeft u in het kader van uw accreditatie, herregistratie of bij- en nascholing nog individuele wensen? Dan kunt u daar voor het nieuwe jaar aanvullende afspraken over maken. ●



Wetenschaps- en innovatieprijs voor onderzoek

De Federatie lanceert een wetenschaps- en innovatieprijs voor een medisch specialist of onderzoeksgroep die zich onderscheidt met relevant en kwalitatief hoogstaand klinisch wetenschappelijk onderzoek. Hiermee wil de Federatie bijdragen aan de zichtbaarheid van de medisch specialist als onderzoeker en goed onderzoek en samenwerking in het onderzoeksveld bevorderen.

De drie beste onderzoeken krijgen een podium tijdens het Federatiecongres op 14 maart 2017. De winnaar ontvangt een blijvend aandenken en een geldbedrag van 5.000 euro (te besteden aan vakgerelateerde activiteiten). Daarnaast zal het vakblad *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG) aandacht besteden aan de winnaar.

 Kijk voor meer informatie op: www.demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs.

Belastingdienst keurt modelwaarneemovereenkomsten goed

De Belastingdienst heeft de modelwaarneemovereenkomsten goedgekeurd die zijn opgesteld door de Federatie Medisch Specialist en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ).

De goedgekeurde overeenkomsten gaan uitsluitend over waarneming, dus de vervanging van een medisch specialist die tijdelijk vanwege bijvoorbeeld ziekte, verlof of arbeidsongeschiktheid niet in staat is de medisch-specialistische werkzaamheden te verrichten. Medisch Specialistische Bedrijven (MSB's) en ziekenhuizen/instellingen kunnen deze modelovereenkomsten gebruiken om een waarneemovereenkomst af te sluiten. De opdrachtgever hoeft geen loonheffingen in te houden en te betalen, indien en zolang er volgens de overeenkomst gewerkt wordt. Er zijn twee varianten: één voor het ziekenhuis/instelling en één voor het MSB.

 Download de overeenkomsten op www.demedischspecialist.nl (zoekterm: DBA of VAR).

Statusupdate pensioen-aftopping

Na een lang en moeizaam onderhandelingsproces is er een overeenkomst over de pensioenaftopping in algemene ziekenhuizen.

Na bijna twee jaar onderhandelen hebben Federatie en de LAD met de NVZ nu overeengekomen dat medisch specialisten in dienstverband vanaf volgend jaar 70 procent van het werkgeversdeel van de vrijgevallen pensioenpremie terugkrijgen via het Budget Organisatorische Eenheid (BOE). In 2017 en 2018 wordt dit bedrag verplicht individueel toegerekend. Daarna maken medisch specialisten binnen de organisatorische eenheid onderling afspraken hoe ze het budget aanwenden en verdelen. Bovenop de 70 procent kunnen afspraken worden gemaakt om het BOE verder op te hogen, mogelijk meer dan 100 procent.

Andere professionals

Voor ziekenhuisapothekers, klinisch chemici, klinisch fysici en SEH-artsen is nog geen oplossing, omdat zij niet onder de AMS maar onder de Cao Ziekenhuizen vallen. Voor deze cao starten de onderhandelingen op 19 december.

GGZ

Voor psychiaters is de situatie weer anders. Hun werkgevers, lid van GGZ Nederland, weigeren het werkgeversdeel van de pensioenpremie boven de 'afgetopte' 100.000 euro terug te geven. De patiëntvriendelijke zondagsdiensten van afgelopen november waar 1.250 psychiaters in 37 ggz-instellingen aan hebben meegedaan, leverden voorsnog geen oplossing op. Op 17 januari gaan de psychiaters opnieuw actievoeren. ●

Eén website voor alle opleidingsvragen

Hoe maak ik de vorderingen van een aios objectief meetbaar? Hoe geef ik medisch leiderschap vorm in de dagelijkse praktijk? Wanneer komt mijn aios in aanmerking voor vrijstelling? De vorige week gelanceerde website medischevervolgopleidingen.nl geeft antwoord op deze en vele andere opleidingsgerelateerde vragen.

Aios opleiden is een vak apart. Opleiders kunnen daarbij tegen veel vragen aanlopen. Daarom biedt de nieuwe website medischevervolgopleidingen.nl met name aios en opleiders informatie over een breed scala aan opleidingsonderwerpen. Van opleidingsplan tot bedrijfsvoering en van wet- en regelgeving tot competentiegericht opleiden in de dagelijkse praktijk.

Bij ieder onderwerp staan een korte, heldere uitleg en links naar websites waar meer informatie te vinden is. Ook zijn handreikingen, checklists, filmpjes en ander ondersteuningsmateriaal te downloaden. Opleiders die gebruik willen maken van de ervaringen van hun collega's, kunnen op de website daarnaast diverse praktijkverhalen te vinden. Bovendien kunnen ze bij veel onderwerpen direct contact opnemen met collega's die hier ervaring mee opgedaan hebben.

Zet nu alvast in uw agenda: het volgende **Congres Medische Vervolgopleidingen** vindt plaats op **woensdag 13 december 2017**.

Landelijk congres

De nieuwe website is vorige week gepresenteerd tijdens het landelijke congres over de medische vervolgopleidingen in Nieuwegein. De organisatie van dit MMV-congres was voor het eerst in handen van de Federatie. Voorheen werd dit gedaan door het project Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV), dat eind 2015 gestopt is.

Net als de nieuwe website bood ook het congres haar bezoekers informatie over allerlei aspecten van de medische vervolgopleiding. Het congres was volledig uitverkocht. Bijna negenhonderd bezoekers lieten zich informeren en inspireren tijdens plenaire presentaties, workshops, symposia en flitstrainingen.

Opleiden is vooruitzien

Het thema van het MMV-congres was dit jaar *Opleiden is vooruitzien*. Door maatschappelijke ontwikkelingen en technische vooruitgang verandert de zorg razendsnel. En daarmee ook het vak van medisch specialist. Tijdens het congres bespraken opleiders, aios, onderwijskundigen en diverse andere betrokkenen hoe de aios van nu optimaal voorbereid kunnen worden op hun vak van straks. De Federatie ondersteunt opleiders hier graag bij, zoals met bijeenkomsten als het MMV-congres, en nu dus ook met de nieuwe website medischevervolgopleidingen.nl. **DM**

 Wilt u de presentaties van het MMV-congres (nog eens) bekijken of zelf gebruiken? Alle workshop-materialen bij het ondersteuningsmateriaal zijn te vinden op: www.medischevervolgopleidingen.nl.



Medische Vervolgopleidingen

Initiatief van de Federatie Medisch Specialisten

Hoe minder aios leiden tot een andere dienstenindeling

Niet voor één gat te vangen

De verkorting van de medische vervolgoopleidingen leidt tot minder aios op de werkvloer. Dat heeft consequenties voor de avond-, nacht- en weekenddiensten. Met een nieuw hulpmiddel, ontwikkeld door de Federatie en medisch specialisten, kan elk ziekenhuis dit probleem nu hands-on aanpakken.

Het probleem is helder. Sinds aios de medische vervolgoopleiding sneller doorlopen, komt de bedrijfsvoering van het ziekenhuis in de knel. Met de verkorting van de opleidingen zijn aios minder lang beschikbaar om diensten te draaien. Dit betekent: minder handen aan het bed, gaten in de continuoosters in de weekenden en minder ogen in de nachtdienst. De grootste problemen ontstaan op dit moment dan ook in het sluitend krijgen van de avond-, nacht- en weekenddiensten.

‘De urgentie is hoog’, zegt projectleider Bedrijfsvoering Lotte Rijkse van de Federatie. ‘Bijna iedere specialist merkt dat er gaten vallen in roosters nu aios een ander – korter – opleidingstraject volgen dan voorheen. Maar met de huidige werkdruk kun je niet van medisch specialisten verlangen dat iedereen maar een tandje bijzet. Vanuit de Federatie willen we een constructieve oplossing bieden, die de bedrijfsvoering een stap vooruithelpt en ingericht is op de toekomst. Samen met enkele medisch specialisten hebben we daarom een instrument ontwikkeld waarmee elk ziekenhuis het probleem kan oplossen, op afdelingsniveau en zelfs op organisatieniveau.’

Minder poppetjes

Een van de medisch specialisten die heeft meegewerkt aan het nieuwe hulpmiddel, is chirurg en opleider Bas Wijnhoven van het Erasmus MC in Rotterdam. ‘Aan de lagere bezetting op de werkvloer liggen meerdere oorzaken ten grondslag’, vertelt hij. ‘Allereerst leidt de daling van de instroom tot minder aios. Door een eerdere aanpassing van de opleiding heelkunde doorloopt een aios de basisopleiding al ▶



Lotte Rijkse, projectleider Bedrijfsvoering:

‘Denk na over wie op welke plek hoort om de kwaliteit te borgen’

Chirurg en opleider Bas Wijnhoven:

‘Met dit model zie je precies wat de financiële, personele en praktische consequenties zijn’

sneller dan voorheen: in vier in plaats van zes jaar. In de nog resterende twee jaar moet hij vervolgens zijn differentiatie voltooien. Dit betekent dat we de opleiding heel efficiënt moeten inrichten. Bij onze afdeling heelkunde belasten we ouderejaars-aios bijvoorbeeld niet te veel met diensten, zodat zij overdag complexe ingrepen kunnen leren. Verder verzorgen wij als universitair medisch centrum voornamelijk tertiaire zorg. Wij leiden met name ouderejaars op voor hun specialisatie, terwijl jongere aios het grootste deel van hun opleiding doorbrengen in de perifere en STZ-ziekenhuizen. Al die factoren zorgen ervoor dat we minder ‘poppetjes’ op de afdeling hebben en vraagt van ons als begeleidend specialisten om anders te kijken naar de inrichting van de diensten.’

Omdat het probleem niet alleen op de afdeling van Wijnhoven speelt, maar binnen de hele opleidingsregio, komt het thema regelmatig als discussiestuk op tafel. Toen Wijnhoven tijdens een bijeenkomst van de opleidings- en onderwijsregio Zuidwest Nederland hoorde dat de Federatie bezig was met een project om het dienstenprobleem grondig aan te pakken, bood de opleider direct zijn expertise aan én zijn afdeling heelkunde als proeftuin. ‘Ik voel me hier als arts verantwoordelijk voor. Samen met chirurg en opleider Jaap Hamming van het LUMC Leiden en Lotte Rijkse hebben we de afgelopen maanden aan een model gewerkt om vanuit een andere benadering de diensten in te delen.’

Omgedraaid uitgangspunt

Naast de al genoemde factoren speelt er nóg een onzekere component: ‘Geen enkele specialisatie weet op dit moment hoe groot de instroom van het aantal aios volgend jaar zal zijn’, vertelt Wijnhoven. ‘Krijg je er negen, twaalf of achttien? Dat maakt nogal uit. Daarom hebben we binnen dit project het uitgangspunt

omgedraaid. We hebben niet gekeken naar hoeveel aios er komen, maar welke kwaliteit van zorg wij willen leveren en wie we daarvoor nodig hebben.’ Uit gesprekken met de vakgroep bleek dat de afdeling heelkunde het bijvoorbeeld belangrijk vindt altijd een gespecialiseerde en gedifferentieerde chirurg aanspreekbaar of beschikbaar te hebben, evenals een ouderejaars traumachirurg en een goede bemanning op de spoedeisende hulp. Wijnhoven: ‘Door de ANW-diensten los te koppelen van de aios en dit soort kwaliteitseisen te stellen, werd al snel duidelijk dat we bij gebrek aan beschikbare aios moeten nadenken over wie dan die diensten kan vervullen. Moet dat per se een chirurg zijn, of kan dat ook een ziekenhuisarts of een SEH-arts zijn? De hele bedrijfsvoering kwam ter discussie te staan.’

Dat is exact wat Lotte Rijkse voor ogen had: een model ontwikkelen dat het ziekenhuis laat nadenken over wie op welke plek moet zitten om kwaliteit van zorg te kunnen blijven bieden. ‘Elke optie die je kiest, heeft effecten op de bedrijfsvoering. Bij het ontwerpen van dit beleidsinstrument zijn we daarom bewust niet uitgegaan van alleen het probleem van bezetting oplossen, maar van de wensen en minimale eisen die een afdeling





Kortere opleiding: hoe zat het alweer?

In 2013 hebben de Federatie Medisch Specialisten, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Samenwerkende Topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ), GGZ Nederland, De Jonge Specialist en het College Geneeskundige Specialismen (CGS) een opleidingsakkoord gesloten met minister Schippers van VWS.

In dit akkoord is afgesproken dat de opleidingen op individuele basis met gemiddeld zes maanden te verkorten. Dat moet samen met minder instroom van aios jaarlijks 128 miljoen euro opleveren. De verkorting betekent een individuelere aanpak van de opleiding. Artsen in opleiding tot specialist moeten aantonen dat ze competenties beheersen en beroepsactiviteiten adequaat kunnen uitvoeren op zowel medisch-inhoudelijk vlak als op het gebied van communicatie, samenwerking, organisatie en professionaliteit. Niet de nominale duur van de opleiding bepaalt of een aios klaar is, maar de daadwerkelijk opgedane ervaring en vaardigheden.

binnen het ziekenhuis stelt aan kwaliteit.' Ze geeft een voorbeeld: 'Als je een ziekenhuis wilt zijn waarin 24 uur per dag zeven dagen in de week een SEH-arts in huis is, of je wilt dat de afdeling cardiologie altijd binnen vijf minuten een echo kan maken, vraagt dat een andere dienstenopzet dan wanneer je dat niet nodig acht.' Zodra alle kwaliteitseisen zijn bepaald en ingevoerd in de tool, rolt er een lijst aan scenario's uit. Rijksen: 'Per scenario krijg je inzichtelijk wat er gebeurt met de kwaliteit van zorg, welke financiële effecten optreden en wat de benodigdheden zijn qua gewenste bezetting op de afdelingen in de avond, nacht en weekenden.'

31 scenario's

Wel is het invullen van alle inrichtingseisen een tijdrovend karwei, geeft Rijksen toe. 'Dit nieuwe model geeft een oplossing voor een bepaalde afdeling, maar laat ook de effecten zien voor de bedrijfsvoering eromheen. Dat vraagt van zowel medisch specialisten als de afdeling P&O en bestuurders om keuzes op strategisch niveau. En om input van diverse kanten. Als specialist moet je dus over de schutting van je eigen afdeling heen kijken voor een waarheidsgetrouw en praktisch inzetbaar scenario. Maar als je nu kiest voor die tijdsinvestering, kost het je straks minder tijd, geld

en menskracht om de gaten – die de komende jaren alleen maar groter worden – op te vullen.'

De pilot bij de afdeling heelkunde van het Erasmus MC is inmiddels succesvol afgerond. Opleider Bas Wijnhoven beschikt nu over 31 scenario's op basis van de wensen en eisen van zijn afdeling. 'Een overzichtelijk geheel, waarin je precies ziet wat de financiële, personele en praktische consequenties zijn van elke beleidslijn. De verschillende mogelijkheden, én de bijbehorende consequenties voor de dienstenstructuur, de kwaliteit en de financiën bespreken we op dit moment met onze vakgroepleden. Iedereen heeft een eigen mening, en het is uitvinden waar de gemene deler zit. Maar het feit dat we helder voor ogen hebben waaruit we kunnen kiezen, maakt wel een verschil met hiervoor. Dan schoven we wat ad hoc in het rooster en gingen we weer verder. Nu houden we de hele bedrijfsstructuur van het ziekenhuis tegen het licht en maken we weloverwogen, toekomstgerichte keuzes.' ●

 Het deelproject **Bedrijfsvoering** is onderdeel van het Federatieproject *Individualisering Opleidingsduur* (RIO). De tool is begin 2017 beschikbaar via: www.medischevervolgopleidingen.nl.

Vertrekkend Federatie-voorzitter Frank de Grave kijkt terug en vooruit

‘Eenheid is een kostbaar en kwetsbaar bezit’

Per 1 januari neemt Frank de Grave afscheid als voorzitter van de Federatie. Onder zijn voorzitterschap veranderde een intern verdeelde organisatie naar een club van kracht en gezamenlijkheid.

Hoe kijkt u terug op zes jaar voorzitterschap, eerst vier jaar bij de Orde, de laatste twee bij de Federatie?

‘Als typische alfa heb ik altijd de bewondering gehad voor mensen die – zeg ik dan maar gekscherend – écht iets kunnen. Als ik kijk naar een arts die een moeilijke operatie doet of een knappe diagnose stelt, of als ik zie met wat voor passie en deskundigheid dokters mensen beter maken: daar heb ik groot respect voor. Dat respect is de afgelopen zes jaar tijdens mijn voorzitterschap alleen maar sterker geworden.’

Wat is de aanleiding om nu te stoppen? U had door kunnen gaan.

‘Dit is een goed moment. Volgend jaar bestaat de Federatie drie jaar. Er komt dan een evaluatie over hoe de medisch specialisten vinden dat de Federatie functioneert. Dat is een belangrijk ijkmoment. Ik wil de leden daarbij niet voor de voeten lopen. Dat neemt niet weg dat ik het hier enorm naar mijn zin heb, maar kritische opmerkingen zou ik al snel interpreteren als kritiek op mijn eigen werk. Dat is niet goed. Het is dus verstandig dat een ander het van me overneemt.’

U bent als eerste niet-medicus gekozen tot voorzitter van de Orde en later de Federatie. Wat was daarvoor de reden?

‘Dat ik destijds werd gevraagd, kwam voor mij een verrassing. De overwegingen zijn me later uitgelegd. Men constateerde toentertijd dat de boel vastliep. Er was veel verdeeldheid onder de medisch specialisten. Er was een sterke neiging vooral de verschillen te benadrukken: tussen vrij beroepers en dienstverbanders, tussen academici en algemene ziekenhuizen en tussen ondersteuners, beschouwers en snijders. Dat moest anders, maar de inschatting was

‘Ik zag het als mijn opdracht om de verdeeldheid om te buigen naar kracht en gezamenlijkheid’

dat dat niet zou lukken met een voorzitter die zelf dokter was. Zo iemand staat niet boven de partijen.’

Wat was uw eerste indruk van de medisch specialisten?

‘Van tevoren waarschuwde iedereen me: weet waar je aan begint, die medisch specialisten zijn niet aan te sturen. Dat bleek gewoon niet waar. Dat zijn ze wél. Sterker, ze hebben me altijd alle ruimte gegeven om sturing en leiding te geven. Anders had ik als voorzitter niets kunnen bereiken. Wat me verder opviel was dat medisch specialisten geen goed zicht hadden op de buitenwereld. Dat is het risico bij bevroegen professionals. Die zijn vooral met hun eigen werk bezig. Ik zag het als mijn taak om hen te laten zien hoe de buitenwacht denkt, en hoe je daar het beste mee kunt leren omgaan.’

Waarom vond u dat nodig?

‘Onderhandelen is geven en nemen. Als je iets wilt bereiken, is het verstandig om mee te werken aan de dingen die de buitenwereld – de politiek bijvoorbeeld – belangrijk vindt. Je kunt niet met een verlanglijstje



langskomen en verwachten dat alles geregeld wordt. Je zult je moeten verdiepen in de motieven van de ander. Daarmee vergroot je de kans dat je ook de dingen krijgt die jij belangrijk vindt. In de wereld van de beslissers vormen medisch specialisten maar een kleine groep, hoe belangrijk ze ook zijn in de gezondheidszorg. Medisch specialisten moeten het niet hebben van macht, maar van argumentatie en overtuigingskracht. Daar moet je als Federatie op inzetten.'

Wat wilde u vooral bereiken als voorzitter?

'De Orde was een verdeelde organisatie, en een verdeeld huis is rampzalig. Ik zag het als mijn opdracht om die verdeeldheid om te buigen naar kracht en gezamenlijkheid. Je kunt alleen krachtig zijn als je met één stem spreekt. Geen gemakkelijke opdracht, want bestaande culturen verander je niet in één dag. Tegelijkertijd merkte ik in de talloze gesprekken die ik met medisch specialisten heb gehad, dat zij meer eenheid en verbinding wensten. De weerstand daartegen zat vooral bij een kleine, maar luidruchtige groep. Zij bleken niet de mening te vertolken van de medisch

specialisten in het land. De ledenvergaderingen van de wetenschappelijke verenigingen hebben ook allemaal in ruime meerderheid vóór de Federatie gekozen.'

In hoeverre is dat uw verdienste?

'Ik heb daar uiteraard mijn bijdrage aan geleverd, maar ere wie ere toekomt: het waren toch vooral de dokters die de verbinding wensten. Op die rijdende trein ben ik gestapt.'

Van Orde naar Federatie, van verdeeldheid naar gezamenlijkheid, is uw werk daarmee klaar?

'Het werk is nooit klaar. De structuur is weliswaar veranderd, maar de cultuur van gezamenlijkheid moet ook een plek krijgen in de hoofden van de dokters. De bereidheid om in elkaar te investeren moet je telkens opnieuw bevechten. Kijk, als er een richtlijn gemaakt moet worden, en de wetenschappelijke verenigingen komen daar onderling niet uit, dan maakt dat geen sterke indruk. Als de bereidheid ontbreekt om over je eigen schaduw heen te stappen, blijft de Federatie een reus op lemen voeten.' ▶

Op welke prestatie van de afgelopen zes jaar bent u het meest trots?

'Dat het ons is gelukt de medisch specialisten te loodsen van interne verdeeldheid naar kracht en gezamenlijkheid. Dat is de enige manier om hun belangen goed te behartigen. Maar ook op andere dingen ben ik trots. We zijn erin geslaagd om de medisch specialisten in dienstverband buiten de Wet normering topinkomens te houden. Dat beschouw ik als een erkenning van de bijzondere positie van de medisch specialist. En ik ben blij dat de verhouding met de patiëntenverenigingen is verbeterd. Dokters

'De bereidheid om in elkaar te investeren moet je telkens opnieuw bevechten'



en patiënten zijn elkaars bondgenoten. Samen zijn ze onverslaanbaar.'

De nieuwe voorzitter van de Federatie, Marcel Daniëls, is cardioloog. Waarom heeft de Federatie als opvolger voor een dokter gekozen?

'Ik kan die keuze goed begrijpen. De beeldvorming over medisch specialisten is anders dan zes jaar geleden. De thema's zijn ook anders. Ik kan me goed voorstellen dat je dan andere keuzes maakt. Maar je moet niet veralgemeniseren. Een buitenstaander is niet per se beter dan een dokter en vice versa. Je moet je overwegingen laten afhangen van de uitdagingen die zich op dat moment voordoen. Die uitdagingen zijn nu anders dan toen ik aantrad.'

Over nieuwe uitdagingen gesproken: er komen verkiezingen aan. Komt er een Hoofdlijnenakkoord met het nieuwe kabinet?

'Dat is aan het nieuwe bestuur en de nieuwe voorzitter, maar we hebben wel al uitgesproken dat de Federatie beschikbaar is. Zo'n akkoord geeft ons de mogelijkheid om invloed uit te oefenen op de politieke agenda. Dat willen we uiteraard graag.'

Wat die politieke agenda betreft: veel politieke partijen willen dat alle medisch specialisten in loondienst komen. Wat vindt u daarvan?

'Ik ben oprecht verbaasd dat dit onderwerp telkens weer oppopt. Volgens mij zijn er belangrijker onderwerpen te bespreken. Enkele jaren geleden kon ik me iets bij deze discussie voorstellen. De inkomens van sommige vrije beroepers waren toen te hoog. Nu niet meer. Mijn vraag is dan: voor welk probleem is dit een antwoord? En weet wat je overhoop haalt. Het betekent dat je alle medisch specialisten in vrij beroep moet onteigenen. Dat kost miljarden.'

Wat is het standpunt van de Federatie?

'Ons standpunt is: laat medisch specialisten hun eigen afweging maken. Dat werkt het beste. Er zijn medisch specialisten die houden van het ondernemerschap, andere specialisten zitten niet te wachten op al die risico's en investeringen. Die willen gewoon hun werk doen. De een is beter af in vrij beroep, de ander is meer gebaat bij een vast dienstverband.'

U zegt: er zijn belangrijker onderwerpen. Welke zijn dat?

'Dé kernopgave is: hoe houden we de gezondheidszorg in Nederland – die internationaal van hoge kwaliteit is – toegankelijk en betaalbaar.'

Heeft u als scheidend voorzitter nog een advies voor de medisch specialisten?

'De eenheid die we met z'n allen hebben bereikt, is een kostbaar maar ook kwetsbaar bezit. Koester die verworvenheid.' ●

Fit voor 2025

Nog zeker drie kilo, zie ik met een blik op het digitale dossier van het Multidisciplinair Team Plus Patiënten. Dan is mijn patiënt *fit for surgery*. Op mijn *device* verschijnt direct een melding dat bij viereenhalve kilo gewichtsverlies de kans op complicaties het laagst is. Een *pop-up* tijdschema toont hoelang het duurt om dat gewicht te bereiken.

Aan mij om een optimum te kiezen voor het moment van de bariatrische ingreep met de micro-robot, samen met de patiënt die via een hologram-beeld in 3D tegenover mij is geprojecteerd. 'De diëtiste heeft mijn supermarkt-app zo ingesteld dat die geen suikerrijke producten meer toont, en mijn boodschappen worden dagelijks in afgepaste hoeveelheden per drone bezorgd', vertelt hij. 'Inmiddels ben ik 26 kilo kwijt. Misschien kan ik volgende keer wel live op consult komen.'

Of ik aan het dagdromen ben? Nee hoor, al deze mogelijkheden zijn er al of komen eraan. Zeker in 2025 – de horizon van het binnenkort te verschijnen visiedocument *De Medisch Specialist 2025*. Om ook straks dokters van nu te blijven, richt de Federatie haar blik op die 'verre' toekomst. Wat vragen patiënten van ons, wat verwacht de maatschappij, en wat kunnen we betekenen op het gebied van gezondheid bevorderen, uiteraard in samenwerking met andere zorgprofessionals?

De belangrijkste boodschap die voor mij uit dat visiedocument spreekt, is: laten wij onze toekomst zelf blijven vormgeven. Niet dingen je laten overkomen, maar aan het roer blijven door samen te werken. Door plezier in je vak te houden, te praten over de inhoud en met elkaar in gesprek te blijven over de vraag hoe we patiënten en de zorg beter maken. Dat begint met nadenken over waar je vak naartoe gaat, hoe je vindt dat de zorg eruit moet zien en daar je verantwoordelijkheid voor te nemen. Met zulke ambities krijg je zin in de toekomst.

Huib Cense, chirurg en vicevoorzitter van de Federatie Medisch Specialisten

Na een medisch incident

Wie zorgt er voor de dokter?

Bij een incident in het ziekenhuis is de patiënt het eerste slachtoffer. Maar vaak is de arts 'second victim': hij of zij kan lichamelijke en psychische klachten krijgen en de onbedoelde gebeurtenis kan grote impact hebben op het persoonlijk en professioneel leven. Medisch specialisten Hans Ablij en Liesbeth Jansen kunnen erover meepraten.

'Je verwacht niet dat je voor de tuchtrechter komt'

Hans Ablij is internist en werkt in het Alrijne Ziekenhuis. In 2012 liep er een tuchtzaak waarvoor hij uiteindelijk een waarschuwing kreeg.



Collegiale steun

Opvang na een medisch incident is nog lang geen gemeengoed in de zorg, maar er ontstaan wel steeds meer initiatieven voor begeleiding bij de emotionele nasleep van een incident. Zo biedt een groeiend aantal ziekenhuizen een vorm van collegiale steun of *peer support*. Hierbij neemt een team van collega-artsen en verpleegkundigen na een calamiteit contact op met de betrokken zorgverlener met de vraag hoe hij of zij zich voelt en of er behoefte is erover te praten: nu, of op een later moment. Het *peer support*-team onthoudt zich van een oordeel over de situatie, maar is louter gericht op opvang en steun.

'Vijf jaar geleden had ik een patiënte die kampte met ijzergebrek. De standaardprocedure is een dikkedarm- en maagonderzoek, om te kijken of er ergens sprake is van bloedverlies. Het maagonderzoek toonde geen bijzonderheden aan. Bij de dunne darm waren wat oppervlakkige vaatjes te zien die erom bekend staan snel te bloeden bij gebruik van bloedverdunners. Een aanvullend dikkedarmonderzoek leek me daarom onnodig, ook omdat de patiënte een half jaar daarvoor hetzelfde onderzoek had gehad en toen niets werd gevonden. Twee maanden later kwam diezelfde patiënte terug met buikklachten. Ze bleek een enorme tumor in haar dikke darm te hebben.'

Gesprek onmogelijk

'De patiënte was boos omdat ik geen aanvullend darmonderzoek had gedaan. Een gesprek was

eigenlijk niet mogelijk en de patiënte liet doorschemeren dat ze naar het tuchtcollege zou stappen. Dat had grote impact op mij. Als dokter handel je naar eer en geweten en verwacht je niet dat je ineens voor de tuchtrechter komt. Het hele proces duurde zes maanden. Ik lag nachtenlang wakker, was uitermate somber, ook op mijn werk. Het was niet dat ik disfunctioneerde, maar ik presteerde minder en werkte soms op de automatische piloot. Bovendien viel ik direct in overdiagnostiek: ik deed veel meer scopies om maar niets over het hoofd te zien. Schuldig voelde ik me ook. Anderzijds: de geneeskunde is geen exacte wetenschap. Toch denken mensen vaak dat de geneeskunde een wiskundige zekerheid geeft. Wat dat betreft begreep ik de boosheid van de patiënte wel. Wat ik niet snapte, is dat we het niet samen hadden kunnen oplossen.'



'Zorg voor elkaar'

Mariëlle van Pampus is perinatoloog in het OLVG in Amsterdam. Ook is ze oprichter en voorzitter van de commissie Collegiale Ondersteuning van de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie & Gynaecologie (NVOG).

Hoe ga je er als medisch specialist mee om als je iets ingrijpends meemaakt?

'In 2014 heeft de NVOG een enquête gehouden onder haar leden over het effect van ingrijpende gebeurtenissen op de werkvloer. Er zijn natuurlijk veel manieren om ermee om te gaan, bijvoorbeeld door te sporten, afleiding te zoeken, of te praten met een psycholoog of familielid. Uit de enquête blijkt echter dat het merendeel van de gynaecologen grote waarde hecht aan collegiale opvang.'

Hoe kun je collega's ondersteunen?

'Vraag hoe het gaat, of wijs diegene op *peer support*. De ervaring is dat specialisten en aios – vaak uit schaamte – zelf geen hulp zoeken. Er zijn steeds meer afdelingen die collegiale commissies oprichten in het geval van calamiteiten. Zo heeft het OLVG twee coaches die gespecialiseerd zijn in collegiale ondersteuning. Daarnaast zie je dat het onderwerp 'zorg voor elkaar' steeds vaker op de agenda staat tijdens vakgroepvergaderingen. Een goede manier om het onderwerp bespreekbaar te maken.'

Waarschuwing

'Het tuchtcollege oordeelde dat ik het dikke-darmonderzoek over had moeten doen, temeer omdat dit min of meer het advies was van de MDL-arts die het maagonderzoek had gedaan en de videocapsule van de dunne darm had beoordeeld. Het bleef bij een waarschuwing, één waarmee ik goed kon leven. Na die uitspraak ging ik – van de één op de andere dag – weer met plezier naar mijn werk. Het was een opluchting.'

Relativeringsvermogen

'Collega's steunden me, maar professionele hulp was er niet. Al moet ik bekennen dat ik er ook niet om heb gevraagd. Ik hoop dat als ik een ooit dergelijke situatie opnieuw meemaak – die angst blijft altijd – ik wel om *peer support* zou vragen. Vooral omdat je tijdens een tuchtzaak je relativeringsvermogen verliest. Ik twijfelde zelfs of ik moest doorgaan met mijn vak. Dat zijn disproportionele gevoelens voor de eventuele consequenties die volgen. Helemaal omdat ik er uiteindelijk veel van heb geleerd en er beter ben uitgekomen. Middels collegiale ondersteuning kun je die kant wat meer belichten. Een tuchtzaak is in beginsel negatief, maar kan iets positiefs opleveren.' ►





‘Dat ik het bespreekbaar kon maken, bood veel steun’

Liesbeth Jansen is chirurg-oncoloog en werkt in het UMCG. Ze kreeg te maken met twee tuchtzaken. Geen enkele klacht werd gegrond verklaard.

‘Tijdens mijn opleiding kreeg ik te maken met mijn eerste tuchtzak. Dat die relatief simpele ingreep kon leiden tot een tweeënhalve jaar durende kwestie mét hoger beroep, bezorgde me veel stress. Ik beseftte pas hoe zwaar het was geweest toen ik een paar jaar geleden opnieuw bericht kreeg van het medisch tuchtcollege. Het ging om een patiënt die was overleden aan het gevolg van een complicatie na de operatie. Bij het lezen van die brief moest ik huilen. Ik vond het afschuwelijk dat die patiënt was overleden en had er met collega’s al uitgebreid over gesproken. Maar ik was ook boos dat ik wéér zo’n langdurig proces moest doorlopen,

dat wéér invloed zou hebben op mijn privéleven.’

Twijfel

‘Ook ging ik twijfelen aan mijn eigen handelen. Had ik een fout gemaakt? Ik wilde dit proces niet – zoals de vorige keer – alleen doorlopen en belde mijn toenmalige afdelingshoofd. De zaken waaraan ik twijfelde, waren volgens hem niet terecht. Ook collega’s steunden me. Van hen kreeg ik bovendien de ruimte om werktijd aan deze zaak te besteden, zodat ik mijn privéleven minder hoefde te belasten. Dat gaf lucht.

Mijn werk ben ik gewoon blijven doen. Wel was ik bij soortgelijke

operaties angstiger om bepaalde stappen te zetten. Wat als dezelfde complicatie op zou treden? De eerste keer vroeg ik aan een collega of hij wilde kijken of ik alles goed had gedaan. Hij vond het geen enkel probleem. Dat begrip was zó prettig. In de periode daarna bleef ik onrustig tijdens dergelijke ingrepen, maar dat ving ik op door bepaalde handelingen dubbel te checken.’

Veel steun

‘Tijdens een complicatiebespreking met zestig collega’s beschreef ik mijn eigen casus en vertelde ik over de aanklacht bij het tuchtcollege. Het werd ijsig stil in de zaal. In de periode erna kreeg ik talloze reacties van collega’s die ook te maken hadden gehad met een klacht die veel effect op hen had gehad. Ik merkte dat men het prettig vond erover te praten. Andere collega’s vonden het goed dat ik het onderwerp bespreekbaar had gemaakt. Dat bood steun.’

Op weg helpen

‘Er speelt momenteel een derde kwestie, maar deze keer is een rechtsgang voorkomen. Ik heb inmiddels een aversie tegen het juridische proces dat in gang kan worden gezet bij een klacht, omdat verdriet de aanleiding is. Daarom heb ik met de commissie calamiteiten patiëntenzorg van het UMCG veel tijd gestoken in intern onderzoek en familiegesprekken. Anderen wil ik hetzelfde meegeven. Zelfs als het rouwproces van de familie misschien door het handelen van de arts is ontstaan, kun je als hulpverlener alsnog mensen op weg helpen.’ ●

FAQ en stappenplan

Er kan onduidelijkheid bestaan of een onbedoelde gebeurtenis een calamiteit is of niet. Daarom heeft de Federatie de *FAQ Melden onbedoelde gebeurtenissen en uitkomsten van zorg door medisch specialisten* gemaakt. Deze FAQ (Frequently Asked Questions, een lijst met de meest gestelde vragen) biedt houvast bij een onbedoelde gebeurtenis of uitkomst van zorg. De complete FAQ – inclusief stappenplan – is te vinden via demedischspecialist.nl/openheid-onverwachte-uitkomsten.



‘Gelijkwaardig gesprek tussen arts en patiënt is een illusie’

De campagne ‘Betere zorg begint met een goed gesprek’ is in volle gang. Een van de onderwerpen van de campagne is een gelijkwaardig gesprek tussen arts en patiënt over de beslissing van de medische behandeling. Maar kan dat wel?



Hans-André Schuppers, kinderorthopedisch chirurg bij ZGT in Hengelo en Almelo en vicevoorzitter van de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV):

‘Een gelijkwaardig gesprek is een mooi uitgangspunt, maar in de praktijk meestal een illusie. Dit komt door het ongelijke niveau in kennis en ervaring. Het voorstellingsvermogen van de arts reikt dikwijls verder dan dat van de patiënt. Patiënten kunnen niet altijd alle gevolgen overzien; denk alleen al aan wat blijven roken kan doen bij een afgezet been. Sommigen krijgen moeilijk inzicht omdat ze een laag opleidingsniveau hebben, anderen omdat ze bijvoorbeeld amper Nederlands verstaan, erg jong zijn of niet gemotiveerd zijn zich uitvoering te verdiepen.’

De Patiëntenfederatie stelt in een enquête dat zeventig procent van de mensen graag wil meebeslissen. Maar dit zijn wel mensen die zich actief hebben aangemeld voor hun Zorgpanel. In Twente, waar ik werk, willen mensen vaak liever een helder advies van mij en vragen wat ik zou doen in hun geval. Zelf ben ik ook af en toe patiënt en dan merk ik hoe complex medische informatie kan zijn. Wij artsen onderschatten de impact van een bezoek aan de specialist, en hebben de neiging patiënten te overspoelen met informatie. Dat levert bij hen soms juist meer stress op. Bij Samen Beslissen moet je je als arts realiseren dat je nooit een gelijkwaardige positie hebt.’



Titia Vriesendorp, internist-endocrinoloog bij Isala in Zwolle:

‘Samen beslissen is absoluut geen illusie, maar een noodzaak. Zeker bij mijn patiëntengroep, mensen met diabetes die zelf verantwoordelijk zijn voor het slagen van hun behandeling. Ik zie bijvoorbeeld veel jongeren die vaak moeten meten en spuiten. Die hoef ik niets op te leggen. Een jonge vrouw zei ooit tegen mij: ‘Doe het lekker zelf, als je het zo goed weet’. Ze had helemaal gelijk. Het slagen van de behandeling hangt sterk samen met de motivatie van de patiënt, dus daar richt ik me op. Ik ga in gesprek en probeer uit te zoeken wat iemand beweegt, op één lijn te komen en dan samen een behandeldoel vast te stellen. Als ik die connectie voel, ben ik tevreden.’

De schaduwkant van alle openheid is dat je soms onnodig onrust veroorzaakt, dus je moet niet klakkeloos al je kennis over mensen uitstorten. Bij iedere patiënt probeer ik in te schatten wat hij of zij aankan, snapt en wil weten. En als mensen keuzestress ervaren, benoem ik dat en bespreken we rustig alle mogelijkheden. Dat kost dan op dat moment extra tijd, maar bespaart veel tijd en energie later in het traject. Voor iedereen is samen beslissen mogelijk, mits je inleeft in je gesprekspartner.’

 Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie Medisch Specialisten voeren samen met de NVZ en NFU de campagne ‘Betere zorg begint met een goed gesprek’ om artsen en patiënten te helpen samen te beslissen over de medische behandeling. Meer informatie: www.begineengoedgesprek.nl en www.demedischspecialist.nl/samen-beslissen.

Overheveling van de jeugd-ggz

De kinderen zijn de dupe

Alle vormen van jeugdzorg vallen sinds 1 januari 2015 onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten. Ook de jeugd-ggz. Hoe verloopt de overheveling daarvan in de praktijk, nu we bijna twee jaar verder zijn? 'Dit draait uit op een mislukking.'

Sinds 1 januari 2015 heeft hij slechts één verwijzing gehad van een buurtteam. René Zijlstra, kinder- en jeugdpsychiater in Utrecht, kan het zelf haast niet geloven. Want de bedoeling van de overheveling van de jeugd-ggz was nu juist de zorg dicht bij huis brengen en aansluiten op de hulpvraag van patiënt en ouders. En: betere samenwerking tussen professionals in de wijk. Om precies die redenen begon Zijlstra een paar jaar geleden

ook zijn vrijgevestigde praktijk. 'Oud-Hoograven is een leuke wijk, dicht bij het winkelcentrum en gratis parkeren. Mensen lopen spontaan binnen of brengen zelf de verwijfsbrief langs.' Hij wil maar zeggen: de overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten heeft beslist positieve kanten. 'De bedoeling ervan is om te decentraliseren. Dat vind ik een goed idee.'



Dubbele pet

De visie deugt, maar de uitvoering is een ander verhaal. 'Zowel indicering, financiering als behandeling zijn in handen van één instantie, de gemeente,' legt Zijlstra uit. 'De ene keer onderhandel ik met gemeenten over zorgbudgetten, de andere keer over de behandeling van patiënten. Dat botst.' Want gemeenten bieden zelf ook zorg en behandeling, via de buurt- of sociale wijkteams. Zij kunnen, net als de huisarts, wel verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiater voor medisch-specialistische zorg. 'Utrecht telt achttien sociale wijkteams. Je zou verwachten dat ik van hen net zoveel verwijzingen zou krijgen als van de huisarts. Maar van mijn patiënten komt 99 procent via de huisarts. Dat is opmerkelijk. Het doel van de overheveling is de jeugdzorg lokaal te organiseren, maar vervolgens weten de buurtteams me niet te vinden.'

Zijlstra weet niet hoe dat komt. Zijn contact met de gemeente Utrecht is goed. 'Misschien kennen de buurtteams me niet, maar dat geloof ik niet. Of ze houden veel zorg bij zichzelf. Wat ook kan, is dat ze niet zijn getraind in het onderkennen van kinder- en jeugdpsychiatrische stoornissen. Ik ken verhalen van sociale wijkteammedewerkers die bij een kind met een angststoornis als advies geven: doe het kind op een vechtsport, dan leert het flinker te worden. Dat stemt niet hoopvol.'

Financiële overwegingen spelen mogelijk ook een rol. 'Minder dure specialistische zorg, dat is het uitgangspunt van de *Memorie van Toelichting* bij de Jeugdwet. Ik vermoed dat buurtteams dat goed in hun oren hebben geknoopt. Gemeenten zijn daarom terughoudend met de inzet van kinder- en jeugdpsychiatrie, omdat ze dit als relatief duur beschouwen. Dat is de spagaat waarin de gemeente verkeert. Ze heeft zorgplicht, maar tegelijkertijd budgetverantwoordelijkheid.' ▶

NVvP: 'Kwaliteit en toegang tot zorg onder druk'

De overheveling van de jeugd-ggz naar de gemeenten leidt tot versnippering, stelt Robert Vermeiren, kinder- en jeugdpsychiater bij Curium en voorzitter van de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP).

'Elk van de 390 gemeenten voert het beleid op haar eigen manier uit. Vanuit de NVvP zien we wel dat veel gemeenten denken vanuit een integrale zorgvisie. Dat is goed nieuws, maar er zijn te veel gemeenten en dat leidt tot knelpunten. Zo verschilt de bekostiging per gemeente. Daarnaast hebben gemeenten onvoldoende zorgbudget. Daardoor lopen de wachtlijsten snel op en wisselt de wachttijd per gemeente. Hoe snel en welke hulp een kind krijgt, hangt dus af van waar het woont. Dat is rechtsongelijkheid en druist in tegen de Rechten van het Kind.'

Ook plaatst Vermeiren vraagtekens bij het functioneren van de sociale wijkteams. 'Er werken vaak professionals die niet zijn opgeleid om kinderpsychiatrische problemen te onderkennen, laat staan te verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiater. Ook hebben zij geen medisch beroepsgeheim en weten we niet hoe zij met vertrouwelijke informatie omgaan. Bovendien worden professionele standaarden, bijvoorbeeld voor triage of de basisdiagnostiek en -behandeling, niet landelijk gebruikt.'

Vermeiren maakt zich zorgen. 'De kwaliteit van en toegang tot de gezondheidszorg staan momenteel onder druk. De NVvP pleit met een manifest aan de politiek voor landelijke kwaliteitsstandaarden en afspraken over bekostiging en administratie. Als dat niet gebeurt, ben ik ervan overtuigd dat de overheveling wordt teruggedraaid. Zoals het nu gaat, draait het uit op een mislukking.'

'Gemeenten zeggen dat het kind centraal staat, maar primair draait het om kostenbeheersing'



Wat is er veranderd?

Het bestaande jeugdzorgsysteem was ingewikkeld en versnipperd, met veel indicatiestellingen en financieringsstromen. Daarom besloot de overheid de Jeugdwet aan te passen. Sinds de stelselwijziging per 1 januari 2015 zijn gemeenten verantwoordelijk voor alle (geïndiceerde) jeugdzorg, en niet langer rijk, provincies en zorgverzekeraars. Het doel: de verkokerde manier van werken in de jeugdhulp terugdringen, een integrale aanpak mogelijk maken en minder druk op de gespecialiseerde jeugdzorg.

De overheveling van de jeugd-ggz is van meet af aan een groot discussiepunt geweest. Een belangrijk bezwaar is dat de jeugd-ggz onder de gezondheidszorg valt en onderdeel moet blijven van het recht op medische zorg, verankerd in de Zorgverzekeringswet. Ook werd er gewaarschuwd voor de verschillen per gemeente en problemen met budgetten en de privacy. Een andere zorg is dat er expertise verloren gaat, onder andere door de knip met de volwassen-ggz die wel onderdeel is gebleven van de Zorgverzekeringswet.



Administratielast

Het leidt ertoe, valt Zijlstra op, dat ouders steeds vaker zelf het initiatief nemen om hun kind te laten verwijzen. 'Dat is een tendens die min of meer wordt afgedwongen door de Jeugdwet. Ik krijg regelmatig ouders aan de telefoon die me vragen: meneer Zijlstra, het gaat niet goed met ons kind. Wat kunnen we doen om bij u in behandeling te komen?'

Ouders moeten dan een beschikking aanvragen bij de gemeente. Pas als die wordt afgegeven, mag Zijlstra hulp verlenen. Zo'n beschikking en de bijbehorende papieren rompslomp vormen onderdeel van de dagelijkse administratielast van Zijlstra en zijn team. 'Ik heb contractafspraken met 28 gemeenten. Ik heb extra personeel moeten aannemen om alle administratie bij te houden. Gemeenten willen – anders dan zorgverzekeraars – *on the spot* weten wat de behandeling hen kost. Er heerst een enorme verantwoordingscultuur. Het systeem is *financial driven*. Gemeenten zeggen dat het kind centraal staat, maar primair het draait om kostenbeheersing.'

Die 28 gemeenten hanteren ook allemaal verschillende tarieven. Waarbij de tarieven van gemeente A soms twintig procent lager liggen dan die van gemeente B. 'Ik heb daarom liever aanmeldingen uit gemeente B dan gemeente A. Sommige gemeenten lever ik sowieso geen zorg meer. Daar verlies ik alleen maar op. Ik verwacht dat andere zorgaanbieders die keuze ook gaan maken. De kinderen zijn daarvan de dupe, zij krijgen geen hulp meer. Ik vrees dat het die kant op gaat.' ●

VWS: 'Nog te vroeg om te somberen'

Staatssecretaris Martin van Rijn: 'Ik begrijp de zorgen vanuit de sector. De omslag die we maken is niet gering. Maar we moeten wel voldoende oog houden op waar we dit voor doen: betere zorg, hulp en ondersteuning voor kinderen en ouders die dat nodig hebben. Het is te vroeg om ervan uit te gaan dat het allemaal vanzelf wel goed komt. Maar het is ook nog te vroeg om te somberen. We komen uit een situatie waarin er een grote kloof bestond tussen de traditionele jeugdzorg en de jeugdpsychiatrie. Die kloof hebben we niet zomaar gedicht. Daar is veel tijd en hard werken voor nodig.'

Tegelijkertijd zie ik nieuwe initiatieven ontstaan, bijvoorbeeld in de FACT-jeugdteams waarin kinder- en jeugdpsychiatrie, jeugd-ggz, jeugd- en opvoedhulp, zorg voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en verslavingszorg samenwerken om kinderen en gezinnen met multi-problemen zo goed mogelijk te helpen. Dat is echte winst waar kinderen nu de vruchten van plukken.'

Waarom richtlijnen volgen geen kookboekgeneeskunde is

Samen de standaard zetten

Als lid en later voorzitter van de adviescommissie Richtlijnen van de Federatie zette klinisch geriater Arend Arends zich de afgelopen zes jaar in met hart en ziel in voor de verbetering en vooral voor betere implementatie van richtlijnen. In oktober nam hij afscheid. 'Richtlijnen naast je neerleggen kan écht niet.'

Hoe bent u betrokken geraakt bij het ontwikkelen van richtlijnen?

'Als je eenmaal besmet bent met het 'virus' van kwaliteitsontwikkeling, blijft dat je trekken. Binnen mijn eigen vereniging vielen richtlijnen al onder mijn portefeuille en toen ik werd gevraagd om lid te worden van de adviescommissie Richtlijnen van de Federatie, heb ik geen moment getwijfeld. Ik was blij om wat dichterbij het vuur te zitten en zo de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te kunnen tillen. Van het werk dat ik verricht in de commissie, profiteren veel meer patiënten dan alleen degenen die ik in de spreekkamer zie.'

Wat heeft de medisch specialist aan al die richtlijnen?

'Medische kennis groeit zó snel, dat het voor de individuele specialist niet meer bij te houden is. Dankzij richtlijnen krijgen artsen op een overzichtelijke manier antwoord op klinische vragen, naar nieuwe inzichten en de laatste stand van de medische wetenschap. Daarnaast zijn we voortdurend bezig om richtlijnen te verbeteren en te actualiseren. Zo bestaat sinds twee jaar de *Richtlijnendatabase*, ontwikkeld met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie. De informatie op de (mobiele) website www.richtlijnendatabase.nl is actueel, beknopt en duidelijk geformuleerd. ▶



Arend Arends:

'Je bent het aan de patiënt én aan je beroepsgroep verplicht om te handelen naar de laatste stand van wetenschap en praktijk'

Geen documenten van honderden pagina's, maar overzichtelijke teksten die bestaan uit enkele alinea's, dus geschikt voor scherm en smartphone. Bovendien is alle informatie aan elkaar gekoppeld. Een voorbeeld: in het verleden waren er verschillende richtlijnen voor de behandeling van longembolie. Nu is er één richtlijn die bestaat uit submodules, met een uitgangsvraag, een aanbeveling, de onderbouwing en overwegingen. Die opzet vergemakkelijkt de integratie tussen richtlijnen en maakt onderlinge verwijzing mogelijk.'

Een punt van kritiek is de vindbaarheid van deze Richtlijndatabase. Hoe ervaart u dit?

'Het maken van de database was een nogal omvangrijk proces. Je wilt dat de kwaliteit van de content hoog is, dus moet je met alle wetenschappelijke verenigingen in gesprek over welke richtlijnen wel of niet in de database komen. Inmiddels zijn we zover dat de meeste richtlijnen zijn opgenomen en denken we na over manieren om de bekendheid van de Richtlijndatabase te vergroten.'

Een andere, veelgehoorde opmerking is dat het vaak lang duurt voordat richtlijnen verschijnen. Of dat richtlijnen een snelle implementatie van nieuwe zorg in de weg staan. Hoe kijkt u hier tegenaan?

'Die kritiek deel ik in zekere zin wel. Voorheen duurde het vaak twee tot drie jaar, maar als er nu nieuwe, wetenschappelijke gegevens bekend worden, hoeft alleen de betreffende module te worden aangepast.

Aan de andere kant maak je een richtlijn niet op basis van één nieuw onderzoek. Je hebt meerdere onderzoeken nodig voor je kunt zeggen: dit moet de nieuwe stand van zaken worden. Dat is soms lastig, ook omdat zorgverzekeraars geneigd zijn bepaalde innovatieve behandelingen of geneesmiddelen pas te vergoeden als het in een richtlijn is opgenomen. Maar een richtlijn is niet het geschikte document om innovatie te financieren. Tijd blijft dus nodig.'

Er circuleren in de praktijk vaak ook meerdere versies van richtlijnen. Hoe is dat te voorkomen?

'Dat is simpel: op de Richtlijndatabase staat altijd de meest actuele versie.'

Hoe dwingend is een richtlijn eigenlijk?

'Richtlijnen hebben een juridische basis. Als het niet goed gaat met een patiënt en je hebt je niet aan de richtlijn gehouden, dan heb je wat uit te leggen. Natuurlijk komt het ook voor dat een arts zich wél aan de richtlijn heeft gehouden en er achteraf twijfel bestaat over diens handelswijze, maar primair moeten specialisten de richtlijn volgen. Sommige artsen vrezen voor kookboekgeneeskunde. Daarvan is echter geenszins sprake. Er is immers altijd een clause opgenomen dat je van de richtlijn moét afwijken als je kunt beargumenteren dat dit in het belang is van goede patiëntenzorg of de omstandigheden dat vereisen. Wat dat betreft blijft geneeskunde maatwerk.'



Wat gebeurt er als de ontwikkeling van een richtlijn stagneert?

'Dat komt eigenlijk niet voor wanneer je het proces van richtlijnontwikkeling goed inricht. Daarmee bedoel ik dat alle beroepsverenigingen betrokken zijn, het mandaat is geregeld en dat de wetenschappelijke vereniging commentaar kan leveren. Het is echter weleens voorgekomen dat het proces minder soepel is verlopen. Om die reden heeft de Raad Kwaliteit van de Federatie een escalatieprocedure opgesteld: indien een beroepsgroep er niet uitkomt, kan zij een beroep doen op de adviescommissie Richtlijnen om met partijen in gesprek te gaan en zo tot overeenstemming te komen. En heel soms stagneert het tóch, zoals bij de richtlijn IC. Uiteindelijk heeft toen Zorginstituut Nederland een richtlijn vastgesteld. Eigenlijk is niemand blij met dat resultaat, maar dat kan dus gebeuren als je er met elkaar niet uitkomt. Mijn advies is dan ook om altijd met elkaar in gesprek te blijven. Dan kom je tot een beter resultaat dan wanneer een externe partij beslist.'

Terugkijkend op de afgelopen zes jaar: waar bent u trots op?

'Op het basisdocument *Medisch specialistische richtlijnen 2.0*, dat nu vijf jaar bestaat. Dat stuk is onder mijn voorganger afgerond, maar ik ben er vanaf het begin bij betrokken geweest. Sinds de eerste versie uit 2011 wordt het beleid regelmatig geëvalueerd en wordt het document daarop aangepast en uitgebreid. Daarnaast ben ik trots op de Richtlijnen-database en op het modulaire onderhoud van richtlijnen. Natuurlijk is er nog veel meer, maar dit zijn drie belangrijke zaken waar dokters in de spreekkamer direct iets mee kunnen.'

En welke zaken hebben u gefrustreerd?

'Het implementatieproces van richtlijnen blijft lastig. Om die reden is twee jaar geleden een groot implementatieproject gestart. Wat ik vooral frustrerend vind, is dat er nog steeds medisch specialisten zijn die denken: ik weet het beter dan mijn beroepsgroep. Dat is namelijk wat je zegt als je richtlijnen naast je neerlegt. Dat kan écht niet. We zijn het aan onze beroepsgroep en patiënten verplicht om de beste zorg te leveren. Richtlijnen zijn daarvoor de basis. Uiteraard kijk je per patiënt hoe je deze het beste kunt toepassen, maar je kunt informatie niet zomaar naast je neerleggen omdat het 'slechts' een richtlijn is. Dan ben je in mijn ogen niet beter dan een kwakzalver.'

Kunt u een voorbeeld geven van een richtlijn die al wel goed wordt gebruikt in de praktijk?

'De richtlijn darmkanker. Deze is gekoppeld aan de door medisch specialisten gemaakte kwaliteitsregistratie en daardoor krijgt de medisch specialist een continue terugkoppeling over hoe diens zorg zich verhoudt tot de zorg van collega's in Nederland. Die koppeling maant je om je aan de richtlijn te houden, want anders lever je mindere zorg en dat wil je niet. Overigens



'Aan de Richtlijnen-database heb je direct iets in de spreekkamer'

komen door de koppeling ook nieuwe gegevens naar voren. Zo viel bijvoorbeeld op dat hoogbejaarde patiënten het slechter deden dan jongere patiënten. Dat heeft geleid tot een aanvulling in de richtlijn én in de kwaliteitsregistratie om oudere patiënten op een andere manier te behandelen.'

Tot slot: welke uitdagingen liggen er voor uw opvolger?

'De verdere implementatie en het gebruik van de Richtlijnen-database, evenals het op een efficiënte manier blijven ontwikkelen van richtlijnen. Tot slot moet het nieuwe document *Medisch specialistische richtlijnen 2.X* – een dynamisch document waarin adviezen steeds worden aangepast en dat continu beschikbaar is – goed worden vormgegeven.' ●



Het Kennisinstituut van de Federatie adviseert en ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij richtlijnontwikkeling en beheert de Richtlijnen-database. Informatie over wat het Kennisinstituut voor uw vereniging kan betekenen, vindt u op: www.kennisinstituut.nl. De Richtlijnen-database vindt u op: <https://richtlijnen-database.nl>.

‘Structurele zorg is nodig na ernstig incident’

In de documentaire *De dokter onder vuur* van filmmaker Frans Bromet vertellen zeven medisch specialisten, waaronder Hans Ablij en Liesbeth Jansen (zie pag. 16), openhartig over de impact van een ernstig incident tijdens het zorgproces. De Federatie was betrokken bij de totstandkoming van deze indringende documentaire.

Aanleiding

Het idee van Frans Bromet om een documentaire te maken vanuit het perspectief van de dokter, werd door de Federatie positief ontvangen, vertelt manager communicatie Lilian Jansen van de Federatie. ‘Al langer wilde de Federatie anticiperen op de enorme media-aandacht over calamiteiten in

de zorg. Programma’s als ZEMBLA en Argos hebben meerdere uitzendingen gemaakt waarin de nadruk vooral lag op wat een calamiteit met de patiënt doet. Volkomen begrijpelijk natuurlijk, maar zo’n gebeurtenis kan ook de medisch specialist enorm raken. Deze documentaire was voor ons een goede kans om juist die kant te laten zien.’

Werkwijze

Het eerste contact tussen Frans Bromet en de Federatie vond plaats in de vorm van een achtergrondgesprek. Jansen: ‘De redactie van het programma vroeg ons om hulp bij de zoektocht naar medisch specialisten die hun verhaal wilden doen. Daarnaast waren ze benieuwd of de Federatie zelf iets wilde doen met het onderwerp.’ Die animo was er zeker en al snel werd – in samenspraak met het bestuur – besloten tot een enquête. Bijna achttienhonderd medisch specialisten vulden die in.

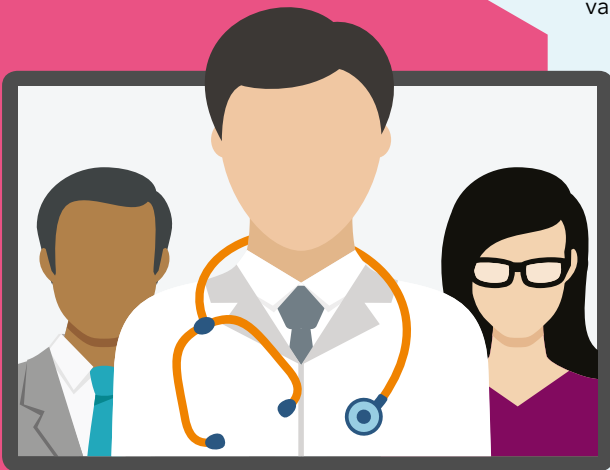
De resultaten waren ontluisterend, vertelt Jansen. ‘We vermoedden al wel dat ernstige incidenten tijdens het zorgproces grote impact hebben op de medisch specialist. Maar we wisten niet in welke mate. Daar kwamen we pas achter na het lezen van de open antwoorden. Voor de ene arts voelde het als falen, terwijl de ander aan zichzelf ging twijfelen. Sommige specialisten waren weken,

soms maanden, van slag. Dat het zó heftig was, kwam als een verrassing.’

Vooraf werd besproken dat de enquêteresultaten op de dag van de uitzending naar buiten werden gebracht. Jansen: ‘Zo konden we naar elkaar verwijzen en meer aandacht voor het onderwerp genereren.’ Daarnaast schoof voorzitter Frank de Grave – samen met medisch specialist Hans Ablij uit de documentaire – aan bij Radio 1-programma *De Ochtend* om de vooruit te blikken op de documentaire en de enquêtecijfers te bespreken.

Resultaat

Hoewel uit de enquête blijkt dat medisch specialisten veel steun hebben aan collega’s en er in sommige gevallen in ziekenhuizen professionele opvang is geregeld, is er ook een grote groep voor wie dat nog niet geldt. Lilian Jansen: ‘Het merendeel van de artsen heeft behoefte aan meer structurele opvang. Als Federatie kijken we hoe we daar een bijdrage aan kunnen leveren samen met wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen, zodat we de medisch specialist concrete handvaten kunnen bieden in het geval van een ernstig incident tijdens het zorgproces.’ MD



 *De dokter onder vuur* is op 31 oktober 2016 uitgezonden bij de KRO-NCRV op NPO 2. De documentaire is nog te zien via uitzendinggemist.nl en www.2doc.nl. Het radiofragment met Frank de Grave is terug te luisteren via nporadio1.nl/gemist.

Het steeds bredere werkpalet van de ziekenhuisapotheker

Van medicijnbereider tot medebehandelaar

Alleskunnens en allesdoeners zijn het: ziekenhuisapothekers. Naast bereider en leverancier van geneesmiddelen is de moderne ziekenhuisapotheker namelijk steeds vaker ook inkoper, veiligheidsbewaker, medebehandelaar en hulpverlener.

Dé ziekenhuisapotheker bestaat niet meer. Het vak is de afgelopen jaren ingrijpend veranderd. Wel is de bereiding van medicatie nog altijd een belangrijke taak. Zeker nu regelmatig medicijnen van de markt verdwijnen, niet leverbaar zijn of uit veiligheidsoverwegingen beter in de apotheek gemaakt kunnen worden. Dan gaat de ziekenhuisapotheker zelf aan de slag voor medicatie op maat. Maar naast bereider en leverancier van geneesmiddelen is de hedendaagse ziekenhuisapotheker ook inkoper, medebehandelaar en hulpverlener. De werkhouding is er één van uitersten: dynamisch én rustig, precies én flexibel, gedegen én met een toekomstgerichte blik.

Zeventig acties

Ziekenhuisapothekers Mirjam Crul (41) van het OLVG in Amsterdam en Tjalling van der Schors (59) van het Westfries Gasthuis in Hoorn laten de diversiteit van hun vak zien. 'Ik kijk met telkens een andere bril naar de zorg: de ene keer klinisch, dan weer biologisch, farmaceutisch of procesmatig', zegt Van der Schors. 'Ik heb weleens geturfd dat ik op een dag zo'n zeventig verschillende acties uitvoer. Van heel specifiek medisch-inhoudelijk overleg tot aanschuiven bij een multidisciplinair overleg, een patiëntbespreking op de afdeling neurologie of meepraten over beleidsmatige zaken als het veranderen van protocollen.'

De werkdag begint op de afdeling nefrologie, een aandachtsgebied van Van der Schors. Hij zorgt ervoor dat nierpatiënten tijdens de dialyse worden voorzien van het zuiverste water, dat aan de hoogste kwaliteitseisen moet voldoen. 'Kijk, hier loopt het water door diverse filters, dat alle resten van bijvoorbeeld medicijnen, toxische stoffen en bacteriën eruit filtert', legt de



Tjalling van der Schors, ziekenhuisapotheker in het Westfries Gasthuis in Hoort

ziekenhuisapotheker uit, die deze activiteit dagelijks monitort.

Daarna heeft hij kort contact met de ICT-afdeling. 'Wij zijn voor de medicatie sterk afhankelijk van een goed lopend ziekenhuisinformatiesysteem. Elke insulinespuit, zak cytostatica of reumapil gaat langs ettelijke kwaliteitschecks en -controles voor hij bij de patiënt komt.' Bovendien is elke pil of spuit gelabeld sinds de komst van het elektronisch voorschrijfsysteem. Geen enkel medicijn komt daardoor ongezien het ziekenhuis in of belandt zomaar bij een patiënt. Dit elektronisch, geïntegreerd EPD werkt ondersteunend, leggen de apothekers uit. Van der Schors: 'Je kunt ons werkproces niet los zien van veiligheid. Dankzij dit systeem weten we exact wat we in huis hebben.' ▶



‘Ook de behandelend arts moet meedenken over de inkoop’

Controle en therapietrouw

In het OLVG instrueert Mirjam Crul een collega over een nieuw medicijn dat vandaag voor het eerst aan een borstkankerpatiënt wordt gegeven. Ze werkt veel voor oncologische, IC- en palliatieve patiënten. ‘Mijn takenpakket is in de loop der jaren steeds verder uitgebreid. Zo ben ik tegenwoordig altijd bij opnames aanwezig om uit te vragen welke medicatie mensen thuis innemen. Die gegevens check ik bij het Landelijk Schakelpunt. Zo’n vijftig procent van de patiënten heeft toestemming gegevens om hun actuele medicijngegevens te delen in dit netwerk voor zorgverleners. Dit vormt een extra controle dat mensen de juiste middelen en doseringen meekrijgen.’

In het adviesgesprek dat tegenwoordig standaard plaatsvindt bij ontslag, is veel aandacht voor therapietrouw. ‘Uit onderzoek blijkt therapieontrouw een lastig te bestrijden fenomeen. Mensen hebben moeite om de adviezen van de dokter precies op te volgen, zeker over een langere periode. Daarom leggen we uit welke bijwerkingen en effecten kunnen optreden’, vertelt Crul. ‘Ook vragen we uit waar de patiënt verwacht moeite te hebben met therapietrouw. Wij geven vervolgens tips over hoe iemand kan voorkomen dat het medicijn wordt vergeten. Denk bijvoorbeeld aan een *app* die mensen helpt om het



geneesmiddel op het juiste moment in te nemen. Soms ontstaat therapieontrouw omdat medicijnen van uiterlijk veranderen. Dan geven we extra uitleg, aansluitend op de behoefte van de patiënt.’

Medicijntekorten

Een noviteit in het Westfries Gasthuis is de komst van een apothekersassistent op de Spoedeisende Hulp. Sindsdien hebben artsen meer tijd om patiënten te behandelen en is het aantal medicatiefouten afgenomen. Naar die sfeer van rust streven beide apothekers op alle afdelingen waar zij actief zijn: in de poliklinische apotheek, waar patiënten hun medicijnen zelf kunnen ophalen, in de satellietapotheek waar medicatie wordt klaargemaakt, verdeeld en verspreid, en tijdens onderzoek naar het zo veilig en efficiënt mogelijk verspreiden van medicatie. Van der Schors: ‘In een rustige omgeving worden nu eenmaal minder fouten gemaakt.’

Het ‘chaotische’ magazijn is doelbewust niet op alfabet ingedeeld maar op code, zodat er bij eenzelfde merknaam (maar andere dosering) zo weinig mogelijk misgegrepen wordt. Van der Schors: ‘Door de marktontwikkelingen in de zorg moeten we scherper inkopen en snel schakelen als een medicijn ineens drie keer zo duur wordt of helemaal niet leverbaar is, tijdelijk



Mirjam Crul, ziekenhuisapotheker in het OLVG Amsterdam

‘Farmaceuten zijn vrienden noch vijanden, eerder partners’

kun je het inkopen van medicijnen ook niet alleen overlaten aan een ziekenhuisinkoper. Geneesmiddelen zijn geen pennen en potloden. Daarnaast willen we zoveel mogelijk voorkomen dat het gesprek over de kosten in de spreekkamer gevoerd moet worden. Daarvoor is het absoluut noodzakelijk dat de behandelend arts meedenkt over de inkoop. Bij het uitwerken van de integrale zorgpaden in het ziekenhuis wordt bijvoorbeeld gekeken naar de inzet van (dure) geneesmiddelen. Daarnaast bepalen de geneesmiddelcommissies in het ziekenhuis de keuzes en kiezen we binnen de therapeutische mogelijkheden voor de meest kosteneffectieve oplossing.’

Een ontwikkeling die hen stoort, is de sterk toegenomen regelgeving – met name vanuit Brussel. Crul: ‘Het is logisch dat we stevig getoetst worden, maar soms zijn de regels te streng. Om bepaalde medicijnen te krijgen, moeten we wel twintig formulieren en veertig handtekeningen inleveren. Bijzonder bewerkelijk en zeer ten nadele van de patiënt. Daar mag VWS wel wat aan doen.’

of voor langere tijd.’ Dat komt de laatste tijd steeds vaker voor, zoals recentelijk met het schildkliermedicijn Thyrax, maar ook met antibiotica, verdovingsmiddelen en medicijnen tegen borstkanker, reuma en epilepsie.

Het stijgende medicijntekort leidt regelmatig tot bange of boze patiënten die agressief kunnen reageren aan de balie. Crul: ‘De apotheek kan uitwijken naar een alternatief middel op de markt of een bereiding maken, maar dat is niet altijd een oplossing. Soms moet de patiënt dan zelf de kosten betalen omdat de zorgverzekeraar het middel niet vergoedt. Ook krijgen sommige mensen bijwerkingen of raken ze van de wisseling in de war, waardoor de therapietrouw weer in het gedrang komt. Maar eigenlijk zijn wij apothekers nu aan het eind van de keten bezig om een probleem op te lossen dat aan het begin van de keten – bij de leverancier – ontstaat. Het zou helpen als de overheid haar invloed zou aanwenden om geneesmiddeltekorten terug te dringen.’

Dure middelen

Gevraagd naar de relatie met de farmaceutische industrie is Van der Schors duidelijk: ‘Farmaceuten zijn vrienden noch vijanden, eerder partners. Onze belangen lopen ver uiteen; voor ons is winstgevendheid geen doel. Doelmatigheid en inhoud wel. Daarom

Toch houden beide apothekers intens van hun vak. Ze kiezen beiden voor de aanpak van veel open communicatie met specialisten en goed zichtbaar zijn op alle afdelingen in het ziekenhuis. Mirjam Crul: ‘Een ziekenhuisapotheker kan zijn werk alleen goed doen als hij of zij in het ziekenhuis aanwezig is, dus op de werkvloer. Denk aan advisering bij het multidisciplinair overleg met collega’s, het klaarmaken van medicatie op de afdeling of het voeren van opname- en ontslaggesprekken. Dat is onze meerwaarde. Je ziet een tendens van ziekenhuizen om in te kopen bij overkoepelende organisaties, maar een ziekenhuis zonder ziekenhuisapothek: dat bestaat niet!’ ●



Neem een kijkje in het werkveld van ziekenhuisapotheker Mirjam Crul op www.demedischspecialist.nl/ziekenhuisapothekers. Meer over federatiepartner NVZA (Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers) vindt u op: <http://nvza.nl>.



NVvN-voorzitter

Paul Depauw

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: Paul Depauw, neurochirurg in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg. Sinds afgelopen mei is hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Neurochirurgie (NVvN).

1 Voor welke uitdagingen staat de NVvN de komende jaren?

'Met 135 leden zijn we een kleine wetenschappelijke vereniging. Van die leden is slechts een klein deel actief binnen de vereniging, terwijl we wel willen professionaliseren om te reageren op alle vragen die op ons afkomen én de regie te houden over de inhoud van ons vak. We zoeken daarom naar manieren om ook jonge leden te enthousiasmeren, bijvoorbeeld door accreditatiepunten toe te kennen voor verenigingswerk.

Een andere uitdaging is hoe we de beschikbare middelen zo effectief mogelijk besteden. Neurochirurgische behandelingen kosten veel geld. Tegelijkertijd neemt het aantal mensen dat we behandelen toe, onder andere doordat mensen ouder worden. Je kunt je afvragen of we bijvoorbeeld alle patiënten van 85 jaar of ouder met een hersenbloeding moeten behandelen.'

'De Federatie kan een grote rol spelen bij financiering van kwaliteitsregistraties'

2 Welke ondersteuning kan de Federatie daarbij bieden?

'De NVvN heeft een uitstekende kwaliteitsregistratie, de *Quality Registry Neuro Surgery*. Daarmee zijn we koploper onder de medisch specialisten. De uitkomsten van deze registratie kunnen ons hopelijk helpen bij het maken van dit soort afwegingen. Maar kwaliteitsregistratie is nu vooral een monodisciplinaire aangelegenheid, terwijl wij liever overschakelen op multidisciplinaire kwaliteitsregistratie. We zouden bijvoorbeeld de behandelingen van medisch specialisten als neurologen, internisten of endocrinologen, die dezelfde patiënten behandelen, in onze kwaliteitsregistratie kunnen opnemen. Dat levert betere informatie op. Nu registreert iedereen alleen zijn eigen stukje van de behandeling en ontbreekt het overzicht over de behandeluitkomsten van ziektebeelden. De Federatie kan daarbij helpen door dit onderwerp te agenderen.'

3 Zijn er nog andere manieren waarop de NVvN kan profiteren van de samenwerking binnen de Federatie?

'Kwaliteitsregistraties zijn duur. Het kost onze vereniging elk jaar veel moeite om de financiering rond te krijgen. De vraag is of dat het werk van een wetenschappelijke vereniging zou moeten zijn. Die behoort zich met de inhoud bezig te houden in plaats van met tijdrovende onderhandelingen met raden van bestuur van ziekenhuizen. Het zou goed zijn als de Federatie dit oppakt. Die kan volgens mij een belangrijke rol spelen bij de structurele financiering van – liefst multidisciplinaire – kwaliteitsregistraties. Als we dat goed weten te organiseren, betekent dat een enorme kwaliteitsimpuls voor onze medisch-specialistische behandelingen.' **MvD**



Betere zorg begint met een goed gesprek

Samen beslissen in de spreekkamer. Dat willen patiënten, maar ook artsen. Een gelijkwaardig gesprek geeft betere zorg en een beter gevoel. Alleen gebeurt dat 'samen beslissen' nog niet vaak genoeg. Of voelt het nog niet genoeg als 'samen'. Dat kan dus beter. Een goed gesprek tussen arts en patiënt is het begin. Geïnteresseerd? Kijk dan eens op onze website voor video's en tips. www.begineengoedgesprek.nl.



Betere zorg begint met een goed gesprek

20 FEBRUARI

HET GROTE ZORGDEBAT



ZORG VOOR DE TOEKOMST

De toekomst van het Nederlandse zorgstelsel is een belangrijk thema van de Tweede Kamerverkiezingen. Tijdens Het Grote Zorgdebat worden politici voor scherpe keuzes gesteld. Hoe zorgen we dat onze gezondheidszorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar blijft?

Tweede Kamerkandidaten gaan met elkaar in debat over de toekomst van de zorg.

VOOR WIE?

Het Grote Zorgdebat is voor iedereen vrij toegankelijk die zich betrokken voelt bij de gezondheidszorg in Nederland.

Voor meer informatie en aanmelden zie www.knmg.nl/zorgdebat

Maandag 20 februari 2017 16.00-18.00 Congrescentrum NBC te Nieuwegein

GEORGANISEERD DOOR

