

de Medisch Specialist

MAART 2018
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

1

RICHTLIJN SPOEDOPERATIES

Welke operatie heeft prioriteit?

PALLIATIEVE ZORG IN HET OPLEIDINGSPLAN

Verplichte kost of vrije verdieping?

NUL IS DE NORM

Nuchtere kijk op alcohol

VGZ-bestuurder Ab Klink:

‘Inkoopcriteria kunnen enorm irritant zijn’



MANAGEMENT VOOR MEDICI

Heeft u als medicus management- of bestuurstaken, maar heeft u het gevoel dat u er te weinig van weet? Wilt u meer greep krijgen op de verhoudingen tussen alle betrokkenen in het zorgproces?

De postdoctorale leergang Management voor medici biedt u zowel uitgebreide en actuele kennis van zaken als waardevolle persoonlijke vorming.

PRIJS Leden FMS én VvAA € 9.750,-
(niet-leden € 10.150,-), inclusief boeken, exclusief kosten verblijfsarrangement

LOCATIE Centraal in het land

START 10 september 2018

MEDISCH LEIDERSCHAP VOOR OPLEIDERS

Wilt u groeien in medisch leiderschap en uw aios optimaal voorbereiden op de toekomst? Haal meer uit uw aios én uit uzelf door buiten uw comfortzone te stappen en mee te doen aan dit onconventionele en uitdagende programma. Door actief en ervaringsgericht leren en door zelfreflectie en samenwerken wordt u als opleider uitgedaagd in uw functioneren als medisch leider en het begeleiden van aios op dit thema.

PRIJS € 4.250,- inclusief verblijfsarrangement

LOCATIE Austerlitz

START 28 november 2018



EVERT-JAN DE KRUIJF

is internist in Ziekenhuis
Gelderse Vallei te Ede.

Hij volgde de leergang
'Management voor medici'.

"Wanneer je als dokter in een leidinggevende positie terecht komt, doe je veel dingen intuïtief. Meestal gaat dat goed,

maar ik had behoefte aan verdieping. Daarom heb ik deze cursus gedaan.

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

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

Op 15 februari werd in het Reinier de Graaf Gasthuis een inspiratiesessie gehouden over het thema 'Medisch leiderschap voor opleiders'.

Deelnemers vertellen:

"Ik ben gekomen omdat ik nieuwsgierig was naar wat medisch leiderschap inhoudt, en wat het voor mij zou kunnen betekenen. Dat is me wel een stuk duidelijker geworden."

"Langzaam komt er steeds meer bewustwording over medisch leiderschap, en daar heeft deze avond ook weer aan bijgedragen."

"Ik had van tevoren niet verwacht dat het zo interactief zou zijn, erg leuk!"

"Ik vond het bijzonder om te merken dat er eigenlijk best veel overeenkomsten zijn tussen de verschillende mensen, ook al zijn het opleiders en aios door elkaar. Ik wil graag anderen inspireren om ook met het thema medisch leiderschap aan de slag te gaan."

"Medisch leiderschap is een heel breed begrip; er komt veel bij kijken en ik heb hier een beter beeld van gekregen."



Het Kennis- en Dienstverleningscentrum ontzorgt!

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

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

Meer informatie: www.demedischspecialist.nl/kdc



Federatie
**Medisch
Specialisten**

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



In dit nummer



11 OPLEIDEN

Palliatieve zorg in het opleidingsplan?

Palliatieve zorg moet een vast onderdeel zijn van de opleiding tot longarts, betoogt longarts Sander de Hosson. Collega Leon van den Toorn, die meewerkte aan het nieuwe opleidingsplan voor longartsen, kijkt daar anders tegenaan.

8 POSITIE VMSD

Samenwerking in combi-coöperatie

Meer daadkracht, meer invloed en meer zeggenschap: de samenwerking tussen het VMSD en MSB in het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft levert veel op.

15 PROJECTEN VAN DE FEDERATIE

Spoed is prima te plannen

Met de nieuwe richtlijn rondom spoedeisende operaties hopen medisch specialisten een eind te maken aan de discussies over welke patiënt voorrang krijgt in de OK.

18 BEROEPSNORMEN

Nul is de norm

Geen alcohol of drugs bij bereikbaarheidsdiensten: een ongeschreven regel die nu ook formeel geldt. Welke ervaringen hebben medisch specialisten hiermee?

22 COVERSTORY

De zorgverzekeraar: Ab Klink

Niet-medici geven hun visie op de zorg. Deze keer bestuurder Ab Klink van zorgverzekeraar VGZ. 'We moeten met de stofkam door de administratieve lasten.'

25 SPECIALISME IN BEELD

Plastisch chirurg weet raad

Met inventieve oplossingen en het faciliterende karakter van het vak weet de plastisch chirurg zijn collega's vaak positief te verrassen. 'Bij elke situatie denken we na over een oplossing die niet standaard is.'



EN VERDER

- 6 Kort nieuws
- 10 Nieuw bestuurslid: Ruud van Gilst

RUBRIEKEN

- 6 Vraag & antwoord aan het KDC
- 14 Column: Michael van Balken
- 21 In de media
- 28 Hart en ziel
- 30 Drie vragen aan... Jeroen Klevering

COLOFON

jaargang 4, maart 2018

Uitgave

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

Redactie

Dorinda Maas, *hoofdredactie*
Naomi Querido, *redactiecoördinatie*
Hanneke Bos, Vanessa Cruz,
Sjef van der Lans, Cindy van Schendel
en Mirjam Siregar

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Marjolijn Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan,
oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam |
Geert Kazemier, gastro-intestinaal chirurg,
VU medisch centrum, Amsterdam |
Shahrazad Seppehrkhoy, patholoog,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein |
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,
HMC-Bronovo, Den Haag | Davy Sudiono,
radioloog, HMC Bronovo, Den Haag |
Marcel Vonk, psychiater, freelance
psychiater, Nijmegen | Kerst de Vries,
klinisch geriater, MC Slotervaart,
Amsterdam

Medewerkers aan dit nummer

Michael van Balken, Bert Beelen,
Mirthe Diemel, Michel van Dijk,
Sterre ten Houte, Suzanne van de Kerk,
Jeroen van Kooten, Photostique,
Serge Ligtenberg, Rob Nelisse,
Dana Ploeger en Jonathan Vos

Fotografie cover

Suzanne van de Kerk

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Advertenties en redactieadres

Federatie Medisch Specialisten
Cindy van Schendel
afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
T (088) 505 34 34
E communicatie@demedischspecialist.nl

Abonnement

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

Copyright © De Medisch Specialist 2018.
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.

Tijd versus inhoud

Als algemeen voorzitter van de Federatie merk ik dagelijks hoe turbulent de wereld van de medisch-specialistische zorg is. Werkend als medisch specialist is dat nauwelijks anders. Hoe geef je, naast het bijhouden van de vakinhoudelijke ontwikkelingen, ook de initiatieven op bijvoorbeeld het gebied van de kwaliteit van de zorg een plaats?

Als opleider vraag ik me regelmatig af hoe de aios vat op dit alles moet krijgen. In een opleiding die korter is geworden, maar steeds meer vraagt. Een opleiding die al erg veranderd is; andere competenties dan puur technische hebben terecht meer aandacht gekregen.

Maar hoe dan in de beperkte tijd nog leemtes in te vullen? Hoe is uw kennis en kunde rondom bijvoorbeeld de palliatieve zorg? Lees het interview met Sander de Hosson, wellicht voor velen herkenbaar. En even herkenbaar de woorden van Leon van den Toorn: hoe keuzes te maken in de opleiding? Aan de bestuurlijke tafels – waar nogal eens gemakkelijk geroepen wordt wat er ook nog aan de opleiding van medisch specialisten moet worden toegevoegd – probeer ik het dilemma van tijd versus inhoud telkens naar voren te brengen.

Tijd hebben om kwalitatief goede zorg te leveren en tijd hebben om dat wat nodig is te leren en bij te houden vraagt in elk geval om het terugdringen van werkzaamheden die niet zinvol zijn. De Federatie maakt zich hier dan ook sterk voor, geholpen door de input van duizenden specialisten en aios. Hoe we dat doen, leest u op de volgende pagina.



Marcel Daniëls
algemeen voorzitter
Federatie Medisch Specialisten

Kennisinstituut 5 jaar

Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten bestaat vijf jaar. In deze periode is het uitgegroeid tot partner van de 32 wetenschappelijke verenigingen bij het ontwikkelen en toepassen van kwaliteitsinstrumenten.



Algemeen voorzitter van de Federatie Marcel Daniëls en directeur van het Kennisinstituut Teus van Barneveld

‘We zijn begonnen met richtlijnen’, vertelt directeur Teus van Barneveld. ‘Dat is nog steeds onze belangrijkste activiteit. Inmiddels hebben we ongeveer driehonderd richtlijnen ontwikkeld en wordt de Richtlijnen database meer dan 600.000 keer per jaar bezocht.’

De afgelopen jaren heeft het Kennisinstituut haar activiteiten sterk uitgebreid. Zo is zorgevaluatie een steeds belangrijker thema geworden. Met ondersteuning vanuit het Kennisinstituut publiceerden de KNO-artsen in 2013 als eerste een kennisagenda met de belangrijkste kennishiaten die moeten worden onderzocht. Inmiddels hebben elf wetenschappelijke verenigingen dat voorbeeld gevolgd en zijn er nog meer kennisagenda’s in voorbereiding.

Daarnaast groeit de vraag naar goede patiënten-informatie, zoals naar consultkaarten om arts en patiënt te ondersteunen bij het samen beslissen, en informatie voor Thuisarts.nl over tweedelijns zorg. Tot slot schakelen wetenschappelijke verenigingen het Kennisinstituut in voor visitaties, kwaliteitsmeting en het ontwikkelen van samenhangend kwaliteitsbeleid.

 Lees meer op: www.kennisinstituut.nl.

VRAAG & ANTWOORD

Ziek

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

Deze keer: Langdurig ziek.

Ook een vraag?

Mail naar info@demedischspecialist.nl

VRAAG > Ik ben voorzitter van een vakgroep in een algemeen ziekenhuis. Een lid is langdurig afwezig in verband met ziekte. Dit leidt tot hoge werkdruk bij de andere leden. Wat is er in de AMS geregeld over waarneming bij langdurige afwezigheid? En welke afspraken kan onze vakgroep maken met het bestuur?

ANTWOORD >

De AMS bepaalt dat vakgroep en bestuur maatregelen moeten nemen bij langdurige afwezigheid. Het bestuur moet hiervoor financiële middelen beschikbaar stellen. In de AMS staat geen bedrag genoemd. Soms is in het geval van ziekte een verzekering afgesloten waaruit waarneming wordt betaald, maar vaak is deze verzekering niet afgesloten voor medisch specialisten.

Daarom is ons advies om een structurele afspraak te maken met het bestuur. Het bedrag dat het bestuur bespaart op de verzekering, kan het bestuur bijvoorbeeld als jaarlijks budget beschikbaar stellen aan de vakgroep. Het project *De medisch specialist georganiseerd aan zet* is gericht op versterking van de positie van de medisch specialist in dienstverband. Hierin krijgen VMSSD's het advies om kaderafspraken te maken over waarneming met het bestuur, zoals over een waarneembudget. ●



Betere zorg begint met een goed gesprek

Patiënten blij met campagne

Het patiëntenpanel van de Patiëntenfederatie waardeert de campagne *Betere zorg begint met een goed gesprek* met een 7,3. De campagne heeft tot doel om samen beslissen in de spreekkamer te stimuleren. De Federatie Medisch Specialist en de Patiëntenfederatie zijn de campagne samen met de ziekenhuizen gestart in oktober 2016. Schrijver en dichter Bart Chabot is ambassadeur van de campagne.

De belangrijkste conclusie uit het onderzoek is dat de campagne mensen daadwerkelijk uitnodigt om samen te beslissen. Daarnaast vindt een overgrote meerderheid van de respondenten (82,5 procent) het goed als artsen de campagne gebruiken om het belang van samen beslissen in de spreekkamer te benadrukken. Bovendien zijn de respondenten het erover eens dat de campagne ook geschikt is voor de huisartsenzorg (94 procent). Als reden geven zij aan dat een goed gesprek bij de huisarts belangrijk is, omdat daar de zorg begint.

Bekijk de campagne op www.begineengoedgesprek.nl en meer informatie op www.demedischspecialist.nl/samen-beslissen.

Thuisarts.nl breidt uit

Aan gezondheidswebsite Thuisarts.nl is voor 29 aandoeningen die in het ziekenhuis worden behandeld, medisch-specialistische informatie toegevoegd.

Artsen en patiënten willen de garantie dat op internet betrouwbare en onafhankelijke informatie over gezondheid te vinden is. Daarom werken het NHG, de Patiëntenfederatie Nederland en de Federatie samen om Thuisarts.nl steeds verder uit te breiden met medisch-specialistische informatie.

Deze medische online vraagbaak trekt nu al anderhalf miljoen bezoekers per maand en wil uitgroeien tot een centrale plek waar patiënten begrijpelijke en correcte informatie vinden over zelfzorg, huisartsenzorg én medisch-specialistische zorg.

Bekijk de korte film over de uitbreiding op www.demedischspecialist.nl/thuisarts.

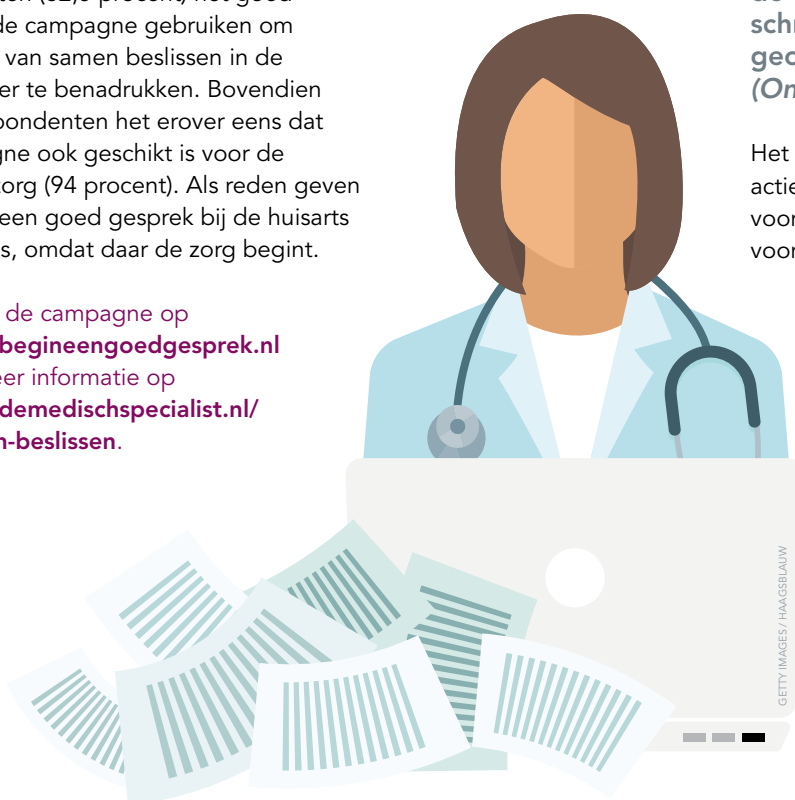
De aandoeningen met medisch-specialistische informatie kunt u vinden op: www.thuisarts.nl/ziekenhuis.

Administratielast te lijf

Op 14 maart zijn medisch specialisten, toezichthouders en vertegenwoordigers van verzekeraars aan de slag gegaan met negen mogelijke schraponderwerpen. Het betrof hier zaken waarbij medisch specialisten een hoge administratielast ervaren, zoals ziekenhuisbrede kwaliteitskeurmerken en kwaliteitsindicatoren. Dit was de derde bijeenkomst in een reeks schrapbijeenkomsten die zijn georganiseerd in het kader van (Ont)Regel de Zorg.

Het uiteindelijke doel is te komen tot een actieagenda. Deze actieagenda is vooral voor het 'laaghangend fruit'. De aandacht voor kansrijke en duurzame oplossingen wordt daarbij niet vergeten. Het gaat om de investering op de lange termijn waarmee administratielast drastisch wordt verminderd. Hierbij is *commitment* nodig van alle betrokkenen bij trajecten die een langere adem vergen, zoals die van de EPD's.

Benieuwd naar de laatste ontwikkelingen? Kijk op www.demedischspecialist.nl/administratielast.



Samenwerken in een combi-coöperatie

Samen optrekken richting bestuur

Vrijgevestigde medisch specialisten en dienstverbanders van het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft slaan sinds 2016 de handen ineen in een combi-coöperatie. Ze vormen daarmee één aanspreekpunt voor de raad van bestuur. Het resultaat mag er zijn: meer daadkracht, meer invloed en meer zeggenschap.

Vertrouwen, elkaar iets gunnen, dat zijn dé trefwoorden voor een succesvol combi-coöperatiemodel, stelt anesthesioloog-intensivist Job van den Bosch van het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft. 'In onze discussie als dienstverbanders met de ziekenhuisdirectie, over de aftopping van onze pensioenen, hebben de vrije beroepsbeoefenaren ons door dik en dun gesteund. Daardoor hebben we een deel van de aftopping kunnen terugdraaien. We zijn nog niet helemaal tevreden, maar zonder steun van onze collega's waren we nooit zover gekomen.'

Achterste van de tong

Tot 2016 werd Van den Bosch, als voorzitter van de Vereniging Medisch Specialist in Dienstverband (VMSD), zelden of nooit betrokken bij de strategische

besprekingen van zijn ziekenhuis. 'Ik wist simpelweg niet dat ze plaatsvonden. Het waren vooral besprekingen tussen de raad van bestuur en vrijgevestigden.' Dat kwam doordat de vrijgevestigden beter waren georganiseerd, kijkt hij terug. 'Daarnaast waren zij voor de raad van bestuur dé belangrijke partij. Zij genereren de meeste inkomsten voor het ziekenhuis.'

Anesthesioloog-intensivist Job van den Bosch:

'Dankzij onze collega's konden we een deel van de pensioenaftopping terugdraaien'



Met als gevolg dat de dienstverbanders altijd met een informatieachterstand zaten. 'Bijvoorbeeld over financiële kwesties, zoals inkomsten en uitgaven van het ziekenhuis, of keuzes over groei of krimp van formatie. Natuurlijk hoorden we wel eens wat in de wandelgangen, maar we liepen altijd achter de feiten aan. Bovendien lieten vrijgevestigden en dienstverbanders elkaar zelden het achterste van hun tong zien. Het waren gescheiden werelden.'

De koek verdelen

Dat veranderde met het oprichten van een Medisch Specialistisch Coöperatief (MSC). In deze combi-coöperatie van vrijgevestigden en dienstverbanders werken de drie medisch-specialistische staven van het Reinier de Graaf samen in één nieuwe organisatie. De Vereniging Medische Staf (VMS), het VMSD én de coöperatie van vrijgevestigden vormen één gezamenlijk bestuur. Dat is ook verantwoordelijk voor het kwaliteit- en veiligheidsbeleid van het ziekenhuis, een verantwoordelijkheid die voorheen belegd was bij de VMS.

Een bijzonder besluit, vindt Van den Bosch. 'We hadden er meerdere redenen voor. We hadden drie gremia met in totaal vijftien bestuurders. Die zaten allemaal aan de overlegtafel met de raad van bestuur. We moesten voor elke beslissing terug naar onze achterban. Dan kun je niet daadkrachtig optreden. Er zat te veel overleg aan tafel.'

Daarnaast geven de zorgverzekeraars één koek aan het ziekenhuis, en die moet je vervolgens onderling verdelen. Als je met elkaar bespreekt hoe je dat doet, krijg je vanzelf begrip voor elkaars perspectief en standpunten. Anders ontstaat er een roddelcircuit. Je praat dan wel óver elkaar, maar niet met elkaar. Dat werkt ondermijnend. Maar nog belangrijker was dat we ons realiseerden dat we één ziekenhuis zijn. We gaan voor hetzelfde doel, ondanks alle uiteenlopende belangen. We willen het samen goed hebben en patiënten de beste zorg bieden.'

Peanuts

Het samengaan in één combi-coöperatie was voor alle partijen een sprong in het diepe. 'Dat lukt alleen als je vertrouwen hebt in elkaar. Voorheen hielden de vrije beroepsbeoefenaren informatie over hun financiële belangen voor zichzelf, nu delen ze die met ons. Als vicevoorzitter van het MSC krijg ik alle strategische informatie op tafel.'

Dat het MSC alle specialisten vertegenwoordigt, maakt de combi-coöperatie sterk en slagvaardig. 'De raad van bestuur ziet ons als meer gelijkwaardige gesprekspartner.' Zo merkt Van den Bosch dat hij sneller dingen geregeld krijgt. 'De raad van bestuur nodigt ons nu uit om mee te denken over de strategische keuzes van het ziekenhuis. Daardoor hebben we volop invloed

Georganiseerd aan zet

Met het project *Medisch specialist in dienstverband georganiseerd aan zet* ondersteunen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) medisch specialisten in dienstverband bij het oprichten en positioneren van hun Vereniging Medisch Specialisten in Dienstverband (VMSD's).

Het doel van dit project is om medisch specialisten in dienstverband te ondersteunen bij het in positie komen bij hun raad van bestuur, zodat ze als volwaardig gesprekspartner worden gezien en betrokken zijn bij strategische beslissingen.

Een stappenplan en diverse andere documenten kunnen medisch specialisten in dienstverband helpen hun positie te versterken. Daarnaast kunnen zij de tweedaagse training *U én uw VMSD in positie* volgen die de Federatie en de LAD samen met de Academie voor Medisch Specialisten hebben opgezet, of consultatie en ondersteuning aanvragen.



Kijk voor meer informatie en de mogelijkheden op: www.demedischspecialist.nl/vmsd.

kunnen uitoefenen op de strategienota van het Reinier de Graaf. Als ik dat vergelijk met wat we vroeger als VMSD voor elkaar wisten te krijgen, was dat peanuts.'

Van den Bosch is ervan overtuigd dat de combi-coöperatie ook voor het ziekenhuis meerwaarde heeft. 'Een ziekenhuis draait beter als er voor iedereen een gelijk speelveld is. Het werkt veel prettiger als alle medisch specialisten dezelfde sturingsinformatie hebben over kwaliteit, veiligheid en financiën. Je kunt dan op gelijkwaardig niveau het gesprek voeren. En als het ziekenhuis kwalitatief en financieel goed draait, komt dat ten goede aan de patiëntenzorg die we dagelijks leveren.'

Aan het roer

Hoewel het goed gaat, heeft Job van den Bosch één punt van zorg. 'Je hebt medisch specialisten nodig met voldoende bestuurlijke competentie om een combi-coöperatie te kunnen besturen. Maar daar zijn er niet zoveel van. Daarom willen we een pool van medisch specialisten die getraind zijn in in bestuurlijke vaardigheden. Want als je slechte bestuurders aan het roer hebt, is het al snel einde oefening.'

Toch houdt dat de opmars van de combi-coöperatie niet tegen. Zo willen de medische staven van de andere ziekenhuizen van de Reinier Hagagroep, een bestuurlijke fusie tussen het HagaZiekenhuis in Den Haag, het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft en Het Langeland ziekenhuis in Zoetermeer, dit jaar ook het combi-model invoeren. 'Zij zien hoeveel het oplevert als je met één stem spreekt. Dat willen zij ook.' ●

‘Meedenken en meedoen? Ja, graag!’

Kinderarts Ruud van Gilst maakt sinds 1 januari deel uit van het bestuur van de Federatie Medisch Specialisten. Hij volgt Léon Winkel op. Als vicevoorzitter van de Raad Beroepsbelangen is hij portefeuillehouder van onder meer de positie en arbeidvoorwaarden van medisch specialisten in dienstverband.

‘Ik oefen graag invloed uit op de omstandigheden waarin ik werk. Dat zat er al vroeg in: zo was ik tijdens mijn opleiding tot tropenarts voorzitter van de Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen, de voorloper van *De Jonge Specialist*, en daarmee tevens lid van het Centraal Bestuur van de Landelijk vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Tijdens mijn opleiding tot kinderarts was ik lid van het bestuur van de Junior Afdeling. In het Van Weel Bethesda Ziekenhuis waar ik werk, maakte ik deel uit van het bestuur van de VMS en was ik medeoprichter en bestuurder van de VMSSD. Betrokkenheid en compassie zijn voor mij belangrijke waarden. De complexiteit van een ziekenhuis kan niet zonder de inbreng en deelname van de medisch specialisten op alle niveaus van de organisatie.’

‘De komende jaren wil ik me in de eerste plaats inzetten voor de positie van medisch specialisten in dienstverband. De VMSSD’s worstelen soms nog om aan de bestuurstafel te komen, terwijl het voor de raad van bestuur juist belangrijk is hen erbij te betrekken. Andere belangrijke zaken die spelen, zijn de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten en de Honoreringsregeling Academisch Medisch Specialisten. Grote uitdagingen daarin zijn gezond en veilig werken en het levensfasebeleid. Die zaken zijn nog onvoldoende uitgewerkt en ik vind het belangrijk de stem van de dienstverbanders hierin te laten horen.’

‘Voor de bestuursfunctie in de Federatie ben ik een dagdeel minder in het ziekenhuis gaan werken. Met deze functie erbij werk ik nu fulltime. Dat betekent tijd maken voor zaken die je belangrijk vindt. De vrije vrijdagmiddag die ik om de week heb, breng ik door met mijn vrouw. Daarnaast sta ik drie keer per week een uur eerder op om te kunnen hardlopen of te mediteren – activiteiten die ik doe om fysiek en geestelijk gezond te blijven.’ **NQ**

In het kort: Ruud van Gilst

Geboortedatum: 18 maart 1963

Studie: geneeskunde aan de Rijksuniversiteit Groningen

Opleiding: tropenarts aan het Koninklijk Instituut voor de Tropen en kinderarts in het LUMC Leiden

Werkt: sinds 2004 als algemeen kinderarts in het Van Weel Bethesda Ziekenhuis

Bestuurswerk: als secretaris en voorzitter van de LVAG (Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen, nu De Jonge Specialist). Later was hij actief voor de LAD en nu in het VMSSD van zijn ziekenhuis.

Vrije tijd: naast stripverhalen, films en vinyl houdt Ruud van hardlopen en meditatie

Thuis: getrouwd en twee volwassen kinderen



Aandacht voor palliatieve zorg in de opleiding

Verplichte kost of vrije verdieping?

Hoe bereid je longartsen in opleiding goed voor op het begeleiden van patiënten in hun laatste levensfase? Door palliatieve zorg stevig in de opleiding te stoppen, zegt longarts Sander de Hosson. Hij debatteert hierover met longarts Leon van den Toorn, die onlangs meewerkte aan het nieuwe opleidingsplan voor longartsen.

‘**A**ls longarts maak je vaak genoeg mee dat patiënten sterven. Zo’n 85 procent van mijn longkankerpatiënten overlijdt aan die ziekte. Ga daar maar aan staan als arts’, zegt longarts Sander de Hosson van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen. ‘Vanuit mijn eigen opleiding herinner ik me amper aandacht voor zorg rond het levenseinde. Ik had daar graag meer over geweten.’ De Hosson pleit dan ook voor meer aandacht voor palliatieve zorg in de opleiding tot longarts. Nu het opleidingsplan net vernieuwd is, rijst de vraag of hier ook inderdaad extra aandacht voor is gekomen. Krijgen aios meer handvatten aangereikt om straks als arts stervende patiënten zorgvuldig te kunnen begeleiden? Longarts Leon van den Toorn van het Erasmus MC, en voorzitter van het concilium longziekten dat het nieuwe opleidingsplan opstelde, vindt van wel. Zijn collega Sander de Hosson heeft daar zo zijn twijfels over.

Allerlaatste fase

Volgens de Assense medisch specialist is de mores nog steeds dat artsen vooral opgeleid worden om mensen te genezen. ‘Longarts zijn is meer dan pillen voorschrijven. Stervende mensen begeleiden is ons dagelijks werk. Ik pleit voor veel meer aandacht voor die allerlaatste fase waarin pijnbestrijding, afscheid nemen en sterven centraal staan. In de vervolgopleiding is dit wat mij betreft verplichte kost, en ik vind ook dat tijdens de basisopleiding hier aandacht voor moet zijn. Met steeds ouder wordende patiënten zal nagenoeg iedere arts ermee in aanraking komen.’

Longarts Leon van den Toorn begrijpt het punt dat zijn collega maakt, maar vindt niet dat jonge dokters te weinig ervaring opdoen tijdens hun vervolgopleiding.

Longarts Leon van den Toorn:

‘Het nieuwe opleidingsplan biedt aios ruimte om te verdiepen, al dan niet in palliatieve zorg’

‘Palliatieve zorg is geen wekenlange cursus, maar aios leren dat heus ‘spelenderwijs’. Via hun opleiders, zeker bij een verdiepende stage COPD of oncologie, komen ze er absoluut mee in aanraking. Iedere longarts is dagelijks in de weer met patiënten in hun laatste levensfase, dus worden aios er ook mee geconfronteerd. Het is aan de opleider ze hierin goed te begeleiden en er veel over te praten.’

Bomvolle cursus

De Hosson vindt dat aios hierdoor te afhankelijk zijn van de betrokkenheid en ervaring van de opleider. ‘Je weet dan niet zeker of ze palliatieve zorg ook goed onderwezen krijgen. In ons ziekenhuis hebben we het *Advanced Care Plan*. ▶



Longarts Sander de Hosson:

**‘Longarts zijn is
meer dan pillen
voorschrijven.**

**Stervende mensen
begeleiden is ons
dagelijks werk’**

Daarin worden alle wensen en behoeften van de longpatiënt al in een vroeg stadium besproken, maar niet ieder opleidingsziekenhuis beschikt over zo’n plan.’ Vaak is er wel een palliatief team, maar dat wil volgens De Hosson niet zeggen dat aios ook zelf ontdekken hoe zij patiënten psychosociale steun kunnen geven bij existentieel lijden. ‘Aios moeten leren de mens als geheel te zien en niet als iemand met een longtumor of COPD. Ik vind het daarom nodig dat ze ruimschoots – liefst enkele weken – onderwijs krijgen in palliatieve zorg.’

Volgens De Hosson verlangen aios en longartsen zelf ook naar betere begeleiding. Dat merkt hij aan de inschrijvingen voor de kaderopleiding palliatieve zorg bij het VU-AMC, waar hij les geeft, en de palliatieve cursussen die hij in zijn ziekenhuis in Assen verzorgt: die zitten standaard bomvol. Hij vraagt zich dan ook hardop af welke keuzes er gemaakt zijn bij de totstandkoming van het nieuwe opleidingsplan voor longartsen. En waarom palliatieve zorg daar niet expliciet in zit. Van den Toorn legt uit welke afwegingen er zijn gemaakt bij het opstellen van het opleidingsplan. ‘We hadden meerdere opdrachten: de opleiding moest

met name flexibeler en individueeler. We hebben met veel ontwikkelingen rekening gehouden. Palliatieve zorg stond niet bovenaan dat wensenlijstje.’

Heet hangijzer

Van den Toorn is blij met het dynamische opleidingsplan dat nu in gebruik is. ‘Daarin staat helder waaraan een longarts moet voldoen, inclusief de vaardigheden die verwacht mogen worden op het gebied van palliatieve zorg. Naast de brede, medisch-inhoudelijke basis is er ook ruimte voor verdiepende stages, zoals oncologie en interstitiële longziekten. In die gebieden komt palliatieve zorg zeker ruim aan bod.’ Daarnaast worden generieke vaardigheden beschreven; denk aan medisch

leiderschap, ouderenzorg en doelmatigheid. 'Palliatieve zorg wordt dus wel impliciet, maar niet overal expliciet genoemd. Overigens: toen we het opleidingsplan voorlegden aan longartsen in het veld en bij de wetenschappelijke vereniging, noemden zij het ook niet als belangwekkend punt. Kennelijk is het niet voor iedere longarts een heet hangijzer, dat nader moet worden omschreven in het opleidingsplan.'

De Hosson snapt dat aios in de praktijk met enige vorm van palliatieve zorg in aanraking komen. Maar hij verwacht niet dat ze dan de kern raken. 'Ze zullen heus voldoende kennis verwerven over palliatieve sedatie, euthanasie en pijnbestrijding. Ik vind echter dat er ook ruimte moet zijn voor die existentiële zorg, voor gesprekken met patiënten over hun levensproblematiek, hun angsten. Je spreekt daar echt niet zo gemakkelijk over; jonge dokters moeten aangemoedigd worden er veel met elkaar over te praten. Nu ben ik bang dat er straks longartsen aan de slag gaan, die op dit vlak onbewust onbekwaam zijn.'

Maatschappelijke discussie

Daar zet Van den Toorn zijn vraagtekens bij. 'Het opleidingsplan is niet in beton gegoten. Indien meer longartsen vinden dat er inderdaad ruimere aandacht voor palliatieve zorg in het opleidingsplan moet komen, is dat zeker mogelijk. Twee keer per jaar bekijken we met de werkgroep Opleidingsplan en de beleidscommissie Opleiding het hele pakket opnieuw; juist de flexibiliteit van dit opleidingsplan zorgt ervoor dat we zaken gemakkelijk kunnen aanpassen.'

Elk ziekenhuis kan het opleidingstraject ook zelf vormgeven. Van den Toorn: 'Zo heeft het Erasmus MC in Rotterdam een palliatief team dat geregeld invliegt op de longafdeling – daar leren aios ook van – en onlangs werd een voordracht over dit thema gehouden waarbij alle aios aanwezig waren.' De Rotterdamse longarts denkt dat met de huidige discussie in de maatschappij over het al dan niet doorbehandelen van oudere kwetsbare patiënten er juist méér aandacht is voor palliatieve zorg. 'Binnen mijn afdeling hebben we het zo vaak over al of niet doorbehandelen. Dan spreek je uiteraard ook over hoe zo iemand wil sterven en wat wij als longartsen daarin kunnen betekenen.'



Longarts Leon van den Toorn

Dat De Hosson het een gemiste kans vindt dat palliatieve zorg niet verankerd is in het nieuwe opleidingsplan, is volgens Van den Toorn niet terecht. In zijn ogen biedt het nieuwe opleidingsplan juist ruimte voor individuele wensen. Dat vindt hij een grote stap vooruit. 'Een longarts met affiniteit met kwetsbare ouderen kan nu juist meer ervaring opdoen met palliatieve zorg. En een meer 'technisch' georiënteerde longarts hoeft zich er wellicht minder in te verdiepen. De aios heeft nu de ruimte om zich een bepaald verdiepend profiel aan te meten – al dan niet met een grote portie palliatieve zorg.' ●



Win het boek Slotcouplet

Op 20 maart verschijnt het boek *Slotcouplet, ervaringen van een longarts* van Sander de Hosson. (ISBN 9789029523950, De Arbeiderspers, € 18,99). Wij mogen 10 exemplaren van dit boek weggeven. Kans maken? Mail dan onder vermelding van 'Slotcouplet' voor 15 april 2018 uw naam en adresgegevens naar communicatie@demedischspecialist.nl. De boeken worden onder alle inzenders verloot. Prijswinnaars ontvangen persoonlijk bericht.

Dream big

In mijn zicht staat een bronzen beeldje. Het is een vrouwelijke collega, het lange haar samengebonden, stethoscoop om de nek, armen over elkaar. Ze staart vooruit, de toekomst in. Het is de tastbare herinnering aan het winnen van de Opleidingsprijs 2017, omdat ik blijkbaar help die toekomst op een prettige manier mogelijk te maken.

Wat na afronden van de opleiding op je afkomt, is nu anders dan toen ik nog aios was. Leek destijds het eerste decennium na je opleiding nog wel redelijk uitgestippeld en vooral medisch-inhoudelijk bepaald, tegenwoordig is de toekomst veranderlijker dan ooit, met een kortere horizon en naar ons gevoel minder goed zelf beïnvloedbaar.

De aios moet natuurlijk nog steeds vakinhoudelijk geschoold worden. Maar minstens zo belangrijk is dat hij ook weerbaar wordt gemaakt om die steeds minder uitgestippelde paden toch goed te kunnen bewandelen. Dat kan reactief, door flexibel te leren inspelen op veranderende situaties, of op zijn 'Van Balkens' wat meer proactief, door uit te gaan van eigen dromen, eigen soms nog onontdekte passies en die leidend te laten zijn voor je verdere carrière.

En jonge mensen dromen wel. Misschien is het soms wat lastig ze te benoemen of de aios er echt bewust van te maken, maar ze zijn er. De uitdaging ligt in niet alleen ruimte bieden die dromen waar te maken, maar vooral ook een stevige hindernis ervoor weg te nemen: de zelfopgelegde grenzen. *Dream big!* Ontdék wanneer je tegen de grenzen van je dromen aanbotst, in plaats van op een korte afstand zelf je grens al neer te leggen. Je kunt vaak stiekem veel meer dan je dacht.

U bent al klaar. *Dreamt* ú nog wel een beetje? En *big* ook? Doe maar: ook uw toekomst wordt er mooier van.

Dr. Michael van Balken is uroloog in het Rijnstate Ziekenhuis en winnaar van de Opleidingsprijs 2017, een initiatief van De Jonge Specialist.



Welke operatie mag eerst?

‘Spoed kun je prima plannen’

Eindelijk zijn er duidelijke spelregels voor welke spoedpatiënt prioriteit krijgt in de OK. Die staan in de richtlijn *Beleid rondom spoedoperaties*. Gynaecoloog Steven Koenen en chirurg Erik Vermeulen in gesprek over prioriteren, strakkere planningen en het verdwijnend recht van de grootste mond.

Het ging heus niet zo ver dat chirurgen en gynaecologen rollebollend door het operatiecomplex gingen. Maar er werd wel stevig gesteggeld over welke spoedpatiënt voorrang kreeg in de OK. Moest die oudere patiënt met een pijnlijke heupfractuur eerst of het kind met een blindedarmontsteking? En er was geregeld gemor als geplande en semi-spoedoperaties zo uitliepen, dat spoedoperaties in de knel kwamen of naar de nacht werden doorgeschoven. Dan kon de anesthesioloog of operatieplanner optreden als scheidsrechter.

Grootste mond

Gynaecoloog Steven Koenen, werkzaam in het Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis in Tilburg, maakte dat geregeld mee. ‘Ik herinner me een vrouw met een achtergebleven placentarest. Zij moest wachten omdat een ziek kind voorging. Daardoor verloor ze onnodig veel bloed en haar herstel duurde langer. Ik vond dat vreselijk, maar was afhankelijk van de beschikbare OK-capaciteit en de anesthesioloog die bepaalde wie de meeste spoed had.’ Volgens Koenen waren het regelmatig de scherpste onderhandelaars of degenen met de grootste mond die ‘wonnen’. Daardoor verschilde het binnen en tussen ziekenhuizen sterk wanneer een patiënt aan de beurt was voor een spoedoperatie. Aan die praktijkvariatie komt nu een einde met de richtlijn *Beleid rondom spoedoperaties*, opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde samen met acht andere wetenschappelijke verenigingen, enkele patiëntenverenigingen en met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie. ▶

Gynaecoloog Steven Koenen:

‘De richtlijn is niet in beton gegoten, maar een levend document’



Chirurg Erik Vermeulen, werkzaam in het Spaarne Gasthuis in Haarlem en Hoofddorp, dacht evenals gynaecoloog Koenen mee over de richtlijn. 'Ik denk dat medisch specialisten hier prima mee uit de voeten kunnen', reageert Vermeulen. 'Er wordt nu via vier urgentiecategorieën (zie kader, red.) expliciet aangegeven welke patiënt niet kan wachten en welke juist wel. Zo gaat een spoedkeizersnee vóór op een nog niet gesprongen blindedarm, en die heeft weer voorrang op een gebroken heup. De richtlijn expliciteert wat we over het algemeen al wel deden. Het verschil is dat nu iedereen zich eraan moet houden.'

Strubbelingen

Volgens beide specialisten zit de kracht in het verdwijnen van de vrijblijvendheid. Koenen: 'Dit zet mensen aan hun gedrag en mentaliteit te veranderen. Nu heb je handvatten om aan te tonen waarom jouw

patiënt als eerste moet.' Vermeulen: 'Het rekent af met de situatie dat medisch specialisten een patiënt presenteren als spoed – omdat de specialist in kwestie geen zin heeft tot de avond te wachten – terwijl zo'n patiënt eigenlijk niet acuut is. Die tijden zijn voorbij.' Koenen verwacht wel strubbelingen rond de implementatie. Vooral over de grens tussen categorie 2 en 3. 'Het is een illusie dat je alles opgelost krijgt. Laat mensen maar ageren tegen een bepaalde categorie, dat is juist goed. De richtlijn is ook niet in beton gegoten. Het is een levend document.'

Openheid naar patiënten

Nu aan de voorkant van het proces duidelijk is welke patiënt prioriteit heeft, kan de planning hier rekening mee houden. Ook dat is een advies uit de richtlijn.

Chirurg Erik Vermeulen:

'Ziekenhuizen hebben baat bij een goed lopende operatieplanning'



Urgentiecategorieën spoedpatiënten

- 1** **Categorie 1:** patiënt in direct levensgevaar op basis van bijvoorbeeld bedreigde ademhaling, circulatie of neurologie waarbij elke minuut telt.
Wachttijd: maximaal 30 minuten tussen indicatie en start van de operatie.
- 2** **Categorie 2:** patiënt met een urgente indicatie vanwege een aangetast orgaansysteem, maar zonder acuut levensgevaar.
Wachttijd: maximaal 8 uur.
- 3** **Categorie 3:** patiënt met ernstige pijn of de kans op een slechtere uitkomst bij langer wachten.
Wachttijd: liefst dezelfde dag, maar in elk geval binnen 24 uur.
- 4** **Categorie 4:** patiënt die geen vitale bedreiging heeft, maar die op korte of langere termijn zou kunnen ontwikkelen.
Wachttijd: binnen één week na de indicatie.

Bron: richtlijn Beleid rondom spoedoperaties

'Ziekenhuizen hebben baat bij een goed lopende operatieplanning. Met deze classificering kunnen ze die strikter vormgeven', vertelt Vermeulen. 'Dit stimuleert managers een strakkere planning te maken én het dwingt medisch specialisten met semi-spoed en geplande operaties om binnen de gestelde wachttijd te opereren. Ziekenhuizen kunnen zo bovendien checken of binnen de gestelde maximaal geoorloofde wachttijd ook behandeld wordt – een belangrijke uitkomstmaat.'

De richtlijn geeft ook aan hoe de OK-capaciteit zo goed mogelijk benut kan worden. Een optie is het systeem van 'witte vlekken', waarbij tussen geplande operaties plekken open worden gehouden voor spoedoperaties. Dit heeft een positief effect op operaties die nu nog vaak naar de avond en nacht doorschuiven.



Toolkit en app

 De richtlijn *Beleid rondom spoedoperaties* is tot stand gekomen met ondersteuning van het Kennisinstituut. Op www.richtlijndatabase.nl is eind maart bij de richtlijn een *toolkit* te downloaden met collega's en een *app* met een indeling van alle ingrepen, ingedeeld in het classificatiesysteem.

Overigens ontdekte de werkgroep dat de hardnekkige aanname dat operaties in de nacht slechtere uitkomsten zouden hebben, niet klopt. Daarvoor is de bewijsvoering te gammel, vertelt Koenen. 'We opereren liever niet 's nachts, maar als het dan toch moet kan dat prima als de omstandigheden en kwaliteit van het team identiek is aan overdag.' Vermeulen vult daarop aan: 'Regel dan wel dat het team de dag erop geen poli of andere patiëntgebonden activiteiten heeft. Na een nacht opereren, volgt altijd een dag vrij.' Tot slot adviseert de richtlijn meer openheid naar patiënten. Daar is Erik Vermeulen het mee eens: 'Met de categorieën kunnen we beter beargumenteren dat de patiënt door te wachten geen extra gevaar loopt. Wanneer ik eerlijk aan een patiënt vertel waarom de operatie de volgende ochtend plaatsvindt – met een fris, nieuw team – is daar heus begrip voor. Als je het maar goed uitlegt.' ●

'Iedereen wil als eerste opereren'

Traumachirurg in Ziekenhuis Tjongerschans in Heerenveen Pieter Lubbert was voorzitter van de werkgroep Spoedoperaties.

'Toen we startten in 2013, hoopten we veel medisch-inhoudelijke argumenten te vinden in wetenschappelijke artikelen om de richtlijn op te baseren. Die harde data ontbraken, dus moesten we het anders aanvliegen. Nu hebben we de term 'spoed' inhoud gegeven met het vaststellen van de vier categorieën. Dit classificatiesysteem is gebaseerd op de input die een groot aantal ziekenhuizen in het land hebben aangeleverd.

Het is goed dat we af zijn van de vrijblijvendheid, maar het zal niet alle ruzies beslechten. We merken al dat enkele wetenschappelijke verenigingen moeten wennen aan de differentiatie. Iedereen wil als eerste opereren. Nu blijkt dat bij sommige aandoeningen iemand best

een paar uur kan wachten, is dat flink schakelen. We hebben bewust veel aandacht besteed aan de organisatorische kant. Door de richtlijn wordt duidelijk waar capaciteitsproblemen zitten en hoe die ondervangen kunnen worden. Eindeloos operaties doorschuiven of operateurs te lang laten doorwerken hoeft niet meer. Deze richtlijn stelt: spoed kun je prima plannen, dus zorg voor een flexibele OK-planning, zodat je kunt schakelen en je OK-teams fit houdt.

Tot slot hoop ik dat deze richtlijn specialisten én bestuurders helpt om de juiste keuze te maken. Ik ben benieuwd hoe de richtlijn gaat landen. Het is geen ultieme waarheid, maar met deze richtlijn in de hand kun je elkaar wel scherp houden.'

Nuchter tijdens werk en bereikbaarheidsdiensten

Nul is vanaf nu de norm

Geen alcohol of drugs nuttigen tijdens of vlak voor een dienst is al jaren een ongeschreven regel. Sinds januari is de gedragsregel *Nul is de norm* formeel vastgelegd. Drie medisch specialisten over hun ervaringen, aanspreekcultuur en handhaving.

'Elkaar aanspreken is niet altijd eenvoudig'

Cardioloog Barbara Mulder, verbonden aan het AMC Amsterdam, is blij met de formalisering van de gedragsregel. Ze hoopt dat die meer bewustzijn creëert onder medisch specialisten.



Ik was jaren geleden nog maar net coassistent toen ik met een anesthesist moest werken, die te veel op had. Dat maakte op mij diepe indruk. Elkaar aanspreken is niet altijd eenvoudig. Ik zie medicijn-, alcohol- of drugsgebruik altijd als je eigen verantwoordelijkheid. Net als je jezelf moet afvragen of je mag gaan werken als je griep hebt. Ik vind het uitstekend dat de gedragsregel nu gehandhaafd wordt. Zo creëer je meer bewustzijn onder specialisten. Artsen zouden vaker met elkaar moeten praten over alcoholgebruik. We praten eindeloos over onze kinderen als zij te veel biertjes nuttigen, maar kijken te weinig kritisch naar ons eigen alcoholgebruik. Het wordt nog te vaak weggewoven. Breek het juist open. Maak 'nul is de norm' bespreekbaar. Dat geldt ook voor drugs en medicijnen.

'Als collega's heb je verantwoordelijkheid naar elkaar'

Voor aios kindergeneeskunde Paul de Laat, werkzaam in het Erasmus MC in Rotterdam, is de gedragsregel niets nieuws, maar wel een extra middel om collega's aan te spreken.

Zolang als ik dokter ben, geldt deze gedragsregel al. Ik weet niet beter. Ik heb ook nooit meegemaakt dat er op de werkvloer werd gedronken. Natuurlijk drink je niets, of blow je niet voor een dienst. Brak op je werk verschijnen is geen stoere daad meer, zoals

het nog wel was tijdens onze studententijd, nu ben je echt een *loser*. Op onze afdeling is dat klip en klaar. Dat merk je aan alles. Met de jaarwisseling had een staf lid bijvoorbeeld *Jip en Janneke*-champagne meegenomen voor iedereen die dienst had: een hartstikke goede zet.

Ik vind het goed dat de regel nu geformaliseerd is. Zo heb je een stok achter de deur om er iets van te zeggen. Ik denk dat vooral een sterke sociale controle effectief is. Als oplettende collega's heb je een sterke verantwoordelijkheid naar elkaar. Mijn zorg gaat op dit moment met name uit naar de slaapmedicatie die sommige

collega's gebruiken om enige balans te houden tussen alle wisselende diensten. Ik zag op de Opiumlijst een flink aantal dergelijke 'pammetjes' staan. Dat is een grijs gebied waar meer aandacht voor moet komen. Allereerst ligt die taak natuurlijk bij een bedrijfsarts of voorschrijvend huisarts, maar je kunt als collega ook goed om je heen kijken. Wanneer ik merk dat iemand dat soort middelen telkens nodig heeft, kaart ik dat zeker aan. Bij de persoon zelf of anders via een bevriende collega die hem of haar beter kent. Daar zijn genoeg wegen voor. Ik verwacht niet dat het zover komt dat specialisten hun plas moeten inleveren ter controle. Ik hoop eerlijk gezegd ook niet dat dit ooit nodig zal zijn. »

Een plek waar je dit allemaal prima kunt bespreken, is een individueel functioneringsgesprek. Daar kun je iets kwijt als je je zorgen maakt over een collega of krijg je zelf iets te horen. Zo is het bespreekbaar, zonder dat het beladen wordt. Ook kan het een vaste vraag zijn in het jaargesprek voor de specialisten die in een umc werken. En ik vind dat er in elk ziekenhuis een vertrouwenspersoon moet zijn, bij wie je problemen kunt signaleren en bij wie je zelf met een probleem terecht kunt. Maar het meeste zie ik in zelf-beheersing vooraf: als je weet dat je eerste achterwacht bent en vlak ervoor een bruiloft hebt, zorg dan voor vervanging. En wanneer jij in de regio de enige superspecialist bent, zoek dan een equivalent in een ander ziekenhuis of andere regio die gebeld kan worden. Dergelijke netwerkvorming kan veel praktische dienstproblemen oplossen. En tot slot: schenk ook eens alcoholvrije champagne bij nieuwjaarsborrels en congressen. Dat smaakt net zo lekker en daarna kun je gewoon aan het werk. »



Nooit meer drinken?

Artsen die aan het werk zijn, moeten compleet nuchter zijn. Dat is kort en goed het uitgangspunt van de nieuwe KNMG-gedragsregel *Nul is de norm*. Met het vastleggen van deze gedragsregel wil de KNMG de ongeschreven regels expliciteren: vanwege de risico's voor de patiëntveiligheid is het niet acceptabel dat artsen tijdens hun werk alcohol of psychoactieve middelen gebruiken, zoals cocaïne en cannabis.

De nulnorm geldt ook voor artsen die als eerste aanspreekpunt bereikbaar moeten zijn. Alleen artsen die de tweede bereikbaarheidsdienst vervullen, moeten voldoen aan de verkeersnorm (tot 0,5 promille in het bloed). In de gedragscode worden ook talloze medicijnen genoemd die voorkomen op lijst I en lijst II van de Opiumwet. Deze medicijnen mag de arts alleen gebruiken op voorschrift van een behandelend arts.

De volledige tekst van de gedragsregel is te downloaden via: www.knmg.nl > **Advies & Richtlijnen** > **Publicaties** > **Nul is de norm**.

'Patiënten rekenen op een heldere specialist'

Als het ligt aan gastro-intestinaal chirurg Hein Stockmann, werkzaam in het Spaarne Gasthuis in Haarlem en Hoofddorp, was de gedragsregel al jaren eerder vastgelegd.

Ik vind het vreemd dat deze alom bekende gedragsregel nu pas geformaliseerd is; dat had veel eerder moeten. Ik vind het belangrijk dat expliciet wordt benoemd hoe om te gaan met drank, drugs en medicijnen als arts. Binnen het ziekenhuis, maar ook richting de buitenwacht. Patiënten rekenen op een heldere, frisse specialist en niet één die de avond ervoor te diep in het glaasje heeft gekeken.

Ik drink graag en houd van een goed glas wijn, maar op de avond voor een operatie drink ik niets. Anders ben ik de volgende dag ietsje minder fit en dat wil ik niet. Wat dat betreft vind ik de

gedragsregel niet ver genoeg gaan. Voor artsen die als tweede achterwacht staan, wordt de verkeersnorm gehanteerd. Dat vind ik vreemd. Ook zij moeten helder van geest zijn als ze moeten opdraven. Ik vind: nul is nul.

Na een diner en theatervoorstelling – met de nodige wijn op – werd ik eens laat op de avond gebeld over een patiënt die ik eerder die dag had geopereerd. Een collega wilde mij consulteren. Toen heb ik behalve mijn visie ook duidelijk aangegeven dat ik wel wat wijn op had, dus dat ik niet volledig aanspreekbaar was. Je bent en blijft altijd verantwoordelijk voor de veiligheid van de patiënt. Dit is alweer jaren geleden en ik heb de indruk dat de sfeer en aanspreekcultuur rondom middelengebruik echt is veranderd. Die controle zit wel goed. Artsen spreken elkaar er vrij direct op aan; ik in elk geval wel.

Bovendien heb je natuurlijk genoeg mogelijkheden om tijdens een functioneringsgesprek of team-overleg eventuele uitpattingen of zorgen ter sprake te brengen. We praten als chirurgen veel met elkaar over *fit to perform* zijn, daar hoort middelengebruik ook bij. En wanneer iemand werkelijk over de schreef gaat, heb je in het uiterste geval de *Modelreglement Functioneringsvraag*. Ik ben dan ook benieuwd hoe de Inspectie voor de Gezondheidszorg denkt dit fenomeen te kunnen controleren, maar vermoed dat het niet zover zal komen. »



Komt een journalist bij de dokter

Steeds vaker treden medisch specialisten op in de media: in krantenberichten, maar ook op radio en televisie. Om hen hier zo goed mogelijk in te begeleiden, verzorgt de Federatie geregeld mediatrainingen. Dermatoloog Marlies Wakkee, werkzaam in het Erasmus MC in Rotterdam, volgde zo'n training. 'Het is een uitgelezen kans om je boodschap goed over te leren brengen.'

Uitgelezen kans

Een jaar geleden werd Marlies Wakkee voor het eerst door de media benaderd met de vraag om te spreken over zonbescherming. Al snel volgden er meer verzoeken en werd de dermatoloog door haar wetenschappelijke vereniging naar voren geschoven als een van de woordvoerders. Voor Wakkee was dat de aanleiding om een mediatraining te volgen. 'Op het moment dat je vaker door de pers wordt benaderd, krijg je een groot platform om een onderwerp te presenteren dat jij belangrijk vindt. Zo'n training is dan een uitgelezen kans om je boodschap goed over te leren brengen.'

Niet meteen reageren

Na aangeklopt te hebben bij haar wetenschappelijke vereniging, kwam Wakkee in contact met de Federatie. Daar volgde ze met een aantal andere collega's een breed opgezette mediatraining. Ontzettend leerzaam, vertelt ze enthousiast. 'Er komen allerlei praktische zaken aan bod, zoals bij wie je moet aankloppen als je een interviewverzoek krijgt. Dat kan de persvoorlichting van het ziekenhuis zijn, maar ook de wetenschappelijke vereniging of de Federatie. Ik leerde ook dat je niet meteen hoeft te reageren als je door een journalist wordt gebeld – vaak kan dat niet eens, omdat je een operatie of spreekuur hebt. Door een terugbelafpraak te maken, heb je meer rust en tijd om het gesprek voor te bereiden. Die tip heb ik absoluut ter harte genomen,



evenals het advies om de vragen vooraf in te zien en de tekst vóór publicatie te checken op feitelijke onjuistheden. Het klinkt eenvoudig, maar het zijn zaken waar je geen weet van hebt als je initieel wordt benaderd voor een interview.'

Profijt

Wakkee heeft veel profijt van wat ze heeft geleerd. Vooral bij het goed overbrengen van de boodschap. 'Met rollenspellen oefen je om belangrijke zaken zo vroeg mogelijk in het interview te benoemen. Als je dat te weinig of te laat doet, loop je het risico dat juist dát stukje eruit wordt geknipt.'

Haar grootste leerpunt? 'Een goede voorbereiding is het halve werk,

hoe cliché dat ook klinkt. Zelf ging ik altijd redelijk blanco een interview in en liet ik alles op me afkomen. Nu vraag ik van tevoren waar het over gaat, zodat ik de boodschap die ik écht wil overbrengen over zonbescherming alvast bondig kan formuleren in mijn hoofd. Ik bereid me dus beter voor en kan de training dan ook van harte aanbevelen aan andere medisch specialisten die regelmatig in de media verschijnen.' **MD**

Heeft u ook interesse in een mediatraining van de Federatie? Informeer naar de mogelijkheden bij uw wetenschappelijke vereniging.

Bestuurder Ab Klink van zorgverzekeraar VGZ:

‘Inkoopcriteria kunnen enorm irritant zijn’

Als beroepsgroep krijgen medisch specialisten te maken met allerlei organisaties. Dat contact loopt niet altijd even soepel. In deze rubriek vertellen niet-medici hoe zij de zorg zien. Ab Klink is lid van de raad van bestuur van zorgverzekeraar VGZ. ‘We moeten echt af van het beeld dat medisch specialisten meer geld willen en zorgverzekeraars kruimeldieven zijn.’

Het is de taak van zorgverzekeraars om te bewaken dat de zorgkosten niet uit de hand lopen, maar ook om de kwaliteit te waarborgen. Hoe gaat dat samen?

‘De uitdaging zit in de samenwerking met medisch specialisten. Welke gemeenschappelijke agenda kun je ontwikkelen om de zorg te verbeteren en de kosten beheersbaar te houden? Ik denk dat zorgverzekeraars hier lange tijd te weinig oog voor hebben gehad. Soms staat de manier waarop je contracteert, betere zorg en lagere kosten echt in de weg. Als blijkt dat we te veel betalen voor een resultaat dat uiteindelijk minder goede zorg oplevert, is het doodzonde daar geld aan uit te geven.’

U juicht het toe dat medisch specialisten meer tijd nemen voor een consult, maar anderzijds vraagt de

zorgverzekeraar veel op het gebied van administratie en registratie. De dokter kan zijn tijd maar één keer besteden.

‘Het mag inderdaad wat minder. Wij willen er zelf ook met de stofkam door om te kijken hoe die lasten verlicht kunnen worden. Toch ligt het geschakeerd, want administratieve lasten komen overal vandaan – vanuit het ziekenhuis, de wetenschappelijke verenigingen, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de zorgverzekeraar. Kijk bijvoorbeeld naar de kwaliteitssystemen die ziekenhuizen adopteren: zorgverzekeraars zien dat, denken: oké, dit is kennelijk *state of the art*, en nemen het op in hun inkoopcriteria. Wie legt het wie dan op? Het gevolg is dat je alleen nog maar met het vingertje naar elkaar wijst.’

Kunt u zich voorstellen dat medisch specialisten kritisch zijn over de inkoopcriteria?

‘Wij vragen nu niet zoveel informatie aan specialisten. Voorheen was het wel anders. Als er bijvoorbeeld meer diepe snijwonden waren bij een bepaalde chirurgische ingreep, was je als ziekenhuis minder goed en werd er selectiever ingekocht. Dat doen we niet meer. Ik vind ook dat een verzekeraar daarmee zijn hand overspeelt, want wat weet die er nou van? Je belicht één klein onderdeel van de vaak complexe arts-patiëntrelatie en daar leid je de zogenaamde kwaliteit van zorg uit af. Als een zorgverzekeraar met zulke criteria komt en jou op basis daarvan ondervraagt, dan is dat wel lastig, ja. Het is snel te reductionistisch, dus die inkoopcriteria kunnen behoorlijk irritant zijn. Daarom hebben wij het roer drastisch omgegooid.’

CV Ab Klink

Leeftijd: 59 jaar

Achtergrond: studie sociologie aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam

Functie: Deeltijd-hoogleraar zorg, arbeid en politieke sturing aan de Vrije Universiteit Amsterdam, lid Raad van Bestuur VGZ

Was hiervoor: minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport in het kabinet-Balkenende IV (2007-2010), lid van de Eerste Kamer (2003-2007)

Bekend van: het rookverbod in de horeca, het wijzigen van de Zorgverzekeringswet, de zorgtoeslag en het verplichte eigen risico



Ab Klink:

‘We willen zelf ook met de stofkam door de administratieve lasten’

Is meer vertrouwen tussen zorgverzekeraar en specialist niet de crux?

‘Absoluut. En dat is niet makkelijk op te bouwen, maar gaat steeds beter.’

Hoe merkt u dat?

‘Enkele jaren geleden zijn we, samen met een aantal medisch specialisten, gestart met het *Zinnige Zorg*-programma. We hebben met meerdere ziekenhuizen contracten afgesloten voor de lange termijn. Medisch specialisten krijgen daarin de ruimte om de zorg in te richten op een manier die hen het beste lijkt – rekening houdend met de kosten. We richten ons inkoopbeleid nu zo in dat we die voorbeelden van goede zorg meenemen naar andere ziekenhuizen.’

Wordt u daar dan niet met argusogen aangekeken?

Lachend: ‘Dat gebeurt, maar steeds minder. Temeer

daar specialisten steeds vaker met ons meegaan om andere ziekenhuizen te overtuigen dat we een goede agenda aan het ontwikkelen zijn. Voor mij is dat een teken dat het vertrouwen verdiept is. De rol van de dokter is hierin wel cruciaal.’

Kunt u een voorbeeld van die zinnige zorg noemen?

‘Recentelijk heeft het Radboudumc gekeken naar de behandeling van pancreaskanker. Een operabele ziekte, maar weinig zinvol als de kanker is uitgezaaid. De standaard manier om naar die uitzaaiingen te kijken is via een CT-scan – op basis daarvan kunnen patiënten in aanmerking komen voor een operatie. Zo’n CT-scan laat echter niet altijd alle uitzaaiingen zien, een MRI doet dat wel. Als een patiënt na een MRI toch uitzaaiingen blijkt te hebben, is opereren zinloos. Zo’n extra MRI is dus niet alleen goedkoper dan een operatie, maar voorkomt ook onnodig leed en valse hoop bij de patiënt. ►

‘We gaan medisch specialisten niet vertellen hoe ze moeten werken; we willen alleen niet de hoofdprijs betalen’

Mocht in negen van de tien gevallen alsnog blijken dat een operatie zinvol is, dan is in ieder geval het zekere voor het onzekere genomen. Uiteindelijk staat de patiënt voorop.’

Uw bovengenoemde project geldt natuurlijk niet voor het gros van de ziekenhuizen.

‘Het aantal ziekenhuizen dat met ons samenwerkt, groeit anders gestaag. Vorig jaar begonnen we met zo’n vier ziekenhuizen, inmiddels zijn het er elf. We willen nu nog verder uitbreiden en ziekenhuizen die mee willen doen, zijn van harte welkom.’

In hoeverre legt u ziekenhuizen uw werkwijze op?

‘Uiteraard kan een ziekenhuis nog steeds een éénjarig contract afsluiten. We gaan medisch specialisten niet vertellen hoe ze moeten werken; we willen alleen niet de hoofdprijs betalen als we weten dat het op een betere manier kan. We volgen dus wel de kostenpatronen van andere ziekenhuizen met een langdurig contract.’

VGZ-bestuursvoorzitter Tom Kliphuis zei in de Volkskrant dat de zorguitgaven niet harder mogen stijgen dan de economische groei. Hoe zit het dan met bijvoorbeeld dure medicijnen?

‘Wij gaan in essentie natuurlijk niet over wat er in het basispakket zit. Maar dure medicatie valt wel onder een klein deel van de kosten dat behoorlijk groeit. Ik denk dat we kritisch moeten zijn op zaken als dosering, effectiviteit en stopcriteria. Op dat vlak zijn er nog werelden te winnen. Zorgverzekeraars kunnen hier veel van artsen leren, en op hun geleide contracteren.’

Bij het bewaken van de zorgkosten komt het in de ogen van medisch specialisten nog weleens voor dat de verzekeraar beslist. Dat kan leiden tot ongelijkheid: bij wie je verzekerd bent, is bepalend voor je behandeling.

‘Dat beeld herken ik echt niet. Als de betreffende zorg in het pakket verankerd is, zie ik ons niet op de stoel van de arts zitten. Ik herken hooguit wat situaties als het gaat om specifieke gevallen in de niet-reguliere zorg, maar met al het overige bemoeien wij ons echt niet. Wij halen de kwaliteit van zorg juist op bij de artsen en spiegelen die informatie naar andere ziekenhuizen.’



Dat beeld van wantrouwen is u dus vreemd?

‘Niet helemaal. Mensen zijn nou eenmaal minder positief als het om zorgverzekeraars in het algemeen gaat. Het algehele beeld is dat medisch specialisten meer geld voor zorg willen en zorgverzekeraars kruimeldieven zijn. Die beelden kloppen gewoon niet, daar moeten we echt vanaf – over en weer.’

Waar hoopt u op?

‘Het is belangrijk om te begrijpen waar de zorgen bij de ander zitten als je samen een langdurig contract aangaat. Zo vraagt het behoorlijk wat lef van een ziekenhuisdirectie om minder omzet als uitgangspunt te nemen. Je moet je personeelsbeleid anders inrichten, minder mensen inzetten en het budget aanpassen. Ik begrijp dat daar wantrouwend op wordt gereageerd. Daarom moet de zorgverzekeraar met voorbeelden komen. Nu ziekenhuizen het *Zinnige Zorg*-project met zoveel goede initiatieven illustreren, begint dat gelukkig te lopen. Natuurlijk hebben zorgverzekeraars nog veel vertrouwen te winnen, maar het gaat de goede kant op.’ ●

Veel breder dan alleen cosmetische ingrepen

De plastisch chirurg weet raad

Plastisch chirurgen komen vaak met inventieve oplossingen voor complexe problemen. Denk bijvoorbeeld aan kaakreconstructies en weefselverplaatsingen tot aan het reconstrueren van een duim uit een teen. Dit tot verrassing van anderen, vertellen plastisch chirurgen Hinne Rakhorst en René van der Hulst. 'Collega's moeten er soms aan wennen dat zo'n ingreep voor ons routine is.'

Een multidisciplinair beroep dat andere specialismen faciliteert: zo kan de plastische chirurgie het beste worden omschreven. Dat is ook meteen het leukste aan het vak, vertelt plastisch chirurg Hinne Rakhorst enthousiast. Rakhorst is werkzaam bij het Medisch Spectrum Twente en het ZGT in Almelo en Hengelo. 'Plastisch chirurgen zijn gewend om snel beschikbaar te zijn zodra een andere specialist daarom vraagt. Vervolgens moeten we ons in korte tijd kunnen verplaatsen in een bepaald specialisme én rekening houden met het traject rondom de patiënt. Denk in het geval van een borstreconstructie bijvoorbeeld aan een radiotherapeutisch protocol of aan iemand die chemotherapie krijgt. Je moet dan efficiënt handelen en zorgen dat je dat proces zo min mogelijk verstoort, bijvoorbeeld door je werk buiten de chemokuren te plannen.'

Vindingrijk palet

Hoewel het specialisme grotendeels in dienst staat van andere medische vakgebieden, is de expertise van de plastisch chirurg compleet anders, gaat Rakhorst verder. 'We werken zeer gedetailleerd vanuit de fijne anatomie.'

Plastisch chirurg René van der Hulst:

'Het stoort me dat in een ontwikkeld land als Nederland nog steeds mensen snijden zonder diploma'

Wat heet: met een bloedvaatje ter grootte van een vermicellisliertje kun je een hele borst, wang of neus maken. Wij bedenken vooral inventieve oplossingen waar patiënten veel baat bij hebben. Dat is de meerwaarde van onze bemoeienis.' Daar sluit plastisch chirurg René van der Hulst, werkzaam als afdelingshoofd in het Maastricht Universitair Medisch Centrum en bij VieCuri, Zuyderland Sittard en MOOI kliniek, zich bij aan. ▶





‘Natuurlijk werken ook wij met protocollen en richtlijnen, maar bij elke situatie denken we na over een oplossing die niet standaard is. We letten daarbij op functie en herstel en houden rekening met esthetiek – een neusreconstructie mag er best fraai uitzien. Dat kom je bij andere specialismen veel minder tegen.’

Het vindingrijke palet van de plastisch chirurg zorgt regelmatig voor verraste reacties. Vorig jaar nog, toen een man bij een bedrijfsongeval zijn duim verloor en een inventief team van chirurgen een nieuwe duim maakte van zijn grote teen. Een prestatie die breed in de pers werd uitgemeten en veel lof oogstte, maar volgens Rakhorst eigenlijk niets nieuws onder de zon is. ‘Het is een fantastische prestatie, want het is een complexe ingreep. Anderzijds stamt deze oplossing al uit de jaren zeventig. Wel gaat het ook hier weer om die fijne anatomie, namelijk bloedvaten. En het laat zien dat we collega-specialisten soms moeten overtuigen van oplossingen die zij niet gewend zijn, maar die in onze ogen klassiek en efficiënt zijn.’

Leed en kosten besparen

Daarom is het soms een uitdaging om zulke afwijkende behandelingen te opperen in gesprekken met collega-specialisten, gaat Rakhorst verder. ‘Een borstreconstructie spreekt tot ieders verbeelding, maar het wordt ingewikkelder als je vertelt dat je van een stuk kuitbeen een nieuwe onderkaak wilt maken bij een patiënt. Collega’s zien zo’n ingreep te weinig om te weten dat dit voor ons routine is.’



Van der Hulst herkent dat beeld. ‘Natuurlijk blijft het bijzonder als zo’n complexe ingreep slaagt. Ondanks dat het niet per se nieuw is, zijn chirurgen of het ziekenhuis hier vaak trots op en brengen ze dit graag als nieuws naar buiten.’ Die aandacht is alleen maar welkom, benadrukt hij. ‘Het zorgt voor een zekere awareness onder collega’s. Kijk maar naar de handchirurgie: veel huisartsen weten niet dat dit deelgebied veertig procent van ons vak beslaat. Zo’n nieuwsbericht is dus een mooie manier om ons werkveld te etaleren.’

Met resultaat, want de plastisch chirurg wordt steeds vaker benaderd door medisch specialisten die oplossingen ontdekken die voorheen onmogelijk leken. Als voorbeeld noemt Rakhorst de borstbesparende operatie. ‘Wij doen veel borstverkleiningen. Door weefsel te verplaatsen, is amputeren van een kleine borst niet altijd nodig. Zo’n lichaamseigen reconstructie heeft weliswaar een langere operatieduur, maar biedt doorgaans een mooier resultaat. Zodra je dat een paar keer laat zien aan de oncologisch chirurg, word je eerder en vaker gebeld om mee te denken.’

Plastisch chirurg Hinne Rakhorst:

‘We besparen aanzienlijk veel leed en kosten’

Ook wondexpertisecentra weten de plastisch chirurg beter te vinden. ‘Patiënten lopen soms jaren op zo’n poli met complexe problematiek, omdat ze nog steeds kampen met een open wond na bestraling. Wij kunnen die klachten meestal met een operatie van een uur verhelpen, bijvoorbeeld door de dode ruimte op te vullen met lichaamseigen weefsel. Daarna hoeft de patiënt ook niet meer terug naar het wondcentrum. Je bespaart dus aanzienlijk veel leed en kosten.’

Verwarring bij patiënt

Toch was juist de patiënt zich langere tijd minder bewust van de mogelijkheden van de plastisch chirurg. Rakhorst erkent dat: ‘Ik merkte in de spreekkamer dat er veel onwetendheid was bij patiënten. Mensen waren doorgaans verbaasd dat ze voor hun kapotte vinger bij de plastisch chirurg terecht konden. Bovendien werd vaak verondersteld dat je voor een ingreep naar België moest – alsof we hier in Nederland op een soort troon zaten. Toen hebben we als beroepsgroep gezegd: we moeten een campagne starten om duidelijk maken wie we zijn, wat we kunnen en dat plastische chirurgie een realistisch doel is voor heel veel mensen. Juist in Nederland.’

Daarnaast hebben plastisch chirurgen te maken met cosmetisch artsen die werkzaam zijn in privéklinieken en doorgaans geen medisch-specialistische opleiding hebben gevolgd. In hoeverre zorgt dat voor verwarring bij de patiënt, en belangrijker: heeft dit invloed op de reputatie van de plastisch chirurg? ‘Als beroepsgroep werken we veel samen met verschillende partijen, zoals de Nederlandse Vereniging Cosmetische Geneeskunde, om een bepaalde kwaliteitsborging te krijgen’, begint Van der Hulst. ‘Toch blijken er in de praktijk nog steeds mensen te zijn die zonder opleiding gaan snijden. Dat stoort me: in een ontwikkeld land als Nederland vind ik zulke situaties eigenlijk niet kunnen. Botox en fillers lossen uiteindelijk wel weer op, maar het mes is onomkeerbaar. Daardoor krijg ik soms te maken met patiënten die bij iemand zonder opleiding zijn geweest en bij wie een correctie noodzakelijk is.’

Betere reputatie

Dat is de patiënt overigens niet kwalijk te nemen, benadrukt van der Hulst. ‘Voor een patiënt is het verschil soms lastig tussen een cosmetisch chirurg met een niet-beschermde titel, en een plastisch chirurg met een jarenlange opleiding en een beschermde titel. Daarom is het belangrijk dat we hier als beroepsgroep op



anticiperen. Het gaat er ook niet zozeer om wie beter of slechter is, maar om wat onze meerwaarde is. Blijven focussen op wat we zelf goed doen en dat laten zien aan de patiënt: dát is het belangrijkste.’

Daarom zette de Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie de afgelopen jaren een reputatiemanagementbeleid op om de beeldvorming te verbeteren. René van der Hulst: ‘We zijn bewust vaker naar buiten getreden met wetenschappelijke onderzoeken en innovatieve behandelingen. Daarnaast hebben we onze toegankelijkheid vergroot door bijvoorbeeld het live uitzenden van borstreconstructies – wij waren één van de eerste beroepsgroepen die dat hebben gedaan. Ik ben ervan overtuigd dat onze reputatie daardoor is verbeterd. Bij patiënten én bij andere partijen. Kijk alleen al naar de politiek: waar voorheen werd gedacht dat wij alleen maar cosmetische ingrepen deden, is nu duidelijk dat ons werkveld vele malen breder is.’ ●

 Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Plastische Chirurgie vindt u op: www.nvpc.nl.

‘Hij slikte zo een roestige schroef door’

Voor veel medici is hun specialisme meer dan alleen werk. In deze rubriek vertellen ze over hun drijfveren. De missie van psychiater Wiepke Cahn, hoogleraar lichamelijke gezondheid bij psychiatrische patiënten, is: de psychiatrische en medische wereld dichterbij elkaar brengen.

HART & ZIEL

Missie

Meer aandacht voor lichamelijke klachten bij psychiatrisch patiënten

Inzet

Onderzoeks- en zorgprogramma Lijf en Leven en leefstijlinterventies

Meer informatie

www.umcutrecht.nl

> Ziekenhuis > Centra, poliklinieken en afdelingen
> Hersencentrum > Ziektebeelden, onderzoeken en behandelingen > Zorgprogramma Lijf & Leven

‘Iedereen heeft wel eens lichamelijke klachten en weet dat die demotive- rend werken’, vertelt Wiepke Cahn. ‘Maar in de zorg zijn psychiatrie en somatische specialismen twee gescheiden werelden. Dat is historisch zo gegroeid. Vroeger waren psychiatrische patiënten “bezeten door de duivel”. Inmiddels classificeren en behandelen we psychiatrische aandoeningen als ziekte. Het is nu tijd dat we een brug slaan tussen die werelden en integrale zorg bieden. Met de patiënt centraal, niet de specialist.’

Minder fit

Al vroeg in haar opleiding, tijdens haar stage bij een rehabilitatie- afdeling in Engeland, dringt Cahn aan op meer aandacht voor het lichaam van de psychiatrische patiënten. ‘Ik ontdekte dat patiënten

die langdurig opgenomen waren in de psychiatrie, niet meer lichamen- lijk werden nagekeken. Dus opende ik een polikliniek voor somatische controles.’

Daar ondervindt Cahn dat een anamnese uitvoeren bij ernstig psychiatrische patiënten niet eenvoudig is. ‘Op een gegeven moment maakte ik een wandeling met een patiënt. Hij bukte. Ik zag nog net dat hij een grote roestige schroef opraapte en deze zonder pardon doorslikte. Het was ongetwijfeld niet zijn eerste keer. Maar als je een halve bestekla opeet, ontstaan er lichamelijke klachten. Toch durfden chirurgen de patiënt niet te opereren en haalde gedragstherapie weinig uit.’

Cahn geeft niet op: ze ziet het incident als een bevestiging van het belang van integrale zorg. Tijdens haar promotie bewijst ze met neuroimaging-onderzoek dat de grijze hersenstof van de patiënten met psychotische aandoeningen sneller afneemt dan bij gezonde mensen. Ze ontdekt dat fitness- interventies dit proces vertragen.

Psychiater Wiepke Cahn:

‘Meestal komen psychiatrische patiënten niet uit zichzelf met lichamelijke klachten’



PHOTOSTOQUE

'Bovendien voelen patiënten zich psychisch beter als ze meer bewegen.' Later toont ze aan dat psychiatrische patiënten tijdens hun levensloop steeds ongezonder worden. 'Minder fit en dikker. Maar in de praktijk gebeurt er helaas weinig met deze informatie. Dan ga je toch denken: waar zijn we mee bezig?'

Notoire zorgmijders

Hoe komt het dat de lichamelijke klachten van psychiatrische patiënten worden verwaarloosd? Nemen psychiatrische patiënten hun eigen lichaam niet serieus? Begrijpen specialisten hen niet? En veroorzaakt de psychiatrische aandoening de lichamelijke klachten of andersom? Cahn: 'Dat zijn goede vragen, waar we echter nog geen antwoord op hebben. Veel factoren hebben invloed op het lichamelijke welzijn van psychiatrische patiënten. Om te beginnen zijn patiënten met ernstig psychiatrische problematiek notoire zorgmijders. Psychiaters hebben vaak onvoldoende kennis om lichamelijke aandoeningen goed te signaleren. Andersom zijn andere medici huiverig voor psychiatrische patiënten vanwege het stigma dat die lastig of gevaarlijk zijn. Terwijl dat maar een klein, helaas mediageniek, deel van de patiëntenpopulatie is.'

Maar er speelt nog meer mee. 'Bij het afnemen van de anamnese komen patiënten soms met ongebruikelijke antwoorden, zoals "de maan veroorzaakt mijn buikpijn." Dan is het lastig onderscheid te maken tussen een lichamelijke klacht of een somatische beleving veroorzaakt door de psychiatrische aandoening. De ervaring leert dat als een psychiatrische patiënt met lichamelijke klachten komt, je die serieus moet nemen. Meestal komen ze namelijk niet zelf met zulke klachten.' Verder hebben psychiatrische patiënten moeite met informatieverwerking. Cahn: 'Dan vergeten ze wat de arts hen heeft verteld. Daar kun je op anticiperen, door te vragen of ze



iemand mee willen nemen naar het consult.'

Opstapeling van problemen

Ook andere leefdoelgebieden zitten bij deze patiënten vaak tegen. 'De meeste patiënten met psychotische aandoeningen krijgen hun ziekte tijdens de adolescentie. Ze maken hun school niet af, eindigen onderaan de sociaaleconomische ladder, zonder baan of goed inkomen.' Zo stapelen de problemen zich op. Cahn geeft een voorbeeld van een patiënt die 170 kilo weegt. 'Naast psychoses heeft hij last van hartproblemen en diabetes. Door de medicatie komt hij aan. Maar hij eet ook ongezond, want hij heeft te weinig geld voor gezond eten. Hij beweegt weinig en drinkt overmatig alcohol. Hij woont alleen en vergeet wat hij eet. Aan welke knop moet je dan als eerste draaien?'

Om het probleem nader te onderzoeken en handen en voeten te geven in de behandeling is Cahn het onderzoeks- en zorgprogramma *Lijf en Leven* gestart. 'Er is veel gefragmenteerde kennis over welke lichamelijke aandoeningen bij psychiatrische patiënten vaak samen

voorkomen. Mensen met een psychose hebben vaker diabetes. Anorexia en glutenintolerantie komen vaak samen voor. Met epidemiologisch onderzoek zoeken we naar een overzicht en structuren in die overlap. Daarnaast vermoeden we dat integrale zorg de kwaliteit van leven van patiënten kan verbeteren en de kosten voor de totale gezondheidszorg kan reduceren. Dit onderzoeken we nu met zorgverzekeringsdata.'

Leefstijlinterventies

Naast het doen van onderzoek ontwikkelt Wiepke Cahn ook samen met hulpverlenende instanties leefstijlinterventies voor patiënten. 'Interventies zijn veelal in groepen en dat is lastig, want psychiatrische patiënten vinden groepen juist vaak eng. In Utrecht werken we daarom nu samen met *Harten voor Sport*, die bewegings- en dieetinterventies aanbieden. Ik ben benieuwd wat we samen kunnen bereiken.' ●

Oproep

Bent u of kent u een collega die zich naast zijn of haar reguliere werk ergens met hart en ziel voor inzet? Wij belichten graag uw verhaal. Mail naar communicatie@demedischspecialist.nl.



de voorzitter van het Nederlands Oogheeskundig Genootschap

Jeroen Klevering

Als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen trekken de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk op binnen de Federatie. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Jeroen Klevering, oogarts en hoofd van de afdeling Oogheelkunde in het Radboudumc in Nijmegen, is sinds maart voorzitter van het Nederlands Oogheeskundig Genootschap (NOG).

1 Het NOG is de oudste wetenschappelijke vereniging van Nederland. In 2017 bestonden jullie 125 jaar. Voor welke uitdagingen staan jullie de komende jaren?

'Ons vak is de laatste decennia steeds technischer geworden. We doen nu veel microchirurgie, en behandelingen met *biologicals*. En met succes. Ook zijn er aandoeningen waar we twintig jaar geleden niets mee konden en die tot slechtiendheid leidden. Neem het maculagat, een gaatje in het centrum van de gele vlek, dat een wazig beeld of vertekende beelden geeft. Dat kunnen we nu succesvol opereren. Maar niet alles gaat goed. Ondanks alle medisch-technische vooruitgang is ons onderzoeksbudget beperkt: 1,3 miljoen euro op jaarbasis, voor alle academische centra. Vergelijk dat eens met de onderzoeksbudgetten in de oncologie. En dat terwijl mensen, na Alzheimer en kanker, het meest bang zijn voor blindheid. Blijkbaar weten we onszelf niet goed te verkopen.

Dat willen we veranderen. Zo komt er dit jaar een nationaal oogheeskundig onderzoeksplan. We willen daarmee onderzoeksgelden genereren en in kaart brengen waar de onderzoeksgroepen in Nederland mee bezig zijn. Door beter samen te werken, verhogen we de kwaliteit van het oogheeskundig onderzoek.'

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlands Oogheeskundig Genootschap (NOG)

Bestaat sinds: 1892

Aantal leden: circa 650 oogartsen

Enkele belangrijke subspecialisaties: cornea, glaucoom, medische retina, vitreoretinale chirurgie, orbita & oculoplastische chirurgie.

2 Wat betekent het lidmaatschap van de Federatie voor de oogartsen?

'Dat moet zich de komende jaren verder bewijzen. Maar er gebeuren al veel goede dingen. De handreiking *Substitutie van zorg* van de Federatie stond bijvoorbeeld aan de basis van de handreiking *Anderhalvelijns oogzorg*, die de NOG eind 2017 heeft opgesteld. Dat is een belangrijke ondersteuning, want de wachtlijsten in de oogheeskunde lopen op. Daar moeten we iets aan doen. Bijvoorbeeld met de inzet van optometristen in de anderhalvelijnszorg. Niet alle oogheeskundige zorg hoeft naar de oogarts. De modelhandreiking van de Federatie was een goede blauwdruk voor het schrijven van de handreiking.'

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

'Die samenwerking kan én moet beter. Vooral bij de moeilijke zorgdossiers, zoals de bekostiging van dure geneesmiddelen. De financiering van de zorg wordt de komende jaren steeds complexer. Zeker als er vanaf 2019 op de curatieve zorg bezuinigd gaat worden, zoals in het regeerakkoord staat. De zorg betaalbaar houden vraagt om onorthodoxe oplossingen. Daar hebben we elkaar voor nodig. Overkoepelende thema's kun je niet in je eentje oplossen.'



AGENDA



DOCUMENTEN



NIEUWS



POLLS



FMS NIEUWS APP

**Relevant zorgnieuws
altijd binnen handbereik**

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

Download dan nu de Nieuws app van de Federatie Medisch Specialisten.



KEUZEHULP VOOR IN DE SPREEKKAMER

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

Kijk op www.consultkaart.nl

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

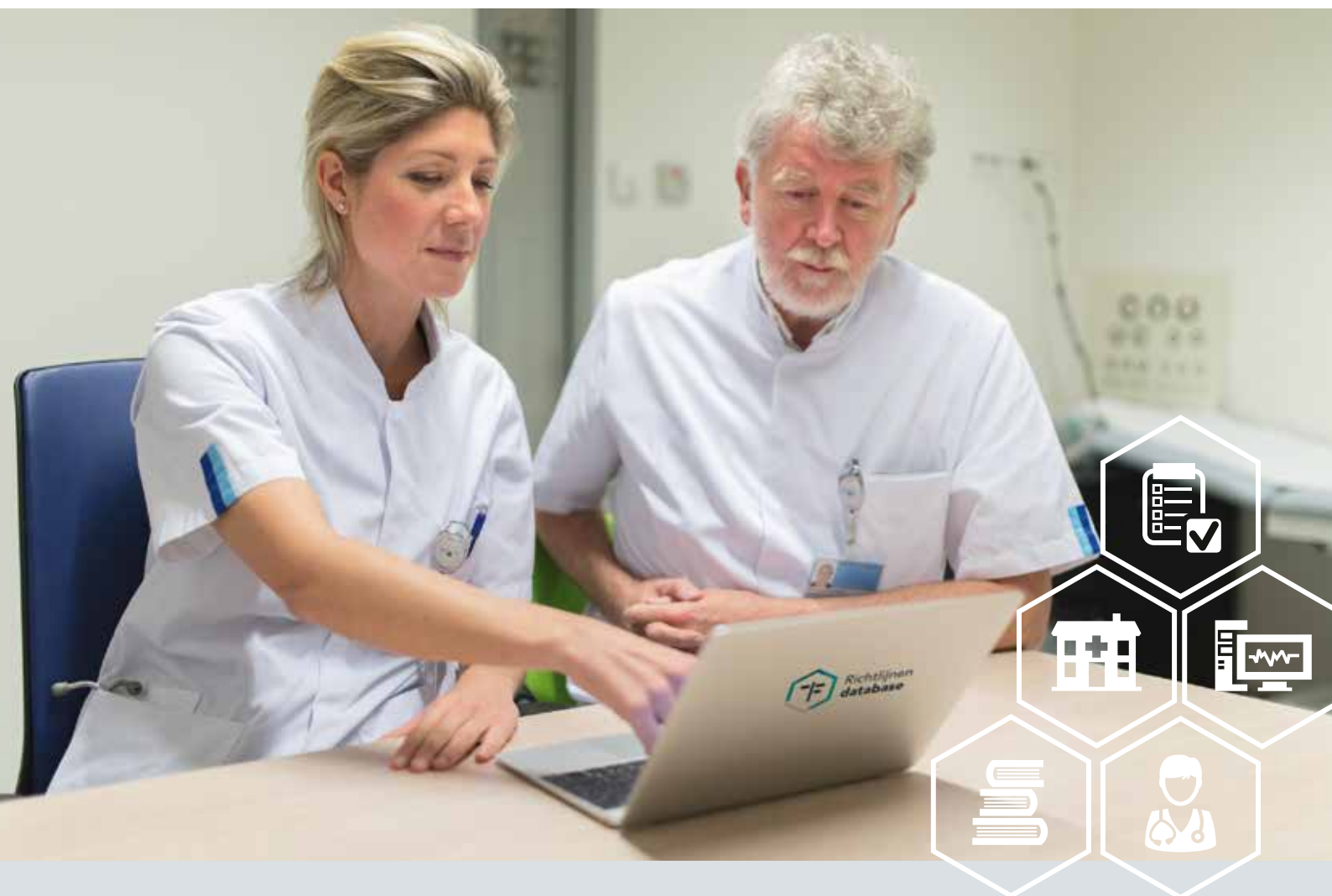
*Consultkaart® is een initiatief van de Federatie Medisch Specialisten en Patiëntenfederatie Nederland. Consultkaarten worden ontwikkeld door de betrokken wetenschappelijke vereniging en patiëntenorganisatie.





Richtlijnen
database

Al uw medisch-specialistische richtlijnen op één plek



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

www.richtlijnendatabase.nl



De Richtlijnen database is ontwikkeld door het
Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten