

de Medisch Specialist

SEPTEMBER 2017
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

3

GESPREKSOPNAMEN

'Het valt of staat met vertrouwen'

OPLEIDEN NIEUWE STIJL

Geef opleiders de ruimte

ZORG ZONDER TOLK

'Soms is een gesprek onmogelijk'

Innovaties in de oogheelkunde

De winst en keerzijde van vooruitgang



OP WEG NAAR 2025 MET VERNIEUWEND LEIDERSCHAP

Scholing in medisch management, leiderschap en professionele ontwikkeling, steeds aansluitend bij de actualiteit van het sterk veranderende zorglandschap. Wij verzorgen zowel korte cursussen als uitgebreide programma's.

Medisch leiderschap voor opleiders

Hoe bereidt u als opleider uw aios voor op medisch leiderschap? In dit unieke en uitdagende programma leert u op verrassende wijze uw eigen leiderschapskwaliteiten kennen.

Prijs € 4.250,- inclusief verblijfsarrangement

Locatie centraal in het land

Start 13 november 2017

Klinisch leiderschap

Dit programma van twintig dagdelen biedt u de kennis en vaardigheden om duurzame verbeteringen in het zorgproces te realiseren, en gelegenheid om te werken aan uw persoonlijk leiderschap.

Prijs leden FMS én VvAA € 4.950,- (niet-leden € 5.250,-)

Locatie centraal in het land

Start 30 november 2017

Betaalbaarheid en kwaliteit van zorg

'Blended' (online en 'live') programma dat ingaat op de kwaliteit van de zorg in relatie tot de kosten. Hoe kunt u als medisch professional de regie nemen in deze actuele discussie?

Prijs € 750,-

Locatie start- en slotbijeenkomst in Utrecht

Duur 11 oktober - 6 december 2017

Management voor medici

Postdoctorale leergang van veertig dagdelen voor medisch managers en stafbestuursleden waarin alle aspecten van management van zorginstellingen de revue passeren.

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

Locatie centraal in het land

Start 10 september 2018

MARIJKE EURELINGS, neuroloog en opleider in het Spaarne Gasthuis, organiseerde samen met de Federatie een inspiratiesessie voor opleiders als opwarmer voor de training 'Medisch leiderschap voor opleiders'.

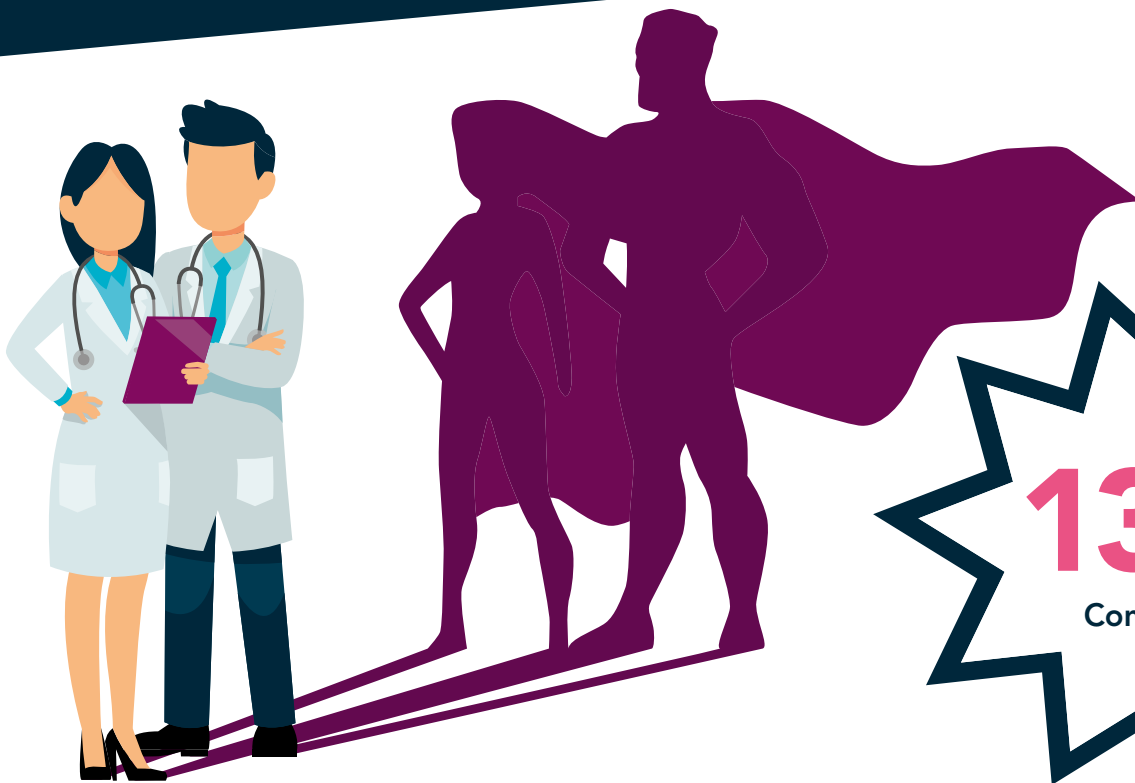
"De individualisering van de opleiding vraagt van de leden van de opleidingsgroep om stil te staan bij de wensen van de aios over diens opleiding. Vroeger volgden zij een vast programma, nu is het uitgangspunt wat voor competenties iemand heeft of wil ontwikkelen en wordt het programma daarop aangepast. Dit is een heel andere kijk op opleiden: niet langer gericht op wat de opleider belangrijk vindt, maar op wat de aios wil bereiken.

Naast een flexibele houding is het voor dit 'dienend leiderschap' nodig dat opleiders kritisch naar hun eigen rol kijken bij het opleiden van jonge dokters. Je moet je veel meer bewust zijn van wie je zelf bent, wat je kunt doen en geven op het gebied van sturing en feedback – en wat niet. Als degene die je opleidt een heel ander profiel wil ontwikkelen dan jij, moet je je durven afvragen wat je beter kunt overlaten aan een collega. Leiding geven en nemen kan alleen als je je leiderschapskwaliteiten kent en ontwikkelt. Daarom beveel ik de training Medisch leiderschap voor opleiders van harte aan."



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

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



13 Woensdag
december

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

INSPIREREN, PROFILEREN, EXCELLEREN!

MMV-congres 2017

In iedere opleider en aios schuilt een superheld. Iedereen heeft een unieke set talenten. Het is de kunst om deze naar boven te halen en optimaal in te zetten in de opleiding of werksituatie. Door de medische vervolgopleiding meer af te stemmen op de individuele talenten en ontwikkelwensen van aios, kunnen zij zich effectiever profileren en zijn ze beter voorbereid op de arbeidsmarkt.

Maar hoe begeleid je aios hier in de dagelijkse praktijk bij? Gelukkig is ook opleiden een vak waarin mensen excelleren en anderen kunnen inspireren!

Op het MMV-congres wordt dit onderwerp vanuit diverse invalshoeken belicht. U hoort goede praktijkvoorbeelden van collega's, krijgt concrete ondersteuning, relevante kennis en tips waarmee u zelf aan de slag kunt. Naast inspirerende presentaties en praktische workshops, hebben we dit jaar ook twee ontbijtsessies aan het programma toegevoegd.

VOOR ALLE
BETROKKENEN
BIJ DE MEDISCHE
VERVOLGOPLEIDINGEN

TARIEVEN

Vroegboektarief: 250 euro

(na 1 september: 295 euro)

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

6 punten toegekend door ABAN, NVZA,
NVKC en NVKF

Meer informatie en aanmelden:

www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres



Federatie
Medisch
Specialisten

Het MMV-congres wordt georganiseerd
door de Federatie Medisch Specialisten

In dit nummer



8 RE-INTEGRATIEZORG

Werk als behandeldoel

Steeds meer mensen krijgen tijdens hun werkzame leven te maken met een chronische aandoening. Werk meenemen als behandeldoel draagt bij aan eerder en beter herstel, merken oncoloog Suzanne Kaal en arbeidsgeneeskundige Desiree Dona.

11 COVERSTORY

Voors en tegens van vooruitgang

Van technische innovaties en betere medicijnen tot substitutie en preventie: een kijkje bij oogheekunde laat zien welke grote stappen het specialisme maakt en hoe dat uitpakt in de dagelijkse praktijk.

15 GESPREKSOPNAMEN

Maak het bespreekbaar

Steeds vaker krijgen medisch specialisten het verzoek of het consult mag worden opgenomen. Kinderarts Paul Brand, cardioloog Tjebbe Galema en KNO-arts Robert van Haastert in gesprek over hun positieve én negatieve ervaringen.

20 NETWERKGENEESKUNDE

'Sterk netwerk: bittere noodzaak'

Internist Margriet Piersma, directeur van de Groningse trombosedienst Certe, bouwde aan een stevig verankerd en goed geolied netwerk rond antistolling. 'Elke arts heeft te maken met de antistollingszorgketen.'

24 POLITIEK IN DE PRAKTIJK

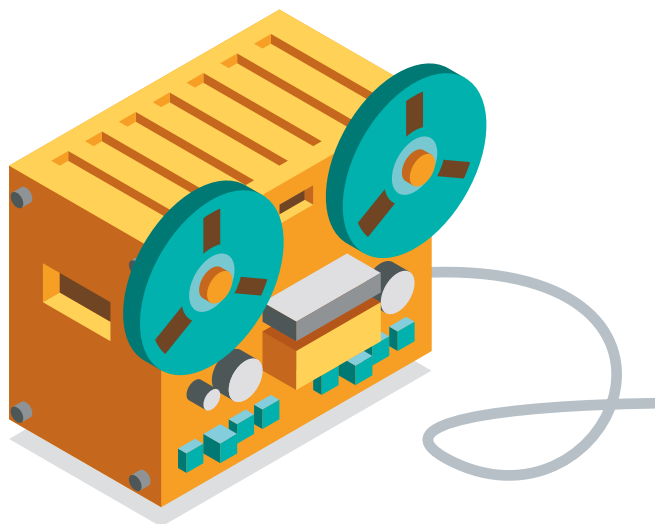
Afschaffing tolkenvergoeding

Sinds 2012 is de vergoeding van een professionele tolk niet langer vanzelfsprekend. Voor diagnostiek en behandeling van dementie is communicatie met de patiënt, ook die met een niet-westerse achtergrond, echter een vereiste.

27 OPLEIDEN

Geef opleiders de ruimte

Opleiders krijgen nog lang niet overal de ruimte en tijd die nodig is om aios goed op te leiden. MDL-opleider Michael Klemt-Kropp pleit voor duidelijke afspraken over de positie van de opleider.



EN VERDER

6 Kort nieuws

22 Nieuwe rubriek: Hart en ziel

In deze nieuwe rubriek vertellen medisch specialisten waar zij zich vrijwillig voor inzetten. Aanmelden? Mail naar communicatie@demedischspecialist.nl.

RUBRIEKEN

6 Vraag & antwoord aan het KDC

14 Stelling: Stel het EPD volledig open

19 Column: Menno Oosterhoff

30 Drie vragen aan... Pieter Wensing

COLOFON

jaargang 3, september 2017

Uitgave

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

Redactie

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

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Wouter Blox,
longarts in opleiding, Amphia ziekenhuis,
Breda | Marjolein Dekker,
communicatieadviseur Landelijke vereniging
van Artsen in Dienstverband (LAD) |
Ivan Gan, oogarts, Oogziekenhuis
Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam | Joost van der Sijp,
chirurg-oncoloog, HMC-Bronovo, Den Haag
| Davy Sudiono, radioloog, HMC Bronovo,
Den Haag | Marcel Vonk, psychiater,
Pompestichting, Nijmegen | Kerst de Vries,
klinisch geriater, MC Slotervaart,
Amsterdam

Vanuit bestuur Federatie Medisch

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

Medewerkers aan dit nummer

Léon van Adrichem, Mirthe Diemel,
Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk,
Serge Ligtenberg, David Lok, Rob Nelisse,
Menno Oosterhoff, Dana Ploeger en
Jonathan Vos

Fotografie cover: Jonathan Vos

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 (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 2017.
ISSN 2451-9952

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk
worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar
gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke
toestemming van de uitgever en de makers van het
werk.

De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor
eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch
Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van
derden welke mogelijkerwijs voortvloeien uit het lezen
van deze uitgave.

De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van
cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van
auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave
weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt
van de redactie. De redactie behoudt zich het recht
voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf
geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft
gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld
te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt,
vragen wij u contact op te nemen via communicatie@demedischspecialist.nl.

Goed gesprek

Omgaan met jonge, enthousiaste mensen die ons vak willen leren, vind ik een van de mooiste aspecten aan opleider zijn. Aandacht schenken aan maatschappelijk relevante onderwerpen als kosten van de zorg, samenwerken, transparantie en samen beslissen, geeft – naast vaktechnisch inhoudelijke aspecten – in de huidige tijd een extra verdieping.

Tegelijkertijd kost het goed begeleiden van aios steeds meer tijd en (papier)werk. Helaas krijgen opleiders nog lang niet overal de ruimte om hun professe goed uit te voeren. In deze *de Medisch Specialist* pleit Michael Klemt-Kropp, opleider MDL en lid van de Raad Opleiding, daarom voor duidelijke afspraken over de positie van de opleider.

Die duidelijkheid is ook nodig als het gaat om het opnemen van gesprekken in de spreekkamer. Een vraag die specialisten steeds vaker krijgen (zie het artikel op pagina 15), en waar de nieuwe KNMG-handreiking niet in elke situatie soelaas zal bieden. Mijn devies is: een opname om de onderlinge communicatie te bevorderen is prima, een opname uit wantrouwen niet.

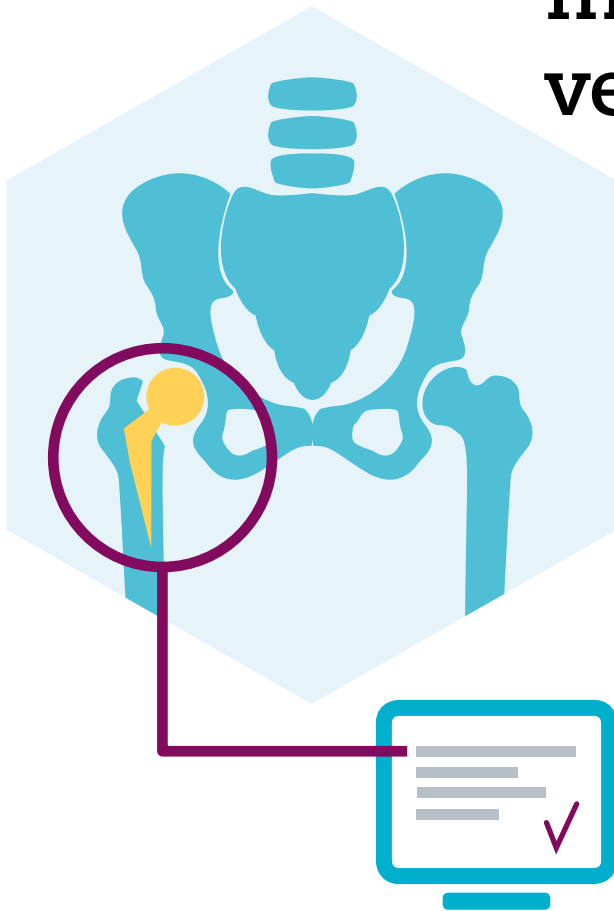
In de praktijk betekent dit soms dat ik een heel gesprek laat opnemen, ook weleens voorstel een samenvatting in te spreken, en een heel enkele keer weiger. Zoals toen een patient zijn telefoon op tafel legde, een opname startte en zei: 'zo, nu wil ik wel eens weten wat er tijdens mijn opname allemaal is gebeurd'. Ik zei dat dit me niet de manier leek om het eens rustig over zijn vraag te hebben, die ik wel graag wilde beantwoorden. We hadden alsnog een goed gesprek. Zonder bandopname.



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter
Federatie Medisch Specialisten

Implantaten verplicht registreren



De minister van VWS heeft een wetsvoorstel gedaan waarmee zorgaanbieders verplicht worden om traceerbaarheidsgegevens over implantaten aan te leveren aan een landelijk implantatenregister (LIR). Deze wet wordt waarschijnlijk per juli 2018 van kracht. Dit najaar is definitief bekend om welke medische implantaten het gaat.

Zorgaanbieders zijn straks verplicht om gegevens van een implantaat te registreren in het patiëntendossier en deze gegevens te verstrekken aan de patiënt. Implantaten (en de betrokken patiënten) zijn daardoor traceerbaar.

Omdat registratie nu nog niet voor elk implantaat haalbaar is, hebben de Federatie en wetenschappelijke verenigingen samen met andere veldpartijen gewerkt aan een lijst met implantaten (op basis van hoog risico) waarvoor traceerbaarheid belangrijk is.

De Federatie heeft in een brief aan de Tweede Kamer randvoorwaarden aangedragen om de implementatie van de wet in goede banen te leiden en de registratielast zoveel mogelijk te beperken. De implantaten zouden bijvoorbeeld scanbaar moeten zijn en de wetgeving zou gefaseerd ingevoerd moeten worden.



Meer informatie vindt u op:

www.demedischspecialist.nl/implantatenregister.

VRAAG & ANTWOORD

Mediation

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

Deze keer: mediation.

Ook een vraag?

Mail naar info@demedischspecialist.nl

VRAAG > Ik ben voorzitter van een MSB. In onze vakgroep interne geneeskunde is sprake van een oplopend dispuut. Er ontstaat steeds meer irritatie ten aanzien van een van de vakgroepleden, die zich niet wil voegen naar de taakverdeling die binnen de groep is afgesproken. Wat is wijsheid?

ANTWOORD >

Het is van belang negatieve signalen over samenwerken tijdig op te pakken. Primair binnen de vakgroep, door elkaar rechtstreeks aan te spreken. Als dat niet gebeurt of niet helpt, kan externe begeleiding voorkomen dat een conflict ontstaat of verergert. U kunt daarbij denken aan coaching of *mediation*. Mediation is een vorm van begeleiding die nog relatief weinig wordt ingezet, maar bij een (beginnend) geschil effectief kan zijn.

Het KDC kan u op weg helpen het juiste instrument op het juiste moment in te zetten. Als we denken dat een (beginnend) conflict het beste via mediation kan worden beslecht, kunnen wij u verwijzen naar partijen met kennis en ervaring in de sector. Uiteindelijk kiest u welk instrument het beste bij u past: wij hebben immers geen belang bij de wijze waarop u een vraagstuk oplost. Wel – net als uzelf – dát u komt tot een oplossing, waardoor een juridische procedure voorkomen wordt. ●



Ziekenhuizen aan de slag met TOKIO

Het TOKIO Optimum Model van de Federatie Medisch Specialisten blijkt een welkome oplossing nu het dalend aantal aios tot problemen op de werkvloer leidt. Alle umc's en verschillende andere ziekenhuizen gaan met het online rekenmodel aan de slag.

Minder instroom van aios en een kortere opleidingsduur leiden ertoe dat aios minder uren op de werkvloer staan. Ondertussen blijft de hoeveelheid werk in het ziekenhuis gelijk en moet de geleverde kwaliteit hetzelfde blijven of zelfs hoger worden. Voor veel vakgroepen leidt dit tot een lastige puzzel.

Met het TOKIO Optimum Model worden formaties, bestaande uit verschillende combinaties van in te zetten functionarissen, met elkaar vergeleken in relatie tot de gestelde kwaliteitseisen en de kosten.

Het rekenmodel is onderdeel van een breder traject. Aios in de laatste fase van hun opleiding kunnen dit traject begeleiden bij wijze van stage. Zo doen ze kennis en ervaring op over bedrijfsvoering.

 Meer informatie over het TOKIO Model en Traject vindt u op: www.medischevervolgopleidingen.nl.

Inspiratiesessie rond innovatie

Innovaties: als ze goed zijn maken ze de zorg beter en het werk plezieriger, beter of gemakkelijker. Om te weten wat er voor uw praktijk wordt ontwikkeld en of dat werkt, heeft de Raad Wetenschap & Innovatie het Platform Innovatie opgericht. Dit biedt u de mogelijkheid om aangesloten te blijven bij alles wat er op dit terrein gebeurt en met andere geïnteresseerden kennis en ervaringen uit te wisselen.

Op dinsdag 31 oktober houdt het platform van 18.00 tot 21.00 uur in het NBC Nieuwegein een eerste inspiratiesessie. Medisch specialisten kunnen tijdens deze avond kort presenteren hoe een specifieke innovatie de zorg heeft verbeterd of het werk leuker heeft gemaakt.

 Bent u geïnteresseerd in of betrokken bij innovatie in de zorg? Kijk voor meer informatie op www.demedischspecialist.nl bij Nieuws & Agenda of meld u direct aan voor de inspiratiesessie via: raadw&i@demedischspecialist.nl.

Nieuw: Modelreglement Functioneringsvraag

Het vroeg signaleren van mogelijk verminderd functioneren van een medisch specialist én het bespreekbaar maken is essentieel. Medisch specialisten krijgen zo de kans om het functioneren – als dit nodig is – te verbeteren. Hiervoor is een procedure beschreven in het nieuwe Modelreglement Functioneringsvraag dat sinds juli beschikbaar is. Het reglement is zo opgezet dat het is aan te passen aan het specifieke beleid en situatie van de instelling.

In het nieuwe reglement is meer aandacht voor onafhankelijkheid en transparantie in de procedure. Zo kan de wetenschappelijke vereniging worden ingeschakeld voor het leveren van onafhankelijke expertise bij een functioneringsvraag. Het nieuwe modelreglement vervangt het 'Model Mogelijk Disfunctioneren'.

 Het modelreglement vindt u op: demedischspecialist.nl/functioneringsvraag.

Gezamenlijke aanpak re-integratie

Werk als behandeldoel

Nu mensen langer doorwerken, is de kans groter dat zij tijdens hun werkzame leven te maken krijgen met een chronische aandoening. Welke rol kunnen medisch specialisten spelen om deze patiënten weer aan het werk te krijgen? Internist-oncoloog Suzanne Kaal en klinisch arbeidsgeneeskundige Desiree Dona delen hun ervaringen. 'Arbeid meenemen als behandeldoel draagt bij aan het herstel.'

Internist-oncoloog Suzanne Kaal: 'In het Radboudumc hebben we specifieke aandacht en zorg voor AYA's, *Adolescents and Young Adults*. Dit zijn jongvolwassenen tussen de 18 en 35 jaar met de diagnose kanker. Deze groep heeft allerlei leeftijdsspecifieke vragen omtrent thema's als relaties, kinderen, studie en werk. Jonge mensen hebben vaak moeite om een baan te vinden of te re-integreren na de diagnose kanker. Dat geldt ook voor Suzanne, een van mijn patiënten. Zij werd vorig jaar gediagnosticeerd met botkanker en kreeg een megaprothese, dat het bot in haar rechterbeen verving. Door die ingreep kan ze haar knie nog maar tot

maximaal negentig graden buigen en niet meer hurken of op haar knieën zitten. Dingen zie ze tijdens haar werk als verpleegkundige wel moest kunnen. Logischerwijs had Suzanne tijdens en na haar behandeling veel vragen over de mogelijkheden die ze nog wél had op werkgebied. Die vragen stelde ze in eerste instantie aan mij: ik was haar behandelend arts en mij zag ze vaak. Maar voor mij is die arbeidsgerelateerde materie geen dagelijkse kost. Daarom heb ik de samenwerking met Desiree gezocht.'

Klinisch arbeidsgeneeskundige Desiree Dona: 'Er werken in het Radboudumc meerdere klinisch arbeidsgeneeskundigen. Dit specialisme voor bedrijfsartsen verdiept zich in een bepaalde patiëntenpopulatie. Zo ben ik gespecialiseerd in oncologie en maak ik deel uit van verschillende oncologische ketens, waaronder de



Internist-oncoloog Suzanne Kaal

Patiënte: 'Eerste stap naar terugkeer arbeidsmarkt'

Suzanne (28): 'Vorig jaar kreeg ik botkanker en is er een megaprothese geplaatst die het bot in mijn rechterbeen vervangt. Dankzij de samenwerking tussen dokter Kaal, dokter Dona en mijn eigen bedrijfsarts is er bij mijn herstel ook steeds aandacht geweest voor hoe ik weer kan gaan werken. Sinds kort werk ik als vrijwilliger in een winkel. Het is de eerste stap naar mijn terugkeer op de arbeidsmarkt en een goede plek om te ontdekken wat ik lichamelijk wel en niet aankan. Binnenkort zit ik opnieuw met mijn bedrijfsarts om te kijken wat ik zou kunnen doen binnen mijn eigen vakgebied. Ik weet dat ik door mijn handicap nooit volledig zal herstellen, maar wil wel zo optimaal mogelijk leven. Voor mij hoort werken daarbij.'



‘Mensen die weer gaan werken, voelen zich gezonder en gebruiken minder zorg’

LATER-polikliniek, voor alle patiënten die zijn behandeld voor kinderkanker, en de AYA-poli. Ik kijk naar twee domeinen. Het ene is de nieuwe belastbaarheid van iemand ná de behandeling. Bij Suzanne is die aanzienlijk veranderd en dat heeft consequenties voor haar werk. Daarnaast spelen er allerlei vragen op het gebied van wet- en regelgeving. Denk bijvoorbeeld aan uitkeringen en regelingen waar Suzanne recht op heeft.’

Re-integratieroute

Kaal: ‘Met ons vaste AYA-team, met onder meer een verpleegkundig specialist, een medisch psycholoog en een maatschappelijk werker, hebben we regelmatig multidisciplinair overleg. Daarin bespreken we de beste route voor een patiënt naar herstel, zowel medisch als op andere gebieden. In het geval van Suzanne waren we het unaniem eens dat Desiree haar goed zou kunnen begeleiden bij het in kaart brengen van haar mogelijkheden rondom re-integratie.’ ▶

Rol van het RIVM

In opdracht van het ministerie van SZW voert het RIVM diverse activiteiten uit om arbeidsgerelateerde zorg te stimuleren. Zo is er een platform met vertegenwoordigers van medische beroepsverenigingen in de bedrijfsgezondheidszorg, de openbare gezondheidszorg en de curatieve gezondheidszorg, dat tot doel heeft de knelpunten in arbo-curatieve samenwerking aan te pakken. Hierbij valt te denken aan beveiligde informatie-uitwisseling tussen medisch specialisten en bedrijfsartsen en aan de integratie van arbeid in multidisciplinaire richtlijnen. Ook verkent het RIVM de mogelijkheden voor een database met contactgegevens van bedrijfsartsen, zodat zij beter vindbaar zijn voor medisch specialisten.

Samenwerking: andersom kan het ook

Een samenwerking met een bedrijfsarts kan de medisch specialist veel opleveren, maar andersom zoeken bedrijfsartsen ook contact met medisch specialisten. Dat deed bedrijfsarts Jan Leenheers van Zorg van de Zaak.

'Een farmaceutisch bedrijf waar ik als bedrijfsarts aan ben verbonden, wilde haar werknemers preventief screenen op mogelijke allergenen. Binnen het bedrijf wordt namelijk gewerkt met een antibioticum dat allergische reacties kan veroorzaken aan huid- en luchtwegen, en in het ergste geval kan leiden tot een shock. Door een goede screening kunnen mogelijk allergische werknemers eruit worden gefilterd voor zij met de stof in aanraking komen.'

Leenheers benaderde het Arbeids Dermatologisch Centrum van het VUmc, dat gespecialiseerd is in arbeidsdermatologie. Indien na een eerste gestandaardiseerde screening tijdens het consult bij Leenheers sprake was van een mogelijke allergie, werd de werknemer naar het VUmc verwezen voor verder onderzoek. Dermatoloog Thomas Rustemeyer: 'Dit soort onderzoek is niet alleen belangrijk voor de werknemer die al klachten heeft, maar ook voor collega's die aan dezelfde stof worden blootgesteld en nog geen klachten heeft. Door preventief onderzoek kun je klachten en ziekte voorkomen.'



Klinisch arbeidsgeneeskundige Desiree Dona

Dona: 'Eerst heb ik met Suzanne haar interesses en werkervaring in kaart gebracht, en de mogelijkheden die haar werkgever had. Overigens: zonder dit traject zou Suzanne rechtstreeks vanuit de kliniek naar de fysiotherapeut zijn verwezen. Medisch gezien een prima keuze, maar in dat revalidatietraject wordt arbeid niet meegenomen. Suzanne had dan dus niet geweten welke mogelijkheden zij op werkgebied heeft en aan welk functioneel herstel zij kan werken. Ik vind: herstel en arbeid moet je met elkaar verbinden. Vervolgens heb ik contact gezocht met de werkgever en de bedrijfsarts van Suzanne. Die waren daar erg blij mee, want zo'n ingrijpende ziekte bij een jong iemand kom je in de eerste lijn nauwelijks tegen. Samen hebben we gekeken welke interventies nodig waren om ervoor te zorgen dat Suzanne met haar eigen bedrijfsarts en werkgever op een goede manier verder kon. Tijdens dit traject werd duidelijk dat Suzanne haar werk als verpleegkundige niet volledig meer kon uitvoeren, maar wel aan de slag zou kunnen in de preoperatieve screening of als researchverpleegkundige. Dat zijn lichtere taken binnen haar eigen vakgebied die fysiek minder vragen.'

Voldoening

Kaal: 'Naast patiënten die een beperking aan hun ziekte overhouden, wordt de levensverwachting van chronisch zieke patiënten – waarbij een langdurige tijdelijke remissie wordt bereikt – steeds langer. Die groep wil graag blijven werken. Niet alleen om financiële redenen, maar ook omdat het voldoening geeft. Voor Suzanne speelt de factor arbeid een grote rol in haar herstel, want zij wil haar blik weer op de toekomst richten. Niet ieder ziekenhuis heeft een eigen arbeidsgeneeskundige in huis, maar het kan dan zinvol zijn om een samenwerkingsverband op te zetten met bedrijfsartsen in de regio.'

Dona: 'Overigens bestaat er al een platform van bedrijfsarts-consulenten oncologie waar elke arts patiënten naar kan verwijzen. Arbeid meenemen als behandeldoel draagt zo enorm bij aan het herstel. Ook al kan iemand niet volledig genezen, door arbeidsvreugde neemt de levenskwaliteit wel degelijk toe. Dat blijkt ook uit wetenschappelijk onderzoek: mensen die weer gaan werken, voelen zich gezonder en gebruiken minder zorg dan mensen die door ziekte thuis blijven zitten.' ●

Innovaties in oogheelkunde volgen elkaar in rap tempo op

De winst en keerzijde van vooruitgang

Van technische innovaties en betere medicijnen tot substitutie en preventie: de impact van al deze ontwikkelingen in de oogheelkunde is groot, vertellen oogartsen Tjeerd de Faber en Peter Ringens. 'Ineens kunnen honderdduizenden patiënten therapieën krijgen die eerder te duur waren.'

Met de komst van een behandeling voor maculadegeneratie verandert de oogheelkunde in 2006 in één klap spectaculair. Hoogleraar Oogheelkunde Peter Ringens, oogarts in het Maastricht UMC+ en voorzitter van de commissie kwaliteit van het Nederlands Oogkundig Gezelschap (NOG): 'Kort samengevat is maculadegeneratie een slijtage van de gele vlek die het centrale zicht aantast. Een van de elementen van die slijtage is dat er bloedvaten groeien op plekken waar ze niet horen, en vervolgens verlittekenen. Het is een erg

invaliderende aandoening, omdat je in het midden van je blikveld een zwarte vlek ziet die steeds groter wordt. Tot tien jaar geleden was het een veel voorkomende ouderdomsziekte waar geen behandelingsmethode voor was. We konden de achteruitgang van het gezichtsvermogen enigszins vertragen met een laserbehandeling, maar uiteindelijk gingen mensen alsnog steeds slechter zien.'

Dan vinden onderzoekers een middel dat de wildgroei van bloedvaten afremt. Het komt beschikbaar als duur geneesmiddel, in de vorm van injecties waarvan de patiënt er zes tot acht per jaar nodig heeft. Gezien de hoeveelheid injecties en het grote aantal patiënten betekent dat echter een flinke hap uit het geneesmiddelenbudget. Een oogarts uit de Verenigde Staten brengt daar verandering in. 'Deze dokter kwam op het idee om het medicijn bevacizumab, dat eigenlijk was ontwikkeld voor de behandeling van darmkanker, te gebruiken. Wonder boven wonder hielp dat, en dit middel was nog goedkoper ook. De fabrikant van het dure middel vond dat je geen middelen *off-label* mag voorschrijven. Maar het Zorginstituut oordeelde daar anders over. Daardoor besparen we in Nederland miljoenen euro's. De impact is enorm: nu krijgen honderdduizenden mensen een therapie die eerder veelal te duur was.'



Oogarts Peter Ringens:

'Zo'n 3D-oogprothese slaat geen deuk in een pakje boter'

Meer dan staarspecialist

Bovengenoemde behandeling is de meest in het oog springende, maar slechts een van de technologische ontwikkelingen die de oogheelkunde in het afgelopen decennium heeft doorgemaakt. Desondanks heerst nog vaak het idee dat een oogarts voornamelijk staaroperaties uitoefent. Geen hele vreemde gedachte, ►

vertelt Ringens. 'De staaroperatie komt in Nederland veel voor – zo'n 180.000 keer per jaar – en heeft een hoog succespercentage. Dat maakt dat de oogarts al snel wordt gereduceerd tot 'staarspecialist'. Daarnaast vinden er echter miljoenen consulten per jaar plaats die compleet andere dingen betreffen, zoals de behandeling van diabetespatiënten met oogproblemen, netvliesloslatingen, glaucoom en maculadegeneratie. Bovendien zijn er talloze subspecialismen binnen het vakgebied. Sommige oogartsen zijn volledig gespecialiseerd in de oogkas, het hoornvlies of het netvlies, anderen in de lens of het zenuwstelsel.'

Waar het werk van de oogarts 25 jaar geleden voornamelijk bestond uit het aanmeten van brillen, is het vak anno 2017 getransformeerd tot een breed medisch specialisme waar innovaties elkaar in rap tempo opvolgen. Niet alleen betere medicijnen hebben de oogheelkunde verder gebracht, ook dankzij de techniek heeft het specialisme de laatste jaren een vlucht genomen. 'Wie van technologische ontwikkelingen houdt, kan zijn hart ophalen in de oogheelkunde', vertelt oogarts Tjeerd de Faber, verbonden aan het Oogziekenhuis Rotterdam. Zelf gebruikt hij regelmatig zijn smartphone als hulpmiddel om een diagnose te stellen. 'Ouders die met hun kind op consult komen, vraag ik vooraf of ze foto's willen maken van het kind in de thuissituatie. Daarnaast krijg ik beelden van ouders

die zich na een operatie zorgen maken om hun kind. Op basis daarvan beoordeel ik of ze wel of niet moeten langskomen. Verder heb ik een opzetstukje op mijn telefoon waarmee ik netvliesfoto's kan maken, die ik vervolgens weer op een digitaal platform deel met collega's. Er is op het gebied van *telemedicine* dus van alles mogelijk.'

Twintig per dag

Geregeld verschijnen er in de media nieuwsberichten over baanbrekende technologieën in de oogheelkunde. Zo slaagden Belgische artsen er vorig jaar in een oogprothese te maken op basis van een driedimensionale afdruk van de oogholte. Toch benoemt Ringens liever de wat meer gangbare voorbeelden. 'Zo'n 3D-oogprothese slaat geen deuk in een pakje boter, dat is numeriek vrij oninteressant. Veel interessanter is de technologische vooruitgang op het gebied van staaroperaties de afgelopen tien jaar. Vroeger sneed je een oog half open en lag een patiënt dagen in het ziekenhuis. Nu maak je een klein sneetje, plaats je een flexibel implantlensje en ben je in een half uur klaar. Je kunt in kortere tijd en op een veiligere manier veel meer patiënten opereren. Wat heet: per dag voert een oogarts gemiddeld tien tot vijftien staaroperaties uit.' Toch lijken landen als Indonesië en India daar veel verder in te zijn: daar ligt het gemiddelde aantal staaroperaties per ziekenhuis op negentig per



dag. Een aantal waar Nederland nog wat van kan leren? 'Dat is geen goede vergelijking', reageert Ringens. 'India telt veel meer inwoners, dus dat betekent dat er ook meer oogartsen in een ziekenhuis zijn. Die doen in verhouding per persoon net zoveel operaties met deze technologie als een Europese chirurg.'

Nieuwe behandelingen, technische ontwikkelingen en meer mogelijkheden: het succes van al deze innovaties heeft ook een keerzijde, vertelt Ringens. Zo klinken er steeds vaker geluiden dat de wachttijden bij de oogarts oplopen. 'Omdat je meer interventies kunt doen, zit je spreekuur altijd vol. Het gevolg is dat de minder acute patiënten soms een paar weken moeten wachten op een consult. Spoedpatiënten kunnen wel meteen terecht. Natuurlijk zullen er uitzonderingen zijn, maar dat zijn echt incidenten.' De Faber haalt hierin ook de samenwerking met andere zorgverleners aan. 'In de jaren negentig zijn we al begonnen met substitutie. Veel tijdrovende handelingen, zoals het opmeten van brillen, worden bijvoorbeeld door de optometrist of opticien gedaan. Daardoor kan de oogarts zich veel meer richten op de strikt medische activiteiten, zoals diagnostiek en interventies ter verbetering van het gezichtsvermogen en de kwaliteit van leven.'

(Digitale) netwerken

Beide artsen vinden een uitgebreid netwerk van groot belang. De Faber noemt als voorbeeld de screening op diabetes. 'Voorheen moest een patiënt daarvoor naar de oogarts, maar tegenwoordig kunnen huisartsenpraktijken foto's maken en digitaal laten screenen om te kijken of er sprake is van een diabetische afwijking in het netvlies. Dat is een vorm van digitaal netwerken die veel werk uit de oogartsenpraktijk weghaalt en waardoor alleen mensen worden doorgestuurd die daadwerkelijk wat hebben.' Ook de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS, zie kader, red.) speelt hierin een belangrijke rol, vult Ringens aan. 'Die heeft kwaliteitsgelden beschikbaar gesteld voor het opstellen van een nieuwe diabetesrichtlijn, waarin alle betrokken specialisten – van oogarts tot huisarts – samenwerken. In die richtlijn wordt onder andere ingegaan op screening en netwerkgeneskunde, zodat de te volgen lijn voor iedere beroepsgroep duidelijk is. Het netwerk is dus ook geformaliseerd.'

Aandacht voor preventie

Op het gebied van preventie kijken de oogartsen graag vooruit. Zo spreekt Tjeerd de Faber zich – namens de beroepsgroep – al jaren uit voor een algeheel verbod op consumentenvuurwerk. 'Ieder jaar raken er weer honderden ogen beschadigd. Die ellende willen we voorkomen.' De wetenschappelijke vereniging ziet preventie rond vuurwerk dan ook als haar taak, vertelt Ringens. 'Allereerst omdat datgene wat aan lichamelijk lijden vermijdbaar is, beter is te voorkomen. Een tweede punt is dat patiënten grote maatschappelijke



Oogarts Tjeerd de Faber:

'Wie van technologische ontwikkelingen houdt, kan zijn hart ophalen in de oogheelkunde'

en economische gevolgen kunnen ervaren door vuurwerkschade, bijvoorbeeld omdat ze hun werk kwijtraken, minder mobiel zijn en afhankelijk van anderen worden. En deze groep moet nog een leven lang door. Daarom voelen we de noodzaak ons uit te spreken. Tot slot heeft het NOG zich gecommitteerd aan een programma van de WHO, genaamd VISION 2020, dat tot doel heeft de wereldwijde blind- en slechtziendheid met vijftig procent te reduceren in 2020. Ook daar sluit die preventie – niet alleen op het gebied van vuurwerk, maar bijvoorbeeld ook de vermijdbare slechtziendheid in bejaardentehuizen en gehandicapteninstellingen – naadloos op aan.' ●

 De SKMS-gelden worden beschikbaar gesteld aan de (erkende) wetenschappelijke verenigingen en de Federatie Medisch Specialisten voor het ontwikkelen, onderhouden en implementeren van het kwaliteitsbeleid van medisch specialisten. Lees hier meer over op: www.demedischspecialist.nl/skms.

 Meer over het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) vindt u op: www.oogheelkunde.org.



‘Stel het EPD volledig open’

Patiënten die à la minute hun uitslagen in het EPD kunnen bekijken. Dat is pas transparante zorg, zeggen voorstanders. En het stimuleert patiënten mee te denken met de behandeling. Maar verhoogt het ook de kwaliteit van zorg?



‘Patiënten willen real-time inzage’

Reumatoloog Janneke Tekstra:

‘In het UMC Utrecht is het volledig en *real time* openstellen van het EPD al realiteit. Patiënten willen volledige transparantie: direct alle uitslagen, en niet een gedeelte, of vertraagd. Het is een onderschatting dat patiënten dat niet aankunnen. Ook slecht nieuws weten ze vaak liever meteen. Artsen maken zichzelf en hun rol te groot. De tijd van de paternalistische dokter is voorbij. Daarbij, patiënten hoéven niet te kijken; zij houden de mogelijkheid om het portaal te laten sluiten.

Van het open EPD merk ik veel voordelen. Patiënten komen beter voorbereid op het spreekuur. Ze stellen vragen, geven zelf extra informatie en denken actief met mij mee. Vaak hebben zij het EPD al ingezien en leggen we in de spreekkamer de puzzelstukjes in elkaar. Ook belangrijk: ik heb altijd mijn werkdocument op orde en loop dagelijks alle uitslagen na om te kijken of ik ergens actie op moet ondernemen. Niets blijft tot morgen liggen. Ik ben tegen een afgeschermd deel voor artsen. Opmerkingen over hoe een patiënt zich gedraagt horen niet thuis in een EPD. Dat zijn persoonlijke oordelen en komen de medische behandeling niet ten goede. Artsen moeten niet meer denken in wij en zij, maar in ‘de patiënten, dat zijn wij.’



‘Het wakkert onnodig onrust aan’

Internist Yvo Smulders:

‘Het grootste nadeel van het volledig en zonder vertraging openstellen van het EPD vind ik dat patiënten ‘ruwe’ medische informatie zien zonder verificatie, context of uitleg van de arts. Dat is niet erg bij de HbA1c-waarde van een diabetespatiënt, maar wel bij een longfoto waarbij de radioloog schrijft: ‘kanker is niet uitgesloten’. Dan denkt zo’n patiënt zijn doodvonnis te lezen, terwijl er wellicht niets aan de hand is. Snelheid moet niet ten koste gaan van zorgvuldigheid: de informatie die patiënten zien moet correct en betekenisvol zijn. Het direct openstellen van het EPD vind ik een vorm van transparantie-fundamentalisme die potentieel schadelijk is. Het wakkert onnodig angst en onrust aan. In het VUmc kunnen patiënten dan ook maar een gedeelte van hun gegevens inzien. Ik pleit daarnaast voor een buffertijd van minimaal een week. Als arts wil ik de gelegenheid houden om over een ingrijpende uitslag persoonlijk contact op te nemen en een patiënt even te bellen of zien. Verder moet het EPD wel een werkdocument blijven: informatie-uitwisseling over of een patiënt angstig is of fel, kan belangrijk zijn om goede zorg te verlenen. Dit kan natuurlijk in één-op-één contact tussen behandelaars, maar zou ook in een afgeschermd gedeelte van het EPD kunnen.’

Als patiënten het consult willen opnemen

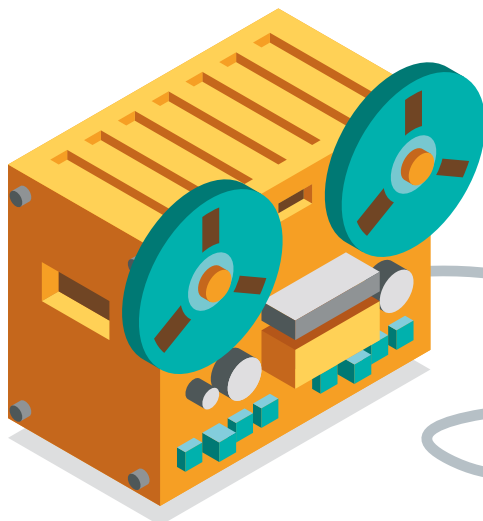
Maak het bespreekbaar

'Dokter, vindt u het goed als ik dit gesprek even opneem?' Deze vraag krijgen medisch specialisten steeds vaker. Eind oktober verschijnt de KNMG-handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten. Kinderarts Paul Brand, cardioloog Tjebbe Galema en KNO-arts Robert van Haastert nemen alvast een voorschot. Een gesprek over spelregels, een opname als leermiddel en fatsoensnormen.

Wat zijn jullie persoonlijke ervaringen met patiënten die het consult willen opnemen?

Kinderarts Paul Brand van Isala Zwolle maakte het tot nu toe één keer mee: 'Ouders van een patiënt wilden graag het gesprek opnemen. We zouden die dag verschillende ingewikkelde behandelopties van hun kind bespreken en een van hen was onverwacht afwezig. Zo'n opname kan en wil ik niet weigeren. Gesprekken opnemen zou de gewoonste zaak van de wereld moeten zijn.'

Dat vindt ook cardioloog Tjebbe Galema van het Erasmus MC in Rotterdam. 'Ik heb drie keer zo'n verzoek gekregen. Ik vroeg wel uit een reflex 'waarom wilt u dat eigenlijk?', maar zodra ik over mijn eerste aarzeling heen was, heb ik ingestemd. Ik snap dat mensen het graag willen: ze pakken toch meer informatie mee op deze manier. Weigeren zou alleen maar wantrouwen aanwakkeren.'



'Bij een klacht of tuchtzaak kan een opname juist helpen'

KNO-arts Robert van Haastert van het Westfriesgasthuis in Hoorn had geen probleem met de opname die een ouder stel maakte om het consult thuis nog eens te kunnen beluisteren. Maar toen een ontevreden patiënt ostentatief een bandrecorder op tafel zette en zei: 'Zo, dit gesprek ga ik dus even opnemen', vond hij dat erg onaangenaam. 'Ik voelde meteen dat ik niet kon weigeren. Het werd ook een ander consult: ik was defensiever en sprak behoedzamer. Ook nam ik meer tijd dan nodig. Kortom, niet zoals het zou moeten.'

Wat zien jullie als voornaamste voordeel van opnames?

'Patiënten onthouden slechts tien procent van de informatie die artsen hen geven, zo blijkt uit wetenschappelijk onderzoek', zegt Brand. 'Soms interpreteren ze de informatie anders dan wij het bedoelen. ▶



Als ze de informatie thuis nog eens beluisteren, kunnen mensen een beter gefundeerd besluit nemen.' Cardioloog Galema beaamt dat: 'Ik heb vaak gesprekken waarbij mensen erg schrikken. Ze krijgen te horen dat ze het aan hun hart hebben en gedotterd of geopereerd worden. Dan komt het voor dat mensen dichtslaan en niet meer horen wat ik zeg. Terwijl we over belangrijke zaken moeten beslissen. In zulke gevallen is een opname fantastisch.'

Zitten er voor specialisten ook voordelen aan?

Brand: 'Ik zie het als leermiddel; van opnames steek ik altijd wat op. Zo zag ik op leervideo's van mijn spreekuur dat ik erg lang in het patiëntendossier zat te typen, terwijl de ouders tegen mij zaten te praten. Nu kijk ik ze meer aan.' De kinderarts wilde zelfs het consult een keer gráág opnemen. 'Vorig jaar had ik een ouderechtpaar waarbij ik het Münchhausen-by-proxysyndroom vermoedde. Die ingewikkelde gesprekken had ik graag willen opnemen om met collega's na te bespreken.' Ook Galema ziet opnames als leermomenten. 'Zeker voor mij als opleider. Ik kan de opnames goed inzetten als opleidingsmiddel, maar ook om patiëntenzorg te verbeteren. Bijvoorbeeld bij gesprekken over wel of niet

‘Bij een gespreksopname mis je alle non-verbale dynamiek’

doorbehandelen – zeker bij mensen op hoge leeftijd – kan een opname heel ondersteunend zijn in het komen tot de juiste beslissing.’

Maar het is toch niet alleen maar hosanna?

Cardioloog Galema: ‘Een gesprek met een patiënt heeft een kop en een staart, een bepaalde sfeer, het zit vol nuances, spreektaal en soms een geintje om de lucht te klaren. Als zo’n grapje uit de opname wordt gelicht en op zichzelf staand online wordt gezet, kan dat heel raar overkomen. Je mist bij een opname ook alle non-verbale dynamiek van het gesprek.’

Van Haastert merkt dat hij zich als arts anders gaat gedragen: ‘Je gaat wikken en wegen, bent meer op je qui-vive. Het gevoelige samenspel tussen patiënt en arts komt door zo’n opname onder druk te staan. Zeker als het gaat om gesprekken over prognoses en slagingskansen van behandelingen zal ik sterker op mijn woorden letten.’ Daarbij vindt hij dat je als arts de regie over het consult kwijtraakt. ‘Als een patiënt meteen een opnameapparaat op tafel legt, perkt me dat in. Dan voel ik een drempel om een patiënt af te kappen wanneer die eindeloos doorvraagt of doorpraat. De patiënt geeft dan te veel richting, dat vind ik niet goed.’

Maakt het opnemen van gesprekken je niet extra kwetsbaar? Stel dat een patiënt het gesprek stiekem opneemt? Dat is misschien niet netjes, maar het gebeurt wel.

Stiekeme opnames, al is het omdat een patiënt het niet durft te vragen, vinden de drie medisch specialisten echt niet kunnen. ‘Ook al zijn patiënten wettelijk niet verplicht het vooraf te vragen, het is gewoon fatsoenlijk’, zegt Brand. ‘Zoals voor de arts het beroepsgeheim geldt, waarbij alles wat besproken is in de spreekkamer blijft, zou eenzelfde vertrouwelijkheid moeten gelden voor het opnemen van gesprekken.’

‘Het dogma dat iedere patiënt recht heeft op een gespreksopname zonder te vragen stuit mij tegen de borst’, zegt Van Haastert. ‘Het druist tegen alle fatsoensnormen in en schendt het vertrouwen tussen arts en patiënt. Die relatie zet je onnodig op scherp. Patiënten mogen hierin best een beetje ‘opgevoed’ worden. Patiëntenfederatie Nederland zou bijvoorbeeld in een gedragscode kunnen vastleggen dat het netjes is wanneer patiënten vooraf toestemming vragen en het doel van de opname uitleggen.’ Galema draait het liever

om: ‘Wellicht moeten we als artsen zelf alle gesprekken opnemen en centraal archiveren. Dan hebben wij de regie en voorkom je stiekeme opnames.’

Veel artsen zijn bang dat opnames gebruikt worden bij klachten of tuchtzaken of op online worden gezet. Hoe kijken jullie daar tegenaan?

Brand, ferm: ‘Als er ook maar een kans bestaat dat een gespreksopname openbaar wordt gemaakt of wordt gebruikt bij een klacht of een tuchtzaak, dan ben ik daar absoluut tegen. Dat lijkt me niet de juiste weg.’ Galema ziet dat anders: ‘Bij een tuchtzaak kan een opname ook helpen. Nu is het vaak het woord van de arts tegen dat van de patiënt en vice versa. Een opname kan juist helderheid geven. Als je je werk goed doet, hoef je je nergens voor te schamen. Het is een vorm van transparantie.’

Eind oktober verschijnt de KNMG-handreiking Opnemen van gesprekken door patiënten. Aan welke ‘spelregels’ hebben jullie behoefte?

Galema zou het een en ander graag zwart op wit vastleggen. ‘Net als wij werken met behandelovereenkomsten, zou ik dat ook graag zien bij gespreksopnames. Dan kun je bijvoorbeeld afspreken dat de opname alleen voor intern gebruik is en niet online geplaatst mag worden.’

Kinderarts Brand wil daar juist van weg blijven: ‘Ik ben geen fan van een disclaimer of van het juridisch dichttimmeren van deze ontwikkeling. Formulieren tekenen wakkert het wantrouwen bij patiënten alleen maar aan. Mijn visie is dat wanneer je jezelf open en kwetsbaar opstelt, je de kans kleiner maakt dat er gedoe ontstaat. Een gesprek opnemen staat of valt uiteindelijk toch met vertrouwen.’

Van Haastert sluit zich daarbij aan: ‘Daarom wil ik eerst weten waarom de patiënt het gesprek wil opnemen: is het om het thuis terug te luisteren, om te overleggen met naasten, om aan de huisarts te laten horen, of is de patiënt het niet eens met de gekozen koers en is er sprake van een conflict? Dat maakt nogal uit. Ik vind dat je per patiënt en situatie moet bekijken of opnemen nuttig is of dat een andere manier beter het uiteindelijke doel dient.’ ●



Andere wegen naar Rome

Een gespreksopname van het consult kan ondersteunend zijn om informatie beter over te brengen. Maar dit is lang niet geschikt of gewenst voor iedere patiënt. Gelukkig zijn er ook andere manieren. Enkele tips:

- Adviseer de patiënt iemand mee te nemen naar het consult.
- Laat de patiënt vooraf vragen formuleren, zoals de 3 goede vragen (zie: 3goedevragen.nl).
- Vraag of de patiënt tijdens het consult aantekeningen wil maken.
- Maak aan het eind van het consult een schriftelijke samenvatting.
- Zet aan het eind van het consult de opname in om de conclusies van het gesprek op te nemen.

Menselijk

'Kunnen dokters ook ziek worden?', vroeg een jongetje verbaasd toen hij erachter kwam dat de zaalgenoot van zijn vader arts was. En een patiënte van mij zei ooit: 'Het lijkt me heerlijk om psychiater te zijn. Dat je dan altijd gelukkig bent.'

Zo gek is die gedachte niet. Maar niet alles is maakbaar, dus ook dokters worden door ziektes getroffen. Zolang de aandoening de kwaliteit van het werk niet negatief beïnvloedt is er geen probleem. Dat geldt ook voor psychische problematiek, zoals in mijn geval een dwangstoornis.

Je rol als arts verenigen met je lot van patiënt is niet eenvoudig. Maar iets uit eigen ervaring kennen kan wel een meerwaarde hebben. Het kan het begrip verdiepen en je behoeden voor te makkelijk denken over een oplossing. Een patiënt zei eens nadat ik hem advies gegeven had: 'Ja, u kunt dat, maar mij lukt dat niet.' 'Nee hoor', heb ik hem toen gecorrigeerd. 'Ik kán het niet. Ik weet hoe het móet. Juist omdat ik het ook moeilijk vind.'

Open zijn over eigen problematiek is overigens niet altijd wenselijk. Je moet het niet doen als je er nog te veel in verstrikt zit of als je je er te kwetsbaar door zou voelen. En het moet een doel dienen in de behandeling.

De kunst is dan ook zoveel mogelijk jezelf te zijn zonder uit je rol te vallen. Arts zijn en mens blijven. Een goede arts leeft zich in zijn rol in, maar vereenzelvigd zich er niet mee. Daarin past ook, dat je je zwakheden en beperkingen erkent. Dat houdt de relatie met je patiënt gelijkwaardig en maakt je tot een menselijke arts. En dat zijn de besten!

Menno Oosterhoff is (kinder- en jeugd)psychiater bij Lentis in Groningen



Antistolling gaat iedere arts aan

‘Een sterk netwerk is bittere noodzaak’

Een zorgketen is zo sterk als de zwakste schakel. Daarom zette internist Margriet Piersma, directeur van de Groningse trombosedienst Certe, in op een stevig verankerd en goed geolied netwerk. Alle partijen in de regio gingen met elkaar om de tafel. ‘Veilige netwerkzorg begint met een veilig zorgnetwerk.’

‘**E**lke arts heeft te maken met de antistollingszorgketen’, vertelt internist Margriet Piersma in haar kantoor. ‘In de eerste lijn krijgen de huisarts, specialist ouderenzorg, apotheker en tandarts te maken met patiënten die anticoagulantia gebruiken. In de tweede en derde lijn kun je denken aan specialisten als de cardioloog, neuroloog of internist die antistollingsmiddelen voorschrijven. Aan de andere kant zitten de snijdende specialismen, zoals de chirurg en de dermatoloog. Of specialisten die andere invasieve ingrepen doen, zoals MDL-artsen of longartsen. Zij zien zich geconfronteerd met patiënten die volgens de richtlijnen anticoagulantia moeten blijven gebruiken en zij moeten het risico om te stoppen met antistolling afwegen tegen de kans op bloedingen tijdens de ingreep. En dan gaan patiënten ook nog van de eerste naar de tweede of derde lijn of bezoeken ze daarnaast een andere specialist – denk aan de psychiater – waar ze eveneens medicijnen van voorgeschreven krijgen. Kortom: er zijn ontzettend veel ketenpartners en de keten is zo sterk als de zwakste schakel.’

Driedubbel risico

In 2008 verschijnt het *HARM-WRESTLING*-rapport over medicatieveiligheid, geschreven in opdracht van VWS. Een belangrijke conclusie luidt dat ziekenhuisopnames en ernstige bijwerkingen door anticoagulantia veelal vermijdbaar zijn. Piersma: ‘Die bevindingen herkende ik uit de praktijk, zowel die van het UMCG waar ik één dag per week als internist werk, als vanuit mijn functie als directeur van de trombosedienst. Bij antistolling heb je te maken met een driedubbel risico. Ten eerste brengen anticoagulantia altijd een risico op bloedingen met zich mee. Daarnaast kent deze patiëntengroep ▶



Internist Margriet Piersma:

‘Vooral tijdens overdrachtsmomenten gaat het mis’



‘Veel van deze problematiek is op te lossen als iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt’

een hoger risicoprofiel: het zijn vaak mensen met een hoge leeftijd, polyfarmacie, multimorbiditeit en verminderde cognitie. Tot slot brengt de situatie waarin deze patiënten verkeren – zeker met de tendens dat ouderen langer zelfstandig en alleen wonen – een hoger risico op therapieontrouw met zich mee.’

Vooral tijdens overdrachtsmomenten gaat het nog weleens mis, vertelt de internist. ‘Een voorbeeld: een patiënt komt in het ziekenhuis met een longembolie en heeft kort daarvoor een herseninfarct gehad. Voor dat laatste heeft de neuroloog een trombocytenuitremmer voorgeschreven. Nu krijgt de patiënt van de longarts heparine en een vitamine K-antagonist (VKA). Eenmaal thuis heeft hij na enkele dagen bloed in de urine. De patiënt meldt zich bij de huisarts. Die denkt aan een urineweginfectie of blaasproblemen, en stuurt

de patiënt door naar de uroloog. Die vindt geen afwijkingen, maar ondertussen ontwikkelt de patiënt een ernstige bloeding elders. Het werkelijke probleem zit natuurlijk in de meerdere antistollingsmedicijnen en het gebrek aan overleg en afstemming tussen de ketenpartners.’

Sneeuwbaaleffect

Een sneeuwbaaleffect ontstaat wanneer een van de ketenpartners vergeet zijn beleidsbeslissingen door te geven. ‘Neem bijvoorbeeld een patiënt die een heupoperatie ondergaat en tromboseprofylaxe krijgt. Maar in de keten van orthopedisch chirurg, verpleegkundige, apotheek en de huisarts wordt het stop-startmoment niet onderling afgestemd. Met alle gevolgen van dien. De patiënt krijgt na de operatie een trombosebeen, moet therapeutisch geantistold

worden maar ontwikkelt desondanks een ingrijpende complicatie: een nierbloeding die hem zijn nier kost.'

Artsen moeten vaak laveren tussen voor- en nadelen van antistolling. Piersma: 'Nog een voorbeeld: iemand krijgt voor boezemfibrilleren een VKA of NOAC (Nieuwe Orale Anti Coagulantia, red.) en daarnaast een trombocytenuitremmer om de stent van de kransslagader open te houden. Je hebt beide nodig, maar er ontstaat ook een hogere kans op een bloeding. In de keten moet je op al dit soort zaken alert zijn.'

Bittere noodzaak

Als een van de aanbevelingen noemt het HARM-rapport dat de trombosediensten meer als spin in het web moeten fungeren. 'Antistolling gaat mij aan het hart. Dus toen het Instituut voor Verantwoord Medicijngebruik (IVM) pilotregio's zocht om trombosediensten hierin te ondersteunen, heb ik die kans met beide handen gegrepen. Het was ook bittere noodzaak: veel van deze problematiek is op te lossen als iedereen zijn verantwoordelijkheid neemt om een schakel te zijn in de keten.'

Vanuit die gedachte startte in 2009 de 'regiotafel', met vertegenwoordigers vanuit de belangrijkste betrokken beroepsgroepen uit de eerste en tweede lijn, waaronder huisartsen, chirurgen, anesthesisten, cardiologen, tandartsen en apothekers. Het doel: een eenduidige werkwijze afspreken en de kwaliteit van de antistollingszorg bevorderen. 'Om draagvlak te creëren, heeft de projectleider vanuit het IVM eerst ieders wensen geïnventariseerd en op basis daarvan een uitgangsnoot geschreven', vertelt Piersma. Ook hielp het om mensen te benaderen die al enthousiast waren over het idee.

'Dit soort netwerken opzetten is liefdewerk oud papier: er is geen tijd en geen geld voor. Je moet het hebben van de mensen die al inzien dat het anders moet, daar iets voor willen doen en collega's willen motiveren.'

Wind mee

Gelijktijdig geven andere ontwikkelingen de regiotafel ook de wind in de zeilen. Zo verschijnt in 2010 het kritische rapport *Keten trombosezorg niet sluitend* van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), publiceert het NHG in 2011 de standaard rondom de antistollingsbehandeling, het jaar daarop gevolgd door de *Leidraad begeleidde introductie NOAC's*, in 2014 de herziening van de *Landelijke Standaard Keten Antistollingsbehandeling* (LSKA 2.0) en tot slot in 2016 de herziene multidisciplinaire richtlijn *Antitrombotisch beleid*. Piersma: 'De afgelopen acht jaar hebben we veel weten te bereiken. Naast de uitvoering van de LSKA hebben we lokale protocollen ontwikkeld voor onder meer perioperatief antistollingsbeleid, de medicatieoverdracht bij de apotheek en het veilig introduceren van nieuwe antistollingsmiddelen.'



Diverse wetenschappelijke verenigingen hebben met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten een belangrijke rol gespeeld bij totstandkoming van de *Landelijke Standaard Keten Antistollingsbehandeling* (LSKA).

De Federatie stimuleert en ondersteunt netwerkwijk daar waar mogelijk. Netwerkgeneeskunde is een van de vier pijlers van de visie Medisch Specialist 2025: www.demedischspecialist.nl/ms2025.

Ondanks al die aandacht is antistolling anno 2017 nog steeds niet bij elke arts en ziekenhuis een vanzelfsprekendheid. Hoe kan dat? Piersma: 'Jarenlang deden de trombosediensten de uitvoering van de antistollingszorg, zoals de controles en de afstemming tussen zorgverleners. Met de intrede van de NOAC's enkele jaren geleden is dat veranderd: controles zijn hierbij niet meer nodig. Daardoor ziet de trombosedienst niet meer automatisch elke patiënt. Dit vraagt een bewustwordingsproces: artsen moeten rekening houden met antistollingsmiddelen, hun voorgenomen beleid afstemmen in de keten en overleggen als het een riskante situatie oplevert, bijvoorbeeld bij interactie met andere medicatie. Veilige netwerkwijk begint met een veilig zorgnetwerk. Het gaat niet alleen om de keten te borgen, maar ook om kennis over te dragen binnen het netwerk.'

Onderwijs en voorlichting

Voor de noordelijke provincies heeft de Groningse trombosedienst die regierol inmiddels op zich genomen, samen met de afdeling Hematologie van het UMCG. Dit heeft in oktober 2016 geleid tot de oprichting van een transmuraal trombose-expertisecentrum voor Noord-Nederland. 'Zo helpen we nu andere ziekenhuizen in de regio met het ontwikkelen en verwerken van lokale protocollen. Daarnaast denken we mee over hoe substitutie van trombosezorg mogelijk is en proberen we transmuraal wetenschappelijk onderzoek te stimuleren. Verder zijn we 24 uur per dag bereikbaar voor advies bij complexe casuïstiek en geven we onderwijs aan verschillende zorgprofessionals over wanneer en hoe je moet acteren.'

Met het oog op de toekomst ziet Margriet Piersma nog wel wat uitdagingen om de keten écht sluitend te krijgen. 'Patiënten maken geen deel uit van het netwerk, hoewel zij een steeds belangrijker schakel van de keten vormen. Denk bijvoorbeeld aan de groeiende groep oudere patiënten die langer thuis woont en geacht wordt zelfstandig hun medicatie te nemen.

Door het wegvallen van de controle van de trombosediensten is er niet standaard meer een oplettend oog op belangrijke issues als therapietrouw of combinaties met andere medicatie. Dat kan fatale gevolgen hebben. Behalve scholing aan professionals is dus ook voorlichting aan patiënten een factor van levensbelang.' ●

‘Wat je ziet, is soms zó schrijnend’

Veel medisch specialisten zetten hun vaardigheden ook op vrijwillige basis in. In deze rubriek vertellen ze daarover. Plastisch chirurg Steven Hovius reisde vanuit het Erasmus MC twaalf keer naar Noord-Sumatra om operaties te doen in revalidatiecentrum Harapan Jaya.

HART & ZIEL

Naam project
Harapan Jaya

Specialistische hulp

Vanuit verschillende klinieken en wetenschappelijke verenigingen, waaronder het Erasmus MC in Rotterdam en de Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV), voeren plastisch chirurgen en orthopeden operaties uit in Indonesië en geven zij les aan de universiteit van Medan.

Meer informatie
www.harapanjaya.nl

‘Buiten de operatietent werd gefietst om de elektriciteit op te wekken, ik opereerde regelmatig met een zaklamp en er was een minimum aan instrumenten; het coagulatie-apparaat om vaatjes mee dicht te branden was een enorm grote, ouderwetse kist van de militairen. De gazen en de handschoenen gebruikten we steeds opnieuw.’ Die eerste keer in 1993 waren de omstandigheden ronduit primitief. Toch had Hovius direct de smaak te pakken. ‘Mijn voorganger was in 1990 voor het eerst geweest en vond dat ik als jonge chef de clinique het wel kon overnemen. Ik ben opgegroeid in het buitenland, mijn ouders zijn opgegroeid in Indonesië en het sprak me aan om ernstig geïnvaleerde kinderen vooruit te

kunnen helpen. Sindsdien ben ik regelmatig naar Sumatra gereisd.’

Verwaarloosde kinderen

Tien jaar daarvoor, in 1981, stichtte zuster Jeannette van Paassen, een vroedvrouw die zendelingswerk deed op Sumatra, een revalidatiecentrum. Hovius: ‘In hoekjes van hutjes trof zij verwaarloosde kinderen met verbrandingen, verlammingen, verkeerd geheelde breuken of schisis aan. Zij wilde hen medisch én maatschappelijk helpen. Met veel moeite, doorzettingsvermogen en het doorstaan van de nodige bureaucratische rompslomp wist zij het revalidatiecentrum op te bouwen: Harapan Jaya, in het Nederlands ‘Hoop die overwint’. Bijzonder is dat er méér gebeurt

‘Het sprak me aan om ernstig geïnvaleerde kinderen vooruit te kunnen helpen’



dan alleen medische revalidatie: zo kunnen kinderen en volwassenen hier ook naar school of een vak leren als naaister, meubelmaker of informatica, waarmee zij zelfstandig in hun onderhoud kunnen voorzien.'

Harde samenleving

Dat de aanpak zich richt op medisch herstel én een maatschappelijke toekomst, noemt Hovius de sleutelfactor van het succes. 'Dat heb ik nooit eerder gezien in ontwikkelingshulp, Meestal komen Europese dokters alleen operaties doen, een enkele keer geven zij ook onderwijs aan de lokale medische staf, maar vaak blijft het daarbij. Hier krijgen kinderen echt een kans die ze anders nooit zouden hebben gehad. De Indonesische samenleving is hard: voor elke vorm van medische zorg moet je betalen. Arme mensen kunnen het bedrag voor zo'n grote operatie niet opbrengen. Maar in Harapan Jaya opereren plastisch chirurgen en orthopeden en hun teams voor een symbolisch bedrag. Daarvoor reizen mensen rustig duizend kilometer vanuit de afgelegen kampongs.'

Ernstige contracturen

In de afgelopen 25 jaar behandelde de plastisch chirurg vooral ernstige brandwondcontracturen, terwijl zijn collega zich richtte op schisis. 'Vergroeiingen en ontwichtingen die je in Nederland niet meer ziet, zoals de kin vergroeid met de borst of vervormde handen waarbij je de vingers niet meer kunt onderscheiden, handen die vergroeid zijn met de onderarm of ernstig vergroeide benen. Ze ontstaan in de *longhouses*. Daar leven twee tot drie families samen. Baby's kruipen door nasmeulende kook-vuurtjes en verbranden zich. Of peuters krijgen een ongelukje met een heet-waterverbranding. Als je dan geen goede behandeling of huidtransplantatie krijgt, ontstaan contracturen.'

Emotie uitschakelen

Het werktempo ligt hoog: in de twee weken dat Hovius met



'Bijzonder vind ik dat er méér gebeurt dan alleen medische revalidatie'

een team – twee chirurgen, een kinderaanesthesist, een anesthesiemedewerker en een technicus voor het onderhoud aan instrumenten – op het eiland is, ziet het team op één dag honderdtwintig kinderen die worden ingedeeld om te opereren. 'Het is soms schrijnend, maar je probeert je emotie uit te schakelen. Je komt als medisch-technicus om een probleem op te lossen en je hoopt dat de kinderen goed terechtkomen. Toch bouw je soms een band op. En veel kinderen zie ik later opnieuw: soms voer ik over de jaren meerdere operaties bij een kind uit. De problemen zijn zo groot dat je niet alles in één keer kunt oplossen. Bijzonder is om die kinderen later als volwassene te zien werken als timmerman, prothesemaker of naaister op Harapan Jaya. Dat doet me dan goed.'

Stokje overnemen

Sinds enkele maanden is Steven Hovius met emeritaat. 'Nu is het aan de jongere garde om het stokje over te nemen. Maar door de hoge productienormen in Nederland is

het steeds lastiger om een heel team twee weken lang vrij te krijgen. Vroeger gingen we gewoon, nu moeten we speciale toestemming vragen voor elk teamlid. Gelukkig ben ik niet de enige die een groot voorstander is van de samenwerking en zijn er genoeg collega's die het project willen voorzetten. Overigens ziet Indonesië zichzelf – terecht – niet als ontwikkelingsland. Daarom zijn alleen ervaren specialisten welkom, het liefst met tropenervaring. Gezien de mate van ernst is dat ook wel logisch. Het zijn grote operaties met een maximale uitdaging, en met problematiek die je in Nederland niet meer ziet. Dat maakt het voor Nederlandse specialisten ook weer interessant.' ●

Oproep

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

Afschaffing tolkenvergoeding

‘Soms is een gesprek gewoon onmogelijk’

Voor diagnostiek en behandeling van dementie is communicatie met de patiënt, ook die met een niet-westerse achtergrond, een vereiste. Maar sinds de afschaffing van de tolkenvergoeding in 2012 is een professionele tolk niet langer vanzelfsprekend. Op de geheugenpoli van het MC Slotervaart in Amsterdam Nieuw-West merken ze dat iedere dag.

‘**W**acht maar, ik zal het even vertellen.’ Dat is de veelgehoorde reactie van zoon of dochter als gezondheidszorgpsycholoog Miriam Goudsmit van de geheugenpoli een Turkse of Marokkaanse oudere naar diens geheugenproblemen vraagt. ‘De kinderen nemen het gesprek dan vaak over, terwijl ik juist wil weten wat vader of moeder ervaart.’ Om de diagnose dementie te kunnen stellen, is het voor Goudsmit cruciaal om de verschillen te horen tussen de verhalen van ouder en kind. ‘De prototypische demente mevrouw zegt: ik ben niet vergeetachtig, er is met mij niets aan de hand. Terwijl haar kinderen dan zeggen: nou, ze vergeet dit en dat. Maar als alleen de kinderen aan het woord zijn, komen die discrepanties niet aan het licht.’

Wat speelt er?

- In 2012 is de vergoeding voor professionele tolken in de zorg voor veel anderstalige patiënten beëindigd.
- Voor goede zorgverlening is volgens zorgverleners bij 16 procent van alle anderstalige patiënten een professionele tolk noodzakelijk. Toch gebeurt dat in de praktijk slechts bij 5 procent. Dat blijkt uit een NIVEL-onderzoek uit 2016, in opdracht van de KNMG.
- In bijna de helft van de gevallen bij taalproblemen wordt een beroep gedaan op informele tolken, zoals familie. Bij één op de vier contacten is deze oplossing echter niet voldoende.
- Het niet inzetten van tolken heeft volgens zorgverleners negatieve effecten op de zorg. Zo kan de zorgvraag niet goed worden vastgesteld, lopen patiënten extra gezondheidsrisico en zijn er meer vervolcontacten nodig.

‘Kinderen nemen het gesprek over, terwijl ik juist wil weten wat vader of moeder ervaart’

Geen taalbeheersing

Het is slechts één voorbeeld uit de klinische praktijk van de geheugenpoli van Goudsmit en haar collega, klinisch geriater Jos van Campen. Met zo’n honderd nieuwe patiënten per jaar, gemiddeld drie per week, zien zij van alle geheugenpoli’s in Nederland vermoedelijk de meeste eerste generatie migrantenouderen met geheugenproblemen uit niet-westerse landen. Het voorkomen van dementie is bij deze ouderen beduidend hoger dan bij autochtone Nederlandse ouderen, legt Van Campen uit. ‘Dat blijkt onder meer uit het SYMBOL-onderzoek, dat we in 2016 samen met het AMC hebben uitgevoerd. Vermoedelijk ligt de oorzaak in het feit dat deze ouderen meer risicofactoren hebben voor dementie, zoals cardiovasculaire aandoeningen, diabetes en hypertensie.’

Een correcte diagnose is essentieel voor de behandeling en begeleiding van ouderen met dementie. Van



Campen: 'Zonder de juiste diagnostiek krijgen zij niet de juiste zorg.' Vanaf de oprichting in 2004 werkt de geheugenpoli van het MC Slotervaart standaard met professionele tolken. Van Campen: 'Dat kan niet anders, want zestig procent van deze eerste generatie migrantenouderen beheerst de Nederlandse taal matig of niet. Dat leren ze ook niet meer. Bovendien heeft tachtig tot negentig procent van de oudere Turkse en Marokkaanse vrouwen nooit een opleiding gevolgd. Bij hen zien we vaak analfabetisme. Zonder tolk, of dat nu een professional is of een familielid, is een gesprek met deze ouderen niet mogelijk, zeker als je dingen wilt uitleggen.'

Sinds de afschaffing van de tolkenvergoeding in 2012 komt het inhuren van professionele tolken voor rekening van het ziekenhuis. Van Campen: 'Het MC Slotervaart is er niet mee gestopt, zoals veel andere ziekenhuizen, al zijn we wel selectiever geworden. ►

KNMG: 'Tolkenvergoeding is betaalbaar'

Voorzitter René Héman van de KNMG: 'Om je werk met kwaliteit te kunnen doen, moet je kunnen praten met je patiënten. Wanneer dat niet lukt, kun je geen goede zorg verlenen. Of dat nu om vluchtelingen gaat, of eerste generatie migrantenouderen, dat maakt geen verschil. De KNMG heeft de minister daarom opgeroepen om een structurele tolkenvergoeding mogelijk te maken. Huisartsen, verloskundigen, ggz-medewerkers en medisch specialisten moeten hier allemaal gebruik van kunnen maken en hier niet zelf voor opdraaien.'

Nu de huidige minister niet aan onze wensen tegemoet komt, richten we ons op de aanstaande minister van VWS. Een structurele tolkenvergoeding is betaalbaar. Het kost 20 miljoen op jaarbasis, op een totale volksgezondheidsbegroting van 75 miljard euro. Een verwaarloosbaar bedrag. En let wel, je bent ook geld kwijt als er geen goede communicatie is tussen arts en patiënt. Dat leidt tot extra diagnostiek, extra zorgverbruik, en ook toenemend risico op fouten. Dus blijven wij aan de bel trekken, ook richting nieuw kabinet. We trekken daarbij samen op met onze partners, zoals de LHV en de Federatie. Dit gaat alle zorgverleners aan.'



‘Je kunt de patiënt nu niet goed informeren over de ziekte en behandelmogelijkheden’

Tijdens de diagnostische procedure doen we het bijvoorbeeld vrijwel altijd. De inzet van familie bij het stellen van de diagnose dementie vinden we onwenselijk. Bijvoorbeeld omdat zoon of dochter het gesprek overneemt, zoals Miriam al noemde, maar ook omdat kinderen hun vader of moeder helpen de cognitieve tests op te lossen die horen bij de diagnostiek. Dat geeft een vertekend beeld. ‘Soms worden zoon of dochter ook boos op hun ouder,’ vult Goudsmit aan. ‘Zo van: doe nou eens beter uw best, u weet toch wel welk jaar het is? Ze zien het als onwil van vader of moeder, maar het is onvermogen. Omgekeerd praten ouders niet altijd vrijuit waar hun kinderen bij zijn. Met een professionele tolk erbij zegt een moeder bijvoorbeeld: ‘Ik wilde dit niet vertellen waar mijn dochter bij was, maar eigenlijk voel ik me heel somber.’ Ouders willen hun kinderen niet belasten met hun problemen.’

Emotionele afstand

‘Veel diagnostische informatie gaat verloren als je informele tolken zoals familie inzet,’ constateert Van Campen. ‘Een oudere met beginnende dementie

VWS: ‘Eigen verantwoordelijkheid’

Woordvoerder Ole Heil van het ministerie van VWS: ‘Mensen zijn zelf verantwoordelijk om Nederlands te leren. In een aantal gevallen kun je dat echter niet van mensen verwachten, bijvoorbeeld omdat ze nog te kort in Nederland zijn, of doordat ze daar niet de kans voor hebben gehad. Daarom blijft voor asielzoekers in de AZC’s, slachtoffers van mensenhandel en vrouwen in de crisisopvang de tolkenvergoeding intact. Ook voor statushouders bij de huisarts wordt, de eerste zes maanden ná verkrijging van de status, de komende twee jaar de tolkentelefoon vergoed. Dat zijn de uitzonderingen. Voor de andere groepen – ook de eerste generatie migrantenouders – geldt dat de tolkentelefoon bijvoorbeeld betaald kan worden vanuit het budget van de instellingen.’

zegt bijvoorbeeld: ‘Dat ding waarmee je in de soep roert, hoe heet dat ook alweer?’ Alleen als je die woorden exact vertaalt, krijg je een goed beeld van de geheugenproblemen.’ Goudsmit: ‘Dat is wat een professionele tolk doet. Die is getraind om de woorden van de oudere heel precies, én met emotionele distantie, weer te geven.’

Niet kunnen communiceren heeft meer consequenties, stelt Van Campen. ‘Je kunt de diagnose niet stellen, maar je kunt de patiënt en zijn familie ook niet goed informeren over wat dementie betekent, en wat de behandelmogelijkheden zijn. Daar komt bij dat dementie taboe is in de Turkse en Marokkaanse cultuur. Er bestaat veel onwetendheid. Juist dan is goede uitleg onontbeerlijk.’ Goudsmit: ‘Uitleg geven, *informed consent*, dat zijn kernbegrippen van de Wet Geneeskundige Behandelovereenkomst (WGBO). Maar aan die vereisten kunnen zorgverleners onder deze omstandigheden niet voldoen.’

Jos van Campen en Miriam Goudsmit zouden voor deze eerste generatie migrantenouders daarom graag eenzelfde tijdelijke regeling zien als VWS voor de statushoudende asielzoekers bij de huisarts heeft getroffen (zie kader, *red*). Van Campen: ‘In 2030 is dertig procent van de 65-plussers in Amsterdam, Rotterdam en Den Haag van niet-westerse herkomst. Zij zullen veel zorg vragen. De generatie na hen spreekt uitstekend Nederlands. Dit is dus een tijdelijk probleem, maar het verdient een goede oplossing.’ ●

Duidelijke afspraken nodig over positie opleider

Geef opleiders de ruimte

Aios voorbereiden op hun toekomst als medisch specialist: opleiders doen het dagelijks vol overtuiging en met veel enthousiasme. Maar het kost ook veel werk en (vrije) tijd. De ruimte daarvoor is er lang niet altijd. Hoog tijd voor duidelijke afspraken. 'De periode dat je opleiden 'erbij' deed, ligt echt achter ons.'

Vanuit de krottenwijk in Nairobi is het voor Michael Klemt-Kropp even omschakelen naar een gesprek over de positie van de opleider in Nederland. De MDL-arts en opleider, in het dagelijks leven werkzaam in de Noordwest Ziekenhuisgroep, doet deze zomer vrijwilligerswerk in de Keniaanse hoofdstad. Hij verleent acute zorg aan de allerarmsten. 'Een zorgverzekering is hier niet bekend, mensen betalen voor elke afzonderlijke handeling', vertelt hij via een Skype-verbinding die redelijk werkt als hij dicht bij de aansluiting gaat zitten. 'De Duitse organisatie *German Doctors* helpt daarom mensen die dat niet kunnen betalen door dokters als duo voor zes

weken uit te zenden. Het is roeien met de riemen die je hebt, maar je kunt met weinig middelen toch veel betekenen.'

Ingewikkelder

Voor zijn vertrek naar Afrika was Klemt-Kropp betrokken bij de enquête over de positie van opleiders die de Raad Opleiding van de Federatie uitzette onder acht ziekenhuizen. 'Bij de vergadering van de Raad kwamen we te spreken over de positionering van opleiders. Op papier – zoals in het Kaderbesluit en het rapport Scherpbier 2.0 – staat namelijk wel beschreven wat er van opleiders verwacht wordt. ►



MDL-opleider Michael Klemt-Kropp:

'Een derde van de opleiders heeft helemaal geen afspraken gemaakt over hun positionering'



‘Bij het nieuwe opleiden komt voor opleiders organisatorisch veel meer kijken’

Maar in de dagelijkse praktijk blijkt de positie van opleiders een stuk lastiger te definiëren. Er is weinig formeel vastgelegd over zijn gezag tegenover aios, zijn positie tegenover de raad van bestuur of het bestuur van het MSB. De Raad Opleiding wilde inventariseren of dit voor meer opleiders geldt en hoe we ervoor kunnen zorgen dat opleiders hun vak beter uit kunnen oefenen.’

Want opleiden ‘erbij’ doen is niet meer van deze tijd. Klemt-Kropp: ‘Het oude meester-gezelmodel, waarbij de assistent meekijkt wat de specialist doet, was niet slecht. Bepaalde elementen daarvan bestaan ook nog steeds. Maar het nieuwe opleiden brengt meer structuur, minder vrijblijvendheid en meer kwaliteitseisen met zich mee. Het is niet meer zes jaar alleen ‘meelopen’, de aios moet ook patiënten zien, onderzoek doen en werken aan communicatieve vaardigheden. Bovendien komt er voor opleiders organisatorisch veel meer bij kijken. Het is dus niet zo dat we vroeger slechtere artsen opleidden, maar opleiden is wel ingewikkelder geworden.’

Geen afspraken

In de enquête, gehouden onder drie umc’s, drie topklinische ziekenhuizen en twee algemene opleidings-ziekenhuizen – gaven 92 opleiders hun mening. Klemt-Kropp: ‘We wilden een beeld krijgen welke competenties, werkzaamheden en tijdsinvestering instellingen van opleiders verwachten en wat opleiders mogen verwachten van hun werkgever. De meest in het oog springende uitkomst is dat een derde van de opleiders helemaal geen afspraken heeft gemaakt over hun positionering. Denk daarbij aan of het opleiderschap wordt genoemd in hun functieprofiel, wat hun rol precies inhoudt en hoeveel tijd ze hieraan mogen besteden. Als er wel afspraken zijn, dan zijn die vaak gemaakt op vakgroep- en niet op instellingsniveau.’

Dat is opmerkelijk gezien de hoeveelheid uren die gemoeid is met opleiden. ‘Opleiders zijn alleen al zo’n vijf tot zeven uur per week bezig met de organisatie rondom het opleiden’, zegt Klemt-Kropp.

Good practice: Handboek Opleidingsfonds

De Noordwest Opleidingsgroep werkt met een Handboek Opleidingsfonds om de geldstromen transparant en inzichtelijk te maken. Een voorbeeld dat navolging verdient.

Hoe werkt het?

Bedrijfskundig manager Marjan Verbart van de Noordwest Academie: 'Opleiders krijgen via subsidie van het Opleidingsfonds een vergoeding en secretariële ondersteuning die het mogelijk maakt hen vrij te stellen van taken en zich bezig te houden met opleiden. Wij hebben gekozen dat geld binnen te laten komen op een centrale kostenplaats. Van daaruit worden alle facturen rond de opleiding van medisch specialisten betaald en zijn de kosten inzichtelijk. Met het *Handboek Opleidingsfonds* worden opleiders daar snel wegwijs in.'

Wat is het voordeel van die werkwijze?

'Specialisten kunnen per opleiding precies zien wat er binnenkomt en uitgaat en waar het geld naartoe gaat. Er is een splitsing gemaakt tussen vergoeding voor directe kosten en overige opleidingskosten, zoals kwaliteitsprojecten waarin gezamenlijk wordt gewerkt aan kwaliteitsverbetering. Elke opleider is zelf verantwoordelijk voor zijn budget. Zijn er overschrijdingen, dan wordt dat besproken en kan de opleider bijsturen.'

En als het budget niet opgaat?

'Ook dan spreekt men elkaar aan: gebruik het, want het is bestemd voor onderwijs. Dan kan een opleider bijvoorbeeld besluiten aios naar een congres te sturen of, zoals bij de snijdende vakken onlangs gebeurde, gezamenlijk een snijzaal te huren.'

'Denk alleen al aan de voortgangsgesprekken – per aios vier keer per jaar een half uur, en sommige opleiders begeleiden wel twintig aios – en het deelnemen aan de vergaderingen van de opleidingscommissie en de opleidingsgroep. Lang niet alle opleiders worden daarvoor vrijgeroosterd. In de enquête geven opleiders aan gemiddeld twintig procent meer tijd nodig te hebben om hun taken goed uit te voeren. Dat is één à twee dagdelen per week.'

Opvallend is bovendien het verschil tussen vrijgevestigden en dienstverbanders. Zo is 70 procent van die eerste groep vrijgeroosterd voor opleidingsuren, tegen 56 procent van de dienstverbanders. Klemt-Kropp: 'Hoewel je het omgekeerde zou verwachten, krijgen specialisten in dienstverband gemiddeld minder tijd voor niet-patiëntgebonden taken.' Klemt-Kropp snapt daarom wel een groeiende groep medisch specialisten de titel van opleider liever aan zich voorbij laat gaan. 'Het vergt veel organisatorisch werk – niet direct waarom artsen voor hun vak kiezen. Verder betekent het veel gesprekken voeren, het schrijven van het opleidingsplan of vergaderingen met de regionale opleidingscommissie. Het vertellen over je vak en doceren is leuk, maar de administratieve rompslomp is een drempel. Vooral als je vanuit je achtergrond de handvatten mist om die werkzaamheden op touw te zetten.'

Achterhaald

Zijn al die vaardigheden noodzakelijk, of valt er ook nog wat te zeggen voor de oude-stijl opleider: nors, kritisch en streng? 'Nee, dat is een achterhaald principe', lacht Klemt-Kropp. 'Zelf hoorde ik als aios alleen gemopper als ik iets niet goed deed, maar niet hoe het beter kan. Daar schiet je weinig mee op. Mensen zijn gebaat bij kritiek, maar wel goed opgebouwd: het gaat erom de aios naar een hoger niveau te tillen om een goede arts te worden. Dáár ben je opleider voor, en om die ontwikkeling te begeleiden heb je diplomatieke vaardigheden nodig.'

Opleider zijn is dan ook allang geen roeping meer, maar een beroep, vindt Klemt-Kropp. 'Die statuur moet het ook krijgen. Nu kan iedereen die vijf jaar ingeschreven staat, van de een op de andere dag worden benoemd tot opleider. Dat maakt je echter nog geen goede

opleider.' Uit de enquête komt naar voren dat negentig procent van de respondenten vindt dat opleiders kennis van de financiële facetten moet hebben, maar slechts 32 procent vindt dat ze die kennis heeft. 'Velen beschouwen het niet als kerntaak, terwijl financiële kennis juist belangrijk is om strategisch te plannen en te weten welke ruimte je hebt.'

Goede voorbeelden

De Raad Opleiding gaat nu verder aan de slag met de conclusies uit de enquête. Michael Klemt-Kropp: 'We onderzoeken nu welke mogelijkheden de cao's bieden om tot afspraken te komen over faciliteiten, ondersteuning en het volgen van cursussen. Daarnaast gaan we meer informatie en *good practices* (zie kader, red.) beschikbaar maken via de opleidingswebsite en met een workshop op het MMV-congres in december. Tot slot organiseren we regelmatig bijeenkomsten voor COC-bestuurders om de positionering van opleiders te versterken. Met die handvatten kunnen de vakgroepen ook al een slag maken.' ●



Meer informatie over het opleiden van aios is te vinden op: www.medischevervolgopleidingen.nl



NVvR-voorzitter

Peter Wensing

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: radioloog Peter Wensing, werkzaam bij Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo. Sinds februari is hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Radiologie (NVvR).

1

Voor welke uitdagingen staat de NVvR de komende tijd?

‘Omdat onze werkvelden steeds meer naar elkaar toe groeien, zijn de opleidingen Radiologie en Nucleaire geneeskunde sinds 2015 samengevoegd. De komende twee jaar willen we beide specialistenverenigingen op een nette manier in elkaar schuiven. Zo’n samenvoeging is een uitdaging, want zoveel mensen, zoveel meningen. Maar we hebben er vertrouwen in dat het goed komt. Daarnaast werken we aan meer subspecialisatie in de radiologie, zoals neuro- mamma-, abdomen-, thorax-, muskuloskeletale en interventieradiologie. In de grote ziekenhuizen krijgt dat al vorm, maar kleinere ziekenhuizen hebben er meer moeite mee. Toch willen we dat ook zij profiteren van subspecialisatie. We bouwen daarom aan een kennisnetwerk waarin radiologen uit verschillende ziekenhuizen hun kennis delen. We lopen echter vast op de verschillende ICT-structuren in de ziekenhuizen. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen EPD en zijn eigen opslagsysteem voor radiologische beelden. Als we dat probleem niet oplossen, komt het kennisnetwerk niet van de grond.’

‘Een kennisnetwerk opbouwen is een uitdaging’

2

Op welke onderwerpen vervullen jullie een voortrekkersrol binnen de Federatie?

‘Enkele jaren geleden hebben we de Leidraad *Kritieke Bevindingen* opgesteld. Daarin staan de verantwoordelijkheden van de radioloog beschreven bij een onverwachte bevinding die levensbedreigend kan zijn voor de patiënt. De richtlijn geeft radiologen houvast bij hun handelen in kritieke situaties. Voorheen zag de beroepsgroep dit als een individuele verantwoordelijkheid. Maar dat betekende dat iedere radioloog zijn eigen afwegingen maakte, met soms grote onderlinge verschillen. Wij zijn een van de weinige wetenschappelijke verenigingen met een dergelijke leidraad. Daarin zijn we zeker voorloper.’

3

Hoe ervaren jullie de Federatie?

‘Vergeleken met haar voorganger vinden wij de Federatie een vooruitgang. De Orde was een beetje los zand. Je kende de specialisten van de andere verenigingen niet. Dat is nu anders. Alles is strak georganiseerd, mensen kennen elkaar, de lijnen zijn kort. Ook voelen we ons goed ondersteund door de Federatie. Zo zijn de recente afspraken die we met de neurologen hebben kunnen maken over trombectomie, een nieuwe behandelmethode om stolsels in de bloedvaten naar het hoofd op te lossen, deels het werk van de Federatie. Behalve dat je andere verenigingen in federatieverband regelmatig spreekt, wijst de Federatie je ook de weg naar andere belangrijke spelers, zoals Zorginstituut en VWS. Van die kennis profiteren we.’ **MvD**



Symposium Zorgevaluatie **VERSTERK JE NETWERK!**

Vrijdag 3 november 2017 van 13.00 – 17.00 uur, Buitenplaats Amerongen

Vorig jaar lanceerde de Federatie Medisch Specialisten tijdens een drukbezocht symposium het Adviesrapport Zorgevaluatie. Dit rapport bevat aanbevelingen om zorgevaluatie zo te organiseren dat het een structurele plek kan krijgen in het kwaliteitsbeleid in de zorg. Belangrijk, want met de onderzoeksresultaten kunnen we de besluitvorming in de spreekkamer steeds verder onderbouwen en professionaliseren. De afgelopen tijd nam de ontwikkeling van kennisagenda's al een enorme vlucht. Op 3 november zetten we de volgende stap: netwerkvorming. Hoe kunnen partijen in het onderzoeksveld effectief samenwerken?

WAT STAAT ER OP HET PROGRAMMA

Inspirerende sprekers vanuit de zorg, patiëntenorganisaties en het onderzoeksveld geven hun visie op de vraag hoe samenwerkingsverbanden in onderzoek kunnen worden opgezet. Daarbij is er volop de gelegenheid om mee te denken en met elkaar in discussie te gaan tijdens workshops. Uw actieve inbreng is zeer welkom!

VOOR WIE?

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

SPREKERS

- Peter Paul van Benthem, KNO-arts en bestuurslid Federatie Medisch Specialisten
- Rudolf Poolman. Orthopedisch chirurg en lid Adviescommissie Zorgevaluatie
- Paul Iske, directeur en chief failure officer Instituut voor Briljante Mislukkingen
- Sjoerd Repping, voorzitter van het Leading the Change programma van de Stichting Zorgevaluatie Nederland

DAGVOORZITTER

Hanna Willems, klinisch geriater en voorzitter Adviescommissie Zorgevaluatie

PROGRAMMA

Presentaties

- Waar staan we een jaar na publicatie van het Adviesrapport Zorgevaluatie?
- Ervaringen vanuit de orthopedie met netwerkvorming bij onderzoek
- Drempels en succesfactoren bij de opzet van een onderzoeksnetwerk
- Presentatie nieuwe website Zorgevaluatie Nederland, Leading the change: implementatie in en met het netwerk

Workshops

- Uitwerking en uitvoering van zorgevaluatiestudies
- Indienen van onderzoeksvorstellen: knelpunten, tips & tricks
- Drempels en succesfactoren bij het opzetten van een onderzoeksnetwerk
- Shared savings: hoe organiseren we dat?

Kijk voor meer informatie over het programma op www.demedischspecialist.nl/zorgevaluatie

GRAAG VERWELKOMEN WIJ U OP DIT SYMPOSIUM!



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