

Hoogleraar Innovatie
Floortje Scheepers
**'We groeien toe naar
datagedreven organisaties'**

Cardioloog Wilfred Heesen
**'Telezorg en thuis-
monitoring leiden tot juiste
zorg op de juiste plek'**

Verkiezingsagenda
medisch specialisten
**'Dring bureaucrativering en
institutionalisering terug'**

Medisch Specialist

september
2020

Longarts
Remco Djamin:

'Soms is het msb
nodig als tegenmacht
van de directie of
raad van bestuur'



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Feiten en cijfers over medisch specialisten in Nederland.

Meer feiten cijfers?
Zie demedischspecialist.nl/werkveld

6.790

artsen zijn in opleiding
tot specialist (aios).
1.200 aios worden per jaar
medisch specialisten, ook
wel jonge klaren genoemd.

27.748

medisch specialisten werken
er in Nederland. Binnen de
32 specialismen vormen de
psychiaters (3.047), internisten
(2.282) en anesthesiologen
(1.634) de top 3 van grootste
verenigingen.

48

jaar is de gemiddelde leeftijd
van een medisch specialist.
52 procent is man en
48 procent is vrouw.

70

procent van de medisch spe-
cialisten werkt in loondienst.
30 procent is vrijgevestigd.

55

uur per week maximaal werkt een
fulltime medisch specialist vol-
gens de cao's, inclusief avond-,
nacht- en weekenddiensten.

174.800

euro verdienen medisch
specialisten in dienstverband
(hoogste schaal) volgens
de Cao umc als zij in een
academisch ziekenhuis
werken. Dit is 165.000
(hoogste schaal) volgens
de Arbeidsvoorwaarden-
regeling Medisch Specialisten
(AMS) als zij in een algemeen
ziekenhuis werken.

179.200

is het gemiddeld belastbaar
inkomen van een vrijgevestigd
medisch specialist volgens
cijfers van het CBS.



13

Dossier

Dit vinden specialisten van digitale zorg en de juiste zorg op de juiste plek

Aan de start

Revalidatiearts Gomar Bos: 'Je aan een protocol houden is knap lastig'



24



29

In Balans

Longarts Frans Krouwels is een danser en dokter in één

EN VERDER

4 Nieuws van de Federatie.

8 Interview Floortje Schepers: gaat artificiële intelligentie de specialist ooit vervangen?

12 De Gouden regel van longarts in opleiding Liewe Bos over innoveren.

20 De rol en invloed van de verkiezingsprogramma's.

21 Verkiezings-agenda medisch specialisten 2021.

26 De worsteling van twee Brabantse ggz-instellingen met de coronapandemie.

30 Code zwart: Dick Willems legde in de media uit wat amper uit te leggen is.

32 & nu verder: bloedplasma in strijd tegen covid-19



OP DE COVER

Pleidooi: Longarts Remco Djamin: 'Gebruik de kracht van het msb'
Pagina 22

COLUMN VOORUITGANG

Deze editie neemt ons mee naar de toekomst van ons vak. Onder meer door de beweging van 'juiste zorg op de juiste plek'. Het is een term die veel wordt gebezigd, waarbij ik heb gemerkt dat veel mensen daar een verschillend beeld bij hebben, ook collega's. Sommige specialisten zie ik onder deze noemer allerlei mooie initiatieven starten, anderen plakken dit etiket er bewust niet op, en zetten net zulke vooruitstrevende stappen. Vaak versneld zelfs, ingegeven door de woelige maanden achter ons. Wij gebruiken als Federatie de term omdat die ons een gemeenschappelijke taal geeft. Die taal hebben we hard nodig nu de wereld zo in beweging is. Dat geldt ook voor Artificial Intelligence, waarover we eigenlijk nog zo weinig weten, maar die ons dagelijks werk en onze samenwerkingsvormen ingrijpend gaan veranderen. Floortje Scheepers, medisch afdelingshoofd Psychiatrie en hoogleraar Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg aan het UMC Utrecht kapt voor ons een pad in dit oerwoud. Op meer plaatsen kijken we vooruit. Zo laat longarts Remco Djamin zien dat artsen in medisch-specialistische bedrijven ook hun rol willen -en in zijn optiek als geen ander kunnen- pakken in zorgvernieuwing. Eén van de meest intrigerende verhalen in dit nummer vind ik het verhaal van twee ggz-instellingen in Brabant. Wist je dat daar ook cohorten corona patiënten zijn verzorgd? Genoeg leesvoer om het najaar mee in te gaan, nu maar hopen dat ons ook de tijd gegund zal worden om te lezen. Het gaat erom spannen.'

Peter Paul van Benthem,
Voorzitter Federatie
Medisch Specialisten



Digitale congressen

U kunt congressen en bijeenkomsten van de Federatie dit jaar via de digitale weg bijwonen. We hebben alvast twee suggesties: de lustrumbijeenkomst van het symposium Zorgevaluatie op vrijdag 13 november en het jaarlijkse congres Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV) op woensdag 9 december. Dit is het twaalfde jaar op rij dat het MMV-congres plaatsvindt, met dit jaar als thema 'Voorop in vernieuwing'.

Bekijk de hele agenda op demedischspecialist.nl/agenda

Bestuursverandering



Chirurg Jelle Ruurda en internist-nefroloog Iris Verberk zijn benoemd tot nieuwe algemene bestuursleden van de Federatie Medisch Specialisten. Jelle heeft de portefeuille Innovatie, Wetenschap en Zorgevaluatie en is daarnaast voorzitter van de Raad Wetenschap & Innovatie, Iris is portefeuillehouder Informatiebeleid. De benoemingstermijn van kinderarts Ruud van Gilst is ten einde gekomen. De Federatie dankt Ruud voor zijn betrokken inzet, vooral op het gebied van gezond en veilig werken en levensfasebeleid.



FOTO FOTODIRECTIE KRÖLLER-MÜLLER MUSEUM, OTTERLO

Juichende zusters van het noodhospitaal in Rijksmuseum Kröller-Müller, de eerste Canadese tankcollones luiden de bevrijding in van Otterlo op 15 april 1945.

Handreiking aangepaste verdeelafspraken



Op verzoek van medisch specialisten geeft de Federatie handvatten en adviezen voor het maken van aangepaste financiële afspraken in tijden van COVID-19. De crisis heeft eerder gemaakte verdeelafspraken soms ingehaald; ze zijn niet altijd meer passend. De speciale handreiking biedt daarom diverse mogelijkheden. Zo kan het verdelen van de omzet gebeuren op basis van het MSB Capaciteitsmodel, maar is ook een

model denkbaar op basis van harmonisatie, met fte-inzet als uitgangspunt. Daarnaast oppert de handreiking een 'aanvullende vergoeding COVID-19 zorg' voor vakgroepen die (intensief) betrokken zijn geweest bij de behandeling van COVID-19 patiënten.

[Download de handreiking op demedischspecialist.nl/verdeelsystematiek-covid19](https://demedischspecialist.nl/verdeelsystematiek-covid19)

Zorg op afstand: hoe declareer je dat?



De Federatie werkt met de Nederlandse Zorgautoriteit samen om behandelingen op afstand – indien mogelijk – voor medisch specialisten structureel declarabel te maken. De huidige verruimingen voor zorg op afstand gelden tot en met 31 december 2020. De NZa overlegt momenteel met de branche- en beroepsorganisaties over de vraag of en in hoeverre deze tijdelijke verruimingen structureel in de regels kunnen worden opgenomen. Daarnaast is er een informatiekaart die de mogelijkheden voor bekostiging van digitale zorg beschrijft.

→
[Bekijk de wegwijzer bekostiging digitale zorg.](#)



CIJFER

1.565

van de 27.748 medisch specialisten in Nederland zijn werkzaam als opleider

Dit blijkt uit de cijfers van het Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS).





BEELD JAN WILLEM HOUWELING (IN THE PICTURE FOTOGRAFIE)

In alle gebouwen, ziekenhuizen, instellingen zijn corona-maatregelen doorgevoerd en zichtbaar. In de Domus Medica in Utrecht is dat bij de Federatie Medisch Specialisten niet anders zoals deze foto laat zien.

ADVERTENTIE

'Hoe weet ik wat een reële goodwill is?'

Deze vraag kregen we van radioloog Eric, die graag wil toetreden tot een Medisch Specialistisch Bedrijf. We leggen uit hoe hij zelf de goodwill kan berekenen volgens de methode die we hebben ontwikkeld. Indien Eric dat wenst, kunnen we hem in contact brengen met gespecialiseerde adviseurs die voor hem de goodwill kunnen berekenen en de onderhandelingen kunnen voeren. Mochten partijen er onderling niet uitkomen, dan kunnen zij ons altijd vragen de hoogte van de goodwill bindend vast te stellen.



Juridische vragen?
Bel 088 - 134 41 12

CORONA VRAAGT NIEUWE VAARDIGHEDEN VAN MEDISCH SPECIALIST

Welke nieuwe vaardigheden wilt u ontwikkelen?

Het coronavirus heeft een grote impact op medisch specialisten. Naast de toegenomen druk in het werk en emotionele aspecten, vraagt de coronacrisis nieuwe vaardigheden. De Academie voor medisch specialisten biedt discipline-overstijgende opleidingen voor medisch specialisten op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid. Onze opleidingen en masterclasses zijn altijd actueel en specifiek toegespitst op de dynamiek van het zorgveld. Een kwalitatieve aanvulling op uw rol als professional, ondernemer, leidinggevende, bestuurder, opleider, onderzoeker of toezichthouder van de toekomst.

INCOMPANY TRAINING BETER (BEELD)BELLEN **NIEUW**

Gesprekken en consulten verlopen, nu noodgedwongen, steeds vaker digitaal. Zelfs de meest verstokte niet-beller moet eraan geloven. Omdat non-verbale informatie en sfeer uit het fysieke gesprek ontbreken, zult u meer communicatievaardigheden moeten inzetten om een effectief en prettig gesprek te voeren.

Combineer regie en empathie met deze training Beter (beeld) bellen. Deze training geeft u handvaten en adviezen die u helpen bij het voeren van een prettig en efficiënt consult.

Informeer naar de mogelijkheden.

OPLEIDING TOT MEDISCH COACH LEVEL 1 **NIEUW**

Leer jezelf kennen vanuit coaching perspectief en investeer in persoonlijke groei. In deze driedaagse training ligt de focus op zelfinzicht, eigen competenties en de invloed daarvan op de omgeving.

Startdatum 28 januari 2021

Prijs leden FMS en VvAA: € 2.275,- (€ 2.350,- niet-leden)

Locatie: regio Utrecht

COACHING MET EN DOOR COLLEGA'S

Coaching met en door collega's helpt bij het creëren van een leeromgeving waarin je jezelf kunt blijven ontwikkelen als professional. De kracht van deze training is dat deze wordt gegeven door een ervaren coach samen met een medisch specialist met ruime ervaring in coaching. Hierdoor is er een directe verdiepende vertaalslag naar de dagelijkse werkelijkheid van de medisch specialist.

Startdatum 28 januari 2021

Prijs leden FMS en VvAA: € 2.275,- (€ 2.350,- niet-leden)

Locatie: regio Utrecht

NIEUW

MASTERCLASS VAKGROEPVOORZITTER

Bent u vakgroepvoorzitter? Sinds kort, misschien al wat langer of beoogd? Vergroot uw leiderschaps- en samenwerkingsvaardigheden met de Masterclass Vakgroepvoorzitter.

Deze masterclass geeft inzicht in de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die passen bij het voorzitterschap. Het samenspel met andere vakgroepleden en het verdelen van taken komt aan bod, zodat voorkomen wordt dat 'alles bij de voorzitter landt' en dat de voorzitter het overzicht niet verliest. Optioneel kunt u kiezen voor een unieke follow up van (online ontmoetingen) met een deelnemers van deze masterclass gericht op intervisie.

Startdatum 24 februari 2021

Prijs leden FMS en VvAA: € 745,- (€ 765,- niet-leden)

De partners van De Academie voor Medisch Specialististen:



De Academie 
voor medisch specialisten

academiemedischspecialisten.nl
info@academiems.nl • 030 247 4197



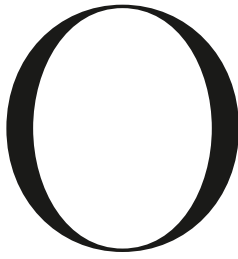
FLOORTJE SCHEEPERS
OVER DATAGEDREVEN
ORGANISATIES



‘Artificiële intelligentie verrijkt het werk van de medisch specialist, maar de persoonlijke interactie is onvervangbaar’

Artificiële intelligentie (AI) leidt tot snellere analyses en betere prognoses. Daarmee kunnen we de kwaliteit van de zorg verbeteren. Maar gaat AI de specialist ooit vervangen?

TEKST MALOU VAN HINTUM
BEELD MERLIJN DOOMERNIK



om de hamvraag maar gelijk te beantwoorden: ‘Nee, artificiële intelligentie wordt ontwikkeld om de zorg te verbeteren, en is niet bedoeld om artsen of verpleegkundigen overbodig te maken. Dat kan ook niet.’ Aldus Floortje Scheepers, medisch afdelings-

hoofd Psychiatrie en hoogleraar Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg aan het UMC Utrecht. De vraag blijft wel hoe AI het werk van medisch specialisten kan verbeteren, wat de kritische succesfactoren zijn.

Wat is AI precies?

‘AI is het product van computers met een enorme rekenkracht die ontzettend veel data kunnen verstouwen en daardoor intelligente analyses kunnen maken. De afgelopen jaren is AI zo snel doorontwikkeld dat we nu niet meer te maken hebben met een superrekenmachine, maar met modellen die werken als neurale netwerken. Deze zijn zelflerend doordat ze veel data verknopen en met groeiende precisie en betrouwbaarheid complexe dynamische informatie kunnen verwerken.’

Mensen maken de keuze welke data erin gaan en welke niet

‘Mensen leveren data voor AI, maar ook allerlei applicaties en *wearables* die automatisch data over je verzamelen zonder dat je dat zelf bewust registreert. Van drones tot digital tattoos. Hoe meer dat gebeurt, hoe dichter we bij een *spooky* scenario terechtkomen waarin de computer ons beter begrijpt dan wij onszelf. Zo ver is het nu nog niet. We moeten er nu alert op zijn dat algoritmen een bias kunnen hebben; ze kunnen rekenen met data waarin aannames verwerkt zitten – van artsen, van programmeurs – die niet hoeven te kloppen. Als je bijvoorbeeld geen onderscheid maakt tussen mannelijke en vrouwelijke patiënten, kan dat leiden tot verkeerde adviezen. Dat gebeurt in real life, en dat kan in de AI-wereld ook gebeuren.’



‘AI mag niet worden ingezet als bezuinigingsinstrument. AI moet iets toevoegen, niet iets wegnemen’

Hoe kan een arts daarop anticiperen?

‘In de zorg is het cruciaal om vooraf heel goed te bepalen wat de uitkomst moet zijn van je rekenmodel, dat is verbetering van zorg. Dus als je een algoritme hebt – een beslisboom die je volgt om een bepaald doel te bereiken – dat erop gericht is het aantal hartinfarcten te verminderen en je ziet de uitkomst steeds beter worden, dan ben je goed bezig. Maar als je ziet dat een algoritme een bepaald medicijn steeds vaker gaat voorschrijven, moet je daar vraagtekens bij zetten. Je moet dus altijd blijven monitoren en duiden, en dat is mensenwerk.’

Kun je met behulp van AI ook gepersonaliseerde zorg geven?

‘Bij psychiatrie stoppen wij alle data uit het patiëntdossier in de computer: observaties, overwegingen, uitslagen van bloedafnames, enzovoorts. In al die gestructureerde en ongestructureerde gegevens zit een hoop kennis verborgen over wat wel en niet werkt, waarom en bij wie. Die kennis is voor ons heel lastig te ontsluiten, maar een slimme computer kan die wel verwerken. Elke nieuwe patiënt is een nieuwe databron, dus je systeem leert van iedere patiënt. Zo krijg je steeds verfijndere profielen van mensen.’

Zijn er ook eenvoudiger toepassingen waar artsen gemakkelijk van kunnen profiteren?

‘Jazeker. Bij het beoordelen van scans of röntgenfoto’s gaat het om één databron waarin een heleboel datapunten zitten. Een computer kan heel snel leren van een heleboel van dat soort foto’s en plaatjes. Daar kun je gemakkelijker robuuste algoritmes op ontwikkelen dan op psychiatriedossiers. Denk ook aan IC-patiënten die 24/7 aan allerlei monitoren hangen. Die genereren enorme hoeveelheden data die zich goed lenen voor analyse. Daardoor kun je bijvoorbeeld een sepsis eerder zien aankomen en veel sneller interveniëren, iets wat levensreddend kan zijn.’

Kan AI ook bijdragen aan een betere verdeling van schaarse middelen en mensen in de zorg?

‘Artsen gaan vaker digitaal samenwerken. De thuismonitoring, die nu nog in de kinderschoenen staat, zal een grote vlucht nemen. Administratie zal geautomatiseerd worden, registraties zullen bestaan uit op de patiënt toegesneden vragen in plaats van de nu verplichte lange afvinklijsten. Dat zal tijd uitsparen. Al die veranderingen vragen om een nieuwe *mindset* van artsen. Er zijn juridische waarborgen nodig, een andere organisatie van zorg, en veel meer samenwerking dan tot nu toe gebruikelijk is in het zeer versnipperde Nederlandse zorgveld. Daarnaast moeten artsen ook iets voorkomen: AI mag niet wordt ingezet als bezuinigingsinstrument. AI moet iets toevoegen, niet iets wegnemen.’



Hoe ziet AI er over vijf jaar uit?

'Sinds vijf jaar geleden is er veel gebeurd. Tegelijk zijn we nog steeds in de beginfase. Over vijf jaar zal het niet dramatisch anders zijn dan nu. Maar we groeien wel toe naar datagedreven organisaties die leren van zichzelf en van elkaar. Dat is in elk geval mijn droom!'

Dit is Floortje Scheepers

1969
Geboren in Arnhem

1987 – 1999
Opleiding arts en kinder- en jeugdpsychiater, Universiteit Utrecht

2005 – 2010
Manager behandelzaken academisch cluster Karakter

2017 – heden
Hoofd afdeling Psychiatrie, UMC Utrecht

2017 – heden
Hoogleraar Innovatie in de geestelijke gezondheidszorg, UMC Utrecht

2019 – heden
Lid van Kwaliteitsraad Zorginstituut Nederland

2021
Publicatie boek 'Mensen zijn ingewikkeld' (de Arbeiderspers)

Beter samenwerken dus. Hoe kan AI helpen bij de ontwikkeling van netwerkgeneskunde?

'Door AI toe te passen op data uit verschillende onderdelen van het zorgproces ontstaan betere predictiemodellen. Deze datasamenwerking tussen het sociaal domein, eerste-, tweede en derdelijns organisaties kan juist ook het samenwerken in zorgnetwerken versterken.'

Je spreekt over datagedreven organisaties. Je kunt ook als individuele arts datagedreven werken. Wat bepaalt het onderscheid en waar raken ze elkaar?

'Datagedreven werken betekent dat een individuele arts constant leert van eigen acties door de resultaten van die acties te analyseren en te gebruiken bij volgende beslissingen. Datagedreven organisaties voegen hier geaggregeerde data en inzichten aan toe maar belangrijker: organisaties moeten de individuele professionals faciliteren in een datagedreven aanpak door data en data-analyses snel en makkelijk toegankelijk te maken.'

Wordt er in de opleiding op geanticipeerd dat AI straks een geïntegreerd onderdeel van het werk is?

'Ik heb hierover lesgegeven, maar dat is lastig omdat het nog moeilijk concreet te maken is. Tegelijk moet je professionals in opleiding tijdig bewust maken van de ethische dilemma's, zodat ze scherp zijn op de keerzijde van datageweld en daarmee kritisch leren omgaan. Hoe gaan we daarmee dealen, hoe gaan we daar met patiënten een weg in vinden? Dat moeten we niet overlaten aan Microsoft, Google, Facebook, Amazon en Apple, de vijf die straks de wereld beheersen en ook de gezondheidsmarkt op gaan. Dat is een risico waarvan we ons bewust moeten zijn en waarop we ons moeten voorbereiden.'

Wat zal AI nooit veranderen?

'In de interactie tussen arts en patiënt gebeurt iets subjectiefs dat gaat over beleving, over betekenisgeving. Dat is niet vast te leggen in data en ook niet op geaggregeerd niveau naar boven te halen. Dat is zo individueel en zo persoonlijk, dat zul je altijd in gesprek met elkaar moeten uitvogelen. Ik zou ongelofelijk blij zijn als ik door AI niet eindeloos veel informatie hoef op te halen bij patiënten, maar de ruimte en de tijd heb om met hen te praten over wat zij relevant vinden.'

Wat zijn ethische problemen bij de toepassing van AI?

'Het belangrijkste probleem is privacy. Wat je doet met AI moet binnen het ziekenhuis blijven, en je moet altijd op een geaggregeerd niveau naar data kijken. Doe je dat op individueel niveau, dan moet je dat eerst met de patiënt afspreken. En je moet heel erg uitkijken met allerlei commerciële applicaties die misschien niet veilig zijn. Ook is het niet handig om een bedrijf dat belang heeft bij bepaalde uitkomsten een applicatie te laten ontwikkelen.'

Heb je een concreet voorbeeld van AI die de zorg echt heeft verbeterd?

'Binnen de psychiatrie hebben we een algoritme dat op basis van tekst uit het dossier en observaties van de eerste 24 uur voorspelt of er binnen een maand een agressie-incident zal plaatsvinden. Eerder moest een verpleegkundige daarvoor vragen stellen aan een patiënt, dat duurde twintig minuten. Dat algoritme scheelt dus twintig minuten verpleegkundige tijd per patiënt. Dat is veel. Bovendien is de voorspelling beter en kun je eerder in het proces interveniëren, wat de kans vergroot dat je het incident kunt voorkomen. In de somatische geneeskunde heb je algoritmes die voorspellen welk antibioticum bij welke urineweginfectie het beste effect geeft, of die sepsis voorspellen. Op allerlei plekken wordt dit toegepast, met goede resultaten.'

de
gouden
regel

‘Echt innoveren? Cijfer jezelf weg’

‘In je eentje kun je niet innoveren. Ik zie dat heel veel mensen bezig zijn met van alles: een jaartje hier, een jaartje daar. Iedereen bouwt zijn eigen toren. Implementatie in het eigen ziekenhuis lukt dan vaak nog net, maar als het geld op is, gaat de onderzoeker wat anders doen en vervliegt de interesse. Tijdens de opleiding tot medisch specialist is ook al weinig oog voor lange termijnplannen; je hopt van stage naar stage. Als onderzoeker cijfer ik mezelf weg. Een klinisch probleem oplossen, dáár gaat het om. Net zoals het bij Tesla niet om Elon Musk zou moeten gaan, maar om een schonere wereld. Met een breed gedragen missie kun je pas echt innoveren. Is je werk dan nog niet af, dan kan een ander ermee verdergaan. De financieringsstructuur staat ons helaas in de weg. Onderzoekers worden beloond voor hun eigen idee, en als het geld op is, moeten ze met een nieuw idee komen. Maar je kunt niet iedere drie jaar met iets vernieuwends komen. Met langdurige geldstromen kun je jongere artsen perspectief bieden; je bindt hen voor langere tijd aan een onderzoek. In de opleiding zou je die gedachte al kunnen vertalen door een rode draad te bepalen, door in een vroege fase artsen met innovatie onderzoeksplannen langs die lijn ruimte te geven en financieel te ondersteunen. Dan gaat innovatie over de daadwerkelijke kern: verbetering van de zorg.’

Longarts in opleiding **Lieuwe Bos** (Amsterdam UMC) ontving dit jaar de Dirkje Postma Talent Award voor zijn onderzoek naar een ademtest. Die moet ervoor zorgen dat mensen met een longziekte sneller de juiste behandeling krijgen.





dossier
JUISTE ZORG
OP DE JUISTE
PLEK

ALLES VOOR DE PATIËNT

Juiste zorg op de juiste plek

Dat specialisten links- of rechtsom hun werk anders zullen inrichten, staat vast. Kwaliteit, innovatiedrang en kostenbeheersing zijn belangrijke drivers. Zorg wordt in netwerken georganiseerd en een deel van het werk wordt door andere professionals opgepakt. Met honderden projecten is door medisch specialisten een beweging onder de noemer juiste zorg op de juiste plek op gang gebracht. In vrijwel alle ziekenhuizen en instellingen doen ze ervaringen op. Hoe voorkomen ze dat het middel een doel wordt? En waar zit precies de meerwaarde voor de patiënt? We vragen het enkele voorlopers.

TEKST FRED HERMSEN BEELD MAARTEN WILLEMSTEIN



ANDERS WERKEN
TERGOOI VERGT
DIEPTE-INVESTERINGEN

‘Begin klein en meet de resultaten’

Doorgaans staat niet iedereen te springen als twee ziekenhuislocaties worden samengevoegd. Tergooi in Hilversum maakt van de nood een deugd door anders te gaan werken: ‘Van dit soort vernieuwingen worden artsen blij, en dat werkt besmettelijk’, zegt anesthesioloog-intensivist en voorzitter van de medische staf Eline van Slobbe-Bijlsma. Wat begon vanuit urgentie, leverde een voorsprong op.

Ziekenhuis Tergooi maakt de overstap van twee locaties naar één nieuw gebouw in Hilversum. ‘Deze integratie zorgt voor kostenbesparende samenvoeging van functies, maar biedt ook momentum om anders te gaan werken. In de kern doen we dat door zorgpaden te veranderen’, zegt Van Slobbe. Het programma daarvoor heet ‘Zorg Dichterbij’ en brengt ook echt de zorg dichterbij de patiënt, met behulp van thuismonitoring, bellen en beeldbellen. ‘Op momenten dat er geen stethoscoop aan te pas komt, kun je heel veel op afstand,’ vat ze samen. ‘En we zorgen er altijd voor dat het meerwaarde voor de patiënt en de mantelzorger oplevert. Neem “COPD Thuis”. Als de monitoring thuis kan gebeuren, dan geeft dat de patiënt rust, maar ook de partner, die makkelijker alleen van huis kan.’

Vijftig projecten

Eline benadrukt dat Tergooi altijd een algemeen ziekenhuis met een breed zorgaanbod zal blijven, maar wel met nadrukkelijk oog voor een andere manier van samenwerken met zorgaanbieders in de regio. ‘Een huisarts werkt één dag per week in het programma-team en er zal binnenkort ook een huisarts in de stuurgroep plaatsnemen. ‘In de toekomst,’ blikte ze vooruit, ‘kun je bijvoorbeeld denken aan medisch specialisten die bij de

huisarts in de praktijk of bij de VVT instelling consulten doen.'

Daarnaast zit zorgverzekeraar Zilveren Kruis aan tafel, en denken ook organisaties in de verpleeg- en verzorgingshuizen en thuiszorg (VVT), de huisartsen en de cliëntenraad mee in een klankbordgroep. Zij worden in de klankbordgroep op de hoogte gehouden van de projecten in het programma. Daar komen bijvoorbeeld dermatologie, orthopedie en kindergeneeskunde aan de orde. Een voorbeeld: 'Medisch specialisten in die disciplines kunnen mogelijk op afstand een middag per week meekijken naar patiënten. En als een kind bij een huisarts op afspraak komt met buikpijn en hoofdpijnklachten, kan de kinderarts inbellen. We hebben inmiddels zo'n vijftig van dit soort projecten.' Op de vraag of ze al cijfers en opbrengsten kan delen, zegt ze: 'De inschatting is dat we met zo'n honderd van dergelijke aanpassingen van zorgpaden tachtigduizend polikliniekbezoeken en elfduizend ligdagen verminderen. Twintig procent van het huidige aantal. Hiermee creëren we ruimte om de stevige toename van de zorgvraag in deze regio op te vangen.'

Begin klein

Eline ziet dat specialisten in het ziekenhuis -door de bank genomen- graag meewerken. 'We hebben een goed programma-team dat alle vakgroepen langsgaat en erop aanstuurt dat projecten echt van de werkvloer komen, ook met inbreng van doktersassistenten en verpleegkundigen.' Vakgroepen starten vaak met één project. Zodra de betrokkenen merken dat het de patiënt merkbaar voordeel oplevert en regionale samenwerking van de grond komt, groeit het enthousiasme: 'Als dit lukt, kan er nog veel meer.' 'Al met al, vat ze samen, 'kun je zeggen dat de sleutel tot succes schuilt in een goed programmateam en dat je aantoonbare meerwaarde voor patiënten moet nastreven. Dat gebeurt als je de specialisten zelf in the lead brengt. Want dan zie je dat ze vanzelf hun eigen weerstand gaan bevragen, en vervolgens gaan spelen met hun ideeën over de beste zorg. Zo hebben we al georganiseerd dat moeders vijf weken na de bevalling niet meer standaard naar het ziekenhuis komen. Dat scheelt hen heel veel stress. En als overleg op afstand tóch

reden geeft voor nader onderzoek, dan krijgen ze alsnog een uitnodiging om langs te komen.' Artsen worden hier zelf ook blij van, en dat werkt besmettelijk, merkt Eline. Om die reden geeft ze dan ook de tip: 'Begin klein, maar doe wel echt iets met de ideeën die loskomen. En meet de resultaten, want het bewijs brengt je verder.'

Onvermijdelijke route

Per saldo verandert de patiënt: 'Niet meer dan twintig procent wil nog naar het ziekenhuis komen als het ook op afstand kan. De cliëntenraad is betrokken, en daar heerst in het algemeen tevredenheid over de vernieuwingen. Die besparen tijd en moeite, en in de thuissituatie praten patiënten vaak gemakkelijker. Laten we realistisch zijn', concludeert ze. 'Combineer die ervaringen met de groei van de zorgbehoefte, dan is dit een onvermijdelijke route. Wij voelen in Tergooi de urgentie door de samenvoeging van twee ziekenhuislocaties, en lopen daardoor voor. We krijgen van andere ziekenhuizen veel vragen om mee te denken; ik zie het besef overal in het land toenemen dat je andere manieren van werken moet onderzoeken.' Wel benadrukt ze dat duurzame investeringen nodig zijn. 'Zorgverzekeraars zijn enthousiast, maar we moeten nog met hen aan tafel over de financiën in de toekomst. Ook met de NZa moeten we tot overeenstemming komen over een aangepaste financieringsstructuur. Bijvoorbeeld voor digitale consulten, want die moeten nog definitief worden opgenomen in de regelgeving. En natuurlijk kosten ook de ontwikkeling van apps, dataopslag, telemonitoring en telecenters geld. Als

we willen dat dit beklijft, moeten we echt veel verder denken dan de huidige transformatiegelden. Structurele financiering borgt verandering, tijdelijke ondersteuning kan dat niet alleen.'

Immuuntherapie thuis, tenzij...

'Rijnstate biedt longkankerpatiënten sinds 2018 de mogelijkheid om thuis immunotherapie te krijgen. Dat gebeurt op vrijwillige basis, nadat we eerst bij behandeling in het ziekenhuis gedurende zes tot twaalf weken de respons en bijwerkingen in kaart hebben gebracht. De praktijk leert dat veel patiënten hiervoor kiezen. Begrijpelijk, want ze zijn ziek en de meesten reizen niet graag. Sinds de coronacrisis is onder hen de angst voor ziekenhuisomgevingen bovendien sterk gegroeid. Het motto is: "Immuuntherapie thuis, tenzij..." Inmiddels zijn we ook bezig om de complexere chemotherapie thuis te kunnen aanbieden. Maar dan moet de financiële dekking wel anders geregeld worden. Want thuis-toediening is op macroniveau mogelijk voordelig, maar individuele ziekenhuizen maken meer kosten per behandeling. Per gespecialiseerde verpleegkundige kun je immers onder één dak meerdere patiënten tegelijk helpen. Thuis daarentegen is het altijd één patiënt per verpleegkundige. De verpleegkundige is oncologisch gecertificeerd en heeft direct contact met het ziekenhuis -telefonisch of via een beveiligde weblink- als bijvoorbeeld afwijkende bloedwaarden daar aanleiding toe geven. Deze thuistoediening vergt mobiele apparatuur, kennis, vaardigheden en een goede back up in het ziekenhuis. Je kunt thuistoediening uitbesteden, maar een ziekenhuis kan dit ook in eigen hand nemen. Wij zien veel in schaalvergroting door samenwerking en we hebben met ziekenhuizen in Ede en Doetinchem het A.R.T.Z. oncologisch centrum opgericht. Kritische succesfactor is dat we evenredig van de samenwerking profiteren en dat lukt goed. Voorop staat de verbetering van de medische zorg, die we steeds patiëntvriendelijker en dicht bij huis willen brengen. Ook thuistoediening willen we voor patiënten van alle A.R.T.Z.-ziekenhuizen beschikbaar maken.

Hans Smit, longarts Rijnstate

‘Digitale zorg zou een no-brainer moeten zijn’

Na tien jaar weet cardioloog Wilfred Heesen: telezorg en thuismonitoring zijn op dit moment dé toegangspoorten tot de juiste zorg op de juiste plek. Maar er zijn obstakels.

Cardioloog en programmamanager Digitale Zorg Wilfred Heesen (Viecuri) werkte tien jaar geleden al met digitale zorgprogramma's. Eerst nog met simpele ja-nee vragen, waarmee patiënten via een website hun toestand konden aangeven, bijvoorbeeld: bent u de afgelopen dag benauwder geworden? Inmiddels zijn de toepassingen verfijnder en effectiever, zoals MijnIBDcoach voor darmpatiënten heeft bewezen. Wilfred: 'Dat platform leert hen omgaan met hun kwaal, patiënten beheren er hun behandelplan mee en ze informeren via de digitale weg hun verpleegkundige. Bovendien lukt het steeds beter om te prognosticeren met de data.'

Vroeger kreeg de cardioloog zijn hartfalenpatiënten zo'n zes keer per jaar op spreekuur, terwijl ze toch nog regelmatig onverwacht opgenomen moesten worden. 'Thuismonitoring verhoogt de intensiteit van de controle, je kunt eerder reageren bij klachten en patiënten hoeven minder vaak naar het ziekenhuis te komen.' Cruciaal is de inzet van verpleegkundigen. In VieCuri draaien zij al jaren een hart-

falenpoli, waar onlangs een proef is begonnen met thuismetingen. Als het programma alerts geeft op basis van meldingen van de patiënt, kan de verpleegkundige in overleg met de cardioloog de behandeling aanpassen. Patiënten hoeven in dit scenario niet meer voor metingen naar het ziekenhuis te komen; met thuismetingen kunnen medicijnen op afstand worden aangepast. 'Dat werkt uitstekend, ook patiënten zijn er blij mee. Met het Digitale Zorg-programma werken we deze gedachte nu op alle afdelingen uit.'

Zijn 'hobby'

Wilfred ziet dat specialisten helaas nog vaak het gevoel hebben iets te moeten, in plaats van te kunnen met digitale middelen. Toch groeit langzaam hun ontvankelijkheid. 'Vijf jaar geleden zeiden collega's nog "Daar heb je hem weer met zijn hobby." Dat verandering nodig is, betwijfelt gelukkig niemand. Ik voel me dus geen roepende in de woestijn meer, al voelt het nog wel als monnikenwerk.' Overall ontstaan digitale innovaties, in samenwerking met softwarebedrijven die de medische zorg begrijpen. Wilfred juicht dat toe en noemt een voorbeeld: 'Stel, een

hartpatiënt belt met klachten van duizeligheid. Vroeger zou ik die direct laten komen. Maar als ik op de app zie dat de bloeddruk sterk is afgenomen, dan bespreek ik dat via telebegeleiding, en pas ik de medicatie aan.'

De programmaleider Digitale Zorg blikt ook vooruit. Als er eenmaal deelbare dossiers zijn en ketensamenwerking, dan behoort een 24/7-belcentrale met datacenter tot de mogelijkheden. Bellers krijgen dan via één nummer een gespecialiseerd verpleegkundige aan de lijn. Die kan gelijk de relevante dossiers inzien, en op basis van triage doorverwijzen naar bijvoorbeeld de huisarts, een





thuiszorgorganisatie of - mocht 112 onderdeel uit gaan maken van de centrale - de spoedhulp. En anders kan een terugbelverzoek bij een (huis)arts of ziekenhuisafdeling worden neergelegd. Met videobellen kan ook directe hulp geboden worden, zoals samen een thuismeting uitvoeren of een instructievideo bekijken. 'Zo vang je gelijk eenvoudige zorgvragen af.' Plaveit dit ook de weg naar kostenreductie? 'Technologie helpt de groeiende patiëntenstroom kwalitatief goed en duurzaam op te vangen. Dat is iets anders dan tien procent kostenvermindering.' Wilfred pleit daarom bij zorgverzekeraars voor structurele investeringen in digitale zorg, in plaats van besparingsdrift, en verzucht: 'Dit zou een no-brainer moeten zijn, maar voorlopig hebben we nog wel wat hobbels te nemen.' Hij noemt er vier: juridische hobbels (de wet- en regelgeving), technologische (koppelingen van systemen en dossiers), en mentale (de weerstand bij zorgprofessionals). Over de vierde, de financiële hobbels, geeft hij aan dat de huidige productie-bekostiging een negatieve (perverse)

prikkel is in het streven om meer patiënten op afstand en minder vaak naar het ziekenhuis te laten komen. In plaats van te korten op de begroting (wat daarmee dreigt te gebeuren) zou dit juist beloofd moeten worden, inclusief (voor) investering in de benodigde middelen om dit te kunnen (blijven) realiseren.

Meer speelruimte

Soms overlappen die velden ook: 'Bepaalde bloeddrukmeters en weegschalen van dertig euro doen het prima thuis. Maar als je daar nu mee probeert te werken krijg je met aansprakelijkheid en kwaliteitsnormen te maken, en met toezichthoudende instituten die kostbare certificatie eisen. Om anders te kunnen werken hebben we meer duidelijkheid nodig in verantwoordelijkheid en financiering. Gelukkig zijn er partijen als 'Vliegwielen voor digitale innovatie in de zorg', die nu voor landelijke versnelling zorgen.' De coronacrisis heeft geholpen daarin benadrukt hij, want er is -zoals overal in de medische wereld- ook voor digitale zorg meer speelruimte ontstaan. 'Met goedkeuring van mijn raad van bestuur kan ik met consumentenapparatuur een extra groep van honderd patiënten volgen. Dat mag dan zolang de coronacrisis duurt.'

COLUMN

'OPTOMETRISTEN HALEN DRUK VAN DE OOGZORG'



'Voor patiënten is oogzorg nog te veel een labyrint. Soms wachten ze zes maanden op een eenvoudig onderzoek in een academisch ziekenhuis, terwijl ze er niet op zijn geweest dat dat ook kan in een perifere ziekenhuis. Maar we zetten ook mooie stappen vooruit. Zo loopt in de strijd tegen stijgende wachttijden in Twente sinds 2017 een pilot van Menzis. Huisartsen kunnen hierin zowel naar optometristen als naar oogartsen doorverwijzen, afhankelijk van de complexiteit. Die pilot is inmiddels onderdeel van een landelijk initiatief, en krijgt financiële ondersteuning uit zogeheten S3-innovatiegelden. Optometristen bieden hier "anderhalvelijnszorg" en kunnen patiënten door- of terugverwijzen indien nodig. Voor een hoog percentage klachten blijkt geen oogarts nodig te zijn, bijvoorbeeld bij last van droge ogen. De stijging van de wachtlijsten is hierdoor afgeremd.

Om de wachtlijsten in heel Nederland terug te dringen is een regio-overstijgende samenwerking nodig tussen Oogvereniging en de twee beroepsverenigingen van oogartsen en optometristen. Uiteraard moet de operationele invulling regionaal plaatsvinden, maar de kwaliteitseisen aan de optometrist en de financiële structuur kun je beter landelijk regelen. Daarom ligt nu de notitie "De Juiste Oogzorg op de Juiste plek" klaar, ondersteund door de vier grote zorgverzekeraars. Met hen, NZa en VWS zijn we nu in gesprek over structurele financiering. Hoewel dat nog een kritische succesfactor is, kunnen oogartsen en optometristen al met de uitgangspunten uit de notitie aan de slag, met behulp van een handige implementatiekaart.'

Petra Kortenhoeven,
 beleidsmedewerker Oogvereniging

Geïnteresseerd? Download deze en andere handige implementatiekaarten via demedischspecialist.nl/jzopp

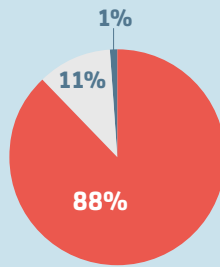
Dit zegt de dokter!

De Federatie heeft in de afgelopen periode aan medisch specialisten gevraagd welke ervaringen ze hebben met het anders organiseren van zorg volgens de principes van de juiste zorg op de juiste plek. Maar ook op welke wijze de digitale zorg door de COVID-crisis een vlucht heeft genomen.

Volgens de respondenten komt het initiatief voor de juiste zorg op de juiste plek van:

- > Medisch specialisten in een vakgroep **(85%)**
- > Raad van bestuur: **(33%)**
- > (bestuur) Medisch Specialistisch Bedrijf **(15%)**

40% van de projecten is volgens de respondenten voortijdig gestopt.



88% van de respondenten zegt dat het onderdeel is van de dagelijkse praktijk **11%** niet **1%** weet het niet.

'Ik sta 100% ingeroosterd voor patiëntenzorg. Iedere medisch specialist een dagdeel per twee weken vrij plannen voor het ontwikkelen van dit soort initiatieven zou mooi zijn.'

Obstakels:

- > Epd en ict: **63%**
- > Financiering voor de zorgactiviteit: **61%**
- > Financiering vanuit de organisatie: **50%**
- > Tijd: **49%**
- > Financiering via transitiegelden: **38%**
- > Prioriteiten raad van bestuur: **20%**

Invloed van COVID-crisis op digitale zorg



35%

van de respondenten maakte tijdens de crisis gebruik van beeldbellen. Uit een enquête van de Federatie Medisch Specialisten blijkt dat de helft van deze gebruikers het beeldbellen ook na de crisis is blijven inzetten bij de behandeling van hun patiënten.



60%

van de respondenten gebruikt geen digitale zorg op verzoek van de patiënt. Met name oudere patiënten willen volgens de medisch specialisten fysiek op het spreekuur komen. Voor bijna 40% van de medisch specialisten geldt dat ook zij een persoonlijke voorkeur hebben voor fysiek contact, vooral als het gaat om de eerste afspraak met de patiënt.

Welke vormen van digitale zorg zijn medisch specialisten meer gaan inzetten?

- 35%** beeldbellen
- 35%** digitaal multidisciplinair overleg (MDO)
- 17%** digitaal overleg huisartsen
- 10%** telemonitoring
- 88%** telefonisch



'Ik zou graag digitale zorg inzetten voor bijvoorbeeld de pre-operatieve screening. Dit gebeurt in ons ziekenhuis echter nog niet. Dit zou voor de toekomst een enorme slag in patiënttevredenheid kunnen brengen.'

Bekijk voorbeelden, video's, nieuws en praktische hulpmiddelen op demedischspecialist.nl/jzojp

Type projecten juiste zorg op de juiste plek

Medisch Specialisten werken mee aan de volgende type projecten:

- 66% taakherschikking
- 46% digitale zorg
- 40% zorg aanbieden in de eerste lijn
- 39% netwerkgeneeskunde
- 39% gepast gebruik
- 34% anderhalvelijnszorg

‘Onze organisatie is volop bezig met transitie van de zorg, maar wordt door de ene zorgverzekeraar gestimuleerd, en door de andere juist gekort.’

‘Een verpleegkundig specialist in dienst nemen is een wens, maar door de krapte op de arbeidsmarkt is dat vooralsnog niet gerealiseerd.’



‘Een simpel contact (uitslag mededelen of besluit patiënt tau behandeling) kan via telefoon blijven, maar lichamelijk onderzoek, diagnose stellen en behandelplan maken kan niet digitaal maar moet face to face plaats vinden.’

‘Gezien de medische eindverantwoordelijkheid is het zaak om het fysieke contact altijd de gouden standaard te laten zijn.’

Visie van de Federatie

Willen we de patiënt de beste zorg blijven bieden, toegankelijk, innovatief en betaalbaar, dan is een transformatie van de zorg noodzakelijk. Want de zorgvraag blijft stijgen en wordt steeds complexer. Technologische ontwikkelingen gaan razendsnel. Budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker bedden en handen tekort. Juiste zorg op de juiste plek is een beweging met als doel de zorg zo dichtbij mogelijk bij de patiënt aan te bieden: dichtbij waar dat kan en verder weg als dat nodig is.

Medisch specialisten zetten zich dagelijks in om de juiste zorg op de juiste plek te leveren. Samen met andere zorgprofessionals, binnen én buiten het ziekenhuis, nemen ze deel aan talloze initiatieven om duurdere zorg te voorkomen, complexe zorg te concentreren en zorg te vernieuwen. Met ‘101 voorbeelden van de juiste zorg op de juiste plek’ laat de Federatie zien hoe medisch specialisten juiste zorg op de juiste plek concreet maken.

demedischspecialist.nl/jzjzp

De rol en invloed van verkiezingsprogramma's

In maart 2021 staan de verkiezingen van de Tweede Kamer op de agenda. Politieke partijen volgen globaal dezelfde route op weg naar hun verkiezingsprogramma. Wat is de betekenis van deze programma's in aanloop naar 17 maart 2021? En wat betekent dit voor de Federatie Medisch Specialisten?

Wanneer

Tweede Kamerverkiezingen 17 maart 2021.

Wat

Verkiezingsprogramma's zijn het kompas van politieke partijen. In de herfst verspreiden ze de conceptversies onder hun leden, om vervolgens tijdens het najaarscongres de programma's vast te kunnen stellen.

Wie

De meeste landelijke politieke partijen schakelen actieve leden in om het verkiezingsprogramma op te stellen. Dit kunnen (oud)-Kamerleden zijn, voormalig bewindspersonen of experts uit verschillende sectoren. Zij spreken onder andere met belangenverenigingen als de Federatie. De partijleden worden natuurlijk ook gehoord. Tijdens thema-avonden hebben ze hun ideeën, wensen, meningen al laten horen en in oktober of november ontvangen zij een concept-programma. Het najaarscongres biedt

hen vervolgens de kans om moties en amendementen daarop in te dienen. Als partijlid kunnen dus ook medisch specialisten van zich laten horen.

Waarom

Iedere partij wil tijdens de campagnetijd voor 17 maart zoveel mogelijk kiezers over de streep trekken. In de campagneperiode gaan politici daarom in gesprek met de kiezer, op straat, bij lokale debatten, op social media en op radio en tv -met het verkiezingsprogramma in de hand. Waarin vaak het zorgbeleid centraal staat. Het programma dient na de verkiezingen als basis voor de regeerperiode, van zowel de coalitiepartijen als de oppositiepartijen. Coalitiepartijen gebruiken hun programma voor de kabinetsonderhandelingen, om tot een regeerakkoord te komen.

Hoe

Hoe krijgt de Federatie de belangen van de specialist geborgd in de verkiezingsprogramma's? Ten eerste door een eigen verkiezingsagenda medisch

specialisten te presenteren (zie pagina 21) en deze actief onder aandacht te brengen bij de verschillende politieke partijen. Daarnaast kloppen deels de programma-commissies vanzelf bij ons aan. Gesprekken met belangenorganisaties als de onze helpen hen tot een gefundeerd zorgbeleid te komen.

En verder?

In aanloop naar de verkiezingen worden de lijsttrekkers bekendgemaakt. Waar verkiezingsprogramma's zich vaak beperken tot uitgangspunten, daar zullen lijsttrekkers in interviews, toespraken en tijdens debatten in de Tweede Kamer verdiepende focus en intenties van hun partij aanbren-gen. Hugo de Jonge (CDA) pleit bijvoorbeeld voor mindere marktwerking en concurrentie in de zorg, hij zal hierop de komende maanden bevraagd worden. Ook (nieuwe) politici die dit najaar op de kandidatenlijst terechtkomen, zullen van zich laten horen. De Federatie monitort ook hún uitspraken en reageert waar nodig.

**ZO
kan het
ook**

De Federatie zet zich met de wetenschappelijke verenigingen in voor verbeteringen van de zorg. Wat levert dat op?

Wat is de achtergrond?

De laatste jaren loopt de curatieve zorg steeds vaker tegen de grenzen aan. Dat gaat ten koste van de patiënt en de zorgverleners. Door de vergrijzing stijgt de zorgvraag, en door multimorbiditeit en technologische ontwikkelingen wordt de zorg complexer. Budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen en bedden tekort. Toenemende institutionalisering en bureaucratisering leiden tot vervreemding en demotivatie. Iedere dokter wil boven alles de patiënt beter maken en het vak verder ontwikkelen. Willen we de patiënt de beste zorg blijven bieden - toegankelijk, innovatief en betaalbaar - dan moeten we de intrinsieke motivatie van de zorgverleners richtinggevend maken in het landelijke zorgbeleid.

Wat willen we?

Als we de zorg toegankelijk en van hoge kwaliteit willen houden, moeten de samenleving gaan staan voor de professionals die de vernieuwing van de sector gezamenlijk vormgeven. Help de institutionalisering en bureaucratisering terug te dringen. Dankzij heel veel betrokken en bevlogen vakmensen

De Federatie presenteert verkiezingsagenda medisch specialisten

staat Nederland al jaren bovenaan de lijsten van landen met de beste medisch-specialistische zorg ter wereld. En dat voor een gemiddelde prijs. Maar het zijn juist deze zorgverleners die gebukt gaan onder onnodige administratielast en ICT-problematiek. Ze zien de wachtlijsten oplopen, terwijl ondertussen vele patiënten in verkeerde bedden liggen, omdat er geen doorstroming is naar bijvoorbeeld een verpleeghuis. Ze raken gedemotiveerd door controledrang en regelgeving-reflexen van overheden en instituties. Dit leidt tot vervreemding van de professionals op de werkvloer, tot hoge werkdruk en zelfs tot burn-out.

Lees meer op demedischspecialist.nl/agendaverkiezingen

Onze agenda:

- Maak de intrinsieke motivatie van zorgprofessionals richtinggevend in het zorgbeleid.
- Dring de bureaucratisering en institutionalisering terug.
- Plaats de arbeidsmarktproblematiek bovenaan de politieke agenda. Het tekort aan verpleegkundig personeel is een van de grootste bedreigingen voor de toegankelijkheid van de medisch-specialistische zorg.
- Stimuleer de juiste zorg op de juiste plek door structurele bekostiging en financiering van onder andere netwerkgeneskunde en zorgevaluatie.
- Maak ruim baan voor e-health toepassingen en vernieuwende vormen van zorg op afstand. De versnelde implementatie van e-health toepassingen tijdens de COVID-19 crisis moeten we vasthouden.
- Faciliteer het werken aan meten, leren en verbeteren van zorg door middel van de kwaliteitsregistraties van, voor en door medisch specialisten.
- Halveer de administratielast. De dokter wil meer tijd voor de patiënt. Iedere patiënt heeft recht op tijd van de dokter.
- Verbeter de gegevensuitwisseling zodat patiënten en zorgverleners op het juiste moment op de juiste plek over alle relevante patiënteninformatie beschikken.
- Behoud de wereldwijd erkende toppositie van de Nederlandse medisch-specialistische zorg; toegankelijk, innovatief en betaalbaar.

‘Gebruik de kracht van het msb’



Remco Djamin is longarts en voorzitter van het Medisch Specialistisch Bedrijf (msb) van het Amphia Ziekenhuis in Breda. Hij stoort zich aan het beeld dat van het msb een productieprikkel zou uitgaan en dat het de zorg alleen maar duurder maakt.

TEKST JOB DE KRUIFF
BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘**V**ooral in de politiek merk ik hardnekkige beeldvorming: het medisch-specialistisch bedrijf wordt gezien als een machtsblok

waar een productieprikkel vanuit zou gaan: alles om de specialisten geld te laten verdienen. Maar dan heb je niet begrepen hoe het systeem in elkaar zit. Het zijn de ziekenhuizen die afspraken maken met de verzekeraars over de productie. Het msb verzorgt alleen de doorvertaling naar binnen. Als een msb de productie te veel zou verhogen, bijvoorbeeld om wachtlijsten weg te werken, dan zegt het ziekenhuis wel ‘ho’ als daar geen vergoeding tegenover staat. Het omgekeerde gebeurt eerder: dat een ziekenhuis vindt dat de productie omhoog moet.’



Remco Djamin

werkt sinds 1998 als longarts bij Amphia Ziekenhuis in Breda. Sinds 2015 is hij voorzitter van het medisch specialistisch bedrijf Amphia.

‘Een msb houdt zich niet alleen bezig met de verdeling van het geld. De aanleiding voor msb’s was ooit een fiscale, wellicht komt daar die beeldvorming vandaan. De meeste msb’s hebben zich ontwikkeld en houden zich veel breder bezig met het ziekenhuisbeleid. Zaken als onderwijs, kwaliteit en veiligheid, opleidingsmogelijkheden staan op de agenda. Veelal trekt het msb ook gewoon samen op met de ziekenhuisdirectie. Ik ontken niet dat het een entiteit is met veel macht, ik noem het alleen liever zeggenschap. Wij zijn professionals, staan in nauw contact met de patiënt, hebben daarom met recht een grote inbreng. Voor medisch-inhoudelijke innovatiekracht, of als je de dingen anders wilt organiseren, heb je als ziekenhuis de dokters heel hard nodig. En soms is het msb nodig als tegenmacht tegenover de ziekenhuisdirectie of de raad van bestuur.’

‘Critici van het msb lijken te zijn vergeten hoe het vroeger was, met al die maatschappen. Dán heb je het pas over eilanden, en een ingewikkelde machtsstructuur. Wat het msb in ieder geval gebracht heeft is eenheid. Het msb is als collectief aanspreekbaar op bijvoorbeeld kwaliteit en veiligheid, dat was in de oude structuur veel moeilijker.’



'Critici van het msb lijken te zijn vergeten hoe het vroeger was, met al die maatschappen'

'Je hebt nu een structuur waarin je besluiten kunt nemen. Indien nodig nog heel snel ook. Dat bleek wel toen vanwege corona bepaalde vakgroepen in het ziekenhuis vrijwel moesten worden stilgelegd. Toen zag je dat we samen de boel runden. Met hetzelfde doel en op gelijkwaardig niveau. Als je in loondienst bent, zit je in discussies toch tegenover je werkgever. Ik ben ervan overtuigd dat het msb een gelijkwaardige en gelijkgerichte partij is, die een brede verantwoordelijkheid voelt. Het gaat ons om de patiënt, de professional en de processen, en ja, ook de pecunia, maar die noem ik met opzet als laatste. We bewaken de balans tussen die vier p's. Ook dat is gebleken in de coronacrisis: tot op de dag van vandaag heb ik niet één specialist of msb over geld horen praten. Het ging over doen wat nodig is, medisch leiderschap, de organisatie omgooien, de crisis bezweren.'

'Of er nog wat te verbeteren valt voor msb's? Ik vind dat iedere ziekenhuisdokter lid zou moeten zijn, ook specialisten in loondienst. En de organisatie kan eenvoudiger. Soms is er naast het msb nog een aparte vereniging medische staf, je kunt beter één aanspreekpunt hebben.'

'Tot slot raad ik ook andere partijen aan de kracht van msb's te benutten. Wij zijn graag bij alle maatschappelijke debatten betrokken. Over zinnige en onzinnige zorg, de juiste zorg op de juiste plek. Ik vind dat terechte punten, er gaat heel veel geld naar de zorg. Dus moeten wij verantwoordelijkheid nemen voor de kostenbeheersing, en dat ook laten zien.'

Het is knap lastig je aan een protocol te houden in tijden van corona, weet revalidatiearts Gomar Bos. ‘Je kunt niet simpelweg zeggen, zo gaan we het doen.’

TEKST MIRTHE DIEMEL
BEELD ARNOLD REYNEVELD





Gomar Bos

- Revalidatiearts bij Basalt in Den Haag
- Geboren in Leuven op 18 augustus 1990
- Studie Geneeskunde in Leuven (2008-2015)
- Opleiding tot revalidatiearts in Rotterdam (2016-2020)
- Woont samen en heeft een dochter van vier maanden
- Volgt de podcast *British Journal of Sports Medicine* (BJSM)
- Favoriete comedy: *Forgetting Sarah Marshall*

Hoe kwam je terecht in de revalidatiegeneeskunde?

‘Ik zit al jaren op volleybal en zie dat veel sporters kampen met blessures. Toen ik tijdens mijn oudste coschap Orthopedische Chirurgie ontdekte dat ik eigenlijk liever daarmee iets wilde doen en tegelijk meer tijd voor mijn privéleven zou overhouden, switchte ik naar sport en beweging.’

Wat bevalt je aan die keuze?

‘Vooral de samenwerking in een multidisciplinair team en het intensieve patiëntencontact.’

Wierp de onbekendheid van COVID-19 een schaduw op de revalidatie?

‘Absoluut. Sommige patiënten hadden bijvoorbeeld al zuurstof nodig als ze rechtop zaten. Onbekend terrein voor ons, waarin we snel moesten bijscholen.’

Hoe bepaal je de beste therapie voor een coronapatiënt?

‘Mensen hebben bijvoorbeeld geheugenverlies, bloedklonters in de longen of uitval aan één kant van het lichaam. Vaak in combinatie. Die variatie stelt je voor talloos veel therapeutische keuzemogelijkheden. Je kunt ook niet simpelweg zeggen: “Zo gaan we het doen.” Je moet je plannen nogal eens aanpassen.’

Zitten protocollen je in de weg?

‘Je slaat de spijker op z’n kop, dat is verdomd lastig. Natuurlijk probeer je een protocol te volgen, maar die zijn geschreven naar een bekend ideaal.’

Wat ben je door je ervaring tijdens de crisis anders gaan bekijken?

‘Digitale consulten zijn in een stroomversnelling terechtgekomen. Je bereikt meer mensen en bespaart op de zorgkosten, maar ik blijf mijn patiënten eerlijk gezegd toch het liefst live zien.’

Welke coronapatiënt staat je nog het meest bij?

‘Een oudere man die na negen weken ic-zorg sterk vermagerd, verzwakt en met doorligwonden op zijn borstkas bij me kwam. Aan het begin had hij overal zuurstof bij nodig, zelfs tijdens het eten. Memorable momenten waren dat hij kon gaan zitten, en later kon staan. Na tien weken liep hij het revalidatiecentrum uit. Toen moest ik echt even slikken.’

Je ultieme euforie?

‘Ja, maar het raakt me ook als patiënten vol motivatie

eigen plannen aandragen, wetende dat het revalidatieproces wel anderhalf jaar kan duren. En ik word blij van goede resultaten, zonder teleurgesteld te raken als die uitblijven. Als lopen niet lukt, kijk ik of een patiënt zich anders kan verplaatsen. Ik denk aan wat wél kan.’

Bouw je als revalidatiearts een persoonlijke band op?

‘Ik kan beter dokterservaring en levenswijsheden opdoen als ik een persoonlijke band met patiënten aanga.’

Wanneer durf jij een patiënt los te laten?

‘Zodra ik weet dat iemand zelf aan de bel trekt als het nodig is. Ik maak ook bijna nooit een vervolgspraak. Maar zolang ik denk dat iemand die verantwoordelijkheid niet aankan, hou ik de touwtjes zelf in handen.’

Loslaten lukt dus niet altijd?

‘Mensen die zichzelf niet goed verzorgen kunnen binnen de kortste keren wondjes krijgen. Ik probeer die pijn voor te zijn – ik wil mezelf graag in de spiegel kunnen blijven aankijken.’

Je krijgt ook te maken met rouwverschijnselen van ex-patiënten. Heb je dat tijdens de opleiding geleerd?

‘Daar oefen je met lotuspatiënten en het helpt ook dat je onder begeleiding je eigen communicatiestijl ontwikkelt.’

Wat heb je tijdens de coronacrisis meegekregen van ervaren collega’s?

‘Omgang met stressvolle situaties. Er moest ongekend veel uit de grond gestampt worden. Ervaren specialisten speelden daar goed op in.’

Wat leren zij van jou?

‘Als jonge arts hou ik mijn vakliteratuur bij via platforms als Twitter, podcasts en Google Trends. Ik merk dat deze manier onder oudere specialisten nog niet gebruikelijk is, dus dat probeer ik mee te geven.’

Leren getroffen mensen genoeg van hun intense ziekteperiode en revalidatie?

‘Ik wees ex-coronapatiënten met obesitas en longproblemen door roken op een gezond leefpatroon. Maar gedragsverandering is helaas niet vanzelfsprekend. Dat hun ervaring geen garantie biedt voor een ommezwaai houdt me bezig als revalidatiearts.’

CORONA

als je hoofd al overloopt

Wat betekende de coronacrisis voor Brabantse ggz-instellingen en hun patiënten? Anne-Marie Schram van GGZ Oost Brabant en Alex de Ridder van GGZ Breburg, beide ggz-bestuurder en psychiater, maken de balans op van de impact die zich pas vanaf medio april écht liet gelden.

TEKST EN FOTOGRAFIE: FRED HERMSEN

Dat ggz-instellingen ook cohorten COVID-19 patiënten hebben verzorgd, is een goed bewaard geheim. GGZ Breburg -dat actief is in de regio Tilburg en Breda- gaf in totaal zo'n twintig psychiatrische intramurale patiënten met COVID-19 onderdak, GGZ Oost Brabant (werkzaam van Oss tot onder Helmond) ongeveer dertig eigen patiënten, waarbij zich nog vijf voegden van de ggz-instelling Mondriaan. Anne-Marie: 'Het was vergelijkbaar met ziekenhuiszorg, inclusief de toediening van zuurstof.' Alex vult aan: 'Het was snel schakelen, zo kregen psychiatrisch verpleegkundigen bijvoorbeeld met somatische zorg te maken.'

Snel schakelen was het bestuurlijk motto in maart. 'Onze crisistrainingen gaan over een crises van 48 uur, niet over een pandemie. Wij zagen daarbij, anders dan de ziekenhuizen, een virtueel probleem op ons afkomen,' zegt Anne-Marie. 'We hadden geen concrete voorbeelden; ook centra voor

geestelijke gezondheidszorg in Italië hadden nog geen ervaring. Maar we wisten dat de uitbraak ons hard zou kunnen raken. Met mensen die klinisch in groepen verzorgd worden -in beide ggz-instellingen zo'n zeshonderdvijftig. Soms zijn het kleine, soms grote groepen. En er komt bezoek over de vloer. "Als er één besmetting is, is het hek van de dam".'

Middenin de samenleving

De bezorgdheid strekte zich verder uit, want ook zelfstandig wonende patiënten bezoeken voor dagbesteding of therapie de ggz-locaties, en de ggz biedt ook basishulp bij mensen thuis of in de wijken. Alex: 'Breburg telt al met al zo'n twaalfduizend jaarlijkse externe contactmomenten, Oost-Brabant achttienduizend. We staan dus midden in de samenleving en werken als communicerende vaten met bijvoorbeeld de VVT's (verpleging, verzorging en thuiszorg) en ziekenhuizen: waar één type zorg in de crisis niet goed functioneerde, liep het water elders al snel over de voeten.' In dat opzicht hielp het dat Alex zitting had in het dagelijks bestuur van het Regionaal Overleg Acute Zorgketen (ROAZ) en dat Anne-Marie toetrad tot het in allerijl voor de coronacrisis opgerichte Regionaal Overleg Niet Acute Zorg (RONAZ). Hier stemden alle grote ketenpartners de zorg af in het zwaar getroffen Brabant. 'Wij waren liaisons vanuit de geestelijke gezondheidszorg, dat hielp om tijdig passende maatregelen te nemen.'

Zestig besmettingen

Aanvankelijk vreesde Anne-Marie dat het reproductiegetal op de ggz-locaties zou kunnen oplopen tot $R=10$. Maar ze volgden de landelijke trend, met maximaal $R=2$. Brabant zou in juli een totaal van zestig besmettingen onder intramurale psychiatrische patiënten kennen, waarvan tien waren overleden, voornamelijk zestigplussers met onderliggende kwalen die al langer opgenomen waren. Anne-Marie: 'Uiterst treurig, maar het had veel dramatischer kunnen

uitpakken. We hebben geluk gehad.’ Alex: ‘Op de cijfers over ggz-patiënten met COVID-19 die niet op een locatie van de ggz wonen hebben we minder zicht. Hun somatische hulp loopt altijd via huisartsen en ziekenhuizen.’

Wat was de kritieke succesfactor?

Alex: ‘Het personeel. Onze medewerkers werkten zorgvuldig, hygiënisch, collegiaal en inventief. En het was lastig werken, want iedereen vond gaandeweg het wiel uit. De boodschap die wij als bestuur uitzonden kon daarbij per week wisselen, net als in de maatschappij. Dan zijn goede communicatiemensen die de coherentie en het bereik van de boodschappen bewaken, heel belangrijk. Het hielp ook dat de instellingen kunnen vertrouwen op stabiele it-omgevingen.’

Anne-Marie: ‘In retrospectief zien onze maatregelen er soms wel wat naïef uit. Ik heb mijn vroegste aantekeningen er nog eens op nageslagen. Begin maart raadden we aan om vooral contact met terugkerende vakantiegangers uit Italië te mijden, dat zou het tij wel keren.’

Had uitbesteding van de medische coronazorg kunnen schelen?

Anne-Marie: ‘Je kunt onze patiënten niet zomaar naar ziekenhuizen overbrengen. Ze blijven ook mét corona immers psychiatrische patiënten. Het was voor ons al lastig om hen gepaste zorg te blijven bieden. Denk maar eens aan een psychotische coronapatiënt die doorlopend slangetjes losrukt.’

Heb je een totale lockdown voor de opvang en stopzetting van het therapeutisch werk overwogen?

Alex: ‘Je zegt ook niet tegen ziekenhuizen dat ze de komende maanden maar even geen antibiotica meer moeten toedienen. Dan kom je aan hun kerntaak.’

Anne-Marie: ‘Wij staan voor de mentale gezondheid van onze patiënten. Daar horen contacten en intensieve verzorging bij. Zonder dat zouden veel mensen snel in ellende wegzakken, met het reële risico dat je hen nooit weer op het oude niveau terug kunt helpen.’

Maar wat deden de instellingen wél?

Anne-Marie: ‘We volgden de RIVM-richtlijnen en schakelden waar mogelijk terug. Zo hebben we het bezoek beperkt tot het minimum, en zijn groepstherapieën voor extra-murale patiënten omgezet in individuele behandelingen

ANNE-MARIE

‘Je kunt onze patiënten niet zomaar naar ziekenhuizen overbrengen’



Alex de Ridder

is sinds 1 oktober 2019 medebestuurder van GGz Breburg. Hij volgde zijn studie Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en startte na zijn specialisatie in 1996 aan de Vrije Universiteit zijn

carrière in Utrecht. Tot zijn specialisaties behoren ouderenpsychiatrie en ziekenhuispsychiatrie, en vanaf 2000 vervulde hij bij diverse instellingen daarnaast steeds meer management- en bestuursfuncties.

Daarnaast is hij werkzaam als consultatief psychiater voor huisartsenpraktijken. Hij woont samen, heeft drie kinderen, loopt graag hard en draait graag vinyl platen op dansfeestjes.



Anne-Marie Schram

ronde in 1997 haar studie Geneeskunde af aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Ze werd psychiater na

een A-opleiding psychiatrie bij GGZ Drenthe. Na diverse functies als directeur Behandelzaken en psychiater is ze sinds 1 september 2019

een van de twee bestuursleden van GGZ Oost Brabant. Anne-Marie is getrouwd, heeft twee kinderen en weet alles van synchroonzwemmen.



ALEX:

‘Toen de maatregelen werden versoepeld, kwam de beperking van beeldbellen aan het licht’

op afstand. We gingen nog wel buiten wandelen in groepen, gelukkig zat het weer mee. De ambulante zorg werd wel volledig opgeschort, zo stopten we ook onze participatie in externe activiteiten met ketenpartners, bijvoorbeeld in wijkcentra.’

Alex: ‘Je vult dat gat als psychiater of verpleegkundige niet op met videobellen. Mensen volgen bijvoorbeeld groeps-therapie omdat ze daar bewezen baat bij hebben. Op termijn wrekte zich dat.’

Hoe?

Alex: ‘Veel patiënten gingen erop achteruit. Ze vereenzaamden en hun klachten namen toe. Maar dat zagen we pas later.’

Anne-Marie: ‘De impact bleef toegedekt doordat de patiëntenstroom vanuit huisartsen eerst opdroogde. De *wake up call* kwam na een paar weken, toen het aantal acute opnames van mensen met psychotische depressies en manieën explodeerde, tot zelfs een verdubbeling van de verplichte opnamen tijdens de paasdagen. Veel ouderen die we onder normale omstandigheden in een vroeger stadium hadden kunnen helpen met ambulante zorg kwamen toen via de crisisroute bij ons terecht, vooral in Oss. Wij hebben ons aantal bedden met ongeveer een vijfde uitgebreid.’

Alex: ‘Ggz-instellingen in Brabant hebben nog steeds niet kunnen afschalen, de druk blijft hoog, wat trouwens ook illustratief is voor de toegenomen behandelduur met name bij ambulante behandelingen. Als je bijvoorbeeld intensieve groepspsychotherapie omzet naar een individueel beeldbelcontact, dan haalt dat de vaart uit het veranderproces waar

een patiënt in zit. Veel behandelingen liepen daardoor vertraging op.’

Wat gebeurde er op het moment dat de maatregelen werden versoepeld?

Alex: ‘Toen kwam de beperking van beeldbellen aan het licht. Bij onze eerste huisbezoeken troffen we bijvoorbeeld sommige ouderen met autisme behoorlijk vervuild in hun huis aan. Op een beeldscherm valt dat niet op; we waren het zicht op hen kwijtgeraakt.’

Anne-Marie: ‘Je ziet hieraan ook hoe de activiteiten van de ggz intens zijn vervlochten met die van ketenpartners als huisartsen, VVT, gemeentelijke en welzijnsorganisaties. Met het hele sociale vangnet onder onze patiënten eigenlijk. Dat vertoonde steeds meer gaten. Als mensen met smetvrees nog minder de straat opgaan om boodschappen te doen, worden ze minder gezien door buurtgenoten. En als het vrijwilligerswerk van patiënten ophoudt, leidt dat ook tot isolatie. Wat was het dus een zegen toen we in mei de ambulante zorg weer konden opstarten.’

Alex: ‘Ik hou nu wel mijn hart vast voor de impact van de tweede golf; het incasseringsvermogen van deze mensen is wel genoeg op de proef gesteld.’

Hoe kijken jullie nu vooruit?

Anne-Marie: ‘Hoewel er goede afstemming was, hebben de instellingen in allerijl zelf COVID-19 zorg opgetuigd. Bij een toekomstige virusuitbraak zou je kunnen denken aan centralisering van die zorg voor psychiatrische patiënten. In samenwerking met VVT en met inschakeling van somatische A-verpleegkundigen. Ik denk dat we daarmee veel efficiencywinst kunnen boeken en nog betere zorg kunnen bieden. Op locaties waar geen zorg voor besmette patiënten is, blijft het dan ook wat rustiger. Daarnaast zou ik harder vasthouden aan de voortzetting van reguliere zorg. Zo stopten we onze hulp op locatie aan mensen met eetstoornissen, omdat het niet handig was die vlak naast de cohort-afdeling open te houden. We stapten over op ‘samen eten met de iPad’. Zo hielden we mensen in leven, en vaak konden we patiënten gemotiveerd houden. Maar het therapeutisch proces stopte wel. Daar zou ik nu een andere oplossing voor vinden.’

Alex: ‘We zijn volop aan het evalueren, en crisisteams worden met het oog op de tweede golf weer langzaam opgestart, om beter te zijn voorbereid dan in maart, bijvoorbeeld in de voorziening van beschermende middelen. Daarnaast werken de therapeuten en verpleegkundigen extra hard om patiënten weer op hun oude niveau te krijgen. Op termijn denk ik met mijn medebestuurder na over de formering van kleinere groepen, zodat we wat eenvoudiger groepsbehandelingen kunnen blijven aanbieden in tijden van pandemie. Laten we niet vergeten dat sociaal contact, zeker in groepen, vaak doorslaggevend is voor de stabilisatie en genezing van onze patiënten.’



Lees online verder hoe corona de geestelijke gezondheidszorg verandert.



IN BALANS

WERK/THUIS



WERK Tangodansen is voor longarts Frans Krouwels de ultieme ontspanning na een dag van slechtnieuwsgesprekken. De wereld valt weg als hij de muziek volgt met de vrouw die hij lijkt te omhelzen. Hij is zich meer bewust van zijn emoties, ook in de spreekkamer. Een naderend eind van een patiënt laat immers geen dokter onberoerd. Hij benoemt vaker wat hij ziet: 'Je bent moe, laten we de therapie een week uitstellen.' Met respect en aandacht wil hij zijn patiënten - en danspartners - begeleiden. En aan het eind van zijn dienst is die lege, gladde ziekenhuisgang heerlijk om in te oefenen.



THUIS Het begon vijf jaar geleden in de keuken van een vriendin. Ze schoof de eettafel aan de kant, en deed de eerste danspassen voor. Had hij dit maar eerder geweten. Tangodansen is een *love affair of three minutes*, zegt hij. De intimiteit, het respect, de muziek, het samen opgaan in het moment, ook al is het met een wildvreemde. Hij wil veiligheid bieden zonder iets achter te houden. Een leven zonder tango kan hij zich niet voorstellen. Danser en dokter zijn één: hij leidt, maar kan dat alleen als hij de signalen van de ander feilloos aanvoelt..

Longarts Frans Krouwels met vaste danspartner Mieke

Hoe leg je uit wat niet uit te leggen is (door een arts)?

Het draaiboek 'code zwart' beschrijft hoe artsen bepalen welke COVID-19 patiënten een IC-plek krijgen als de capaciteit tekortschiet. Medeauteur Dick Willems, hoogleraar Medische Ethiek legde in de media uit wat amper uit te leggen is.

TEKST HEINO VAN BENTHUM

Het draaiboek 'Triage op basis van niet-medische overwegingen voor IC-opname ten tijde van fase 3 stap C in de COVID-19 pandemie' ondersteunt artsen bij een volgende golf van COVID-19. Het kwam op initiatief van de Federatie tot stand en werd uitgewerkt met de KNMG, wetenschappelijke verenigingen en hoogleraren medische ethiek en filosofie. Met de openbaarmaking op 16 juni werd de noodzakelijke openheid geboden het gesprek hierover aan te gaan. Het draaiboek voorziet in stapsgewijze criteria. Zo kunnen patiënten met minder voorziene opnametijd voorrang krijgen, komen daarna zorgmedewerkers die door hun werk en het daarbij ontbreken van beschermingsmiddelen besmet zijn geraakt en wordt als laatste gekeken naar generaties. Medisch ethicus Dick Willems (Amsterdam UMC/UvA) lichtte



dit samen met collega ethicus hoogleraar Martine de Vries (LUMC) toe in onder meer Nieuwsuur.

Niet-medische selectiecriteria worden uitgesloten, zoals een 'eigen-schuld'-criterium.

'Mensen moeten niet worden afgerekend op fouten in het leven door ze een levensreddende behandeling te ontzeggen. En dit zou van dokters een soort detective maken, wat onmogelijk is in deze hectiek.'

Wat is de meerwaarde van jou als ethicus om hierover het woord te voeren?

'De ethicus formuleert algemene ethische principes – zoals de uitgangspunten van de leidraad – als gelijkwaardigheid, rechtvaardigheid en zoveel mogelijk levens redden. Als medisch ethicus, met een achtergrond als huisarts, bestudeer ik de gevoeligheden en dilemma's van de medische praktijk. Dat brede overzicht heeft de praktiserend arts doorgaans niet en heb je nodig in woordvoering, zeker bij ontregelende vragen.'

Iemand niet kunnen helpen vanwege schaarste. Hoe kun je dat uitleggen?

'Ik maak het vooral praktisch. Als voormalig huisarts weet ik welk spoedgeval je het eerst behandelt, wie je wel en niet naar het ziekenhuis stuurt, omdat je verwacht dat die wel of niet beter of juist slechter wordt van opname. Je maakt dus al vaak een keuze op medische gronden. De leidraad heb je nodig omdat de keuze hier onontkoombaar is en er tegelijk geen medische gronden meer voor zijn. Het dilemma is dat altijd één van de patiënten echt de dupe is. Het stappenplan objectivert de keuze, en dat helpt, ook al blijft het feit dát je moet kiezen tussen twee 'kansrijke' patiënten enorm tragisch. Dit is dan het best haalbare, al hoop ik dat dit advies altijd in de la zal blijven.'

Hoe kijk je terug op de mediaoptredens?

'De vele en soms verrassende onderbrekingen van Jeroen Wollaars van Nieuwsuur brachten me niet echt van de wijs. Ik wist wat ik wilde: het stappenplan schetsen en benadrukken dat het alternatief altijd loten is. Al met al had ik de journalistiek vijandiger verwacht, maar iedereen was zoekende en journalisten hielpen vooral het gesprek in gang te zetten. Dit was ook onze intentie.'

Is het nu klaar?

'Met politiek, ethici, medici en ziekenhuizen praten we nu verder, wat mogelijk weer tot aanpassingen leidt. Zo willen we iedereen aangesloten houden.'

COLOFON

jaargang 6, september 2020

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 28 duizend exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Sjef van der Lans: hoofdredactie, Mirjam Siregar: eindredactie, Fred Hermesen (Maters en Hermesen communicatie en journalistiek): concept en redactie-coördinatie.

M.m.v. Hanneke Bos, Vanessa Cruz, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialisten)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Ivan Gan (oogarts), Fardou Heida (bestuurslid De Jonge Specialist), Winnifred van Lankeren (radioloog), Shahrazad Sepehrkhoy (patholoog), Joost van der Sijp (chirurg-oncoloog), Margot Wagendorp (psychiater)

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermesen vormgeving)

Fotografie cover: Milan Vermeulen

Lithografie: Studio Boon

Druk: Puntgaaf drukwerk

Redactieadres

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

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een adreswijziging kunt u sturen aan het secretariaat van uw wetenschappelijke vereniging.

Via www.demedischspecialist.nl magazine kunt u alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).

© Medisch Specialist 2020.
ISSN 2451-9952
e-ISSN 2666-9234

Via de wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

Wij staan voor 22 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 33 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

Want er gebeurt ontzettend veel in de zorg. De uitdagingen zijn groot. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen tekort.

Veel partijen beïnvloeden het werk van de medisch specialist: verzekeraars, politiek, managers, farmaceuten, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialisten. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 17 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor u doen:

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden verveelvoudigd, 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 Federatie. 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.

ADVERTENTIE

‘Mag ik stiekem een gesprek opnemen?’

Deze vraag kregen we van gynaecoloog Judith, die bang is voor een vervelend functioneringsgesprek. Het heimelijk opnemen van een gesprek met je leidinggevende is niet strafbaar, maar kan de werkrelatie op scherp zetten. Onze juristen adviseren Judith daarom om openlijk te vragen of ze het gesprek mag opnemen. Later vertelt ze ons dat haar leidinggevende daar niet mee heeft ingestemd. Ze heeft ons advies opgevolgd om te vragen het gesprek dan op een ander moment te plannen en iemand mee te nemen. Dat vond haar leidinggevende geen probleem.



Juridische vragen?
Bel 088 - 134 41 12



Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.





& nu
verder

Bloedspoed

Sanquin zoekt met spoed zestienduizend genezen COVID-19 patiënten. De opbrengst van hun donaties -COVID-19 convalescent plasma- kun je per transfusie toedienen aan coronapatiënten om hun afweersysteem te versterken met antistoffen, of gebruiken bij de ontwikkeling van een nieuw plasmageneesmiddel. Sanquin bewandelt beide paden.

Al eerder -in april en mei- onderzocht Sanquin plasma van reguliere donoren op antistoffen in het laboratorium. De uitkomsten werden vergeleken met bewaarde samples van eerdere donaties. De zogeheten seroprevalentie die de researchers hieruit berekenden, hielp bij epidemiologisch onderzoek naar de virusverspreiding. In april nodigde de bloedbank daarnaast ook mensen uit die bij de GGD positief getest waren, en daarna waren genezen.

Aanvankelijk beschikte de organisatie namelijk nog niet over diagnostiek en een eigen snelle testmethode die nodig was om convalescent plasma te kunnen inzamelen, laat staan over testmiddelen, een logistieke organisatie of afgestelde robots. Toen deze zaken in

juni wel goed waren geregeld, kregen Nederlanders de uitnodiging zich te laten testen bij ook maar het geringste vermoeden van COVID-19. Dit leverde tot begin augustus ongeveer twaalfduizend donoren op. Marja van Wijk coördineert als manager *Niet-voor-transfusie producten* deze en tientallen andere coronaprojecten. Ze ziet de puzzelstukken in elkaar vallen. Zo weten de researchers steeds meer over de immuunrespons, het gedrag van cellen en de vorming van eiwitten.

De druk is extra hoog nu het kabinet geld beschikbaar stelt voor een plasma geneesmiddel, en Sanquin meedoet in een internationale plasma-alliantie. Voor dubbel werk vreest Marja niet. Want, zegt ze, de nuances die corona-onderzoek wereldwijd aan het licht brengt, vullen elkaar aan. De gelieerde plasma-farmaceuten trekken samen op, met het oog op een merkloos geneesmiddel, gewonnen uit bloed dat de bloedbanken hebben verzameld en onderzocht. Generiek en genereus tegelijk. De verwachtingen van de eerste klinische studies in Amerika zijn hooggespannen.