

de Medisch Specialist

JULI 2015
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

2

MEEPRATEN

Invloed op het zorgdebat

U EET TE VEEL PATAT

Het belang van leefstijladviezen

CAO-ONDERHANDELINGEN

Zicht op het doel, scherp op de inzet

Patiënt als gelijkwaardig gesprekspartner

Goed informeren, gezamenlijk besluiten



De Academie voor Medisch Specialisten biedt discipline-overstijgende scholing voor medisch specialisten, overige leden van medische staven, zoals ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinisch fysici, en aios. Zowel via open inschrijving als in opdracht. De vaardigheidstrainingen zijn ook toegankelijk voor andere medici en paramedici. Navolgend een overzicht van ons scholingsaanbod.

Achter de cursus staat het aantal dagdelen:

Open inschrijving

MANAGEMENTSCHOLING	
Management voor medici	40
Medisch management in het ziekenhuis	18
Basics management en beleid	6
Medische staf en ziekenhuismanagement	5
Management vakgroep	2
Ziekenhuisfinanciën	12
Inleiding ziekenhuisfinanciën	4
Jaarrekening lezen	1
Omgaan met disfunctioneren	2
MANAGEMENTVAARDIGHEDEN	
Time- en stressmanagement	3
Tijdsbesparend vergaderen	2
Mediation	4
PROFESSIELE VAARDIGHEDEN	
Persoonlijke effectiviteit	7
Overtuigend overkomen	6
Mindfulness	8
Omgaan met SOLK	3
Effectief communiceren	2
Snel lezen	2
Wetenschappelijk schrijven	2
Professioneel presenteren	4

In Company

IN OPDRACHT VAN	
Raden van Bestuur	
Medische staven	
Maatschappen	
Vakgroepen	
Wetenschappelijke verenigingen	
MANAGEMENTSCHOLING	
Medisch management	5 tot 20+
Groot aantal capita selecta	variabel
MANAGEMENTVAARDIGHEDEN	
Time- en stressmanagement	1 tot 3
Tijdsbesparend vergaderen	1 à 2
Onderhandelen	1 à 2
Mediation	4
Leiderschap	variabel
PROFESSIELE VAARDIGHEDEN	
IFMS-training	1 tot 4
Visitatietraining	2
Mindfulness	8
Omgaan met SOLK	3
Communicatie	variabel

Aios

IN OPDRACHT VAN	
UMC's	
Overige opleidingsziekenhuizen	
Wetenschappelijke verenigingen	
Aiosverenigingen	
OPEN INSCHRIJVING	
Talentenklas	18
Ziekenhuismanagement	4
Solliciteren	2
IN VASTE SAMENWERKING	
OR Erasmus MC: basis management	4
OR VUmc: basis management	4
NVSHA: basis management	4
NVMM: medisch management	14
FMLS: medisch management	21
WISSELENDE OPDRACHTEN	
Basis management	
Vergadertechniek	
Communicatie	
Samenwerking	
Time- en stressmanagement	

Alle cursussen, behalve de mindfulnessstraining, zijn geaccrediteerd door ABAN. Onder leden wordt verstaan: leden Federatie/LAD én VvAA (beide). Voor meer informatie en inschrijving: www.academiemedischspecialisten.nl of bel: (030) 247 41 97. De Academie is een samenwerkingsverband van de Federatie Medisch Specialisten, VvAA en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam.

De individualisering van de opleidingsduur is in volle gang. Dat brengt veranderingen met zich mee voor opleiders, aios en opleidingsondersteuners.

Wilt u weten wat dit concreet voor u betekent en hoe wij u hierbij kunnen ondersteunen? Kijk dan op www.specialistenopleidingopmaat.nl



Hoe kunnen we binnen ons specialisme versnelling mogelijk maken?

Help, mijn aios wil versneld door de opleiding!

Wat is de rol van het opleidingsplan bij individualisering?

Handig, zo'n elektronisch portfolio. Maar waar begin je?

Individualisering
Opleidingsduur,
wat **BETEKENT**
dat voor U?

Objectief toetsen en beoordelen, hoe doe je dat?



In dit nummer

16 JONGE SPECIALISTEN

‘Kijk verder dan alleen het medisch domein’

Chella van der Post is sinds kort voorzitter van De Jonge Specialist. Ze wil de verbinding tussen de opleidingen versterken om de gemeenschappelijkheid beter te laten zien. ‘De arts van de toekomst is flexibel en breed georiënteerd, ook op de organisatie van zorg.’



9 TRANSPARANTIE

Gesprek op gelijkwaardig niveau

Gezamenlijke besluitvorming over diagnostiek en behandeling is het doel. Maar dat begint met een goed geïnformeerde patiënt en een gesprek op gelijkwaardig niveau. Hoe geef je dat vorm in de spreekkamer?

12 ZEGGENSCHAP

Meer invloed op het zorgdebat

De Federatie geeft medisch specialisten een stevige stem in het maatschappelijk zorgdebat. En meer invloed op thema's als transparantie, opleiden en autonomie. ‘Mensen weten elkaar beter te vinden; dat biedt kansen.’

20 AUTONOMIE

Opkomen voor beroepsautonomie

De psychiater moet steeds meer ballen in de lucht houden als het gaat om regie en autonome beroepsuitoefening. Een enorme hoeveelheid regelgeving en wijzigingen overspoelt de beroepsgroep.

24 ARBEIDSOVEREENKOMSTEN

‘Het draait niet alleen om de salarisparagraaf’

Jan Willem Le Febre is onderhandelaar voor de collectieve arbeidsvoorwaarden van medisch specialisten namens de Federatie en de LAD. In juni rondde hij de onderhandelingen af over de Cao umc.

27 FUNCTIONEREN

Functioneren bespreekbaar maken

Om te kunnen herregistreren, moeten medisch specialisten hun functioneren straks regelmatig tegen het licht houden. Het Reinier de Graaf doet dat door intervisie, aangevuld met 360-graden feedback. Dat levert veel op in de praktijk.



EN VERDER

- 6 Patiënten prikkelen om gezonder te leven
- 7 ICD10-registratie: niet leuker, wel makkelijker
- 8 Praktische tips voor medisch managers
- 15 Hoe medische informatie beter vindbaar wordt
- 23 In gesprek over kindermishandeling

RUBRIEKEN

- 19 Column: Marianne ten Kate-Booij
- 30 Cursusaanbod & agenda

COLOFON
jaargang 1, juli 2015

Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 21.000 exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie.

Redactie

Lilian Jansen, *hoofdredacteur*
Pieter Hoogesteijn en Naomi Querido, *uitvoering en coördinatie*
Dorinda Maas, Ramona Pauwels, Vanessa Rempelberg en Cindy van Schendel

Redactionele adviesraad

Paul Algra, radioloog, Medisch Centrum Alkmaar | Mariëtte Bartholomeus, neuroloog, Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Huib Cense, chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk en vicevoorzitter Federatie Medisch Specialisten | Marjolein Dekker, communicatieadviseur Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam | Pieter Hoogesteijn, hoofdredacteur Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) | Geert Kazemier, oncoloog, VU medisch centrum Amsterdam | Hilke Verdijk, communicatieadviseur, Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) | Kerst de Vries, klinisch geriatr, Slotervaart Ziekenhuis | Marcel Vonk, psychiater, Pompestichting Nijmegen

Medewerkers aan dit nummer

Sebastian ter Burg, Mirthe Diemel, Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk, Selma Lagewaardt, Serge Ligtenberg, Rob Nelisse en Dana Ploeger

Fotografie cover: iStock

Technische eindredactie
De Nieuwe Lijn, Rotterdam

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie, Almere

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Advertenties en redactieadres

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

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een adreswijziging kunt u sturen aan het verenigingssecretariaat van uw beroepsvereniging.

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

Copyright © De Medisch Specialist 2015.
ISSN 2451-9952

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk.
De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijk anderszins 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.

Op uw verzoek

Wie gaat er over de Federatie? De dames en heren op de groepsfoto op pagina 12. U ziet hier de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen, broederlijk en zusterlijk bijeen, gezamenlijk aan het roer. Een bijzonder gezicht in historisch perspectief. Op verzoek van velen zetten we in het bijbehorende verhaal nog eens uiteen wat de strategie is van de Federatie en hoe deze tot stand komt.

Wat merkt u van de Federatie? In mei barstte een discussie los in de media over het behandelen van mensen met een ongezonde leefstijl.

Aanleiding was onze enquête onder de eigen achterban, waarover u op pagina 6 meer leest. Een onderwerp dat we hebben aangezwengeld om te laten zien dat medisch specialisten dit een belangrijk debat vinden. Zo blijven we aan zet. Het was een deal met *Brandpunt*: wij de *exposure*, zij relevant nieuws en de primeur.

Wat ziet u niet van de Federatie? Veel activiteiten vinden buiten beeld plaats. Zoals de onderhandelingen over een nieuwe cao, waarin de Federatie en de LAD gezamenlijk optrekken. Werk dat veel geduld, tact en vooral uithoudingsvermogen vergt. Op pagina 24 geeft onderhandelaar Jan Willem Le Febre u een boeiend kijkje achter de schermen.

En tot slot: wat levert de Federatie u op? Bondgenoten. Leest u het verhaal op pagina 20 over de psychiaters, die zich als geen ander bedreigd zien in hun professionele autonomie. In hun gevecht voor behoud van zeggenschap weten zij zich gesteund door de Federatie. Dat is ook in uw belang. Want wie weet is morgen uw beroepsgroep aan de beurt.

Lilian Jansen
Hoofdredacteur



Prikkel patiënten om gezonder te leven

Een derde van de medisch specialisten wil patiënten met een ongezonde leefstijl kunnen weigeren voor een behandeling, als een ongezonde leefstijl bijdraagt aan het onderhouden van de aandoening. Tegelijkertijd vindt 93 procent dat het bespreken van leefstijladviezen thuishoort in de spreekkamer. Dat blijkt uit een peiling van de Federatie en tv-programma Brandpunt onder ruim 1.400 geënquêteerden.

Het bespreken van een gezonde leefstijl is voor MDL-arts Ben Witteman dagelijkse kost. Witteman is naast zijn werk in ziekenhuis Gelderse Vallei buitengewoon hoogleraar Voeding en darmgezondheid in transmurale zorg aan het Wageningen University & Research centre. 'Artsen en verpleegkundigen denken vaak dat ze te weinig tijd hebben om leefstijladviezen te geven. Onzin. Dit advies is geen extraatje, maar een belangrijk onderdeel van de behandeling. Wanneer mensen stoppen met roken, gezonder eten en meer bewegen, heeft dat een positief effect op hun aandoening. Stop patiënten bijvoorbeeld niet langer in bed bij een opname – als dat niet echt nodig is – maar laat ze rondlopen. Of laat mensen in de weken voor hun operatie gezond eten en extra trainen, zodat ze in goede conditie de operatie ingaan en minder complicaties hebben. Dat zijn kleine veranderingen met grote effecten.'

Kribbige reacties

Michiel Zandbelt, reumatoloog bij Deventer Ziekenhuis is een van de respondenten van de enquête en vertelt over zijn aanpak. 'Meestal geef ik leefstijladvies tussen neus en lippen door of middels een grapje. Als ik te

stevig inzet op bijvoorbeeld stoppen met roken, merk ik aan de reactie of lichaamstaal dat ik de patiënt niet meekrijg. Dat is ook niet mijn primaire doel; ik geloof eerder in benoemen en mensen een beetje prikkelen.' Witteman kiest soms juist bewust voor de confrontatie. 'Zolang je mensen betreft bij de behandeling en goed informeert, kun je ze prima overtuigen. Met sterke argumenten laat je mensen inzien dat hun gedrag de aandoening verergert. Je moet dan wel de effecten op jouw vakgebied kennen van een leefstijlverandering. Omdat ik me erin heb verdiept, weet ik hoeveel resultaat je kunt boeken met bijvoorbeeld gezonde voeding.'

Zandbelt verwacht dat volledige inzage in het medisch dossier – inclusief de aantekeningen van de arts – patiënten zullen overtuigen. 'Ik denk dat het ook werkt als een patiënt telkens ziet dat de dokter opschrijft dat hij moet afvallen of stoppen met roken. De kracht zit 'm vooral in het herhalen van de boodschap.'

Overheid doet te weinig

Tachtig procent van de specialisten uit de enquête vindt dat de overheid meer moet doen in de strijd vóór een gezonde leefstijl. Zandbelt: 'De overheid moet meer invloed uitoefenen via programma's op scholen. Als je kinderen en tieners begint, voorkom je dat kinderen die nu al een gameboyrug hebben, op hun twintigste komen voor een herniaoperatie.' Uit de peiling blijkt tot slot dat zeventig procent van de specialisten denkt dat de zorgkosten omlaag kunnen door preventie. Witteman: 'Minister Schippers laat de keuze te veel aan de patiënt zelf. Als artsen willen wij patiënten meer betrekken en sturen in preventieve maatregelen om niet alleen de patiënt, maar ook de medische zorg gezonder te maken.' **DP**

ICD10-registratie: niet leuker, wel makkelijker

Sinds 1 juli zijn zorgaanbieders verplicht de ICD10-diagnose aan te leveren via het DBC-informatiesysteem DIS. De registratie is voorsnog de verantwoordelijkheid van de medisch specialist en brengt extra werklust met zich mee. Om die reden heeft de Federatie zich de afgelopen tijd ingezet om deze registratie zo goed mogelijk te implementeren.

Hoewel de Federatie niet tegen de registratie van de ICD10-diagnose is, is zij wel van mening dat deze taak niet thuishoort bij de medisch specialist. 'Nu we die verplichting voorsnog hebben, willen we ervoor zorgen dat we die zo eenvoudig mogelijk kunnen uitvoeren', vertelt Katrien Hendriks, senior adviseur Beroepsbelangen bij de Federatie Medisch Specialisten. Zo ondersteunt de Federatie bijvoorbeeld registratie aan de bron. Een medisch specialist stelt de diagnosegegevens vast die op dat moment relevant zijn voor de patiënt. Vervolgens kan een medisch codeur hieruit de ICD10-code afleiden.

Diagnosethesaurus

Een alternatief is de diagnosethesaurus, een instrument dat Dutch Hospital Data (DHD) heeft ontwikkeld op initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Hendriks: 'In deze thesaurus legt de medisch specialist

de medische termen vast, die dan ook worden gehanteerd in het elektronisch patiëntendossier. De diagnosethesaurus stelt daarna een DBC en ICD10-diagnose voor, die de medisch specialist alleen nog maar hoeft te bevestigen. Dit levert weinig extra registratielast op.' Toch vervalt daarmee de rol van de codeur niet. Hendriks: 'De medisch codeur moet steekproefsgewijs de ICD-10-diagnoses controleren die uit de diagnosethesaurus worden afgeleid.'

Wijzigingsprocedure

De Federatie is toegetreden tot het coördinatieteam van de diagnosethesaurus, waarin ook DHD, NZa, NVZ en de NFU zijn vertegenwoordigd. 'Het optimaliseren van de diagnosethesaurus kan alleen door deze in de praktijk te gebruiken en een goede wijzigingsprocedure op te zetten', aldus Hendriks. 'Signalen uit het veld, bijvoorbeeld ontbrekende termen of een voorgestelde afleiding naar een DBC-diagnose die niet klopt, neemt DHD op in wijzigingsvoorstellen. De medisch specialist speelt hierbij een belangrijke rol, want hij kan dit soort zaken melden.'

Coulant

Medisch specialisten hoeven overigens niet bang te zijn om direct op hun vingers te worden getikt bij een verkeerde ICD10-diagnose. Hendriks: 'Men krijgt de tijd om het nieuwe systeem goed in te richten. Het eerste halfjaar gaat de NZa coulant om met ziekenhuizen die nog niet goed aanleveren.' Tegelijkertijd blijft de Federatie in discussie over waar de verplichting tot het registreren van ICD10 moet liggen. 'Het is de bedoeling dat we nog dit jaar kijken of de verplichting alsnog bij het ziekenhuis kan worden gelegd. Daar streven we naar. Voor nu denk ik dat we, gezien de context, tevreden mogen zijn met wat de Federatie heeft kunnen bereiken.' **MD**

Op 24 september organiseert DHD, mede namens de Federatie, de NVZ en de NFU, een symposium over de diagnosethesaurus en registratie aan de bron.

 **Kijk voor meer informatie op www.dutchhospitaldata.nl**



Help, ik word manager!

De hoge opkomst en grote belangstelling voor de masterclasses MSB Bestuur van de Federatie maken duidelijk hoeveel behoefte er is aan informatie rondom het besturen van een Medisch Specialistisch Bedrijf. Waar moet de vrije beroepsoefenaar allemaal op letten bij het leiden van een MSB? Vijf wenken voor medisch managers.



1

Richt de onderneming goed in

Een MSB heeft een gemiddelde omzet van twintig miljoen euro per jaar en is daarmee een groot bedrijf. Het is dus zaak om dit goed in te richten. Denk niet alleen aan het aannemen van personeel en de daarbij behorende verantwoordelijkheid, maar ook aan financieel management. Het is fundamenteel om aan de eisen van bijvoorbeeld de Belastingdienst te voldoen.

2

Wees transparant

Er wordt momenteel veel op MSB's gelet als het gaat om kwaliteit en veiligheid van zorg. Door de raad van bestuur van het ziekenhuis, die hiervoor eindverantwoordelijk is. Maar ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, de politiek en de media kijken mee. Wees daarom transparant over welke afspraken er zijn gemaakt, bijvoorbeeld over calamiteiten- en klachtenprocedures.

3

Delegeer

Een mogelijke valkuil voor bestuurders van een MSB is dat ze te veel in de uitvoering zitten. Met name bestuurders die net zijn begonnen, hebben de neiging om zelf het personeelsmanagement te doen en het beleid uit te werken. Weet welke thema's van belang zijn binnen een MSB, maar durf daarna taken uit te besteden. Om goed te kunnen besturen, is delegeren noodzakelijk.

In het najaar organiseert De Federatie verschillende masterclasses op het gebied van management.

4

Maak concrete afspraken

Voorafgaand aan de oprichting van het MSB zijn er overeenkomsten gesloten met de raad van bestuur van het ziekenhuis, bijvoorbeeld op het gebied van kwaliteit en veiligheid. Of met bijvoorbeeld de Vereniging Medisch Specialististen in Dienstverband. Maak concrete afspraken over hoe die overeenkomsten worden uitgevoerd in de praktijk. Voor een MSB kunnen dergelijke afspraken immers heel vanzelfsprekend zijn, maar voor de buitenwereld is het ook prettig om te zien dat deze daadwerkelijk worden nageleefd.



Bekijk de agenda op www.demedischspecialist.nl.

5

Bekwaam jezelf

Bestuurders van een MSB combineren hun taken vaak met hun werkzaamheden als medisch specialist. De omvang van en de verantwoordelijkheid voor een MSB is echter zodanig groot dat dit niet even in de avonduren kan worden gedaan. Maak daarom tijd vrij om bestuurstaken te kunnen verrichten. Een MSB moet een professionele en zakelijke partner van de raad van bestuur worden. Competenties en professionaliteit zijn daarom een vereiste.

Kijk ten slotte ook kritisch naar het bestuur: beschikt dit over de juiste competenties om te kunnen besturen? Zo niet, dan moeten er nieuwe mensen worden aangetrokken of moeten bestuurders zichzelf bekwaam door – bijvoorbeeld – een opleiding te volgen. **MD**

Gesprek op gelijkwaardig niveau

Goed voorbereid samen met de medisch specialist beslissen over diagnostiek en behandeling. Dat is wat het Jaar van de Transparantie patiënten moet opleveren. Hoe je dat in de spreekkamer vormgeeft, vertelt cardioloog Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit. 'Wacht niet op een cursus: begin gewoon!'

Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Federatie, is een van de pleitbezorgers van gezamenlijke besluitvorming tussen medisch specialist en patiënt. Niet alleen binnen de Raad Kwaliteit, ook in zijn spreekkamer als cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

Wat is het standpunt van de Federatie over samen beslissen?

'In dit Jaar van de Transparantie (zie kader) gaat het om goed geïnformeerde patiënten die, samen met hun dokter, voor een aanpak kiezen die het beste bij hun situatie past. Niet alleen bij het instellen van een behandeling, maar wat mij betreft ook in de fase van diagnostiek. In de cardiologie kunnen we bijvoorbeeld kiezen voor een inspanningstest, een scan of zelfs voor een hartkatheterisatie. Alle drie hebben zo hun eigen voors en tegens. Wat past het best bij de patiënt? Heeft deze een voorkeur? Vervolgens kunnen we gezamenlijk een besluit nemen en eventueel een behandelplan vaststellen.'

Hoe ziet dat er in uw spreekkamer uit?

'Bij iedere nieuwe patiënt ga ik er echt even voor zitten. Ik neem de tijd om erachter te komen wat de klacht voor hem of haar betekent en wat hij of zij ervoor over heeft om van de klacht af te komen, als dat al nodig is. Ook aan het tweede gesprek besteed ik veel aandacht, zodat we exact weten hoe we ervoor staan en welke aanpak de meest passende is. In zo'n gesprek informeer ik de patiënt over alle mogelijke opties, mogelijkheden en moeilijkheden. De dokter brengt zijn medische kennis in; de patiënt zijn ervaring, beleving en voorkeur.'

Lukt dat allemaal binnen tien minuten?

'Nee, zeker niet altijd in die eerste twee gesprekken. Maar mijn ervaring is dat je die extra tijd later ruim-



Marcel Daniëls, voorzitter van de Raad Kwaliteit van de Federatie:

'Er zit geen hart tegenover mij, maar een mens met een kloppend hart'

schoots inhaalt bij de vervolggesprekken. Die verlopen vlotter omdat de basis stevig is. Als je in het begin mensen goed informeert, begrijpen ze de vervolgstappen beter en heb je minder tijd nodig in het verdere traject.'

Wat levert samen beslissen op?

'Mijn werk als cardioloog is leuker geworden en het contact met patiënten prettiger en gelijkwaardiger. In het verloop van de behandeling hebben mensen minder vragen, en mocht het anders gaan dan verwacht, ►



‘Zeventig procent van de patiënten wil meedenken over de aanpak van zijn aandoening’

dan betekent een gezamenlijk genomen besluit ook dat je met elkaar een oplossing zoekt. Ik verwacht op deze manier minder klachten van patiënten op de lange termijn, omdat zij immers meegenomen zijn in alle opties en het gekozen pad. Natuurlijk zijn er patiënten die soms een bepaalde vorm van diagnostiek of behandeling eisen; het is dan aan mij om hier het gesprek over aan te gaan. Waarom wil de patiënt dat? Onlangs had ik een patiënt zonder klachten die per se een hartkatheterisatie wilde. Bij doorvragen bleek dat zijn halve familie een hartaanval had gehad en hij dacht dat hij de volgende zou zijn. Door hem goed te informeren en begrip te tonen voor zijn angst, kwamen we er samen uit. Dat

gezegd hebbende: samen beslissen lukt niet bij elke patiënt en pást ook niet bij elke patiënt. Maar er zomaar vanuit gaan dat een bepaalde patiënt niet samen wil of kan beslissen, is te kort door de bocht.’

Hoe gaat de Federatie artsen hierin ondersteunen?

‘De Federatie wil waar nodig medisch specialisten overtuigen van het nut van deze aanpak. Ook in de Raad Kwaliteit staat het hoog op de agenda. Als Federatie bieden we zelf geen cursussen aan en eigenlijk denk ik dat de meeste artsen die ook niet nodig hebben. Mijn belangrijkste tip is: begin gewoon, morgen, bij je eerste patiënt. Betrek hem of haar volledig bij je afwegingen, leg helder uit wat je denkt en vindt. En vraag naar zijn of haar visie hierop. Je moet het ervaren. Ik ben ervan overtuigd dat je er achter komt dat het voldoening geeft en het je werk uitdagender en interessanter maakt.’

Toch zijn er ook specialisten die het niet zien zitten?

‘Dat klopt. Ik heb nog niet duidelijk waarom dat is. Ik spreek dokters die denken dat patiënten daar niet op zitten te wachten. Dat klopt niet. Uit onderzoek blijkt dat zeventig procent van de patiënten graag mee wil denken over de aanpak van zijn of haar aandoening. Ik kan me wel voorstellen dat jongere specialisten nog moeite hebben met deze aanpak; zij zijn immers nog



Jaar van de Transparantie

Minister Schippers van VWS heeft 2015 betiteld als Jaar van de Transparantie. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft ze dit voorjaar dat de kwaliteit van zorg transparant moet zijn: patiënten moeten snel - met een paar muisklikken - het zorgaanbod kunnen overzien en keuzes kunnen maken.

In de brief roept de minister zorgorganisaties op om eerder gemaakte afspraken nu snel om te zetten in daden. Een van de doelstellingen is het realiseren van eenduidige en toegankelijke patiënteninformatie, zodat patiënten goed geïnformeerd kunnen meebeslissen in de spreekkamer. De Federatie maakt korte beschrijvingen in begrijpelijke taal bij driehonderd richtlijnen die eind dit jaar in de Richtlijnen-database (www.richtlijnen-database.nl) te vinden zijn. Voor circa dertig aandoeningen komt ook patiënteninformatie beschikbaar. (zie ook het bericht op pagina 15 in dit nummer). Verder geeft de Federatie samen met andere partners verder invulling aan het Jaar van de transparantie met de campagne *Verstandig Kiezen en onderdelen daarvan zoals Samen Beslissen*.

bezig grip te krijgen op de ins en outs van het vak en alles wat er bij het patiëntencontact komt kijken. Verder zijn er ook artsen die het in hun opleiding en werkzame leven anders gewend zijn en moeite hebben van hun gewoontes af te komen. Dat is niet per se onwil.'

Artsen hebben toch niet voor geneeskunde gekozen om de hele dag sociale gesprekken met patiënten te voeren?

'Het gaat bij een medisch specialist vaak om de combinatie van pure interesse in hoe het lichaam functioneert en het contact met de patiënt. Zelf heb ik cardiologie gekozen omdat ik gefascineerd ben door de werking van het hart. Daar ligt mijn passie. Daarnaast past samen beslissen goed bij mij als mens. Wanneer iemand een cardioloog zoekt die klip en klaar dicteert wat te doen, moet hij niet bij mij zijn. Ik heb nu eenmaal geen kloppend hart tegenover me zitten, maar een mens met een kloppend hart. Toch hoor ik ook wel van specialisten die meer afwerend zijn, nauwelijks informatie geven of zelfs niets zeggen. Dan wordt een gezamenlijk besluit moeilijk.'

Wat verwacht u van patiënten?

'Ik verwacht een actieve houding van patiënten. Zij moeten zich informeren, nadenken over die informatie, keuzes maken en niet alles bij de dokter neerleggen.

Veel patiënten kunnen dat prima aan, er zijn er ook die er wat meer moeite mee hebben. 'Dokter, wat zou u doen?', vragen ze dan. Maar zelfs dit is een ingang om verder te praten, of om familie erbij te betrekken. Let er als professional op dat je elkaar begrijpt, niet langs elkaar heen praat en niet te ingewikkelde medische termen gebruikt. Overigens helpt het geweldig dat de Federatie samenwerkt met de patiëntenfederatie NPCF, die een campagne voert om patiënten hierover goed te informeren. Bijvoorbeeld door patiënten drie vragen mee te geven die ze kunnen stellen in de spreekkamer om zo het gesprek op gang te brengen.'

Minister Schippers wil ook regelen dat patiënten vanaf dit jaar op internet kunnen opzoeken wie een goede dokter is. Hoe kijkt u daar tegenaan?

'Ik sta absoluut achter de beschikbaarheid van goede medische informatie op internet. Zodat mensen met die informatie naar de spreekkamer kunnen komen voor duiding en uitleg - toegesneden op hun persoonlijke situatie. Ik geloof niet in een register van artsen die simpelweg in een ranglijst worden ingedeeld. Artsen zijn geen wasmachines, die je kunt testen en een A-of B-label kunt geven. Dit is mensenwerk en dat betekent dat een patiënt een arts moet vinden die bij hem of haar past. Dat kun je niet zomaar googelen, dat moet je ervaren.' ●

Meer invloed op het zorgdebat

De Federatie geeft medisch specialisten een steviger stem in het maatschappelijk zorgdebat. En meer invloed op thema's als transparantie, opleiden en autonomie van dokters. Maar hoe heb je als individuele medisch specialist zeggenschap over de agenda?



Het begon met een stip aan de horizon: de krachten van alle medisch specialisten bundelen om de invloed te vergroten op het zorgdebat. Dat idee is verwezenlijkt. Alle 20.000 medisch specialisten en 32 wetenschappelijke verenigingen zijn begin dit jaar verenigd in de Federatie Medisch Specialisten. Voorzitter Frank de Grave: 'De Federatie is niet opgericht omdat de Orde een zieltogende organisatie was. Integendeel. Ruim de helft van het totaal aantal specialisten was lid van de Orde van Medisch Specialisten. Daarnaast was vrijwel iedereen lid van zijn of haar wetenschappelijke vereniging. Dat dubbele lidmaatschap leidde tot een verdeeld beeld naar buiten. In het spannende krachtenveld van de zorg, waarbij de autonomie van artsen in het geding raakte, was de vorming van een sterke

Federatie urgent. Hiermee kunnen medisch specialisten zelf de toekomst van hun vak bepalen – een diepe wens van de beroepsgroep. Door deze verantwoordelijkheid te nemen is de oprichting van de Federatie Medisch Specialisten mogelijk geworden. Geen verdeelde club, maar een organisatie met slagkracht.' ►

*'Mensen weten
elkaar beter te vinden;
dat biedt kansen'*



Op www.demedischspecialist/wijzijndefederatie leest u wat de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen voor u op de agenda zetten.

Nieuwe structuur

In de nieuwe structuur zijn de voorzitters van de 32 wetenschappelijke verenigingen een belangrijke schakel. Zij hebben zitting in de Algemene Vergadering van de Federatie. De voorzitters koppelen actuele agendapunten terug aan hun verenigingen, zodat de (bestuurs)leden weten wat er speelt en waarover besluiten worden genomen. Medisch specialisten kunnen zelf onderwerpen agenderen via hun wetenschappelijke vereniging, die deze kan bespreken binnen de raden Kwaliteit, Beroepsbelangen, Opleiding en Wetenschap (i.o). Het bestuur van de Federatie en de raden worden ondersteund door het Federatiebureau.

Speerpunten

Bij de Raad Kwaliteit staat het neerzetten van goede, doelmatige, doeltreffende, patiëntgerichte en veilige zorg centraal. Onder leiding van cardioloog Marcel Daniëls toonde deze raad al daadkracht op het gebied van transparantie. Dit voorjaar stuurde minister Schippers van VWS een brief naar de Tweede Kamer over Jaar van de Transparantie, waarin zij veelvuldig de inbreng en medewerking van de Federatie noemt. Verder heeft de Raad Kwaliteit doelmatigheid, taakherschikking, toegankelijkheid, optimaal functioneren en patiëntveiligheid als thema's gekozen.

Waar gaat uw bijdrage naartoe?

Via de wetenschappelijke vereniging draagt elke medisch specialist 500 euro af aan de Federatie. De jaarlijkse bijdrage wordt verdeeld over verschillende posten: zo gaat 120 euro naar de KNMG en 50 euro naar individuele dienstverlening. Verder zijn ook de ondersteuning van de raden Kwaliteit, Opleiding en Beroepsbelangen, de communicatie en de cao-onderhandelingen (samen met de LAD) inbegrepen bij de bekostiging van het Federatiebureau.

Bij de Raad Opleiding, geleid door gynaecoloog Marianne Ten Kate-Booij, staat de medisch specialist als opleider in de spotlight. Actuele thema's zijn de herziening van de opleidingsplannen, regionalisering van de opleiding, verdeling van opleidingsplaatsen, *life long learning* en de uitwerking van het Opleidingsakkoord. Wanneer zich vanuit de politiek of de universitaire wereld veranderingen aandienen, staat de Raad Opleiding vooraan om hier opinie over te vormen.

De derde raad, de Raad Beroepsbelangen, zet zich in voor de positie, organisatie en financiering van medisch specialisten in het vrije beroep, medisch specialisten in dienstverband en medisch specialisten werkzaam in universitair medische centra. Deze raad, met anesthesioloog Robert Sie en kinderarts Leon Winkel aan het roer,

Wetenschappelijke verenigingen over de Federatie

'Nu wordt er wél naar ons geluisterd'

Robert Pierik is chirurg in Isala en voorzitter Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

'In het debat over de gezondheidszorg merkte ik dat alle partijen – ziekenhuizen, verzekeraars, politiek – goed verenigd waren. Behalve de medisch specialisten. We deden als vereniging van chirurgen ons stinkende best om het debat te beïnvloeden, maar er werd niet altijd naar ons geluisterd. Nu wel.

Met de oprichting van de Federatie nemen we onze verantwoordelijkheid voor goede, veilige patiëntenzorg. Nu we die positie claimen, worden we serieus genomen. Het spreekt voor zich dat je soms als individuele vereniging water bij de wijn moet doen. Je kunt niet bij iedere tegenvaller dreigen met opstappen. Via de gezamenlijkheid kunnen we successen boeken. Daarbij hebben we één grote gemene deler: iedere specialist wil goede patiëntenzorg leveren in zo optimaal mogelijke omstandigheden.'

'We praten mee over de grote thema's'

Hanna van der Jagt is klinisch geriater in Academisch Medisch Centrum Amsterdam en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie.

'Voor ons als kleinere wetenschappelijke vereniging met vierhonderd leden biedt de Federatie een zee van kansen. We kunnen nu over grote thema's meepraten en onze stem laten horen. Dat lukte voorheen niet. En we hebben de wind mee. Kwetsbare ouderen in het ziekenhuis zijn een zeer actueel thema in de samenleving en de politiek. De Federatie biedt een goed platform om onze visie op en kwaliteitsrichtlijnen voor de zorg voor deze ouderen te bepalen. We zijn nu op veel terreinen aan zet en hebben invloed. Dat is prettig. Daarbij vinden we sneller bondgenoten nu alle wetenschappelijke verenigingen samen in een vergadering zitten. We kunnen daardoor makkelijker samenwerken met bijvoorbeeld de verenigingen van chirurgen, orthopeden en internisten. Ik ben niet bang voor een poldercultuur, want we hebben allemaal hetzelfde doel: betere patiëntenzorg.'

werkt nauw samen met de LAD. Dit jaar zijn de thema's onder meer: integrale bekostiging, goodwill, positionering, registreren en declareren, arbeidsvoorwaarden, pensioenaftopping en cao-onderhandelingen.

Tot slot is emeritus hoogleraar radiologie Han Laméris bezig de positie van wetenschap binnen de Federatie een plek te geven.

Verbindend bureau

Het Federatiebureau ondersteunt de raden en het bestuur en voert het beleid van de Federatie uit. Om niet op de oude voet van de Orde verder te gaan, heeft Federatie-directeur Bart Heesen het nieuwe werken geïntroduceerd op het bureau. 'We willen bevorderen dat mensen met elkaar samenwerken. Daarom werkt iedere beleidsmedewerker aan meerdere thema's. Dat levert meer synergie op en komt de integrale beantwoording van vraagstukken ten goede. Het bureau is geen ivoren toren. Iedereen kan ons bellen met een gouden idee of vraag, en wij gaan vervolgens op zoek naar de juiste persoon om daarmee aan de slag te gaan.'

Eerste resultaten

De oprichting van de Federatie is, na een zorgvuldige voorbereiding achter de schermen, uiteindelijk soepel verlopen. De animo voor actieve deelname is groot en slechts enkele medisch specialisten hebben hun lidmaatschap van de wetenschappelijke vereniging opgezegd. De Grave: 'De eerste vruchten plukken we al. Bijvoorbeeld de verdeling van de opleidingsplaatsen, doorgaans een moeizaam proces. Dit voorjaar is die verdeling geregeld zonder veel getouwtrek. Mensen weten elkaar beter te vinden; dat biedt kansen. Er is beter geschakeld met de verenigingen en de politiek gevoelige onderwerpen zijn sneller geslecht. Een ander voorbeeld is de dreigende pensioenaftopping voor medisch specialisten in dienstverband door de nieuwe Pensioenwet. Als Federatie zetten we ons samen met de LAD stevig in om de werkgevers - de ziekenhuizen - op te roepen het werkgeversdeel van de pensioenpremie boven de 100.000 euro terug te geven. Laatst organiseerden we samen met de LAD een bijeenkomst om de achterban hierover te informeren. In *no time* hadden we tweehonderd man gemobiliseerd.'

Waardering in het veld

Dat de Federatie nu namens alle medisch specialisten spreekt, wordt ook in het veld gewaardeerd. Gesprekspartners als ziekenhuizen, zorgverzekeraars, patiëntenorganisaties en overheid vinden één contactpunt prettig. 'Individuele specialisten mopperen weleens dat ze bij persaanvragen nu eerst communicatie moeten bellen. Begrijpelijk, maar als een wetenschappelijke vereniging in het nieuws komt, dan is dat beeldbepalend voor alle medisch specialisten', merkt Frank de Grave. 'Nu laten we één stem horen, dat schept duidelijkheid. En als je gezamenlijk optrekt, vergroot je je invloed.' ●

Betrouwbare medische informatie beter vindbaar

Het Jaar van de Transparantie heeft tot doel informatie aan patiënten over kwaliteit en kosten van de zorg te verbeteren. De Federatie Medisch Specialisten levert daar een bijdrage aan op verschillende fronten.

Een patiënt die meer wil weten over een medische aandoening gaat vaak 'shoppen' bij verschillende informatiebronnen, die niet allemaal even betrouwbaar zijn. 'Goede medische informatie moet beter vindbaar worden', stelt Marjon Kallewaard, directeur Kwaliteit bij de Federatie. Dat kan bijvoorbeeld met het ontsluiten van kennis over ziektebeelden op Thuisarts.nl, de patiëntensite van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). 'Thuisarts.nl heeft een enorme naamsbekendheid onder patiënten. Dat komt doordat het betrouwbare informatie is, geschreven in begrijpelijke taal die aansluit bij vragen van patiënten.'

Dertig aandoeningen

Thuisarts.nl richt zich voornamelijk op de eerstelijns, maar dat gaat nu veranderen. 'De Federatie heeft met de NHG afgesproken om de site ook te gaan vullen met informatie over tweedelijns zorg', vertelt Kallewaard. 'Iemand die een liesbreukoperatie moet ondergaan, wil kunnen vinden hoe dat in zijn werk gaat en wat de risico's zijn. Door dat opThuisarts.nl goed uit te leggen, weet een patiënt wat hij kan verwachten.' Op deze site komt betrouwbare medische informatie beschikbaar over dertig aandoeningen. Kallewaard: 'We trekken daarbij samen op met patiëntenfederatie NPCF, die veel ervaring heeft met het maken van toegankelijke patiënteninformatie. We gaan elkaar niet beconcurreren, maar versterken.'

Meer initiatieven

Verder komen er op richtlijndatabase.nl, de database waar zo'n driehonderd medisch specialistische richtlijnen staan beschreven, korte beschrijvingen bij de richtlijnen. 'Patiënten, maar ook artsen en andere geïnteresseerden, hoeven dan niet meer de hele richtlijn te bestuderen.' Tot slot gaat de Federatie door met de campagne *Verstandig Kiezen* en de onderdelen *Samen Beslissen* en *Zorgevaluatie* naar de effectiviteit van behandelingen. Kallewaard: 'Als patiënten goed worden geïnformeerd, kunnen ze samen met hun arts de verstandigste behandeloptie kiezen. Maar dan moet de patiënt wel weten wat er mogelijk is.' MVD

Voorzitter Chella van der Post van De Jonge Specialist

‘Kijk verder dan alleen het medisch domein’

Als nieuwe voorzitter van De Jonge Specialist wil Chella van der Post de onderlinge verbinding tussen de verschillende medisch-specialistische vervolgoopleidingen versterken. ‘Aandacht voor de gemeenschappelijkheid komt onze belangen ten goede.’

Als klinisch patholoog in opleiding in het Radboudumc in Nijmegen heb je een drukke werkweek. Vanwaar jouw ambitie om daarnaast voorzitter van De Jonge Specialist te willen zijn?

‘Ik ben bestuurlijk actief geworden omdat ik wilde weten hoe de opleiding voor medisch specialisten wordt georganiseerd. Het is belangrijk dat specialisten in opleiding daar zelf ook een stem in hebben. Nu wil ik de verbinding leggen tussen de verschillende specialistische opleidingen. We zijn allemaal in opleiding tot medisch specialist, hebben gemeenschappelijke opleidingsdoelen en beroepsbelangen. Als voorzitter wil ik eraan bijdragen dat die gemeenschappelijkheid nog beter zichtbaar wordt.’

Hoe ga je dat doen?

‘De Jonge Specialist bestaat nu een jaar. De vereniging is voortgekomen uit een fusie tussen De Jonge Orde en de Landelijke Vereniging voor medisch specialisten in opleiding (LVAG). Het afgelopen jaar hebben we vooral benut om de verenigingsstructuur neer te zetten; om van twee besturen één bestuur te maken en om onze achterban te laten zien dat De Jonge Specialist hét aanspreekpunt is voor jonge specialisten in opleiding. Nog niet alle aios zijn lid van De Jonge Specialist. Wél is elke assistent lid van een van de 32 juniorenverenigingen. We willen daarom toewerken naar een gecombineerd lidmaatschap. Zodat alle aios die lid zijn van hun juniorvereniging, automatisch ook individueel lid zijn van De Jonge Specialist. Zo kunnen we straks op landelijk niveau elke aios vertegenwoordigen. Dat komt onze belangen ten goede.’

Leg eens uit?

‘Als spreekbuis voor alle aios kunnen we met de vuist op tafel slaan als zich bedreigingen voordoen. Dat doen we nu ook al, doordat we bijvoorbeeld aanschuiven bij de vergaderingen van de Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten, maar dan kunnen we dat nog beter doen. We hebben dan bijvoorbeeld een sterkere poot aan de cao-onderhandelingstafels. En als de opleiding op de schop gaat op een manier die de belangen schaadt van de medisch specialisten in opleiding, kunnen we onze stem krachtig laten horen.’

Er gebeurt veel in de opleiding van medisch specialisten: denk aan de individualisering van de opleiding en het competentiegericht opleiden. Hoe kijk je tegen deze ontwikkelingen aan?

‘Ik zie veel voordelen aan de individualisering van de opleiding. Elke medisch specialist in opleiding heeft zijn eigen achtergrond en ervaringen. Sommigen hebben al een aantal jaren als basisarts gewerkt of een promotietraject afgerond, terwijl anderen net hun geneeskunde master hebben afgerond. Het is verstandig dat de medische vervolgoopleidingen recht doen aan die onderlinge verschillen. Tegelijkertijd moeten we ervoor oppassen dat individueel opleiden inwisselbaar wordt met het verkorten van de opleiding. Het uitgangspunt mag

Wie is Chella van der Post?

Chella van der Post (1985, Doetinchem) studeerde geneeskunde aan de Radboud Universiteit Nijmegen. Na haar afstuderen in 2009 startte zij in 2010 met de opleiding tot klinisch patholoog in het Radboudumc, die zij in 2017 verwacht af te ronden. Daarnaast doet zij promotieonderzoek naar de histologische en moleculaire karakteristieken van erfelijke maagkanker. Chella is sinds 2012 bestuurlijk actief als vicevoorzitter van De Jonge Orde en De Jonge Specialist en volgt momenteel de talentklas Management en Leiderschap voor aios aan de Academie voor Medisch Specialisten.



Chella van der Post, voorzitter De Jonge Specialist:

‘Opleiden is meer dan klaarstomen tot medisch specialist’

niet zijn: we willen zo minimaal mogelijk opleiden. Je moet binnen je studierichting de ruimte krijgen om je te verdiepen en te excelleren. Ook - en misschien wel juist - in de competenties waar je al goed in bent. Mijn zorg is dat de basis van de opleiding intact blijft terwijl er gekort wordt op de verdiepingstijd. Dat is niet wat ik me voorstel bij individualisering van de opleiding.’

De Jonge Specialist heeft twee visiedocumenten geschreven: Coach, Cure, Care 2025, en het vervolgdokument Coaching - who cares? Wat is de aanleiding voor deze documenten?

‘We hebben de visiedocumenten geschreven samen met onze zusterorganisaties, zoals de huisartsen in

opleiding, de ouderengeneeskundigen in opleiding en de sportartsen in opleiding. Gezamenlijk wilden we beschrijven hoe wij als artsen in opleiding de toekomst van de zorg in Nederland voor ons zien. En wat dat betekent voor de veranderende rol van de arts.’

Hoe zien jullie die toekomst?

‘Wij verwachten dat de rol van de patiënt nog centraler komt te staan. Hij krijgt meer de regie over zijn leven, zijn gezondheid en zijn welbevinden. De arts heeft daarbij een coachende positie. De patiënt is verantwoordelijk voor de keuzes die hij maakt en de dokter begeleidt hem in dat proces. Hij coacht, adviseert, stimuleert en denkt mee. ▶



‘Opleiders mogen meer een coachende rol op zich nemen’

De arts van de toekomst is ook flexibel en breed georiënteerd. Hij kijkt verder dan alleen het medisch domein en denkt ook na over de organisatie van de zorg. Het gaat straks niet meer om al die afdelingen als aparte eilandjes, het gaat om ketenzorg. De chirurg, de MDL-arts, de radioloog, maar ook de *physician assistant* en de verpleegkundige; ze zullen nauw met elkaar samenwerken. De arts van de toekomst is daarin getraind. Overigens is die toekomst zeer nabij. Als jonge medisch specialisten, die competentiegericht zijn opgeleid, worden we hiermee al geconfronteerd.’

Dit voorjaar verscheen het rapport van de commissie Kaljouw: Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren, waarin een toekomstvisie over de zorg wordt geschetst. Hoe verhoudt deze visie zich tot jullie eigen toekomstvisie?

‘Die stemt behoorlijk overeen met de onze. De commissie Kaljouw benadrukt het belang van preventie, van gezondheidsbevordering en van meer eigen regie voor de patiënt. Daar staan wij vierkant achter. Tegelijkertijd komt de commissie pas later dit jaar met een vervolgrapport over de zorgopleidingen. Ik weet niet wat ze daarin gaat voorstellen over de toekomst van de medisch-specialistische zorg. Moeten de huidige opleidingen worden aangepast aan de veranderende zorgbehoeften van patiënten? Dat weten we nog niet. Laten we dus eerst het vervolgrapport afwachten.’

Zijn er competenties die je mist in de opleiding?

‘Opleiden gaat verder dan klaarstomen tot medisch specialist. Artsen zijn de medisch leiders van de toekomst. Het is een goede ontwikkeling dat er voor management en medisch leiderschap meer aandacht is gekomen in de opleidingen. Maar het kan nog beter. We hebben daarom samen met onze zusterorganisaties het Platform Medisch Leiderschap opgericht. Van daaruit kunnen we ons medisch leiderschap verder ontwikkelen. Daarnaast ben ik er trots op dat De Jonge Specialist jaarlijks de *AIOS Upgrade* organiseert, het landelijk congres voor alle aios, in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten, LAD en VvAA. We bieden daar discipline-overstijgende workshops over bijvoorbeeld leiderschap, financiering van de zorg en arbeidsrechtelijke zaken. Ik vind het geweldig dat er honderden aios op die dag afkomen om verder aan hun competenties te werken.

Ook coaching binnen de opleiding is een verbeterpunt. Er zijn zoveel vragen die op je afkomen tijdens de opleiding. Wat voor medisch specialist wil je worden? Een generalist in het algemeen ziekenhuis, een subspecialist of een arts die zich toelegt op klinisch onderzoek? Dat zijn vragen die je niet in je eentje kunt beantwoorden. Je hebt daarvoor coaching nodig van een collega met ervaring. Opleiders zouden deze coachende rol meer op zich mogen nemen. Dat helpt aios om het beste uit zichzelf te halen.’ ●

Wat voor specialist word jij?

Een van de – vele – leuke momenten als opleider vind ik de selectierondes voor nieuwe aios binnen onze regio. Tegenwoordig begin ik de kennismakingsgesprekken met de vraag: wat voor gynaecoloog wil jij worden? Door differentiaties in onze opleiding en de individualisering van de opleidingsduur kan en moet een aios hierin keuzes maken, op basis van kennis, ervaring en talenten, en hoe hij of zij deze optimaal kan ontwikkelen.

Naast het 'wat' wordt het 'waar' steeds belangrijker. Door verdere concentratie van zorg heeft menig instelling niet meer het hele opleidingspakket in huis. Waar kan de aios datgene leren wat hij nodig heeft? Wat mij betreft staat de kwaliteit van de opleiding hierbij centraal. 'Wie kan het best de opleiding faciliteren' in plaats van 'wie kan het geld dat hiermee gepaard gaat het best gebruiken?'. Laten we alsjeblieft, bij de verdeling van de in- en doorstroomplaatsen, over de grenzen van onze eigen portemonnee heen kijken. Dit geldt ook voor het bepalen van de totale instroom. Het kan toch niet zo zijn dat we meer medisch specialisten opleiden dan de samenleving nodig heeft, enkel en alleen omdat daar nu eenmaal geld voor beschikbaar is?

Zoals we aios de vraag stellen wat voor specialist zij willen worden, moeten we onszelf de vraag stellen wat voor specialisten de samenleving straks nodig heeft. Want voor menig specialisme dreigt een overschot. Nog meer aios opleiden in deze richtingen kan een enkeltje naar de reservebank betekenen. Maar ook een verspilling van tijd, geld en talent. Laten we in plaats daarvan buiten de gebaande paden treden. Hoe kunnen we het geld dat we besparen door niet maximaal op te leiden, gebruiken om dokters op te leiden waar straks wél vraag naar is?

Voor aios betekent dit niet alleen kiezen met je hart, maar ook met je hoofd. Opleiding volgt zorg. Dit geldt zowel voor 'waar' de aios wordt opgeleid als voor 'wat' voor specialisten de maatschappij nodig heeft. Als opleider draag ik hier graag mijn steentje aan bij.

Marianne ten Kate-Booij, gynaecoloog en voorzitter Raad Opleiding van de Federatie Medisch Specialisten



Psychiaters op de barricades

Opkomen voor beroepsautonomie

Zoals alle medisch specialisten willen ook psychiaters voldoende zeggenschap houden over de patiëntenzorg. Maar dat valt niet mee nu de veranderingen als een vloedgolf over de beroepsgroep heen spoelen. Lukt het de psychiaters om baas te blijven in eigen beroep?

Artsen op de barricades voor goede patiëntenzorg; we kijken er niet meer van op. Zoals in juni de huisartsen de media haalden met hun plakkaat op de deur van het ministerie van VWS, zo stonden een jaar eerder de kinderpsychiaters bijna dagelijks in de spotlights. Weet u het nog? De gemeenten zijn sinds 1 januari 2015 verantwoordelijk voor de financiering van de jeugd-ggz, een maatregel waar professionals en patiënten zich unaniem grote zorgen over maakten.

Ondanks alle protesten ging de transitie van de jeugd-ggz door, met grote gevolgen voor psychiaters en patiënten. 'Alles wat we vreesden blijkt in werkelijkheid te gebeuren', zegt Bertine Lahuis, kinderpsychiater en bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP). 'Patiënten weten niet waar ze aan toe zijn en de kinder- en jeugdpsychiaters worden geconfronteerd met enorme toename van overhead en een onmogelijke variatie aan eisen. Zij maken zich

zorgen over de continuïteit van zorg. Kunnen zij straks de behandeling nog afmaken, of moeten zij deze versneld afronden omdat het budget op is?'

Niets vanzelfsprekend

Lahuis schetst hoe zorginstellingen sinds 1 januari met gemeenten complexe contractonderhandelingen voeren, waarin niets meer vanzelfsprekend is: 'We hebben te maken met problemen rondom enorme hoeveelheid en variatie van regelgeving. En omdat er onvoldoende zorg is ingekocht, ontstaat er grote fragmentatie: veel wachtlijsten en patiënten die maar moeten hopen dat ze in de juiste gemeente wonen. Nu de transitie in volle gang is, willen we primair zorgen dat alles zo goed mogelijk geregeld wordt en kinderen met psychiatrische problemen de zorg krijgen die ze nodig hebben.'

De transitie van de jeugd-ggz is slechts een van de vele wijzigingen waar psychiaters mee te maken hebben. Naast de transitie van de jeugd-ggz in de Jeugdwet zijn er sinds 1 januari nog twee transities, de Wet langdurige zorg en de Participatiewet, die beide forse impact hebben op het werk van psychiaters. Bovendien is er discussie over de vraag welke zorgverlener in welke gevallen de hoofdbehandelaar is in de ggz, en wordt de vergoeding van psychiatrische behandelingen in het basispakket van de zorgverzekering onder de loep genomen. Kostenbeheersing en de grotere rol van de zorgverzekeraar liggen ten grondslag aan deze vloedgolf van veranderingen.

Hard regime

'Psychiaters ervaren de toenemende invloed van zorgverzekeraars op het werk in de spreekkamer,' zegt Kees Kooiman, psychiater bij GGZ Delfland. 'Je moet voortdurend verantwoording afleggen en laten zien dat je aan alle regels voldoet. Natuurlijk, het is de

'Alles dicht regelen is de dood voor ons vak; je snijdt het hart eruit'



taak van de zorgverzekeraars om te controleren wat er met het geld van hun verzekerden gebeurt. Maar het voelt steeds vaker als een vorm van disciplineren. Als je onvoldoende scoort, krijg je minder geld. Zo simpel is het.' Hij licht toe: 'Bijvoorbeeld bij het niet behalen van de *routine outcome monitoring-targets*, de methodiek in de geestelijke gezondheidszorg om de toestand van de patiënten te meten met het oog op evaluatie en bijsturing van de behandeling. Maar ook wanneer door een administratieve fout een verwijfsbrief ontbreekt, kan besloten worden de DBC niet te vergoeden.'

Kooiman vertolkt een gevoel dat bij veel psychiaters leeft: het gevoel de regie te verliezen. Hij stelt zijn hoop op de NVvP om tegenwicht te bieden aan de invloed van de zorgverzekeraars en andere partijen. Zelf schreef hij onlangs een kritisch artikel voor *Medisch Contact* over de gevolgen van een advies van Zorginstituut Nederland over de vraag welke psychische zorg in het basispakket thuishoort. 'Het Zorginstituut baseert zich daarbij op de DSM-5, het handboek voor de classificatie van psychische stoornissen. Als de minister van VWS het advies overneemt, wordt de behandeling van de DSM-classificaties met het adjectief Niet Anders Omschreven (NAO), niet langer vergoed. De motivatie daarvan is, anders dan die van bezuiniging, onduidelijk. Het lijden van deze patiënten is namelijk net zo erg als van andere patiënten; het enige verschil is dat zij niet precies in een mooier gedefinieerde klasse van een onvolkomen classificatiesysteem passen.'

Stoel van de psychiater

Ook Witte Hoogendijk, kernhoogleraar psychiatrie aan het Erasmus MC en voorzitter van de beroepsbelangencommissie van de NVvP, hekelt de manier waarop het Zorginstituut met dit advies op de stoel van de psychiater gaat zitten. ▶

'Onze plicht is dat patiënten de zorg krijgen waar ze recht op hebben'

‘De DSM is een hulpmiddel om te classificeren, niet om een verzekeringspakket mee samen te stellen. Bovendien zegt een classificatie niets over het leed en de beperkingen van een patiënt. Het huidige systeem scheert alles over één kam en die generalisatie kan haaks staan op de inschatting van de psychiater bij een individuele patiënt.’

Naast het Zorginstituut noemt Hoogendijk ook de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) als instantie die zich steeds meer op het domein van de psychiater begeeft. Hoogendijk: ‘Het is uiteraard belangrijk dat de IGZ toezicht houdt. Maar de sfeer verandert. Toetsingskaders worden aangescherpt en het veld krijgt nauwelijks tijd voor de implementatie van nieuwe regels. Samen met de IGZ reflecteren op de praktijk is er vrijwel niet meer bij. Het is toetsen en afrekenen als je niet aan de regels voldoet. Dat is funest voor een open cultuur waarin artsen incidenten kunnen melden zonder daar direct op te worden afgerekend.’

‘Voor goede kwaliteit van zorg is professionele bewegingsvrijheid nodig’

Hoogendijk noemt een voorbeeld: ‘In de psychiatrie heb je te maken met mensen die suïcidaal zijn. Als psychiater bewaak je de precare balans tussen het beperken van de vrijheid van de patiënt en het risico dat deze zich suïcideert. De IGZ denkt hier heel zwart-wit over: zo min mogelijk vrijheidsbeperkende maatregelen. Maar als een patiënt zelfmoord pleegt is de psychiater verantwoordelijk. Dat voelt alsof je je hoofd op het hakblok legt, en belangrijker: de patiënt is er totaal niet bij gebaat.’

Afkalving zeggenschap

De psychiater lijkt steeds meer ballen in de lucht te moeten houden als het gaat om regie en autonome beroepsuitoefening. Lahuis van het NVvP-bestuur zegt dat de beroepsgroep zich niet neerlegt bij de dreigende afkalving van de zeggenschap. ‘Alles dicht regelen is de dood voor ons vak; je snijdt het hart eruit. Voor goede kwaliteit van zorg hebben psychiaters professionele bewegingsvrijheid nodig.’

Kansen ziet Lahuis ook, bijvoorbeeld in de kwestie rondom het hoofdbehandelaarschap waarover een commissie, onder leiding van hoogleraar Pauline Meurs, onlangs advies uitbracht op verzoek van veldpartijen in de ggz. In de huidige constructie is het hoofdbehandelaarschap onvoldoende helder gedefinieerd. Dat gaf aanleiding tot domeindiscussies en onrechtmatige declaraties. Lahuis: ‘We zijn blij dat de commissie adviseert om het hoofdbehandelaarschap op basis van de inhoud te definiëren en los te koppelen van de bekostiging. Dat doet recht aan de centrale rol van de psychiater in de specialistische ggz en biedt goede handvatten om weer *in the lead* te zijn, zeker bij de meer complexe patiënten. Bovendien hebben we de verantwoordelijkheid te zorgen dat onze patiënten de zorg krijgen waar zij recht op hebben.’

Samen optrekken

Lahuis wijst op de rol die de NVvP en de Federatie kunnen spelen in de strijd van de psychiater om autonoom te blijven in eigen beroep. ‘Wij moeten het debat aangaan met andere grote partijen, zoals de zorgverzekeraars, de NZa, Zorginstituut Nederland en de Vereniging Nederlandse Gemeenten, en duidelijk maken wat onze toegevoegde waarde is in de behandeling van mensen met een psychiatrische aandoeningen, en wat onze plek is binnen de ggz.’ Met name de Federatie vormt een majeure invloed die de belangen van de beroepsgroep kan vertegenwoordigen. Daarbij kunnen andere medische specialismen lering trekken uit de ontwikkelingen die zich nu nog vooral binnen de psychiatrie afspelen.’ Ten slotte zou het volgens Bertine Lahuis nog sterker zijn als de Federatie meer samen met de patiëntenkoepels optrekt: ‘De belangen van patiënten en medisch specialisten liggen uiteindelijk in elkaars verlengde.’ ●





In gesprek over kindermishandeling

Medisch specialisten melden te weinig en vragen slechts spaarzaam om advies bij vermoedens van kindermishandeling, vindt de politiek. Op verzoek van de artsorganisaties heeft VWS onderzocht hoe dat komt én welke kennis tekorten artsen ervaren bij dit onderwerp. De net gepresenteerde uitkomsten van het VWS-onderzoek vormen de basis voor verdere initiatieven van de artsorganisaties.

Jaarlijks worden 119.000 kinderen thuis mishandeld of verwaarloosd, en ondanks alle inspanningen daalt dit aantal niet. Dat het onderwerp kindermishandeling hoog op de politieke agenda staat, is daarom begrijpelijk. Het verwijt uit Den Haag is dat artsen te weinig melden en minder vaak om advies vragen bij de medewerkers van Veilig Thuis (de regionale advies- en meldpunten huiselijk geweld en kindermishandeling) dan bijvoorbeeld de leerkracht of wijkagent. De politieke druk richt zich met name op artsen die onbewust onbekwaam zijn, legt Jitske Haagsma uit, adviseur Public Affairs van de Federatie Medisch Specialisten. 'Dat zijn artsen die een kind of gezin in de spreekkamer zien en niet doorhebben dat de botbreuk van het kind wel eens

het gevolg zou kunnen zijn van kindermishandeling.'

Kindcheck

Ondanks de politieke verwijten ontplooiën de artsorganisaties wel degelijk initiatieven bij de aanpak van kindermishandeling. Zo drongen de artsorganisaties er bij VWS op aan onderzoek te laten doen naar wat specialisten zoal weten over de KNMG-meldcode *Kindermishandeling en Huiselijk Geweld*, hoe ze ermee omgaan én welke kennis tekorten ze daarbij ervaren. Vorige maand zijn de uitkomsten van dat onderzoek gepresenteerd. Hieruit blijkt dat 83 procent van de artsen bekend is met de wettelijke verplichting om met de meldcode te werken. De kindcheck, sinds 1 juli 2013 verplicht onderdeel van de meldcode, is bij huisartsen, kinderartsen

en psychiaters inmiddels behoorlijk ingeburgerd. Hoe dat bij andere medisch specialisten is, komt uit het onderzoek niet naar voren. Haagsma: 'Bij de kindcheck vragen artsen in hun contact met volwassen patiënten ook uit of er kinderen in huis zijn, zeker wanneer de situatie van de patiënt een mogelijk risico vormt voor de veiligheid of de ontwikkeling van kinderen. Als de arts twijfelt over de veiligheid van de kinderen, kan hij of zij overwegen verdere stappen te ondernemen.'

Vertrouwensrelatie

Het onderzoek laat verder zien dat veel artsen het moeilijk vinden om het gesprek met ouders of kind over vermoedens of signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld aan te gaan. 'Ze zijn bang om de vertrouwensrelatie te schaden. Bovendien is het geen onderwerp waarmee je dagelijks te maken hebt. We onderzoeken nu hoe we deskundigheid op het gebied van gesprekstechnieken over dit soort thema's verder kunnen bevorderen.'

Ook de samenwerking met de vertrouwensartsen van Veilig Thuis kan beter, blijkt uit het onderzoek. Haagsma: 'Niet alle artsen weten dat het mogelijk is om advies te vragen zonder persoonsgegevens over de cliënt te hoeven verstrekken. Ze zijn daardoor soms onnodig terughoudend. Daarnaast zijn er te weinig vertrouwensartsen, waardoor ze niet elke werkdag bereikbaar zijn. En een botbreuk bij een kind bespreekt de arts liever met een collega-arts dan met een – wel beschikbare – maatschappelijk werker. Als de politiek wil dat artsen meer melden, dan moeten de randvoorwaarden waaronder dat kan goed geregeld zijn. Daarom blijven we dit bij de politiek onder de aandacht brengen.' **MVD**

Meer informatie over de KNMG-meldcode vindt u op <http://knmg.artsennet.nl> > Publicaties > Meldcode

Cao-onderhandelaar Jan Willem Le Febre

‘Het draait niet alleen om de salarisparagraaf’

Het voeren van cao-besprekingen is een vak apart. Voordat de partijen überhaupt aan tafel zitten, zijn er al heel wat hobbels genomen. Het helpt om zicht te houden op een gezamenlijk hoger doel. En tegelijkertijd scherp te blijven op de inzet. Een gesprek met cao-onderhandelaar Jan Willem Le Febre.

Samen met zijn collega Rob Koster is Jan Willem Le Febre onderhandelaar voor de collectieve arbeidsvoorwaarden van medisch specialisten namens de Federatie en de LAD. Onlangs nog bereikten zij een principeakkoord over de cao voor apothekers in dienstverband. En in juni heeft Le Febre de onderhandelingen afgerond over de Cao umc, waar hij de belangen van circa 4.300 universitair medisch specialisten heeft vertegenwoordigd. ‘Een onderhandelingstraject start een half jaar voordat de cao afloopt’, vertelt Le Febre. ‘Voor vernieuwing van de huidige Cao umc, die afliep op 1 april 2015 maar nu verlengd is tot 1 januari 2016, zijn we in oktober 2014 begonnen met de voorbereidingen. Op basis van de bestaande cao-tekst, het interne arbeidsvoorwaardenbeleid van de Federatie en een inventarisatie van kwesties waarvan je weet dat ze spelen, doen wij als onderhandelaars een voorzet. Die bespreken we met de achterban. In dit geval hebben we presentaties gehouden bij de drie raden Beroepsbelangen, Kwaliteit en Opleiding van de Federatie en gevraagd om input. Belangrijke thema's zijn arbeidstijden, persoonlijk budget, duurzame inzetbaarheid en natuurlijk de loonparagraaf. Zo ontstaat de concept-onderhandelingsinzet die we voorleggen aan een klankbordgroep met afgevaardigden uit de Raad Beroepsbelangen. De klankbordgroep heeft het mandaat vanuit de raad om mij uiteindelijk met deze inzet op pad te sturen.’

Pittige voorbesprekingen

Maar met die inzet zit de onderhandelaar nog niet meteen met de werkgeversorganisatie NFU aan tafel. Dat ligt wat ingewikkelder. De onderhandelingen vinden plaats tussen de NFU en vier centrales binnen het

Landelijk Overleg Academische Ziekenhuizen (LOAZ). De vier centrales bestaan uit werknemersorganisaties, die op hun beurt ook weer verschillende vakbonden of belangenverenigingen vertegenwoordigen. Zo worden de Federatie - via de LAD - samen met Nu'91 (verpleegkundigen en verzorgenden) en de VAWO (Vakbond voor de wetenschap), in de onderhandelingen vertegenwoordigd door de CMHF (de Centrale van Middelbare en Hogere Functionarissen bij overheid, onderwijs, bedrijven en instellingen). En de CMHF moet aan de onderhandelingstafel weer samen met de andere drie centrales bepalen wat de gezamenlijke inzet gaat worden.

‘Er gaan vaak heel wat pittige besprekingen aan vooraf voordat alle partijen zich in die inzet kunnen vinden’, zegt Le Febre. ‘Belangrijk is dat je er in het voorbereidingstraject voor waakt dat je eigen wensenlijstje niet ondergesneeuwd raakt. Je moet continu alert blijven. Een notoir struikelblok is de salarisparagraaf; de ene partij zet bijvoorbeeld in op een eenmalige uitkering, terwijl de andere partij zich sterk maakt voor structurele loonsverhoging. Gelukkig verliep de aanloopfase dit keer zonder veel problemen omdat er weinig tegenstrijdige belangen waren.’

Vasthouden en uitruilen

Bij alle relevante stappen in het proces koppelt Le Febre terug aan de klankbordgroep. ‘Zo houden we de achterban goed aangesloten bij het onderhandelingsproces. Dat is enorm belangrijk, anders kun je het resultaat straks niet uitleggen. Bovendien is de terugkoppeling heel waardevol, want daardoor worden we gevoed met argumenten om bepaalde punten te blijven verdedigen en krijgen we zicht op waar uitruil mogelijk is.’ Als voorbeeld noemt



Jan Willem Le Febre, cao-onderhandelaar:

Le Febre de ouderenregelingen, die flink onder druk staan. Iets wat vooral zuur is voor medewerkers die daar binnenkort van zouden gaan profiteren. 'Met je achterban moet je intensief blijven overleggen: wat zijn de harde eisen en wat ben je bereid weg te geven, welke financiële ruimte komt daarmee beschikbaar en hoe is die het beste te benutten voor regelingen waar iedereen baat bij heeft.'

Salaris als sluitstuk

Terug naar het proces. Uiteindelijk zitten de vier werknemersorganisaties dan met de NFU aan de onderhandelingstafel - al gauw een groep van tien tot twaalf mensen. De cao-besprekingen vinden plaats in verschillende rondes waarbij de partijen over en weer toelichtingen geven en vragen stellen. Tussendoor wordt geschorst om de balans op te maken. 'De onderhandelingen draaien lang niet alleen om 'de salarisparagraaf', zoals dat in cao-jargon heet', zegt Le Febre. 'In de praktijk vormt dat eerder het sluitstuk. Als je begint met de looneisen, loop je het risico dat deze iedere keer weer ter discussie worden gesteld bij onderhandelingen over andere punten, ►

'Je moet ervoor waken dat je eigen wensenlijstje niet ondergesneeuwd raakt'



‘Naar het einde toe gaat het erom spannen. Het rituele dansen, noem ik dat’

Co-creatiemodus

De kunst van het onderhandelen is voor Le Febre niet per definitie ‘keihard met de hakken in het zand’. Hij haalt er juist voldoening uit om met onderhandelingspartijen in een co-creatiemodus te komen. ‘Het is mooi als er een gezamenlijke visie ontstaat, een horizon. Uiteindelijk gaat het om het overstijgende belang van goede patiëntenzorg. Daarin kun je elkaar vinden en tegelijk oog hebben voor het perspectief van de ander. De NFU is verantwoordelijk voor een gezonde financiële bedrijfsvoering; dat is óók een belangrijke randvoorwaarde voor goede zorg. Als je dat beseft met elkaar deelt, dan kun je constructief optrekken. Tegelijkertijd moet je niet naïef zijn. Scherp op de inzet maar wel met erkenning van de positie van de ander.’

zoals de hervorming van verschillende regelingen en verbetering van de werktijden en de positie van medisch specialisten. Het is dus slim om eerst de arbeidsomstandigheden samen goed te regelen en vervolgens de ruimte die er voor loonontwikkeling is optimaal uit te onderhandelen.’

Voor de Cao umc hebben er in totaal vijf sessies plaatsgevonden. Aanvankelijk verliepen de gesprekken stroef, maar in de ochtend van 10 juni 2015 is er een akkoord bereikt. Le Febre: ‘Het is elkaar aftasten. Je probeert zicht te krijgen op waar de bereidheid zit om te bewegen en wat de harde eisen zijn. Belangrijk is om constructief te blijven, om voorstellen te doen voor oplossingsrichtingen. Naar het einde toe gaat het erom spannen. Dan worden de stellingen betrokken en kijkt men wie er nog een stapje doet. Het rituele dansen, noem ik dat. Kom je eruit met elkaar, dan volgt er een onderhandelaarsakkoord waarmee de partijen terug kunnen naar hun achterban. Dat is het stadium waarin we ons nu bevinden met de Cao umc.’

Le Febre onderhandelde eerder namens de Abvakabo voor postmedewerkers en verpleegkundigen. Wat maakt de medisch specialisten tot een bijzondere doelgroep? ‘De zorgsector is sowieso een interessant werkveld: complex, dynamisch, er gaat veel geld in om en ‘de zorg’ is voor iedereen relevant. Daarbij zijn medisch specialisten enorm toegewijd aan hun vak. Het zijn keiharde werkers die ook nog eens tijd vinden om op andere terreinen hun verantwoordelijkheid te nemen. Dat bewonder ik. Prettig is ook dat ze altijd goed meedenken. Het zijn geen types die ‘nee’ zeggen en afwachten tot je met een nieuw plan komt. Als ze iets afwijzen, komen ze vaak zelf met een goed alternatief. Het zijn de beste sparringpartners die je kunt hebben.’ ●

Haast, timemanagement en perfectionisme

Functioneren bespreekbaar maken

Vanaf 2019 is er geen ontkomen meer aan: om te kunnen herregistreren, moeten medisch specialisten hun functioneren regelmatig tegen het licht houden. Het Reinier de Graaf kiest voor intervisie onder vakgenoten, aangevuld met 360-graden feedback. Dat levert veel op in de praktijk.

Sinds de introductie van Individueel Functioneren Medisch Specialisten (IFMS) in 2008 heeft het kwaliteitsprogramma in bijna alle ziekenhuizen vaste voet aan de grond gekregen. Het Delftse ziekenhuis Reinier de Graaf koos vijf jaar geleden voor een eigen IFMS-aanpak, die stoelt op intervisie tussen vakgenoten. Psychiater Maarten de Boo, lid van de landelijke IFMS-commissie en projectleider IFMS bij Reinier de Graaf: 'Wij zetten in op persoonlijke ontwikkeling en samenwerking. Met intervisie reflecteer je op het eigen functioneren en daarbij laat je anderen meekijken en reageren. Dat gaat het beste in een vertrouwde omgeving met collega's die hetzelfde werk doen als jij.' Elke vkgroep is zelf verantwoordelijk voor het organiseren van de intervisie en heeft daartoe een IFMS-coördinator aangewezen. Ongeveer tweemaal per jaar komen de medisch specialisten in kleine groepen bijeen om het eigen en elkaars functioneren te onderzoeken aan de hand van een persoonlijk ingebrachte casus. Een van de deelnemers in de groep fungeert als voorzitter en bewaakt de gespreksfasen. De bijeenkomsten duren anderhalf tot twee uur.

Gespreksmentoren

Ter ondersteuning van de intervisiesessies zijn er binnen Reinier de Graaf negen gespreksmentoren opgeleid. Voorheen hadden zij een consulterende rol, maar dit jaar bezoeken zij alle groepen. Gynaecoloog Kitty Kapiteijn is een van hen: 'De intervisie verloopt via een bepaald proces: iemand brengt een casus in,



*‘Ik geloof echt
in de kracht van
de groep’*

de aanwezigen stellen vragen ter verduidelijking, en zo leg je als het goed is de kern van een probleem of vraag bloot waardoor de deelnemers tot een dieper inzicht komen. Artsen zijn getraind om snel tot een plan van aanpak te komen. Bij intervisie werkt dat niet. Het gaat er juist om dat je gezamenlijk een probleem verkent, een situatie inzichtelijk maakt en zo tot de essentie komt. Als gespreksmentor probeer ik de rem er een beetje op te zetten, nodig uit om iets nader toe te lichten, en stel vragen als: Is dit waar het om gaat? ►



‘Als gespreksmentor heb ik een vertrouwensrol’

Hebben we het probleem goed te pakken? Soms moet je wat meer schillen rondom de casus afpellen om de kern te onthullen.’ Kapiteijn benadrukt dat een oplossing of inzicht uit de persoon zelf moet komen. ‘Anderen kunnen je een spiegel voorhouden, maar ze kunnen jou niet vertellen wat je moet doen. Dat roept alleen maar weerstand op.’

360-graden feedback

Ook de 360-graden feedback maakt deel uit van de intervisie. De Boo: ‘De bedoeling is dat alle medisch specialisten eens per twee jaar feedback vragen uit hun omgeving aan de hand van een *web based* vragenlijst die we daarvoor hebben ontwikkeld. De regel is dat je minimaal zeven mensen benadert. Dat kunnen vakgenoten zijn, verpleegkundigen, balie medewerkers...

Je mag dat zelf bepalen.' 'In theorie kun je dus de mensen uitzoeken van wie je positieve feedback verwacht', vult Kapiteijn aan. 'Maar het is natuurlijk interessanter om uit je comfortzone te komen en buiten je veilige kring te treden. Dan hoor je nog eens iets nieuws.'

De feedback levert waardevolle input op om te bespreken in de intervisiegroepen. De Boo: 'Stel, je krijgt terug dat je altijd zo gehaast bent en daardoor nauwelijks aanspreekbaar. Binnen de intervisie kun je vertellen hoe je dat zelf ervaart. Anderen kunnen vragen stellen en eigen ervaringen delen. Die gezamenlijke reflectie geeft meer inzicht in de achtergrond van het gedrag en biedt vaak nieuwe aanknopingspunten voor persoonlijke ontwikkeling.'

De uitkomsten van de feedback en de bespreking daarvan tijdens intervisie verwerken de medisch specialisten in hun persoonlijk ontwikkelingsplan. Ze geven aan hoe ze ermee aan de slag willen en bij een volgend intervisiemoment komen de deelnemers daarop terug.

Veilige context

Gehaast zijn, timemanagement en functioneren onder hoge druk zijn onderwerpen die vaak onder het vergrootglas liggen bij intervisie. Ook omgaan met perfectionisme is een terugkerend thema. 'Veel medisch specialisten hebben de neiging de lat erg hoog te leggen en kunnen hun werk moeilijk loslaten', verklaart De Boo. De meeste onderwerpen die worden ingebracht liggen op het vlak van samenwerking, organisatie- en communicatievaardigheden en zorg voor jezelf. Soms gaat het ook over medische competenties, zoals het ontstaan van complicaties na een operatie. Kapiteijn is terughoudend over de details die op tafel komen: 'Als gespreksmentor heb ik een vertrouwensrol. De afspraak is dat wat er binnen de intervisie besproken wordt niet naar buiten komt. Een veilige context is juist de kracht van de intervisiegroepen.'

Verrassende inbreng

Deelname aan intervisie is verplicht bij Reinier de Graaf. Nieuwe collega's volgen een introductiecursus waarin ze kennismaken met de intervisiemethodiek, de 360-graden feedback en het persoonlijk ontwikkelingsplan. Kapiteijn: 'Er zijn veel groepen waar het lekker loopt. Tegelijkertijd zijn er nog steeds medisch specialisten die intervisie ervaren als iets wat er ook nog bij moet. In het algemeen pikt de jonge garde het wat makkelijker op dan de oude garde, omdat jonge specialisten tijdens hun opleiding al te maken krijgen met reflectie en intervisie. Hoe mensen reageren op intervisie, hangt vooral af van hun persoonlijkheid. Sommigen vinden het nu eenmaal lastig om zich open en kwetsbaar op te stellen. Toch word ik regelmatig verrast door de geweldige inbreng van collega's van wie ik dat niet zo snel had verwacht.'

Ondersteuning van de Federatie

IFMS valt onder het project Optimaal Functioneren van de Federatie. Kwaliteitsvisitaties, opleiding, bij- en nascholingen, en het voorkomen van disfunctioneren zijn andere onderdelen van dit omvangrijke project. In het visiedocument *Optimaal Functioneren van medisch specialisten* (december 2013) staan meer dan vijftig aanbevelingen waarmee medisch specialisten in de praktijk aan de slag kunnen. In de leidraad IFMS staan handvaten om het individueel functioneren van een medisch specialist te evalueren en verder te ontwikkelen.



Meer informatie over Optimaal Functioneren vindt u op www.demedischspecialist.nl > Thema's > Optimaal Functioneren

Effect op cultuur

Of en hoe de IFMS-aanpak effect heeft op de cultuur binnen de organisatie laat zich moeilijk onderzoeken. Je weet immers nooit of er niet andere invloeden werkzaam zijn, zoals het toenemend aantal jonge specialisten. Wel sluit de aanpak, en ook het intern ontwikkelde programma voor persoonlijk leiderschap, nauw aan bij de ambitie van de ziekenhuisorganisatie. 'We willen een gezonde organisatie zijn die ook op de lange duur overleeft', legt De Boo uit. 'Dat vraagt dat we onderling goed samenwerken en verantwoordelijkheid nemen voor het geheel. Met intervisie helpen we elkaar vooruit.'

De Boo raakte tijdens zijn opleiding tot psychiater zeer vertrouwd met intervisie. 'Bij intervisie maak je als mens contact met elkaar. En dat levert veel op: erkenning en waardering, maar ook zelfkennis, mildheid en meer werkplezier. Ik geloof echt in de kracht van de groep.' 'Met zijn enthousiasme haalde hij mij in 2011 over om gespreksmentor te worden', vertelt Kitty Kapiteijn. 'Alle medisch specialisten doen extra taken naast hun werk als arts. Dit is iets dat bij mij past. Ik zie heel erg de toegevoegde waarde ervan voor individuen én voor het ziekenhuis als geheel. Bovendien sluit het begeleiden van intervisie mooi aan bij mijn functie als co-assistentenbegeleider en plaatsvervangend opleider.'

Nieuwe dynamiek

Ondertussen gaat de ontwikkeling van IFMS door bij Reinier de Graaf. Maarten de Boo: 'Dit jaar rollen we de 360-graden feedback uit in de organisatie en begin 2016 gaan we dat evalueren. Verder denken we erover na om artsen in tijdelijke dienst en aios te gaan betrekken bij IFMS. Ook het idee om bij intervisie de vakgroepstructuur los te laten en medisch specialisten door elkaar te husselen zou een nieuwe uitdaging kunnen zijn. Daarmee creëer je weer een hele nieuwe dynamiek.' ●



Cursussen

START 7 SEPTEMBER

MANAGEMENT VOOR MEDICI **Nog enkele plaatsen!**

Voor alle medici met de ambitie om serieus werk te maken van hun parttime functie als medisch manager of bestuurder, biedt de Academie samen met de Universiteit van Tilburg voor de 21e keer deze postdoctorale leergang aan. Een afwisselend programma op hoog niveau. Met een reeks topdocenten onder begeleiding van een ervaren ziekenhuisbestuurder.

Plaats: Veluwe **Prijs:** leden Federatie/LAD én VvAA: € 9.750,-, niet-leden: € 10.150,- (exclusief verblijfskosten)
Duur: 8 keer 2 dagen met overnachting

START 10 SEPTEMBER

ZIEKENHUISFINANCIËN – OOK VOOR UW MSB

In deze interactieve en praktijkgerichte leergang komen alle aspecten van ziekenhuisfinanciën aan de orde. Met veel ruimte voor actuele ontwikkelingen zoals het financieel beleid van MSB's. Maar beslist niet minder relevant voor specialisten in loondienst! Onder begeleiding van Jaap Doets, senior-adviseur VvAA, en met een aantal gastdocenten.

Plaats: Utrecht **Prijs:** leden Federatie/LAD én VvAA: € 3.395,-, niet-leden: € 3.695,- **Duur:** 6 keer middag + avond

START 17 SEPTEMBER

BASICS VAN MANAGEMENT EN BELEID

Dit programma biedt een beknopte inleiding in de belangrijkste elementen van het medisch management: organisatie ziekenhuis en staf, management van de vakgroep, kwaliteit en logistiek, ziekenhuisfinanciën en onderhandelen. Een must voor elke medisch specialist die hierin (nog) geen scholing heeft gevolgd.

Plaats: Zeist **Prijs:** leden Federatie/LAD én VvAA: € 1.645,-, niet-leden: € 1.995,- **Duur:** 3 keer middag + avond

Meer informatie en inschrijving:

www.academiemedischspecialisten.nl

De Academie voor Medisch Specialististen is opgericht door de Federatie, VvAA en iBMG en biedt scholing voor medisch specialisten, andere leden van medische staven, professionals in de ggz en aios op alle competentiegebieden anders dan het medisch handelen zelf. Alle cursussen zijn geaccrediteerd door ABAN.



Agenda

7 OKTOBER

RODE HOED SYMPOSIUM: MEDISCH SPECIALIST 2016

Op het jaarlijkse Rode Hoed Symposium in Amsterdam worden de belangrijkste actuele onderwerpen binnen de medisch-specialistische zorg gepresenteerd en toegelicht door toonaangevende Nederlandse beleidsmakers. Sprekers zijn onder meer Edith Schippers (VWS), Ronnie van Diemen (IGZ) en Frank de Grave (Federatie Medisch Specialisten). De dag wordt geopend door Chella van der Post, voorzitter De Jonge Specialist.

www.congresscompany.nl

26 NOVEMBER 2015

MSB, BETER MAKEN EN BESTUREN COMBINEREN

Sinds de invoering van de integrale bekostiging op 1 januari 2015 zijn Medisch Specialistische Bedrijven ingericht, is de samenwerking met de raad van bestuur veranderd en de positie van medisch specialisten verstevigd. Welke hobbels zijn genomen en wat is er geleerd? Mogen we stellen dat de invoering van de integrale bekostiging een succes is of juist niet? Tijdens het congres 'Beter maken en besturen in het ziekenhuis' geven medisch specialisten, bestuurders en andere deskundigen antwoord op deze vragen.

www.zorgvisiecongressen.nl

4 DECEMBER 2015

AIOS UPGRADE

Op 4 december organiseert De Jonge Specialist (DJS) samen met de LAD, de Federatie Medisch Specialisten en de VvAA de jaarlijkse AIOS Upgrade: het congres voor alle aankomende medisch specialisten! Op deze dag kunnen aios diverse workshops volgen over onder andere financiering van de zorg, goodwill, werken in dienstverband, timemanagement en omgaan met een klacht.

Het thema dit jaar is eHealth: H@ck your Healthcare! De AIOS Upgrade vindt plaats in het IJsseldelta Center in Zwolle. Voor DJS-leden is de dag gratis.

www.dejongespecialist.nl/aiosupgrade

De complete agenda voor het najaar vindt u op:

www.demedischspecialist.nl/agenda.

KWF Kankerbestrijding gelooft in de dag dat niemand meer hoeft te sterven aan kanker.

Die dag die komt. We weten alleen nog niet wanneer. Wat we wel weten is dat we samen deze dag dichterbij kunnen brengen. Daarom vragen we iedereen om ons mee te helpen. Ook jou. Want alles wat we doen is weer een stap dichterbij. Dichter bij nog meer kennis, nieuwe successen, betere behandelingen. Dichter bij die ene dag, de dag dat we kanker verslaan. **Kijk wat jij kunt doen op kwf.nl.**

Samen komen we steeds dichterbij

KWF
KANKER
BESTRIJDING



ADOPTEEER EEN PUP



EN HELP 'M BLINDENGELEIDEHOND WORDEN.



WWW.ADOPTEEREENPUP.NL





VOLVO V60 CROSS COUNTRY PUUR AVONTUUR

Geniet van een intense rijervaring op elke weg. Met het robuuste design, de krachtige motoren en de extra bodemvrijheid gaat de V60 Cross Country geen uitdaging uit de weg. Uiteraard is deze karakteristieke Volvo standaard rijk uitgerust en herkenbaar aan z'n exclusieve design-elementen zoals Glossy Black raamomlijsting en grille in Dark Grey honinggraat design.

VOLVO V60 CROSS COUNTRY
VANAF € 40.495 | LEASE VANAF € 699 P/M

20%

**ONTDEK HEM ZELF EN MAAK EEN PROEFRIT
BIJ DE VOLVO-DEALER**

VOLVOCARS.NL

