

de Medisch Specialist

APRIL 2016
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

1

GATEN IN HET ROOSTER

In de knel door individualisering opleiding

DEAL!

Geheimen van goed onderhandelen

ARTSEN OVER PAPIERWERK

Lusten en lasten van registraties

Klinisch geneticus Eva Brilstra:

‘Dit vak is dynamisch, booming en nooit saai’



CONGRES

INDIVIDUALISERING OPLEIDINGSDUUR:

*wat betekent dit
voor jou?*

DONDERDAG 26 MEI 2016 | 15.30 – 21.00 UUR | FORT VOORDORP, GROENEGAN

De individualisering van de opleidingsduur is in volle gang. Dat vraagt heel wat van jou als opleider, aios, of bestuurder. Hoe maak je de verschillende leerroutes mogelijk? Hoe regel je dat de zorgcontinuïteit gewaarborgd blijft?

Op dit congres krijg je antwoorden op praktische vragen, een kijkje in de toekomst, resultaten en tips om de individualisering verder vorm te geven in jouw opleiding en ziekenhuis.

Het programma richt zich op opleiders, aios en bestuurders. Ook onderwijskundigen, leerhuismanagers en OOR-coördinatoren zijn van harte welkom.

Dagvoorzitter: *Marianne Ten Kate-Booij,*
voorzitter Raad Opleiding Federatie Medisch Specialisten



Voor meer informatie en inschrijven zie:
www.demedischspecialist.nl/congresindividualisering

Wat wil jij leren tijdens dit congres?
Maak een keuze uit de volgende workshops:

- Het landelijk opleidingsplan in beweging
- EPA's in de opleiding
- De praktijk van het bekwaam verklaren
- Individualiseren en bedrijfsvoering: gaat dat samen?
- Het opleidingsgesprek
- Portfolio anno 2016: wat moet er anders?
- EVC: hoe verzilver je dat in de praktijk?
- Hoe ziet het ideale ziekenhuis eruit?
- Aios in de regio

FUNCTIONELE ACHTERUITGANG

POLYFARMACIE

KWETSBAARHEID

VERWARDHEID

COMPLEXE BESLUITVORMING

Leer meer over de kwetsbare oudere patiënt

Op 23 mei 2016 starten deze online courses:

10
accreditatie-
punten
ABAN



Ouderen in het perioperatieve proces

m.m.v. prof. dr. Harry van Goor en vele experts in ouderenzorg



Beschouwende diagnostiek & behandeling bij ouderen

m.m.v. prof. dr. Yvo Smulders en vele experts in ouderenzorg

Aanmelden & meer informatie: www.knmg.nl/projectouderenzorg

“Ik kan kwetsbaarheid nu veel beter inschatten”

Reacties van deelnemers:

“We volgen de cursus met de hele groep, dat maakt het rendement veel groter”

“Tijdsinvestering is prima te doen”

“De cursus leert je op een systematische manier te kijken naar de kwetsbare oudere patiënt”

OUDERENZORG
IN DE OPLEIDING **CGS** knmg

Ontwikkeld door het CGS-project **Ouderenzorg in de vervolgopleiding**, in samenwerking met opleiders, aios en experts in de ouderenzorg.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

Aanbevolen door de
Federatie Medisch
Specialisten

In dit nummer



11 OPLEIDEN

Opgeleid worden voor het leven

Aios stellen voor een groot deel hun eigen opleiding samen. Daarin komt steeds meer ruimte voor het ontwikkelen van individuele talenten en ambities. Hoe doen ze dat in de Opleidings- en Onderwijs Regio Oost-Nederland (OOR-ON)?

8 KWALITEITSVISITATIE

Een frisse blik van buitenaf

Naast collega's vanuit de wetenschappelijke vereniging schuift steeds vaker ook een niet-medisch specialist als extern deskundige aan bij de verplichte kwaliteitsvisitaties. Wat voegt zo'n blik van een buitenstaander toe?

15 ONDERHANDELEN

Tips, trucs en valkuilen

Medisch specialisten zitten steeds vaker om de tafel met de ziekenhuisdirectie, de zorgverzekeraar en de medische staf. Dan is goed kunnen onderhandelen van groot belang.

18 FEDERATIEPARTNER IN BEELD

Vakgebied in de groei: klinische genetica

De klinische genetica is een vakgebied dat door medische ontdekkingen en technologische vooruitgang een snelle groei doormaakt, vinden klinisch genetici Margreet Ausems en Eva Brilstra van het UMC Utrecht.

22 KWALITEITSREGISTRATIES

Steeds meer vastleggen

Veel medisch specialisten hebben het gevoel te verdrinken in het toenemende papierwerk van registraties die de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk moeten maken. Schieten de kwaliteitsregistraties hun doel voorbij of komt al die informatie de zorg vooral ten goede?



27 MENSEN VAN DE FEDERATIE

Eén loket voor alle vragen

Het KDC is een krachtenbundeling van de Federatie en de LAD. Elke medisch specialist kan hier terecht voor vragen, advies en ondersteuning. Manager Adriaan Taselaar van het KDC over hoe één plus één meer dan twee kan worden.

EN VERDER

- 6 Specialisten enthousiast over '3 goede vragen'
- 7 Gaten in het rooster
- 14 Financiële strop door pensioenaftopping
- 26 Doorpakken dankzij het MSB

RUBRIEKEN

- 21 Bestuurscolumn: Robert Sie
- 30 Drie vragen aan... Erik Heineman



1 De Medisch Specialist bestaat nu één jaar. De redactie is benieuwd in hoeverre het magazine aansluit bij uw wensen en informatiebehoefte. Binnenkort ontvangt u daarom per mail een uitnodiging voor een lezersonderzoek. Wij hopen dat u hieraan wilt meewerken, want wij hechten veel waarde aan uw mening. Zo kan de redactie het tijdschrift blijven verbeteren.

COLOFON
jaargang 2, april 2016

Uitgave

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

Redactie

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

Redactionele adviesraad

Paul Algra, radioloog, Medisch Centrum Alkmaar | Mariëlle Bartholomeus, neuroloog, Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Jochen Bretschneider, KNO-arts, VU medisch centrum Amsterdam | 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) | Marcel Vonk, psychiater, Pompestichting Nijmegen | Frederiek Voskens, directeur en conceptontwikkelaar PodiumT, Kerst de Vries, klinisch geriatr, MC Slotervaart, Amsterdam
Vanuit bestuur Federatie Medisch Specialisten: vicevoorzitter Huib Cense, chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis Beverwijk / Medisch Centrum Alkmaar

Medewerkers aan dit nummer

Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel, Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk, Selma Lagewaardt, Serge Ligtenberg, Dana Ploeger, Anna Prent, Stijn Rademaker, Job Jonathan Schlingemann en Elmer Spaargaren

Fotografie cover: Sebastiaan ter Burg

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 2016.
ISSN 2451-9952

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

Vernieuwing

Plannen, projecten en proefballonnen. In de zorg wemelt het van de nieuwe initiatieven, sprankelende innovaties en 'slimme' besparingen. De grote vraag bij al deze veranderingen: levert het werkelijk resultaat op, en zo ja: op welke manier komt dat ten goede aan zorgverlener en patiënt?

Neem de 3 goede vragen, waarin de Federatie gezamenlijk optrekt met patiëntenfederatie NPCF om op een praktische manier invulling te geven aan het abstracte begrip 'samen beslissen'. Drie vragen aan bod laten komen tijdens het consult blijkt patiënten het gevoel te geven meer inzicht te hebben in hun eigen keuzemogelijkheden. In ziekenhuis Bernhoven is het concept inmiddels ziekenhuisbreed omarmd. Kinderarts en kartrekker Inge Blokzijl vertelt u op de volgende pagina wat hen dat oplevert.

Soms duurt het langer voordat pluspunten van een verandering zichtbaar zijn. De inrichting van het MSB bijvoorbeeld. In Alkmaar plukken ze er al de vruchten van, en op pagina 24 leest u op welke manier. Nog een voorbeeld: het toevoegen van een extern deskundige aan de kwaliteitsvisite. Wat daar de meerwaarde van is, vroegen we aan een gevisiteerde, visiteur én extern deskundige, na afloop van een visitatie bij de vakgroep klinische geriatrie van het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond.

Tot slot: lees vooral ook de nieuwe rubriek *Drie vragen aan*. Een bijzonder interview met Erik Heineman, de nieuwe voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, over gezamenlijk optrekken en welke verandering in ons denken daarvoor nodig is. Kortom, laat u met dit nummer inspireren tot vernieuwing. Ik wens u veel leesplezier!



Frank de Grave
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

‘Die drie vragen sluiten perfect aan op onze visie’

Met een ziekenhuisbrede aanpak maakt Bernhoven stevig werk van de ‘3 goede vragen’ van de Patiëntenfederatie NPCF en de Federatie. Het uitgangspunt van de medisch specialisten: persoonlijke omstandigheden bepalen de keuze van de patiënt voor een bepaalde behandelstrategie. ‘Die kan per patiënt verschillen, ook al zijn de klachten hetzelfde.’

Met posters, informatiekaarten en op de wachtkamer-tv is overal in Bernhoven, ziekenhuis in de regio Oss-Uden-Veghel, aandacht voor de ‘3 goede vragen’: wat zijn mijn mogelijkheden, wat zijn de voor- en nadelen van die mogelijkheden, en wat betekent dat in mijn situatie.

Het instrument, ontwikkeld om patiënten en medisch specialisten te ondersteunen bij samen beslissen, kon meteen rekenen op organisatiebrede steun. ‘Die drie goede vragen passen bij de visie van Bernhoven als mensgericht ziekenhuis’, vertelt kinderarts Inge Blokzijl. ‘Het sluit perfect aan bij de wens van de medisch specialisten die hier werken, om de patiënt te betrekken bij diens behandeling. Alle collega’s onderschrijven het concept ten volle: wij zijn ervan overtuigd dat de patiënt hier beter van wordt, en de dokter ook.’

Dialogoog

Dat is de reden om voortvarend aan de slag te gaan met het 3 vragen-instrument. ‘Alle artsen in ons ziekenhuis informeren de patiënt al zo volledig mogelijk’, aldus Blokzijl. ‘Maar wij zijn op zoek naar de dialoog om samen tot keuzes komen. Daarom hebben alle medisch specialisten een communicatietraining gevolgd. Hoewel veel specialisten zeggen dat zij de vragen allang bespreken met patiënten, laat de praktijk vaak toch iets anders zien, en het kan altijd beter.

Met de trainingen is iedereen weer even met de neus op de feiten gedrukt en is de kennis opgefrist.’

Verder krijgt de hele medische staf de komende drie maanden een evaluatie. Blokzijl: ‘Dat gebeurt middels een *buddy*: een getrainde communicatieprofessional die de consulten observeert en beoordeelt of de drie vragen voldoende aan bod komen. Na het consult bespreekt de buddy zijn bevindingen met de specialist. De specialisten kunnen ook kiezen voor een consult in beeld, waarbij het gesprek via een opname wordt teruggekeken en geëvalueerd.’

Toekomstbestendige zorg

Bovendien is uit elke vakgroep een medisch specialist aangesteld als kartrekker. ‘Deze enthousiastelingen heb je nodig om de twijfelaars mee te krijgen’, vertelt Blokzijl. De aanpak slaat aan: uit de eerste patiëntenenquête blijkt dat 75 procent van de patiënten vindt dat de dokter alles voldoende heeft uitgelegd en dat er sprake is van samen beslissen in de spreekkamer. Toch moeten specialisten het project niet alleen dragen, vindt Blokzijl. ‘Zo betrekken we al actief zorgverzekeraars, huisartsen en patiënten. We hebben drukbezochte informatieavonden georganiseerd en binnenkort krijgen patiënten speciale trainingen over de drie goede vragen. Samen beslissen is de sleutel tot toekomstbestendige zorg.’ DP

Campagne Samen Beslissen

De NPCF en de Federatie ontwikkelen een campagne om bij zowel patiënten als specialisten Samen Beslissen aan te moedigen. Naar verwachting gaat deze campagne eind mei van start. Lees meer op:

 www.demedischspecialist.nl/onderwerp/samen-beslissen



Bij de dokter?
3 goede vragen

Wat zijn mijn mogelijkheden?

Wat zijn de voordelen en nadelen van die mogelijkheden?

Wat betekent dat in mijn situatie?

Voor meer informatie: www.3goedevragen.nl

Initiatief van:  Patiëntenfederatie NPCF
 Federatie Medisch Specialist

 Meer informatie over de 3 goede vragen vindt u op: <http://3goedevragen.nl>

Door individualisering opleiding

Gaten in het rooster

De individualisering van de opleidingsduur heeft consequenties voor de opleiding en het onderwijs, maar ook voor de dagelijkse bedrijfsvoering van een ziekenhuis. Tijdens het congres *Individualisering Opleidingsduur: wat betekent dit voor jou?* spreekt bestuursvoorzitter Ate van der Zee van het Universitair Medisch Centrum Groningen over hoe daarmee om te gaan.

Hoe merkt u de impact van het individualiseren van de opleidingsduur?

‘Opleiders en afdelingen in het ziekenhuis werken sinds jaar en dag met algemene opleidingsprogramma’s. Voorheen wist een opleidingsgroep exact hoeveel aios er voor een bepaalde periode kwamen, welke competenties zij moesten opdoen en wanneer ze weer doorgaan naar een volgend ziekenhuis. Tegenwoordig kan een aios zelf beslissen om zijn opleidingstraject aan te passen, te vervroegen, uit te stellen of zelfs niet te komen.’

Wat zijn hiervan de consequenties?

‘We werken met strakke opleidingsschema’s en als iemand uitvalt, merk je dat meteen. Helemaal wanneer het een kleine opleidingsgroep betreft. Daarbij zijn aios – zeker de ouderejaars – vaak prima in staat zelfstandig een poli te draaien. Daar houdt het ziekenhuis in de roosters en verdeling van personeel rekening mee. Het is nu bijzonder lastig daar beleid op te voeren.’

Wat is uw grootste zorg aangaande dit thema?

‘Ik heb het idee dat de medische opleidingen sterk focussen op de aios als individu. De aios als onderdeel van het reilen en zeilen van het ziekenhuis dreigt daarbij op de achtergrond te raken, maar een opleidingsziekenhuis is een bedrijf waar je als aios ook aan deelneemt. Je kunt niet hele afdelingen voortdurend laten reageren op de individuele belangen van één of twee aios. Individualisering is



Ate van der Zee van het Universitair Medisch Centrum Groningen

prima, maar een afdeling moet wel weten waar aan toe te zijn. Veel wisselingen zorgen voor weinig continuïteit in een team, terwijl juist die samenwerking unieke leermomenten oplevert.’

Hoe wilt u dit probleem oplossen?

‘Sommige bestuurders pleiten voor een aios-vrije bedrijfsvoering, maar dat vind ik niet reëel. Als aios alleen maar toevoerder mogen zijn, genieten zij niet van een optimale leeromgeving. Ik denk dat aios ruim van tevoren moeten bedenken wat ze willen en waar ze dat willen. Als ziekenhuis bied je een mooi opleidingsklimaat, dan mag je daar enige duidelijkheid voor terug verwachten om goed te kunnen plannen. Als we aios willen opleiden in leiderschapskwaliteiten, wat iedereen tegenwoordig een belangrijk onderwerp vindt, dan hoort daar ook bij dat zij hun verantwoordelijkheid nemen. Daar mogen we aios op aanspreken.’ DP

Op donderdag 26 mei organiseert de Federatie het congres *Individualisering Opleidingsduur: wat betekent dit voor jou?*. Dit congres voor opleiders en aios vindt plaats in Fort Voordorp te Groenekan en wordt mede mogelijk gemaakt door het samenwerkingsproject Specialistenopleiding Op Maat.

Aanmelden kan via: www.demedischspecialist.nl/congresindividualisering

Kwaliteitsvisitatie met een extern deskundige

Frisse kijk op vanzelfsprekendheden

Naast collega's vanuit de wetenschappelijke vereniging schuift steeds vaker ook een niet-medisch specialist als extern deskundige aan bij de verplichte kwaliteitsvisitaties. Maar wat voegt zo'n blik van een buitenstaander eigenlijk toe? De Medisch Specialist vroeg het aan drie betrokkenen bij de kwaliteitsvisitatie van klinisch geriaters in het Elkerliek ziekenhuis te Helmond.

De extern deskundige

'Als outsider kun je iets wezenlijks bijdragen'

Aart Hendriks is hoogleraar gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden en coördinator gezondheidsrecht bij artsenfederatie KNMG. Daarnaast is hij lid van de adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van de Federatie. Dit was de eerste keer dat hij als extern deskundige aan een visitatie meewerkte.

'De extern deskundige bij de kwaliteitsvisitatie heeft de frisse blik van een buitenstaander en is goed voor de eenheid in visiteren, want hij komt bij verschillende medisch-specialistische disciplines over de vloer. Omdat ik vanuit de KNMG al langere tijd lid ben van de adviescommissie Kwaliteitsvisitatie, vond ik het interessant om zelf aan een visitatie deel te nemen.

Het dagprogramma is vol en strak georganiseerd. Je kunt het programma niet aanpassen om, op basis van wat je hoort, met nog iemand anders te praten of ergens wat dieper op in te gaan. Dat vond ik jammer, maar anderzijds voelt iedereen daardoor de urgentie om snel tot de inhoud te komen. De artsen kijken daarbij vanuit de klinisch-geriatrische praktijk, terwijl mijn insteek die van de jurist is. Zo heb ik gevraagd naar hoe processen en samenwerkings-

afspraken op papier geregeld zijn, en of het altijd duidelijk is wie de hoofdbehandelaar is omdat klinisch geriaters met veel andere behandelaars samenwerken.

De sfeer is uiteraard van groot belang. Je moet vrijuit met elkaar kunnen praten, anders werkt het niet. Mooi vond ik hoe eigenlijk vanzelf de juiste toon werd gevonden. De teneur was: we zijn hier om te kijken naar verdere verbetering en ontwikkeling. Er was vertrouwen en openheid en mijn aanwezigheid voelde op geen enkel moment als een probleem. Anders dan bijvoorbeeld een werkbezoek brengt de visitatie een bepaalde diepgang met zich mee. Mijn indruk is dat ik daaraan als outsider iets wezenlijks heb kunnen bijdragen. Ontzettend fijn dat de vakgroep zich daarvoor openstelde. En wat mij betreft voor herhaling vatbaar.'



De visiteur

‘Het laat zien dat wij ook blinde vlekken hebben’

Ellen Elbrecht is klinisch geriater in het Deventer ziekenhuis, voorzitter van de visitatiecommissie van de Nederlandse Vereniging voor Geriatrie (NVKG) en lid van de adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van de Federatie. Jaarlijks doet zij zo’n drie visitaties.

‘De visitatie is een goed middel om elkaar te helpen verbeteren. Je maakt pas op de plaats en denkt gezamenlijk na over wat beter kan en wat daarvoor nodig is. Het is inspirerend om te zien hoe anderen iets aanpakken; goede ideeën kun je delen binnen de vereniging en structurele knelpunten kun je landelijk oppakken.

De maatstaf om de kwaliteit van zorg te bespreken, is onze richtlijn Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). Geriaters hebben een breed werkveld en werken heel multidisciplinair. Die aspecten krijgen dan ook veel aandacht tijdens de visitatie. Gedurende de dag zien we een hele trits mensen: naast de vakgroep zelf spreken we met de raad van bestuur, het stafbestuur, collega-specialisten, verwijzers, verpleegkundigen en paramedici. Om ons vooraf al een beeld te kunnen vormen, starten we vanaf volgend jaar met een digitaal

visitatieformulier dat de gesprekspartners vooraf kunnen invullen.

Hoewel ik van mening ben dat medisch specialisten prima elkaars werk kunnen beoordelen, vind ik de aanwezigheid van een extern deskundige een interessante ontwikkeling. De ervaring met Aart Hendriks was heel prettig. Als jurist wilde hij niet alleen weten hoe iets in de praktijk is geregeld, maar ook hoe dat formeel is vastgelegd. Verantwoordelijkheden kunnen wel duidelijk zijn afgesproken, maar wat als je daar onenigheid over krijgt? Met zijn vragen zette hij de vakgroep aan het denken. Dat een extern deskundige op andere zaken let is goed, het laat zien dat wij ook blinde vlekken hebben. We moeten helder krijgen wat we precies verwachten, welke competenties we zoeken en wat de deelname van een extern deskundige oplevert. Daar heb ik nog geen definitief antwoord op.’ ▶



De gevisiteerde

'Zijn vragen geven ons nieuwe inzichten'

Loes van Nuland-van Wolferen is klinisch geriater in het Elkerliek ziekenhuis. De vakgroep in Helmond bestaat uit zes geriaters. De aanwezigheid van een extern deskundige bij de visitatie was voor hen de eerste keer.

'Een jaar geleden is onze vakgroep begonnen met de zelfevaluatie ter voorbereiding op de visitatie. Dat is ruim, maar we wisten dat we in de tussentijd ook de invoering van het EPD voor onze kiezen zouden krijgen. Die zelfevaluatie bracht geen verrassingen aan het licht: we werken conform de regels en eisen die gelden in onze beroepspraktijk.

Wel kwamen we een aantal aspecten tegen die beter geregeld of nauwkeuriger vastgelegd konden worden. Dat waren ook de onderwerpen die terugkwamen tijdens de visitatie. Om een voorbeeld te geven: we zijn een drukke vakgroep en er komt veel op ons af. Dat vereist constant keuzes maken in wat we wel of niet oppakken. De vraag is op basis waarvan je de prioriteiten stelt en dat hebben we nog onvoldoende geformuleerd. Het risico bestaat daardoor dat de vakgroep voortkabbelt in plaats van bewust een koers uitstippelt. Het was goed om daar tijdens de visitatie bij stil te staan en er afspraken over te maken.

De sfeer was open en vertrouwd en de aanwezigheid van Aart Hendriks deed daar niets aan af. De aanwezigheid van een extern deskundige kan onprettig lijken als er zware issues spelen, maar ook heel waardevol zijn. Zo stelde Aart soms vragen over zaken die voor ons zonneklaar lijken. Met mensen vanuit je eigen discipline gebeurt dat niet, omdat je elkaars vaktaal spreekt. Maar juist dat nader toelichten van vanzelfsprekendheden levert nieuwe inzichten op. Wilsonbekwaamheid is bijvoorbeeld een onderwerp waar wij bijna dagelijks mee te maken hebben, zonder dat we hierover afspraken in detail hebben vastgelegd. Het kijken voorbij het vanzelfsprekende maakte zijn inbreng verfrissend en verdiepend.' ●

Experimenteren met externen

Het zou goed zijn als er deskundigen aan de visitatiecommissie worden toegevoegd die op andere competenties geschoold en getraind zijn dan de puur medisch-inhoudelijke. Zo staat het in het visiedocument **Optimaal Functioneren Medisch Specialisten van de Federatie**. Een aantal wetenschappelijke verenigingen experimenteert inmiddels met een extern deskundige.

'Hoewel leden van het visitatieteam zelf ook op niet-medische competenties letten, zoals communicatie, bejegening en samenwerken, verwachten we dat het perspectief van een extern deskundige meerwaarde heeft', vertelt voorzitter Mike Liem van de adviescommissie Kwaliteitsvisitatie van de Federatie. 'Zo iemand kijkt met een andere bril en stelt vragen vanuit een andere invalshoek.'

Steeds meer wetenschappelijke verenigingen werken met een extern deskundige bij de visitatie. Koplopers zijn de cardiologen en de KNO-artsen. 'Het inzetten van een extern deskundige is natuurlijk bedoeld als een middel om de visitaties verder te verbeteren, geen doel op zich', zegt Liem. 'Dit jaar willen we ervaring opdoen en in kaart brengen wat de meerwaarde is van de extern deskundige. Die moet bijdragen aan de kwaliteit van de visitatie.'

De wetenschappelijke verenigingen kunnen zelf bepalen wie ze als extern deskundige bij visitaties betrekken. Liem: 'Wel werkt de adviescommissie Kwaliteitsvisitatie aan een profiel. Zo willen we dat een extern deskundige een hbo- of academisch niveau heeft, complexe informatie kan analyseren en een training in kwaliteitsvisitaties heeft gevolgd.'

Zelf de regie over eigen opleiding

Ingrijpende hervormingen, wetenschappelijke doorbraken en slimme innovaties in de wereld van de zorg volgen elkaar in rap tempo op. Om ook in de toekomst succesvol te zijn als medisch specialist, moeten aios zich niet alleen medisch bekwamen, maar vooral leren hoe zij zich kunnen blijven ontwikkelen.

De zorgsector is continu in ontwikkeling. Nieuw is de snelheid waarmee en de schaal waarop dat gebeurt. Zo nemen de medische mogelijkheden vlot toe, verandert de zorginfrastructuur en hecht de mondige en kritische patiënt van nu een grote waarde aan autonomie en keuzevrijheid. Op die ontwikkelingen, verwachtingen en behoeften moet de moderne medisch specialist weten in te spelen. Hoogleraar interne geneeskunde en opleidingsdirecteur medische vervolgopleidingen Jacqueline de Graaf van het Radboudumc Nijmegen:

‘Aios zijn niet langer alleen medisch expert, maar moeten het hoofd kunnen bieden aan uitdagingen op het gebied van financiering, veiligheid, kwaliteit en bestuur en management. Voor deze zogeheten *adaptive challenges* willen we gereedschap meegeven dat hen in staat stelt te blijven reflecteren op hun rol als medisch specialist én hun leidende positie in het zorglandschap. Wij willen onze aios niet opleiden voor een baan, maar voor hun verdere professionele leven.’

Toekomstbestendige specialist

Niet alleen de zorg, maar ook de opleiding is volop in beweging. Waar aios tot voor kort een kant-en-klaar-opleidingsprogramma volgden gericht op patiëntenzorg, stelt de aios tegenwoordig voor een groot deel zijn eigen opleiding samen. Het curriculum is op individuele leest geschoeid en wordt aangevuld met tal van niet-medisch-inhoudelijke en op persoonlijke ontwikkeling gerichte modules. ▶



‘Je wordt medisch expert, met een aanvullend uniek profiel’



‘Ook kennis van zaken als financiering, veiligheid, kwaliteit, bestuur en management is hard nodig’

In de Opleidings- en Onderwijs Regio Oost-Nederland (OOR-ON), waar het Radboudumc onder valt, zijn aios en opleiders inmiddels samen verantwoordelijk voor het opleiden van de toekomstbestendige medisch specialist. De aios geeft vorm aan het eigen opleidingstraject en de opleider is daarbij coach en begeleider. ‘Je merkt dat de focus in de opleiding is verlegd’, vertelt neuroloog in opleiding Judith van Gaalen: ‘Het zwaartepunt lag eerst op het opleiden tot een medisch expert met een generiek profiel gericht op patiëntenzorg. Nu ligt dat meer op een medisch expert met een aanvullend individueel profiel gericht op specifieke aandachtsgebieden.’

De aios en zijn of haar persoonlijke talenten en interesses staan veel meer centraal. Van Gaalen: ‘Zo participeren aios in commissies, denken ze mee over het afdelingsbeleid en leiden verbeterprojecten. Ook zijn aios vertegenwoordigd in de verschillende bestuurslagen van de organisatie. En tijdens intervisiebijeenkomsten staat niet alleen de patiëntenzorg op de agenda, maar ook de samenwerking met anderen en onze persoonlijke en professionele ontwikkeling. We praten bijvoorbeeld over de vraag hoe we met energie aan het werk blijven in deze drukke periode van ons leven.’

Medisch leiderschap

Een concreet voorbeeld van de vernieuwde focus is de pilot *Medisch leiderschap, op weg naar de onderscheidende arts van de toekomst*. Dit proefproject is begin 2015 in Nijmegen gestart op initiatief van zes aios, waaronder Van Gaalen. ‘Medisch leiderschap is nog onvoldoende in de opleiding ingebed, terwijl die competentie juist belangrijk is om met alle veranderingen om te gaan. Met de pilot, onderdeel van het Radboudbrede project *Energie in verandering* waarin medisch specialisten en aios op een positieve manier aan de slag gaan met alle veranderingen die op hen afkomen, willen we daar iets aan doen.’

In de leergang komen onder meer persoonlijk leiderschap, leren onderhandelen en ziekenhuisfinanciën aan bod. Ook intervisie is een belangrijk onderdeel van het programma. Van Gaalen: ‘Aios bespreken hun persoonlijke ontwikkeling en kunnen aangeven wat zij aanvullend nodig hebben om zich optimaal te ontplooiën. De bedoeling is om de ervaringen uit deze pilot mee te nemen bij de verdere hervorming van de medische vervolgopleiding.’



Uniek profiel

Binnen de opleidingsregio Oost-Nederland werken alle bij de opleiding betrokkenen nauw met elkaar samen: de raden van bestuur van het Radboudumc en de regionale klinieken, de centrale opleidingscommissies, de opleiders en aios in de regio en de onderwijkskundigen. Gezamenlijk zetten zij vaart achter de hervormingen. De Graaf: 'De regionale opleidingscommissie heeft hoofdlijnen ontwikkeld voor de vervolgoopleidingen binnen de regio, waarbij we rekening houden met de al ingezette vernieuwing van het gehele curriculum van medische opleidingen.'

Om de hoofdlijn gestalte te geven, is er binnen de OOR-ON een commissie Profielen ingesteld. Jacqueline de Graaf: 'Deze commissie heeft vier generieke profielen benoemd waarbinnen aios gericht aan de ontwikkeling van hun leiderschapskwaliteiten kunnen werken: Onderzoek en wetenschap, Onderwijs en opleiding, Kwaliteit en veiligheid en Bestuur en management. In een aantal proeftuinen, in zowel het Radboudumc als de regionale ziekenhuizen, krijgen deze profielen nu vorm. Voor elk profiel komt een *toolkit* met specifieke cursussen en praktijkopdrachten. Aios kunnen die gebruiken bij het ontdekken van hun talenten en leiderschapskwaliteiten en ermee experimenteren. Met dit uitgangspunt ontwikkelen aios een uniek profiel.'

Regie nemen

Het doel is uiteindelijk dat aios, als *self directed learners*, de regie nemen over hun opleiding en ontwikkeling.

Federatie steunt proeftuinen

Als penvoerder van het project Realisatie Individualisering Opleiding (RIO) biedt de Federatie Medisch Specialisten financiële steun aan veelbelovende initiatieven die de individualisering in de praktijk bevorderen. Zoals de proeftuinen in OOR Oost-Nederland.

'We kunnen deze steun geven dankzij subsidie van VWS voor het project RIO', vertelt Ramon van den Berg, die namens de Federatie het RIO-project leidt. 'Juist omdat het doel is om de opleiding op individuele leest te versnellen, laten we het aan opleiders en aios om regionale initiatieven te ontwikkelen. We willen hier niet landelijk op sturen.'

Ruimte creëren

De proeftuinen in Oost-Nederland zijn een mooi voorbeeld van hoe je het voor aios aantrekkelijk maakt om sneller door hun opleiding heen te gaan, vertelt Van den Berg. 'Door het reguliere opleidingscurriculum sneller te doorlopen, kunnen zij ruimte creëren voor het individuele gedeelte. Dit geeft aios de mogelijkheid om zich te ontwikkelen in een richting die ze interessant vinden én waarmee ze zich beter kunnen profileren. En dat is weer gunstig voor hun carrière, zeker gezien de wat krappe arbeidsmarkt.'

Een tweede reden om dit initiatief te ondersteunen, is dat het de regionale samenwerking een flinke impuls geeft. 'Het individualiseren van de opleidingsduur betekent per definitie regionalisering van de opleiding', legt Van den Berg uit. 'Een individueel traject kun je nu eenmaal niet in één ziekenhuis aanbieden. De regio Noord-Oost doet het heel goed als het om die regionale samenwerking gaat. Zij pakken de hervorming van de opleiding echt gezamenlijk op. En met de profielen en bijbehorende *toolkits* bieden ze concrete handvatten aan aios om hun opleiding 'op maat' te doorlopen.'

'Zo werken we tijdens de opleiding niet alleen aan onze medische kennis en vaardigheden, maar ook aan persoonlijke profilering', vertelt Judith van Gaalen. 'Tegen de tijd dat we onze opleiding afronden, zijn we medisch specialisten met een onderscheidend profiel en kunnen we ook buiten de grenzen van ons eigen vakgebied een leidende rol spelen. Dit is wat de toekomst van ons vraagt: niet een opleiding die allemaal vergelijkbare artsen opleidt, maar één die individuele medisch specialisten in hun eigen kracht zet.' ●

Dit artikel is een bewerking van een artikel dat is ingestuurd door: Judith van Gaalen (neuroloog i.o.), Lara van den Wijngaart (kinderarts i.o.), Maaike Rekers-Kusters (kinderarts) en Jacqueline de Graaf (hoofdopleider interne geneeskunde en opleidingsdirecteur medisch specialistische vervolgoopleidingen), allen verbonden aan het Radboudumc in Nijmegen.

Pensioenaftopping leidt tot financiële strop

De nieuwe pensioenregels voor medisch specialisten pakken zo desastreus uit dat artsen in dienstverband tienduizenden euro's aan inkomen mislopen. De onderhandelingen over deze pensioenaftopping verlopen uiterst moeizaam.



José Klerks, onderhandelaar vanuit de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

Vanaf 2015 is wettelijk vastgelegd dat er over het bruto jaarinkomen dat boven de 100.000 euro uitkomt, geen pensioen mag worden opgebouwd onder fiscaal gunstige voorwaarden. Naast topambtenaren, rechters, en grote organisaties als DSM, Philips en Shell, hebben bedrijfsartsen, artsen in de gehandicaptenzorg en artsen in dienst bij een umc hier inmiddels een regeling voor getroffen. Zij krijgen het werkgeversdeel van de pensioenpremie volledig en structureel terug van hun werkgever, zodat zij met dat geld zelf hun pensioen verder kunnen regelen. De LAD en de Federatie onderhandelen ook in de algemene ziekenhuizen over de pensioenaftopping. Inmiddels compenseren zes ziekenhuizen hun werknemers.

Zij volgen niet meer de lijn van de NVZ, die maar 53 procent wil compenseren.

Niets geregeld

Voor veel artsen in dienstverband in de geestelijke gezondheidszorg is echter nog niets geregeld; de onderhandeling met GGZ Nederland leverden tot nu toe niets op. 'Bij andere sectoren is het al lang geregeld', reageert José Klerks, onderhandelaar vanuit de LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband) en de Werknemersorganisatie FBZ. Ze is totaal niet te spreken over de onderhandelingen met GGZ Nederland. 'Ik begrijp de vertragende houding van de werkgeversorganisatie niet. Ik heb nog geen juridische onderbouwing gezien die hout snijdt, terwijl er een

verplichting ligt om dit te regelen voor de werknemers.'

Volgens Klerks getuigt het van slecht werkgeverschap dat inkomen waar specialisten recht op hebben niet netjes aan hen wordt terugbetaald. 'Werkgevers en werknemers hebben samen afgesproken bij te dragen aan het pensioen. Veel specialisten realiseren zich niet dat dit hen in totaal tienduizenden euro's gaat kosten. Daarom hameren wij steeds in de onderhandelingen op een eerlijke teruggave van het geld.'

Misgelopen premies

Concreet betekent deze ontwikkeling dat bijvoorbeeld een psychiater van 45 jaar (trede 6) met een jaarsalaris van 117.000 euro bruto op haar 70e ruim 94.000 euro bruto aan niet-ingelegde pensioenpremie mist. Klerks: 'Dat komt omdat ze wordt afgetopt en daardoor jaarlijks pensioenopbouw mist over een deel van haar salaris. In de onderhandelingen geven we steeds aan dat dit werkgeversdeel toebehoort aan de werknemer, zodat die het geld zelf in een pensioenpot kan stoppen of anderszins kan sparen voor het pensioen. We moeten het samen oplossen. Behalve het werkgeversdeel terugstorten kan er gekozen worden voor een netto-pensioenregeling.'

Op 9 maart organiseerde de Federatie samen met de LAD een bijeenkomst waar specialisten zich konden laten informeren over de consequenties. 'Als de onderhandelingen zo stroperig blijven, zien wij geen andere uitweg dan actie te gaan voeren', voorspelt Klerks. 'Het is dan ook belangrijk dat psychiaters en andere artsen in dienstverband hun stem laten horen bij de raad van bestuur en hun krachten bundelen.' **DP**

Goede voorbereiding is het halve werk

Onderhandelen doe je zo

De medisch specialist zit steeds vaker om de tafel met de ziekenhuisdirectie, de zorgverzekeraar en met de medische staf. In complexe situaties waarin de onderlinge belangen verschillen, telt niet alleen het resultaat, maar ook de weg ernaartoe. Goed kunnen onderhandelen is dan van groot belang.

De medisch specialist van nu is in toenemende mate betrokken bij het management van een ziekenhuis. Zo is er per vakgroep minimaal één medisch manager, die steeds meer beleidsmatige vraagstukken voor zijn kiezen krijgt waarvoor onderhandelingsvaardigheden nodig zijn. Denk bijvoorbeeld aan besprekingen over productie, multidisciplinaire samenwerking of contracten. En medisch managers zitten niet alleen met het ziekenhuismanagement en de vakgroep om tafel, maar ook met externe partijen als zorgverzekeraars. 'Er zijn dus behoorlijk wat clubs die aan zo'n medisch manager trekken en allemaal wat willen', zegt teamcoach Wout Raadgers, die namens de VvAA en de Academie voor Medisch Specialisten onderhandelworkshops geeft. 'Meerdere overleggen per dag zijn geen uitzondering. Dat vergt een scala aan gesprekstechnieken.'

Trainer Wout Raadgers:

'Er zijn behoorlijk wat clubs die aan zo'n medisch manager trekken en allemaal wat willen'

Steek tijd in de voorbereiding

Er is een aantal zaken waar de medisch specialist op kan letten als het om onderhandelen gaat volgens Raadgers. Zoals een goede voorbereiding. 'In veel gevallen doet de medisch specialist het management naast zijn primaire taken. Dat betekent dat er relatief weinig tijd wordt gestoken in de voorbereiding van een managementoverleg.' Vaak merkt de specialist de nadelen hiervan pas tijdens dat overleg. ▶



‘Om grote resultaten te boeken, moet je kleine stappen zetten’



Raadgers: ‘Laat ik voorop stellen dat medisch specialisten ontzettend goed kunnen uitleggen waarom iets moet gebeuren. De crux zit ‘m echter in het vervolg: als de directie vrijwel meteen aangeeft dat een – ik noem maar wat – medisch-inhoudelijke innovatie financieel niet haalbaar is, loopt een overleg snel vast. Dat kun je vooraf incalculeren door na te denken over de te nemen hobbels. Hoe kun je aan budget komen? Zijn er volgend jaar wel mogelijkheden? Dreun geen wensenlijstje op, maar vraag door en kijk waar ruimte zit. Als onderhandelaar moet je kunnen en willen laveren.’

Toch kan het ook een valkuil zijn om alles tot in de puntjes voor te bereiden, vertelt Raadgers. ‘Ik heb medisch specialisten gesproken die een investering in medische apparatuur wilden en een complete *business case* schreven. Achteraf bleek alle moeite voor niets. Er was domweg geen geld, en dat had vooraf al duidelijk kunnen zijn. Zonde voor jezelf en je vakgroep, je creëert immers een gigantische verwachting.’ Duidelijke afspraken over wanneer en hoe gedetailleerd je een *business case* maakt, kunnen dergelijke teleurstellingen voorkomen.

Heb geduld

Dat geduld een schone zaak is, blijkt ook op onderhandelingsgebied. Raadgers: ‘Artsen zijn oplossingsgericht. Maar om grote resultaten te bereiken, moet je doorgaans kleine stappen nemen. Neem een fusie tussen twee vakgroepen: medisch-inhoudelijk kunnen specialisten elkaar vaak wel snel vinden, maar zaken als cultuur, administratie, financiën en personeel nemen meer tijd in beslag. In een paar uur red je dat niet, het gaat immers om immense veranderingen. Dat duurt maanden. Wees je daarvan bewust.’

Tot slot is er het contact met de eigen vakgroep. ‘Het is van belang dat een medisch specialist die namens een vakgroep onderhandelt, het onderlinge contact niet verliest. Een medisch manager kan – na een periode van lang onderhandelen – wellicht begrip opbrengen voor wat er wel en niet mogelijk is vanuit de directie. Maar de vakgroep heeft dat proces niet meegekregen en baalt vervolgens van het resultaat. Geef collega’s daarom op zakelijke toon inzicht in hoe complex onderhandelingsgesprekken kunnen zijn en maak duidelijk wat er wel mogelijk is. Het wordt niet altijd zo



gezien, maar ook het betrokken houden van de vakgroep is een vorm van onderhandelen.'

Breek het ijs

In zijn carrière als teamcoach heeft Raadgers de nodige successen voorbij zien komen. 'Een aantal jaar geleden was er een groep specialisten die behoefte had aan meer vierkante meters. Het ziekenhuis had één ruimte beschikbaar, maar deze was bestemd voor een andere vakgroep. De specialisten zochten de discussie met de raad van bestuur niet op, maar gingen in gesprek met de betreffende vakgroep. Ze hadden vlot een deal en gingen vervolgens samen naar het bestuur.' Een mooi voorbeeld van informeel onderhandelen, vertelt Raadgers. 'Bij onderhandelen denk je vaak aan formele gesprekken. Je kunt echter ook op informeel vlak tot een resultaat komen. Dat kost tijd, maar wil je de bereidheid van een andere partij vergroten, dan moet je die partij ook de gelegenheid geven om jou beter te leren kennen. Soms moet je het ijs breken om tot de beste resultaten te komen.' ●

Tops en flops

Wat werkt wel en niet in de praktijk? Twee bestuursvoorzitters delen hun do's en don'ts.

'Zorg dat iedereen medestander is'

Rob Dillmann is voorzitter van de raad van bestuur van het Isala te Zwolle.



'Je ziet vaak dat er in termen van tegenstanders wordt gesproken als het om onderhandelen gaat, maar dat is mijns inziens geen goed vertrekpunt. Zorg ervoor dat iedereen een medestander wordt aan de onderhandeltafel. Kijk niet alleen naar wat je zelf wilt bereiken, maar ook naar de doelstellingen van een andere partij.'



'Onderhandelen op een *single issue*. Als je er dan niet uitkomt, loopt het overleg vaak vast. De pensioenafroping bijvoorbeeld, die wordt nu lokaal besproken, terwijl je veel meer alternatieven hebt zodra het aan de landelijke onderhandelingstafel wordt ingebracht. Het brede palet van cao-onderhandelingen geeft immers ruimte om elkaar te vinden en om tot een gezamenlijk resultaat te komen.'

'Bepaal de gezamenlijke doelen'

Marcel Levi is internist en voorzitter van de raad van bestuur van het AMC te Amsterdam.



'De afgelopen cao-onderhandelingen voor de academische ziekenhuizen begonnen uiterst stroef: er was duidelijk ongenoegen over van alles en nog wat bij de vakbonds-vertegenwoordigers. Pas toen we het eens waren over onze gezamenlijke doelen - goede arbeidsomstandigheden voor onze medewerkers en organisaties - waren we er snel uit. De brede samenstelling van ons team hielp daarbij. Sommige mensen waren feitelijk goed op de hoogte, een ander overzag de consequenties van de onderhandelingen en weer iemand anders zorgde voor een plezierige sfeer. Bovendien hadden we een spelverdeler die het proces als geheel in de gaten hield.'



'Het gaat vaak mis als je te snel tot een conclusie wilt komen. Zo kun je denken dat je succesvol hebt onderhandeld over een aangepaste honorering voor een medewerker, terwijl het eigenlijk helemaal niet om het geld ging maar om – bijvoorbeeld – een bevestiging van zijn of haar carrièreperspectief. In dat geval is het eerder behaalde resultaat toch niet bestendig of optimaal. *Jumping to conclusions* is iets wat ik daarom probeer te voorkomen.'

Medisch specialisten in erfelijke en aangeboren aandoeningen

‘Klinische genetica is booming’

Baanbrekend onderzoek, genetische diagnostiek en ethische discussies: de klinische genetica is door medisch-technische ontdekkingen en vooruitgang volop in ontwikkeling. Klinisch genetici Margreet Ausems en Eva Brilstra van het UMC Utrecht vinden juist die elementen zo aantrekkelijk aan hun vakgebied.

De klinische genetica is een relatief jong specialisme dat sinds de jaren 90 een grote vlucht heeft genomen. Door toenemende kennis over en steeds meer nieuwe mogelijkheden van DNA-diagnostiek is het aantal patiënten bij wie erfelijkheidsonderzoek wordt verricht sterk gegroeid, tot ruim 38.000 per jaar in Nederland. ‘We kunnen tegenwoordig zoveel meer voorspellen en familieziektes beter in kaart brengen’, zegt klinisch geneticus Margreet Ausems, hoofd van de sectie oncogenetica bij het UMC Utrecht en gespecialiseerd in erfelijke borstkanker. ‘Twintig jaar geleden zagen we in Utrecht ongeveer honderd patiënten per jaar vanwege kanker. Tegenwoordig ziet ons oncogeneticateam jaarlijks zo’n tweeduizend patiënten.’

Ook bij kinderen met aangeboren afwijkingen of ontwikkelingsstoornissen en patiënten en families met mogelijk erfelijke hartaandoeningen speelt klinische genetica een grote rol. Ausems’ collega Eva Brilstra is specialist neurogenetica en doet genetische diagnostiek bij kinderen met ontwikkelingsstoornissen, zoals een verstandelijke beperking, autisme en ernstige epilepsie. ‘Vroeger was bij deze aandoeningen vaak geen diagnose te stellen, laat staan een passende behandeling aan te bieden. Dankzij de allernieuwste technieken van DNA-onderzoek kunnen we nu via één test het complete pakket van ruim twintigduizend genen in kaart brengen. De consequentie hiervan is dat we veel vaker – in meer dan veertig procent van de gevallen – in een vroeg stadium een diagnose kunnen stellen.’

Bijzondere patiënten

Klinische genetica is een aantrekkelijk en uitdagend vak, vertelt Brilstra. ‘Ik werk met bijzondere patiënten, in wie ik me moet verdiepen om tot antwoorden te komen. Dat is nooit saai. Wij bewegen ons in een *booming* vakgebied.’ Die dynamiek is ook zichtbaar in de werkzaamheden zelf. Wetenschappelijk onderzoek doen, overleggen met andere specialisten, poli’s draaien, labonderzoek duiden. Ausems: ‘Ons oncogeneticateam houdt meerdere poli’s in het umc en ook zijn we regelmatig te vinden in acht regionale ziekenhuizen. Zo bedienen we patiënten uit de wijde omtrek. Daarnaast verwijzen steeds meer specialisten patiënten naar ons. Het is dan ook belangrijk dat wij collega’s informeren over de juiste verwijscriteria – wanneer stuur je iemand door naar een klinisch geneticus? Verder nemen we deel aan multidisciplinaire oncologiebesprekingen om patiënten te identificeren die genetisch onderzoek nodig hebben.’





Klinisch genetici Eva Brilstra (links) en Margreet Ausems van het UMC Utrecht

Wij herkennen de specifieke kenmerken en duiden de familiegeschiedenis. Wij kijken toch met een andere blik, dat is onze meerwaarde.'

Wetenschappelijk onderzoek

Vanwege de razendsnelle ontwikkelingen in de klinische genetica is wetenschappelijk onderzoek van levensbelang. Beide specialisten doen onderzoek – en zouden deze tak nog wel wat willen uitbreiden. Maar ja, het budget is niet toereikend, erkennen beiden. 'Terwijl het nut zo evident is', zegt Ausems. 'Vaak wordt na onderzoek het behandelbeleid aangepast, zoals bij erfelijke borstkanker. Samen met het Antoni van Leeuwenhoek (NKI-AVL) hebben we bijvoorbeeld onderzoek verricht naar de medische en psychologische impact van spoederfelijheidsonderzoek bij borstkanker. Als een vrouw drager is van een mutatie in een borstkankergen (het BRCA1- of BRCA2-gen, *red.*), heeft zij de keuze om een dubbelzijdige borstoperatie te laten verrichten, omdat er een sterk verhoogd risico is om nog een keer borstkanker te krijgen. We ontdekten dat het bij de meeste vrouwen geen extra stress geeft als zij kort na de diagnose en voor de operatie naar een klinisch geneticus worden verwezen. Lange tijd dachten we dat dit belastend zou zijn, maar dat is niet zo; mensen vinden het prettig om snel verwezen te worden. Daarom

'Steeds meer specialisten verwijzen patiënten naar ons'

worden vrouwen met borstkanker nu met spoed naar ons doorgestuurd, zodat we die erfelijke factor kunnen vaststellen. Dat is inmiddels *usual care* geworden. Er zijn geregeld baanbrekende studies; we willen nog ongelooflijk veel meer onderzoeken om de zorg te verbeteren.'

Brilstra werkt veel samen met onderzoekers over de hele wereld. 'Samenwerken en het internationaal delen van informatie is van groot belang. Wanneer we bijvoorbeeld een afwijking in een gen ontdekken dat nog geen bekend ziekte-gen is, kunnen we dat invoeren in internationale databanken. We maken geregeld mee dat een dergelijke afwijking ook in de Verenigde Staten of Engeland is gevonden, waardoor we een nieuw syndroom kunnen vaststellen en de patiënt zekerheid kunnen geven over de oorzaak en diagnose.' ▶



‘Je ontdekt soms ook de aanleg voor ziektes waarvan je anders niets had geweten’

Heftige gesprekken

Voor de betrokken patiënten is de boodschap over een erfelijke aandoening niet altijd even eenvoudig. Dat vraagt veel inlevingsvermogen van de specialisten. ‘Het leven van een gezin met een kind dat zich anders ontwikkelt dan verwacht, staat vaak compleet op zijn kop’, vertelt Brilstra. Ook Ausems voert geregeld emotionele gesprekken met vrouwen die net gehoord hebben dat ze borstkanker hebben en verwezen zijn voor erfelijkheidsonderzoek. ‘Dat zijn heftige gesprekken. Mensen zitten vol vragen, zijn erg geschrokken en maken zich zorgen. Toch brengen we niet altijd slecht nieuws. Soms kun je iemand vertellen dat hij of zij geen drager is van een belastende genmutatie. Dan is het erg belangrijk de familie erbij te betrekken. Vooral als één familielid wel drager is en de ander niet, kan dit ontwrichtend werken. Daarom bieden we gendragers een vervolgspraak aan met een van onze maatschappelijk werkers, om na een aantal weken te vragen hoe het gaat of andere vragen te beantwoorden.’

Ethische discussies

Al deze ontwikkelingen vragen een voortdurende reflectie op het vak en de consequenties voor patiënten. In de beroepsgroep zijn ethische discussies dagelijkse kost. Brilstra: ‘Zeker met die nieuwe test waarbij alle genen in kaart worden gebracht, moet je patiënten goed informeren over de implicaties daarvan. Je ontdekt soms ook de aanleg voor ziektes

waarvan je anders niets had geweten – de zogenoemde bijvangst. Daar praten we veel over. Hoe bed je genetisch onderzoek zorgvuldig in, welke rol heb je als specialist, besef je de reikwijdte van dergelijk onderzoek en wat is de invloed van commerciële testbedrijven op ons vak? Alles komt aan bod.’ Toch maken beide specialisten zich geen zorgen over de ethische aspecten van hun werk. Margreet Ausems: ‘Patiënten zullen in de toekomst steeds sneller weten of ze drager zijn van een DNA-afwijking, maar daar ben ik niet zo bang voor. Wanneer we mensen daar goed in begeleiden, is er juist veel te winnen.’

Waar beide medisch specialisten meer zorg over hebben, is het ontbreken van werkplekken voor hun toekomstige collega's. Werkloze genetici zijn een heikel punt. Eva Brilstra: ‘Het aantal patiënten dat in aanmerking komt voor erfelijkheidsonderzoek, zal meer en meer toenemen. Daarvoor zijn veel klinisch genetici nodig. Maar voor veel jonge klaren zal er geen formatieplaats zijn en dat betekent een groot verlies van kennis en kunde. In dit snel veranderende vak betekent een paar jaar niet werken soms het einde van je carrière. We moeten er als beroepsgroep alles aan doen om jonge mensen binnenboord te houden. Juist zij kunnen als geen ander dit jonge vakgebied toekomstbestendig maken.’



Meer over federatiepartner VKGN (Vereniging Klinische Genetica Nederland) vindt u op: www.vkgn.org

(R)evolutie

'If I had asked people what they wanted, they would have said faster horses', zei Henry Ford al. In een snel veranderende wereld tracht de mens continu de status quo te handhaven. Dit geldt zowel voor hun *milieu intérieur* als het *milieu extérieur*, zijnde hun sociale, maatschappelijke en economische situatie. Zodra een toestand van volledig fysiek, mentaal en sociaal welzijn is bereikt, is dit volgens de huidige definitie van de WHO 'gezondheid'.

Elke verandering vormt daarmee in beginsel een bedreiging. Medisch-specialistische bedrijven (MSB's) hebben dat de laatste maanden aan den lijve ondervonden, zeker als het gaat om beeldvorming. In de media is weinig ruimte voor nuance, en positieve berichten verkopen nu eenmaal niet zo goed als slecht nieuws. Noem de ontwikkeling van MSB's 'tijdrovend en duur', en de media schrijven dat 'ziekenhuisbestuurders tegen MSB's zijn'.

Ook wemelt het in het nieuws van de onduidelijke boodschappen over MSB's. Onderzoeksbureau Tias meent op de stoel van de Belastingdienst te moeten gaan zitten, en beweert in de media dat medisch specialisten geen ondernemers zijn. Het geeft aan dat de beeldvorming rond MSB's wordt bepaald door oud denken en defensief gedrag. Henry Ford had dus gewoon gelijk. Maar zei Darwin niet al: het is niet de sterkste soort die overleeft, noch de meest intelligente; het is degene die zich het beste kan aanpassen.

In de constant in beweging zijnde zorgsector zijn de MSB's de meest recente evolutionaire stap wat betreft medisch-specialistische samenwerking. Minister Schippers noemde de integrale bekostiging 'een mijlpaal in de ziekenhuiszorg, die kan bijdragen aan de kwaliteit, samenwerking en doelmatigheid van de zorg'. Cruciaal is dat MSB's die ambities daadwerkelijk gaan waarmaken en initiatieven ontplooiën waarmee medisch specialisten laten zien dat ze actief deelnemen, verantwoordelijkheid nemen en verantwoording afleggen.

Aan de vooravond van de invoering van integrale bekostiging en de oprichting van MSB's verdedigde Machteld Huber eind 2014 haar proefschrift met een nieuwe definitie van gezondheid: het vermogen zich aan te passen en een eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven. Een definitie die wat mij betreft in lijn is met de 'gezonde' evolutie van de MSB's!

Robert Sie, anesthesioloog en voorzitter Raad Beroepsbelangen van de Federatie Medisch Specialisten

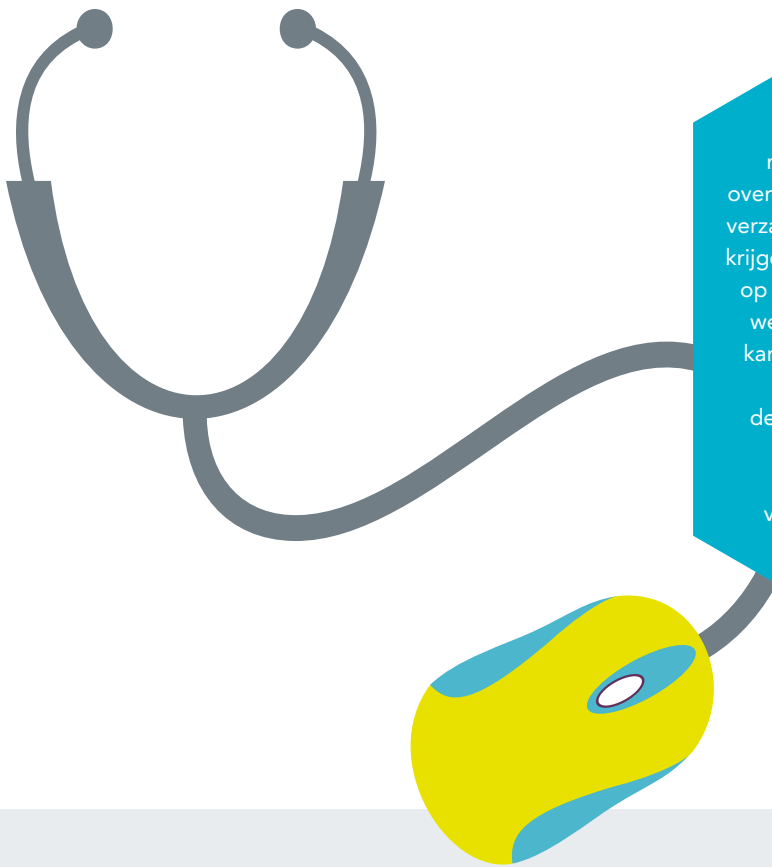


Lusten en lasten van registreren

Kwaliteit meten: tijdrovend maar nuttig

Kwaliteitsregistraties houden de gemoederen flink bezig. Veel medisch specialisten hebben het gevoel te verdrinken in het toenemende papierwerk dat de kwaliteit van de geleverde zorg inzichtelijk moet maken. Schieten de registraties hun doel voorbij of komt informatie verzamelen de zorg vooral ten goede? De Medisch Specialist peilt de meningen.





Wat is kwaliteitsregistratie?

Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, registreren medisch specialisten en andere zorgverleners gegevens over de behandelingen en de uitkomsten. Al deze data worden verzameld, verwerkt en onderzocht om een meetbaar aspect te krijgen van de zorg. Kwaliteitsregistraties richten zich met name op de klinische praktijk, en zijn veelal opgezet door de eigen wetenschappelijke vereniging. De focus van een registratie kan verschillend zijn; het kan gaan om diagnose, verrichting, interventie, medische hulpmiddelen of organisatie van de zorg. Zo ontstaat een beter beeld van het handelen van medisch specialisten en kunnen verbetertrajecten worden gestart. Behalve vanuit de wetenschappelijke verenigingen vragen ook instanties als de Inspectie voor de Gezondheidszorg, het ministerie van VWS, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen om registraties.

‘Gegevens moeten een waarachtig beeld geven’

Ralph So is intensivist en medisch manager van de afdeling Kwaliteit, Veiligheid en Innovatie bij het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht. Hij ziet de meerwaarde van kwaliteitsregistratie, mits de gegevens voldoen aan enkele eisen.

‘In het Albert Schweitzer Ziekenhuis nemen we deel aan 49 van de ongeveer 150 kwaliteitsregistraties die ons land telt. Kwaliteitsregistratie *an sich* vind ik een goed concept, maar je moet wel helder voor ogen hebben welk doel een registratie dient.

Idealiter moeten de gegevens voldoen aan enkele eisen. Ten eerste moeten ze een valide, waarachtig beeld geven van de praktijk. Een medisch specialist denkt wellicht dat zijn zorg tiptop in orde is, maar als de cijfers van mortaliteit en ligduur een ander beeld schetsen, geeft dat te denken. Daarnaast is het belangrijk

te weten met welk ziekenhuis de uitkomsten worden vergeleken. Vergelijken heeft alleen nut als die ziekenhuizen qua opzet, grootte en patiëntenpopulatie op het jouwe lijken.

Kale cijfers

Verder geldt dat een kaal cijfer over bijvoorbeeld ligduur niet zoveel zegt. Pas wanneer je het verhaal erachter onderzoekt en de variaties bekijkt, ontdek je de meerwaarde van registreren. Tot slot is registreren *work in progress*. Je moet weten waar je vandaan komt en of het tot verbetering leidt. Zit er tempo in het traject, zie je verbeteringen, is het systeem

patiëntgericht? Deze punten zijn een redelijke toets voor een systeem waar je daadwerkelijk iets aan hebt.

Als intensivist heb ik de meerwaarde van kwaliteitsregistratie zeker ervaren. Jaren geleden zagen we dat mensen stabiel van de IC naar de verpleegafdeling gingen, en daar soms alsnog stierven. Door de gegevens uit te pluizen, kwamen we op het idee van de *medium care* afdeling, wat de potentieel vermijdbare mortaliteit op de verpleegafdeling en de ongeplande IC-opnames inderdaad deed dalen. Zonder kloppende data kom je niet tot een oorzaak en oplossing. Daarom voeren de intensivisten bij ons zelf alle data in: we willen honderd procent zeker weten dat de juiste gegevens in het systeem komen.’ ▶



Meer informatie vindt u op:
www.demedischspecialist.nl/onderwerp/kwaliteitsmeting

‘Er is een wildgroei aan registraties’

Marc van Tilburg is oncologisch en gastro-intestinaal chirurg in Ziekenhuis St. Jansdal in Harderwijk. Hij is groot voorstander van meten, maar heeft moeite met de steeds zwaardere registratielast.

‘Als chirurgen in Ziekenhuis St Jansdal zijn we al jaren bezig met kwaliteitsregistraties. Ons ziekenhuis is hierin koploper. We doen mee aan alle verplichte metingen en hebben zelf een groot aantal interne registraties opgetuigd. Die geven ons betrouwbare informatie over onder meer complicaties, ligduur, doorlooptijden, decubitus en delier. Elke maand houden we ‘krijgsberaad’ over alle parameters en uitkomsten. Zo zien we of we onze gestelde doelen hebben gehaald en wat nog beter kan. Die bewustwording is belangrijk en zorgt ervoor dat we snel kunnen bijsturen.

Zware last

Registreren staat voor mij gelijk aan

transparantie. Ik merk dat collega’s van andere ziekenhuizen nogal eens bang zijn om hun uitkomsten buitenshuis te bespreken. Die angst voor transparantie is niet terecht, wel invoelbaar. Zeker doordat media de uitkomsten regelmatig onzorgvuldig en ongenueanceerd naar buiten brengen. Dat heeft patiënten wantrouwend gemaakt. Toch kies ik liever voor openheid: ik denk dat het laten zien van onze kwaliteitsmetingen weer vertrouwen geeft. Ik ben dan ook groot voorstander van meten, maar heb wel moeite met de steeds zwaardere registratielast. Wat lastig is, is dat het huidige systeem gevoelig is voor verschillende manieren van interpretatie. Daar zouden

duidelijke, eenduidige normen voor moeten komen.

Waar ik op dit moment echt van wakker lig, is de *overkill* aan registraties. De compleet verschillende normen en kwaliteitseisen die alle partijen stellen, maken registreren compleet onwerkbaar. Je hebt patiëntenverenigingen, zorgverzekeraars, beroepsverenigingen en de inspectie. Allemaal stellen ze andere eisen en normen en verlangen andere data. Hierdoor is registreren ondoenlijk geworden. Ik vind dat onze beroepsvereniging hier paal en perk aan moet stellen. Als inhoudsdeskundige moet die de normen bepalen. Meten doe ik met liefde en plezier, maar dan wel met één maat. Alleen dan is de zorg te verbeteren.’ ●

‘Het slokt nu veel tijd voor patiëntenzorg op’

Giovanni Amoroso is interventie-cardioloog in het OLVG in Amsterdam. Hij vindt dat er nog veel te verbeteren valt voordat kwaliteitsregistraties efficiëntie opleveren.

‘Kwaliteitsregistraties dwingen de medisch specialist te onderzoeken of wat je denkt dat je goed doet, ook daadwerkelijk zo gebeurt. Met die kennis – ondersteund door harde data – kun je de patiëntenzorg verder verbeteren. Verder houden ze je een spiegel voor en geven je als arts inzicht in waar je kunt verbeteren. Zeker omdat collega-artsen meekijken in jouw spiegel.

Het hartcentrum van het OLVG doet mee aan de kwaliteitsregistraties van *Meetbaar Beter*, gericht op hartaandoeningen. Door het inzicht in alle gegevens hebben we naar aanleiding van de uitkomsten ons beleid op sommige punten

aangepast. Bij dotterbehandelingen bij patiënten met nierfunctiestoornissen scoorden wij een gemiddeld tot goed, maar die score wilden we verder verbeteren. Door onze aanpak en *outcome* naast die van andere hartcentra te leggen, kregen we een beter zicht op verbeterpunten. Na enkele maatregelen zijn de mortaliteitscijfers inmiddels verder gedaald. Dat zie ik als positief effect van kwaliteitsregistraties.

Verkeerd uitpakken

Tegelijk schuilt in dat vergelijken ook een gevaar. Wanneer je puur kijkt naar uitkomsten, data en grafieken, levert dat niet altijd een betrouwbaar plaatje op. Het staat of valt met

de juiste duiding en interpretatie. Wanneer al die uitkomsten onder het mom van transparantie op straat komen te liggen, kan dat verkeerd uitpakken. Toch sta ik erachter om de resultaten met vakgenoten te bespreken; juist die inhoudelijke gesprekken leveren veel op. Ik zie het als feedback op mijn eigen kwaliteit.

Het allergrootste nadeel van al die systemen vind ik dat het een groot deel van mijn tijd voor patiënten opslokt. Ik voer alle data zelf in. In de toekomst moeten dit soort registraties efficiëntie opleveren, dat doen ze helaas nog te weinig. Ziekenhuizen moeten hier meer in investeren. Met drie fulltime mensen in dienst die alle data verzamelen, vergelijken en valideren zijn we al goed op weg, maar dit kan veel beter.’



Standpunt van de Federatie

Cardioloog Marcel Daniëls is bestuurslid van de Federatie en voorzitter van de Raad Kwaliteit:

‘Kwaliteitsregistraties helpen om de zorg beter te maken. Ze geven spiegelinformatie en zijn bruikbaar om in algemene zin iets te zeggen over punten die zijn te verbeteren of nader te onderzoeken. Medisch specialisten hebben de kennis om aan te geven wat zinvol te registreren items zijn en om de resultaten duiding te geven. Met het toenemend aantal registraties moet er oog blijven voor de balans tussen registratielust en registratielast. De Federatie is bezig om met de wetenschappelijke verenigingen een gezamenlijke visie op het ‘registratielandschap’ te ontwikkelen. De Federatie staat op dit punt ook in nauw contact met onder andere patiëntenfederatie NPCF, ziekenhuizen, zorgverzekeraars en VWS.’

‘Dankzij het MSB kunnen we doorpakken’

Nu de inrichting van het Medisch Specialistisch Bedrijf (MSB) een feit is, staat 2016 in het teken van verdere ontwikkeling. Medisch Specialisten Noord West (MSNW), een MSB in de kop van Noord-Holland, deed onlangs haar eerste investering en heeft plannen voor twee nieuwe bestedingen. Algemeen directeur Marion Gout-van Sinderen vertelt hoe dit MSB zo snel aan de slag kon met de inhoud.

Sinds februari heeft de afdeling maag-, darm- en leverziekten (MDL) van de Noordwest Ziekenhuisgroep haar behandelcapaciteit flink kunnen uitbreiden. Zo zijn op locatie Schagen twee nieuwe behandelkamers gerealiseerd en staat er de nieuwste apparatuur voor het maken van endoscopieën. Dit project is financieel mede mogelijk gemaakt door het MSNW, dat ruim een jaar bestaat. Dat het MSB zo snel na de oprichting al bezig is met de inhoud, schrijft Marion Gout-van Sinderen toe aan de goede organisatiestructuur. ‘Al tijdens de oprichting van het MSNW hebben onze leden investeringsgeld opzij gezet met de gedachte hier snel iets mee te gaan doen.’

Patiëntgericht investeren

Van halve maatregelen was geen sprake, want tijdens de vergadering van maten

werd meteen besproken welke investeringsvoorstellen nader onderzocht zouden worden. ‘Alle maten zijn nauw betrokken geweest bij de besluitvorming, want we wilden een groot draagvlak. De praktische uitwerking is gedaan door een kleiner team. Dat maakte het proces beheersbaar en uitvoerbaar.’

Eén van de investeringsvoorstellen kwam van de MDL-artsen. Gout-van Sinderen: ‘De Noordwest Ziekenhuisgroep en de MDL-artsen hadden al een complete *business case* gemaakt die er goed uitzag. Het was tevens interessant omdat de aanvragen voor endoscopieën enorm toenemen als gevolg van het bevolkingsonderzoek. Door uitbreiding van de behandelcapaciteit kunnen we wachttijden beperken en zijn patiënten snel aan de beurt. Dat is zó belangrijk voor de kwaliteit van de zorg.’

Doorpakken

Juist die kwaliteit van zorg is voor het MSNW het belangrijkste criterium bij het beoordelen van een investeringsvoorstel. ‘Men denkt vaak dat het binnen een MSB alleen maar over geld gaat. Natuurlijk moeten de financiën kloppen, maar wij richten ons vooral op samenwerking, kwaliteit en patiëntveiligheid.’ De algemeen directeur is van mening dat de komst van het MSB bepaalde zaken makkelijker heeft gemaakt. ‘We krijgen projectvoorstellen die al lang sluimeren en waar mensen eindelijk willen doorpakken. Issues komen sneller op de agenda, juist omdat specialisten nu zelf een besluit kunnen nemen.’

Marion Gout-van Sinderen is het dan ook roerend eens met het advies van de NZa dat MSB's de tijd moeten krijgen om zich verder te ontwikkelen. ‘Je moet bestuurlijke rust creëren en een nieuw evenwicht met elkaar vinden.’ In het MSNW is dat in ieder geval gelukt. ‘Omdat alle artsen onderdeel zijn van hetzelfde bedrijf, is er veel onderlinge betrokkenheid. Als je dat voor elkaar krijgt, heeft dat ook een positief effect op de kwaliteit van de zorg.’ MD



Adriaan Taselaar is manager van het KDC

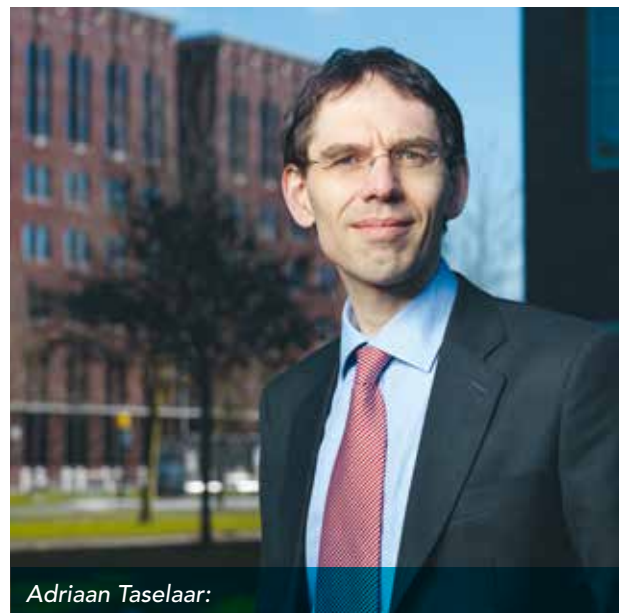
Eén loket voor vragen en advies

In het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) bundelen de Federatie en de LAD hun krachten en expertise voor informatie, advies en ondersteuning op het gebied van juridische zaken. Daar plukken zowel medisch specialisten in vrij beroep en in dienstverband als de overige leden van de LAD de vruchten van. Manager van het KDC Adriaan Taselaar vertelt hoe één plus één meer dan twee kan worden.

Vraag Adriaan Taselaar naar de grootste successen van de samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en hij noemt direct het dossier pensioenaftopping in de universitaire medisch centra (umc's). 'Zonder enige twijfel. Dat medisch specialisten van academische centra alsnog met terugwerkende kracht het werkgeversdeel van hun pensioenpremie terugkrijgen, is natuurlijk geweldig. Anders misten zij duizenden euro's aan pensioen. Daarvoor hebben de Federatie en de LAD zich ingespannen tijdens de cao-onderhandelingen. Het is goed om te zien dat die inspanningen daadwerkelijk effect hebben gehad', vertelt Taselaar enthousiast. Dit succes is volgens hem vooral te danken aan de schaalvergroting van de Federatie, de expertise van de LAD en de samenwerking van beide organisaties in het KDC. 'In gesprekken over de pensioenaftopping in de algemene ziekenhuizen en in de ggz kunnen we nu bijvoorbeeld de juiste juristen – met veel kennis en ervaring – inschakelen. Daarnaast kunnen we onze expertise met elkaar delen en die verder uitbreiden.'

Handen ineenslaan

Het is inmiddels ruim een jaar geleden dat de Federatie en de LAD besloten om de handen ineen te slaan en hun krachten te bundelen in het KDC. Die samenwerking



Adriaan Taselaar:

'Onze juristen horen dagelijks waar medisch specialisten tegenaan lopen'

is bijzonder te noemen: in 2006 stonden de voormalige Orde van Medisch Specialisten en de LAD namelijk nog tegenover elkaar in de rechtszaal, nadat laatstgenoemde de Orde de toegang tot de onderhandelingen over de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS) had ontzegd. Taselaar, destijds secretaris Kamer Dienstverband bij de Orde: 'De Orde kreeg een steeds steviger positie voor de medisch specialist in dienstverband maar had nog geen formele positie om te onderhandelen over de AMS. Toch wilde de Orde een nieuw, ondernemingsgezinder geluid laten horen. Dat voornemen en de sterker wordende positie leidden tot meer concurrentie met de LAD.' ▶

‘In het eerste jaar hebben we drieduizend individuele vragen en dossiers behandeld’



De Orde verloor het kort geding dat zij aanspande maar dat nam niet weg dat beide organisaties in de jaren die volgden naar elkaar toe groeiden. Daar zijn volgens Taselaar meerdere redenen voor. ‘Het was eigenlijk vreemd dat er twee verschillende organisaties naast elkaar bestonden die grotendeels voor dezelfde doelgroep dezelfde belangen behartigden. Dat was moeilijk uit te leggen. Bovendien wisten de Orde en de LAD elkaar inhoudelijk – ondanks de positioneringsdiscussie – goed te vinden. Beide partijen waren het erover eens dat het beter was om te kijken naar hoe de gezamenlijke positie het beste kon worden ingevuld.’

Deze gedachtegang kwam in een stroomversnelling terecht tijdens de vorming van de Federatie Medisch Specialisten in 2014. De 32 wetenschappelijke verenigingen waren bereid om iets nieuws te creëren, waarbij een aantal verenigingen – en met name die met een groot aandeel dienstverbanders – er wel op stond dat de nieuwe Federatie en de LAD dan ook gingen samenwerken. Taselaar: ‘Specialisten willen op één plek

terecht kunnen met hun vraag in plaats van telkens bij verschillende instanties te moeten aankloppen. Naar die wens is geluisterd: het KDC is nu het loket voor zowel leden van de wetenschappelijke verenigingen als van de LAD.’

Ontzorgen

Een duidelijke organisatiestructuur maakt dat het ontzorgen van medisch specialisten in de praktijk daadwerkelijk lukt. Taselaar: ‘Het KDC heeft een aantal belangrijke pijlers waar het zich op richt, zoals arbeids-, ondernemers- en gezondheidsrecht. Deze thema’s zijn nauw verwant aan de kernactiviteiten van de Federatie en de LAD en hierin ligt dan ook ons onderscheidend vermogen. Een mooi voorbeeld is dat we met nieuwe modellen en reglementen, zoals voor de medisch specialistische bedrijven (MSB’s) en verenigingen medisch specialisten in dienstverband (VMSD’s), snel kunnen schakelen tussen de juristen van het KDC, de beleidsadviseurs van de Federatie en onderhandelaars van de LAD.’



Taselaar is blij dat de overgang naar het nieuwe KDC goed is verlopen. 'De verwachting was dat er aandacht moest worden besteed aan de cultuurverschillen, maar dat bleek nagenoeg niet het geval. En dat terwijl wij het afgelopen jaar écht veel van onze medewerkers hebben gevraagd. Ons ledenbestand is enorm uitgebreid, dossiers zijn groter geworden en we zijn flexibel gaan werken. In 2015 zijn er ruim drieduizend individuele vragen en (juridische) dossiers behandeld. Dit alles zegt wel iets over de sfeer en hoe onze mensen hierin staan. Ik ben erg trots dat ik manager mag zijn van zo'n betrokken team van professionals.'

Nieuwe doelen

Voor Taselaar is geen werkdag hetzelfde. 'Naast het managen van het KDC, waar vijf infodeskmedewerkers, twaalf juristen en de ambtelijk secretaris van De Jonge Specialist werken, houd ik me bezig met de verbinding tussen de Federatie en de LAD en met andere partijen. In deze functie kan ik echt iets opzetten.' Frustraties kent Taselaar ook. 'We zijn al anderhalf jaar bezig om de

Wie is Adriaan Taselaar?

Adriaan Taselaar (Vaassen, 1972) studeerde Civiel recht met als specialisatie gezondheidsrecht aan de Universiteit Leiden. Hij is sinds januari 2015 manager van het Kennis- en DienstverleningsCentrum van de Federatie en de LAD en actief op het verenigingsmanagement van de Federatie. Eerder was Taselaar werkzaam als secretaris voor de Kamer Academische Specialisten en Kamer Dienstverband en daarmee onderhandelaar voor medisch specialisten in dienstverband bij de voormalige Orde. Adriaan Taselaar is getrouwd, heeft een zoon van 5 jaar en een dochter van bijna één jaar. In zijn vrije tijd zeilt hij graag met zijn gezin of toert hij met zijn zoon in een klassieke Alfa Spider.

pensioenaftopping met de NVZ te regelen. Ik zou die tijd liever steken in het ondersteunen van dienstverbanders, zodat zij meer worden betrokken bij de koers van een ziekenhuis. Die frustratie is voor mij ook weer een drijfveer: als generalist en bouwer wil ik partijen bij elkaar brengen, zorgen voor tevreden klanten en het verschil maken.'

Ondanks het huidige succes zijn er genoeg nieuwe doelen die Taselaar met het KDC wil bereiken. 'We werken nu al intensief samen met de VvAA die dienstverbanders juridische hulp biedt op het moment dat er verplichte procesvertegenwoordiging nodig is. De samenwerking met dit soort partijen willen we verder ontwikkelen en verdiepen. Zo zijn we onder meer in gesprek met de KNMG en met het CarrièreCentrum Zorg, dat zich richt op coaching rondom de carrière en/of het eigen functioneren.'

Tot slot heeft het KDC een zeer belangrijke signaalfunctie. 'Onze juristen horen dagelijks waar de medisch specialisten tegenaan lopen. Door dit soort signalen anoniem af te stemmen met de beleidsadviseurs van de Federatie en de onderhandelaars van de LAD, kunnen we beter inspelen op de behoeftes van de medisch specialisten. We nemen deze signalen mee naar de onderhandeltafels en maken op basis daarvan nieuwe regelingen en handreikingen, die de juristen weer toetsen', vertelt Taselaar. 'Verder gaan we de ervaringen over onze dienstverlening onderzoeken. We willen onszelf zó profileren dat elk lid of aangeslotene ons weet te vinden. Daar betalen ze immers ook contributie voor.' ●



NVvH-voorzitter

Erik Heineman

De voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen trekken gezamenlijk op binnen de Federatie als het gaat om opleiding, kwaliteit en beroepsbelangen. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Dit keer: kinderchirurg en hoogleraar Chirurgie in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) Erik Heineman. Hij is sinds 27 november 2015 de nieuwe voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH).

1 Welke kennis of ervaringen gaat de NVvH delen met de andere wetenschappelijke verenigingen (wv'en) en binnende Federatie?

'Ik ben voorstander van *ecodenken*. Dat gaat over diversiteit, individuele groei, onderlinge afhankelijkheid en beweging. Enkele jaren geleden heb ik hier ook mijn inaugurele rede over gehouden. De titel was: *het paradigma van de zorg, egosysteem of ecosysteem*, en de ondertitel: *hoe weten de waterdruppels dat ze samen een rivier zijn?* Stel je voor dat de Federatie de rivier is en de wetenschappelijke verenigingen de druppels. Dat betekent dat we elkaar nodig hebben, dat we afhankelijk zijn van elkaar en dat ego's niet op hun plaats zijn. Anders kunnen we niet stromen als één rivier.'

2 Hoe kun je waterdruppels ervan overtuigen dat ze samen één rivier vormen?

'Door te stoppen met onze stammenstrijd. Ja, die is er nog steeds, zowel in het groot – denk aan alle landelijke spelers in de zorg, zoals de Federatie, het ministerie van VWS en de zorgverzekeraars – maar ook op afdelingsniveau: de internisten, de chirurgen, de orthopeden. Dat zijn allemaal stammen die tribaal gedrag kunnen vertonen. Ze zetten zich dan af tegen anderen en vinden vooral zichzelf belangrijk. Dat tribale gedrag is een hindernis in de zorg. Het leidt ertoe dat je niet leert van elkaar, maar dat je verzandt in monologen en discussies. Daarmee lossen we de complexe problemen in de zorg niet op; we moeten juist de dialoog zoeken. Patiënten verwachten dat ook van ons. Die willen slechts één ding: dat we samen de klus opknappen.'

'Patiënten verwachten dat we samen de klus opknappen'

3 Wat verwacht je van de samenwerking tussen de Federatie en de NVvH?

'Veel, en niet alleen omdat de Federatie de behartiger is van onze beroepsbelangen. Zo krijg je als wetenschappelijke vereniging de onderhandelingen met de ziekenhuizen over het pensioendossier niet goed geregeld, daar heb je de Federatie voor nodig. Waar ik me vooral op verheug, is dat de Federatie het *ecodenken* gaat omarmen. Ik hoop dat de Federatie nog meer een voortrekker zal zijn in de ontzuiling en onderlinge samenwerking ten faveure van de patiëntenzorg. En dat we onder haar leiding ook nieuw leiderschap ontwikkelen. Medisch specialisten claimen dat ze als dokters de leiding behoren te hebben. Maar je bent alleen een goede leider als je kunt samenwerken en de stammenstrijd achter je laat. Anders ben je niet geloofwaardig. Ik verwacht dat de Federatie bij deze transformatie van *egodenken* een stimulerende rol gaat spelen.' **MvD**

KLINISCH LEIDERSCHAP

Elke medisch specialist is vanuit de aard van zijn of haar rol een klinisch leider. Je geeft leiding aan een ondersteunend team en je draagt de verantwoordelijkheid voor het goed functioneren van je eigen praktijk. Dat omvat ook de zorg voor kwaliteit en veiligheid, een soepel verloop van het bedrijfsproces, doelmatig gebruik van middelen en innovatie. In het visiedocument 'De Medisch Specialist 2015' van de Federatie Medisch Specialisten is beschreven wat klinisch leiderschap te midden van de uitdagingen van deze tijd behelst.

Heeft u de ambitie om zelf regie te houden over de zorg voor de patiënt en wilt u de uitdaging aangaan om verbeteringen in het dagelijkse klinisch proces te ontwikkelen?

<https://www.academiemedischspecialisten.nl/cursus/klinisch-leiderschap/>

Het programma 'Klinisch leiderschap' biedt u de handvatten om uw klinische praktijk om te vormen tot een excellente praktijk. De nadruk in dit programma ligt op kwaliteit, veiligheid, logistiek, teamwork, innovatie en leiderschap.

KOSTEN

Leden FMS én VvAA € 4.950

Niet-leden € 5.250

Inclusief syllabus en boeken, exclusief hotelkosten en vergaderarrangement.

TIJDSINVESTERING

5 modules van 4 dagdelen met overnachting.

START

September 2016.



ACADEMIE VOOR
MEDISCH SPECIALISTEN



MANAGEMENT VOOR MEDICI

Management voor medici is een postdoctoraal scholingsprogramma voor medisch specialisten met taken als medisch manager of bestuurder van een medische staf c.q. MSB. De leergang biedt u de kennis en vaardigheden die u als medicus nodig heeft om als parttime manager te kunnen functioneren. Er wordt ruim aandacht besteed aan de actuele ontwikkelingen in de zorg en de consequenties voor strategie en organisatie van ziekenhuizen, medische staven en vakgroepen. U ontwikkelt meer inzicht en vaardigheid in het doorvoeren van veranderingen. Voorts krijgt u meer kennis en instrumentarium aangereikt omtrent alle belangrijke bedrijfsprocessen. Er is veel ruimte voor reflectie op uw eigen vaardigheid als manager c.q. stafbestuurder.

Heeft u als medicus management- of bestuurstaken, maar heeft u het gevoel dat u er te weinig van weet? Wilt u meer greep krijgen op de verhoudingen tussen alle betrokkenen in het zorgproces? Management voor medici biedt u zowel uitgebreide, actuele kennis van zaken als waardevolle persoonlijke vorming.

KOSTEN

Leden FMS én VvAA € 9.750

Niet-leden € 10.150

Inclusief syllabus en boeken, exclusief hotelkosten en vergaderarrangement.

TIJDSINVESTERING

8 modules van 5 dagdelen met overnachting.

START

September 2016.

<https://www.academiemedischspecialisten.nl/cursus/management-voor-medici/>



Het Kennis- en DienstverleningsCentrum ontzorgt!

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

Bel ons via **030 - 28 23 666** of mail info@demedischspecialist.nl

Meer informatie: www.demedischspecialist.nl/kdc



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

