

de Medisch Specialist

JUNI 2016
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

2

DOT

Het moet beter, sneller en simpeler

ONDER DE STREEP

Wat jaarcijfers u vertellen

MEDISCH SPECIALIST IN DE MEDIA

'Die Zembla-uitzending was een ramp'

NVvP-voorzitter Damiaan Denys

'Psychiater worstelt met zijn identiteit'

De Jonge Specialist
presenteert:

THINKING FORWARD

Een congres over
persoonlijk leiderschap

Vrijdag 28 oktober 2016
09:00 uur – 17:30 uur

IJsseldelta Center
Stadionplein 20, Zwolle



de **Jonge Specialist**
AIOS Upgrade

Een inspirerend congres over wat het betekent om 'in the lead' te zijn. In je dagelijkse leven, in je werk als aios en als de volgende generatie medisch specialisten.

Ontdek waar je talenten liggen, hoe je die het beste kunt benutten en waar het allemaal om draait binnen de organisatie van de gezondheidszorg.

STEL JE EIGEN PROGRAMMA SAMEN:

Kies uit maar liefst 16 workshops over verschillende aspecten van leiderschap, de ins en outs van je opleiding, voeding, mindfulness, financieren en onderhandelen in de zorg

Nomineer je opleider via
dejongespecialist.nl/opleidingsprijs

EN NATUURLIJK OOK:

Een aansprekend plenair programma met sprekers van binnen en buiten de gezondheidszorg

Test je eigen persoonlijkheid- en leiderschapstijl

Uitreiking Opleidingsprijs 2016

Meld je nu aan via www.dejongespecialist.nl/aiosupgrade

Deelname is gratis voor leden van De Jonge Specialist.



Opleiden is VOORUIT zien






MMV-congres 2016

PLENAIRE SESSIES | WORKSHOPS | SYMPOSIA | FLITSTRAININGEN

De zorg verandert razendsnel. En daarmee ook het vak van medisch specialist. Hoe bereidt u aios optimaal voor op hun vak? Meer dan ooit geldt: opleiden is vooruitzien. Zowel voor aios, als voor opleiders en andere betrokkenen. Wat komt er op u af, waar wilt u heen, wie en wat heeft u nodig om dat doel te bereiken?

Op het MMV-congres 'Opleiden is vooruitzien' krijgt u concrete ondersteuning, relevante kennis en effectieve tips waarmee u zelf aan de slag kunt.

STEL ZELF UW PROGRAMMA SAMEN, KIES UIT:

-  **Plenair:** inspirerende sessies met stof tot nadenken
-  **Flitstrainingen:** snel op de hoogte en de volgende dag direct aan de slag
-  **Workshops:** praktische informatie, praktijkvoorbeelden en veel oefenen
-  **Symposia:** relevante informatie in praktijkgerichte presentaties en discussiëren met collega's
-  Een speciale **Individualiseringscarrousel** voor aios

Meer informatie en aanmelden:

www.demedischspecialist.nl/mmvcongres



Vrijdag
9 december
2016

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

VOOR ALLE BETROKKENEN BIJ DE
MEDISCHE VERVOLGOPLEIDINGEN

Vroegboektarief: 250 euro
(na 1 september: 295 euro)

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

Wordt aangevraagd voor 6 punten (ABAN,
NVZA en NVKF)



Het MMV-congres wordt georganiseerd
door de Federatie Medisch Specialisten

In dit nummer



7 OPLEIDEN

Medisch leiderschap in de praktijk

Er is veel aanbod van medisch leiderschap in de opleiding, maar de implementatie schiet nog tekort. De werkgroep Medisch Leiderschap gaat daar wat aan doen. 'De nieuwe generatie heeft te weinig bagage om het voortouw te nemen.'

12 FEDERATIEPARTNER IN BEELD

De identiteitscrisis van de psychiater

Zowel de beroepsgroep als de buitenwereld stellen kritische vragen over wat de psychiater nu eigenlijk doet. De nieuwe NVvP-voorzitter Damiaan Denys wil het vak weer een duidelijk profiel geven. 'Psychiaters vervullen vaak een pioniersrol.'

15 BEROEPSBELANGEN

Ontcijfer die jaarrekening

De financiële jaarcijfers vormen de kern van de vaak uitvoerige jaarverslagen van ziekenhuizen en instellingen. Maar wat vertellen die cijfers en dat financiële jargon eigenlijk?

18 CORRECT REGISTREREN

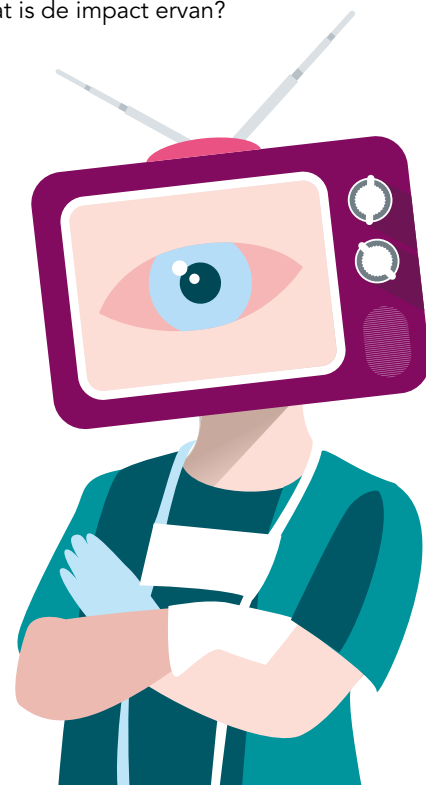
Sneller, beter en eenvoudiger

De dot-registratie moet anders, beter en vooral eenvoudiger. De Federatie werkt samen met de Nederlandse Zorgautoriteit om dat voor elkaar te krijgen. Werkbezoeken aan ziekenhuizen geven een goed beeld van wat er speelt in de praktijk.

22 BEELDVORMING

Steeds vaker in de media

Medisch specialisten zijn steeds vaker in de media te zien. Bij actueel nieuws, maar ook in live talkshows, reportages en consumentenprogramma's. Hoe bereid je zo'n optreden voor en wat is de impact ervan?



27 MENSEN VAN DE FEDERATIE

Korter en beter opleiden

De verkorting van de medische vervolgopleiding aangrijpen om de opleiding te verbeteren: Ramon van den Berg leidt het project Individualisering Opleidingsduur.

EN VERDER

- 6 Levert inbreng patiënt betere richtlijnen op?
- 10 Uitkomsten lezersonderzoek
- 25 Weten welke oudere kwetsbaar is
- 26 Acties rond pensioenaftopping

RUBRIEKEN

- 21 Bestuurscolumn: Marcel Daniëls
- 26 Vraag & antwoord aan het KDC
- 30 Drie vragen aan... Lieke Poot

COLOFON
jaargang 2, juni 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*
Hanneke Bos, Dorinda Maas,
Vanessa Rompelberg, 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 Specialistist: vicevoorzitter Huib Cense, chirurg, Rode Kruis Ziekenhuis, Beverwijk / Medisch Centrum Alkmaar

Medewerkers aan dit nummer

Antoinette Borchert, Sebastiaan ter Burg, Mirthe Diemel, Michel van Dijk, Suzanne van de Kerk, Selma Lagewaardt, Serge Ligtenberg, Dana Ploeger, Ruben van Praagh, Stijn Rademaker, Hans Tak en Marco Vellinga.

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 Specialistist
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 mogelijkerwijs voortvloeien uit het lezen van deze uitgave.

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

Vanuit de inhoud

Tot voor kort was het beeld over medisch specialisten bij politici en journalisten niet altijd even positief. Maar dat begint te kantelen. Niet alleen laten specialisten vaker hun stem in de media horen, het gaat ook vaker over de inhoud van het vak. Daarbij wordt geen onderwerp geschuwd: van kwaliteit van zorg tot misstanden. Over wat voor impact dat heeft, vertellen drie specialisten in dit nummer.

Ook in de richting van de politiek is er veel veranderd. Zo individualiseert de opleiding om aan de bezuinigingsopdracht van VWS te voldoen. In het artikel over het project *Individualisering Opleidingsduur* leest u wat de inzet is: niet alleen een verkorting, maar ook een inhoudelijke verbetering.

Beeldvorming beperkt zich niet tot de buitenwacht, maar het thema speelt ook binnen de beroepsgroep en richting patiënten en publiek. In het interview met de nieuwe voorzitter van de NVvP spreekt Damiaan Denys openhartig over de identiteitscrisis waar de psychiater zich momenteel in bevindt. Hij wil zijn beroepsgroep een nieuw, duidelijk profiel geven. Geen gemakkelijke taak, wel iets waar elk specialisme vroeg of laat mee te maken gaat krijgen, zo verwacht hij.

Gelukkig komt in de opleiding steeds meer aandacht voor medisch leiderschap – waarover meer op pagina 7. Zodat de nieuwe generatie dokters voorbereid is om richting te blijven geven aan de zorg vanuit de inhoud van het vak. Binnen én buiten de spreekkamer.



Frank de Grave

Voorzitter Federatie
Medisch Specialististen

Levert inbreng patiënten echt betere richtlijnen op?

Een betere aansluiting op de praktijk en meer duidelijkheid voor de patiënt. Zomaar twee voorbeelden van wat patiëntenperspectief toevoegt aan de evidencebased richtlijnen voor medisch specialisten. 'Het patiëntenperspectief maakt de kans op een succesvolle behandeling groter. Dat komt de kwaliteit van de zorg ten goede.'



Het Kennisinstituut van Medisch Specialisten, onderdeel van de Federatie, adviseert en ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij de ontwikkeling en toepassing van kwaliteitsinstrumenten, waaronder richtlijnen. Richtlijnen worden aangevuld met expertise en ervaringen van zorgprofessionals en -gebruikers. Het Kennisinstituut werkt hiervoor nauw samen met werkgroepen, bestaande uit medisch specialisten en patiënten. Volgens Mich Dunker is de inbreng van die laatste groep erg belangrijk. Dunker is chirurg bij de Noordwest Ziekenhuisgroep én voorzitter van de richtlijnwerkgroep Proctologie. Deze richtlijn is eind vorig jaar gepubliceerd. 'Vanuit de vereniging Heelkunde was behoefte aan uniformiteit in de behandeling van patiënten met anale klachten, maar het patiëntenperspectief vinden we minstens zo belangrijk. Het is van groot belang voor de specialist om

te weten hoe een patiënt zijn klachten ervaart. Het is immers de patiënt die de behandeling ondergaat.'

Intiem onderwerp

Voor het patiëntenperspectief werkte de richtlijnwerkgroep Proctologie nauw samen met Patiëntenfederatie NPCF. 'Vaak organiseren we focusgroepen om ervaringen van patiënten te horen. In dit geval bleek dat weinig patiënten behoefte hadden om met elkaar over hun klachten te praten, het gaat tenslotte om een intiem onderwerp', vertelt beleidsadviseur Marleen ten Horn van de NPCF. Daarom hielden de richtlijnwerkgroep en de NPCF een enquête onder 1.100 respondenten van het zorgpaneel van de NPCF, van wie er uiteindelijk 570 geïncludeerd zijn. Ten Horn: 'De enquête bood anonimiteit. Daardoor konden we alsnog een grote groep betrekken bij de opstelling van de richtlijn en zijn we echt gehoord. Als

patiëntenfederatie vinden we dat cruciaal. Evidencebased richtlijnen bestaan uit de integratie van onderzoeksbevindingen, klinische expertise en patiëntwaarden: de input van patiënten laat zien waar zij daadwerkelijk tegenaan lopen en zorgt ervoor dat een richtlijn beter aansluit op de praktijk.'

De enquête heeft veel inzichten opgeleverd. Zo is naar voren gekomen dat patiënten behoefte hebben aan pijnbestrijding tijdens de nazorg. Ook willen patiënten – gezien het precare lichaamsdeel – graag aan het begin van de behandeling duidelijk horen wat hen te wachten staat. Dunker: 'Dat lijkt misschien een open deur, want dergelijke communicatie zou vanzelfsprekend moeten zijn. Toch is het niet verkeerd om bovenstaande nog eens te benadrukken. Ik denk dat dit extra bewustwording creëert onder specialisten die met deze richtlijn werken.'

Twee kanten op

Chirurg Mich Dunker is erg tevreden over de samenwerking met de NPCF. 'We hebben de feedback van patiënten daadwerkelijk mee kunnen nemen in de richtlijn. Het is zelfs zo dat we nu opnieuw samenwerken, deze keer aan een vertaling van de richtlijn voor patiënten. In dit geval werkt de richtlijn twee kanten op en is er voor iedereen – op voorhand – duidelijkheid. Ze denkt dat ook andere specialismen veel baat hebben bij het meenemen van het patiëntenperspectief. 'Als richtlijnen beter rekening houden met de patiënt, is de kans op een succesvolle behandeling vele malen groter.' MD

Medisch leiderschap in de opleiding

Ondersteuning aan opleider cruciaal

Op de nieuwe generatie dokters rust een zware taak. Zij moeten richting geven aan de zorg van morgen. In de spreekkamer én daarbuiten. Aios leren dat nu onvoldoende. De werkgroep Medisch Leiderschap gaat daar wat aan doen.



‘Medisch leiderschap toon je door verantwoordelijkheid te nemen voor goede zorg. Dat kan heel concreet in de dagelijkse patiëntenzorg. Maar ook binnen het ziekenhuis door je in te zetten voor kwaliteitsbeleid of organisatievraagstukken of door in een werkgroep of commissie landelijk actief te zijn voor de kwaliteit van de gezondheidszorg.’ Aan het woord is orthopedisch chirurg Kees Verheyen. Hij is opleider bij Isala Zwolle en voorzitter van de werkgroep Medisch Leiderschap die de Raad Opleiding van de Federatie heeft ingesteld om medisch leiderschap beter te verankeren in de opleiding. ‘Als medisch specialisten willen we vanuit onze professie zelf richting geven aan veranderingen in het complexe zorglandschap. Ook van jonge klaren wordt verwacht dat zij hun bijdrage leveren. Maar ik zie om me heen dat de nieuwe generatie vaak te weinig bagage heeft om het voortouw te nemen bij verbetertrajecten, zeker als die de dagelijkse praktijk overstijgen. Daar is een visie voor nodig, de kunst om anderen daarin mee te nemen en samen te werken aan veranderingen met als doel goede kwalitatieve zorg te leveren.’ ▶

Orthopedisch chirurg en opleider Kees Verheyen:

‘Opleiders moeten aios helpen om medisch leiderschap in de praktijk toe te passen’

Niet ingebed

Hoewel er de laatste jaren veel aandacht geweest is voor medisch leiderschap, blijkt het thema nog te weinig ingebed in de opleiding. De werkgroep Medisch Leiderschap gaat daar nu wat aan doen. ‘Het project *Modernisering Medische Vervolgopleidingen (MMV)* heeft verschillende hulpmiddelen opgeleverd, zoals voorbeelden van activiteiten van medisch leiderschap in de verschillende fasen van de opleiding, instructievideo’s, trainingen en cursussen. Maar dat project is eind 2015 gestopt. Het is nu dan ook niet de bedoeling dat we allemaal nieuwe dingen gaan bedenken. We willen vooral de bestaande initiatieven inventariseren, kijken wat er ontbreekt en onderzoeken wat nodig is om medisch leiderschap echt in de opleidingspraktijk te laten landen.’

Wat beslist nodig is volgens werkgroep lid Marian Mourits, hoogleraar gynaecologie en opleider in UMC Groningen, is dat we medisch leiderschap zien als iets dat verbonden is met andere competenties. En met persoonlijke ontwikkeling: ‘Aios oefenen nu bijvoorbeeld leiderschapsvaardigheden door een vergadering of grote visite te leiden, een kwaliteitsproject uit te voeren of door deel te nemen aan een overleg met zorgverzekeraars. Maar zolang dit oefenen geen onderdeel is van de persoonlijke ontwikkeling van de aios zelf, blijven het losse flodders.’ Mourits vindt het

belangrijk dat aios een visie ontwikkelen op goede zorg. ‘Dat begint bij de zorg voor de individuele patiënt en kan uitgroeien tot een visie op complexe vraagstukken als: hoe houden we de zorg op de lange termijn kwalitatief hoogstaand, betaalbaar en toegankelijk voor iedereen? Zo’n visie ontwikkel je niet alleen. Dat doe je in samenspraak met bijvoorbeeld collega’s en opleiders. Je hebt continue feedback nodig en reflectie op wat je doet en tegenkomt. Pas als je jezelf op deze manier ontwikkelt, vallen alle dingen die je leert op hun plek. Dan ga je verbanden zien en ervaren hoe verschillende competenties je helpen om vanuit je visie te werken aan goede zorg.’

Grondhouding

Mourits ziet de grondhouding van reflectie op het denken en handelen als basis voor het ontwikkelen van persoonlijk leiderschap nog onvoldoende terug in de opleidingspraktijk. ‘Het gaat bij medisch leiderschap te vaak om leidinggeven, managen, organiseren en besturen. Natuurlijk, dat zijn allemaal aspecten, maar je hoeft niet de baas te zijn om leiding te geven. Voor leiderschap zijn eveneens moed en doorzettingsvermogen nodig en veranderingsbereidheid.’ Ook Verheyen vindt dat er in de opleidingspraktijk meer aandacht moet zijn voor reflectie en feedback op medisch leiderschap: ‘Daarmee haal je meer lering uit oefensituaties zoals een ochtendrapport of multi-



‘Het gaat bij medisch leiderschap te vaak om leidinggeven, managen, organiseren en besturen’



Hoogleraar gynaecologie
en opleider Marian Mourits:

‘Je hoeft niet de baas te zijn om leiding te geven’

disciplinair overleg voorzitten. En je legt sneller verbanden tussen hoe je op de afdeling functioneert en bijvoorbeeld als lid van een ziekenhuisbrede werkgroep. Zo kun je bewuster groeien in leiderschap.’

De rol van de opleider is hierbij cruciaal, en juist daar wringt de schoen. Verheyen: ‘Opleiders weten niet altijd hoe ze deze oefensituaties optimaal kunnen begeleiden. Dat komt doordat we zelf niet zo zijn opgeleid. Wij leerden dit soort dingen pas na onze opleiding, in de praktijk. Dus als we aios beter willen toerusten voor hun rol in de complexe zorgwereld, dan moeten we ook oog hebben voor de competenties van opleiders. Zij moeten zich meer bewust worden van wat aios moeten leren als het om medisch leiderschap gaat en hoe zij hen daarin kunnen begeleiden.’

Teach the teacher

Meer aandacht voor reflectie en een betere ondersteuning van opleiders dus. Dát is waar de werkgroep mee aan de slag moet gaan, vinden beide werkgroepleden. Verheyen: ‘Opleiders zijn niet alleen belangrijk in dagelijkse oefensituaties. Ze moeten aios daarnaast helpen om wat ze in externe trainingen en cursussen leren over medisch leiderschap in de praktijk toe te passen. Lastig is dat opleiders daar niet altijd beeld van hebben. Ze weten onvoldoende wat hun aios leren in bijvoorbeeld een talentenklas of masterclass en kunnen daar dus niet voldoende op inspelen.’

Een mooi initiatief in dit verband is de *Verwonder en Verbeter*-cursus bij het UMCU. Verheyen: ‘Aios oefenen hier hoe ze een concreet verbeterplan op kunnen zetten en uitvoeren. Hoogleraar medisch leiderschap Carina Hilders onderzoekt of we een uitgebreider trainingsprogramma kunnen opzetten voor geïnteresseerde opleiders waarin zij bijgepraat worden over de verschillende aspecten van medisch leiderschap en leren hoe ze hun aios hierbij kunnen ondersteunen. Ik zou het prachtig vinden als er uiteindelijk een algemene cursus zou komen: *Teach the Teachers IV*. Alweer een nieuwe cursus hoor ik velen denken, maar – als er plaats voor is – meer dan zinvol.’

Focus op leiderschap

Een duidelijk overzicht kan opleiders en aios ten slotte helpen bij een continue focus op medisch leiderschap. Het MMV-projectteam had daar al een voorzet voor gedaan. De werkgroep wil nu een handreiking maken waarin expliciet staat welke basis aios kunnen meekrijgen als het gaat om medisch leiderschap, en wat in een vervolg- en eventuele verdiepfase thuishoort. ‘Zo komt er zicht op een doorlopende ontwikkeling’, legt Verheyen uit. ‘Bovendien kunnen we in de richtlijn een verbinding maken met *Entrustable Professional Activities* (EPA’s) die nu in alle opleidingsplannen beschreven worden. Daarmee maak je duidelijk wanneer een aios voldoende competent is om bijvoorbeeld zelfstandig een grote visite, MDO of aios/opleidersoverleg te leiden.’

De werkgroep wil medisch leiderschap stevig in de basisstructuur van de opleiding verankeren. ‘Competentiegericht opleiden heeft de opleiding en uiteindelijk de medisch-specialistische zorg zelf veranderd’, zegt Mourits. ‘Ik denk dat méér aandacht voor leiderschap hetzelfde effect zal hebben. En dat dit niet alleen de opleiding maar ook de zorg ten goede komt.’ ●

Resultaten lezersonderzoek De Medisch Specialist

Waardevolle kritische noten

Wat vindt u van De Medisch Specialist? Die vraag stelden we u afgelopen april via een online enquête. Meer dan zeshonderd lezers namen de moeite om met ons mee te denken over hoe we ons blad nog beter af kunnen stemmen op uw wensen. En: met zeer bruikbare adviezen.

Uit het onderzoek blijkt dat u over het algemeen tevreden bent over *De Medisch Specialist*. De meeste lezers geven het blad een 7 of 8 als rapportcijfer. Ze lezen het magazine vooral om op de hoogte te blijven van nieuws en ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg, om te weten wat er leeft onder vakgenoten en om geïnformeerd te worden over wat de Federatie voor hen doet.

Top 5: Wat leest u het liefst?

1. Korte berichten
2. Artikelen over maatschappelijke ontwikkelingen
3. Artikelen over beroepsbelangen
4. Interviews met medisch specialisten
5. Specialisme in beeld

Het volledige onderzoeksrapport kunt u opvragen via: communicatie@demedischspecialist.nl

Kritischer en meer diepgang

De redactie van *De Medisch Specialist* wilde weten of de inhoud van het magazine aansluit bij de behoeften van haar lezers. Dat blijkt op een aantal punten zeker het geval. Zo schrijft *De Medisch Specialist* over de belangrijkste thema's die de Federatie onder haar hoede heeft, zoals belangenbehartiging, zeggenschap, zinnige en zuinige zorg en het optimaal voorbereiden van aios op hun toekomstige beroep. Medisch specialisten en hun drijfveren om actief bij te dragen aan deze onderwerpen, staan daarbij centraal. Dat blijkt goed aan te sluiten bij uw wensen: interviews met medisch specialisten en de rubriek *Federatiepartner in beeld* worden zeer gewaardeerd. U heeft daarentegen minder interesse in interviews met medewerkers van de Federatie en in de columns van bestuursleden.

Verder streeft *De Medisch Specialist* naar een journalistieke werkwijze. Dat betekent dat ontwikkelingen in de zorg kritisch benaderd (kunnen) worden. Uit de lezersenquête blijkt dat dit in de praktijk nog onvoldoende tot uiting komt. Sommige lezers geven aan dat het magazine een te hoog reclame-gehalte heeft, waarbij



De meeste lezers geven *De Medisch Specialist* een 7 of 8 als rapportcijfer

er onvoldoende ruimte is voor problemen of kritische noten. Ook missen artikelen soms diepgang.

Tijdgebrek

Een ander punt dat duidelijk naar voren komt uit het lezersonderzoek, is het tijdsgebrek van medisch specialisten. Dit wordt als belangrijke reden genoemd om *De Medisch*

Specialist niet te lezen. Op het werk komt u niet toe aan het lezen van vaktijdschriften en thuis belandt het magazine op een grote stapel van uiteenlopende bladen. Daarbij is het nog niet altijd duidelijk wat de toegevoegde waarde van De Medisch Specialist is ten opzichte van andere vakbladen. Dit moeten we dus duidelijker naar voren laten komen. De Medisch Specialist richt zich op het uitwisselen van kennis en praktijkervaringen tussen de verschillende specialismen binnen de Federatie.

De kracht van De Medisch Specialist ligt erin, dat u in dit magazine kunt lezen hoe collega's van een ander specialisme in hun dagelijks werk omgaan met medisch-maatschappelijke ontwikkelingen, zoals toenemende registraties, samen beslissen, veranderingen in de medische vervolgoopleidingen en bijvoorbeeld het recenseren van medisch specialisten op websites als Zorgkaart Nederland. 'Hoe doen collega's van andere specialismen dit en wat betekent dit voor ons?' is daarbij de insteek. Door hier scherper op te zijn versterken we ook de herkenbaarheid van de onderwerpen en relevantie voor uw dagelijkse praktijk.

Verder blijkt uit de enquête dat u De Medisch Specialist liever op papier dan digitaal ontvangt. Ook geven lezers aan tevreden te zijn over de frequentie, de vormgeving en de fotografie in het magazine.

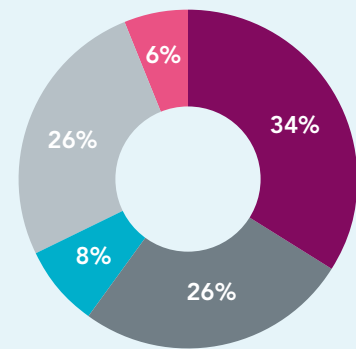
Sterker onderscheidend

Tot slot hebben de respondenten veel interessante onderwerpen aangedragen waar de redactie in de komende edities aandacht aan kan besteden. Met alle suggesties en de waardevolle kritische noten gaan we, samen met de medisch specialisten in de redactionele adviesraad, aan de slag. Het doel is om De Medisch Specialist nog sterker neer te zetten als een onderscheidend magazine, waarin u kunt lezen wat er speelt en wat de Federatie voor u doet. De redactie houdt u op de hoogte. ●

Waarom leest u De Medisch Specialist?

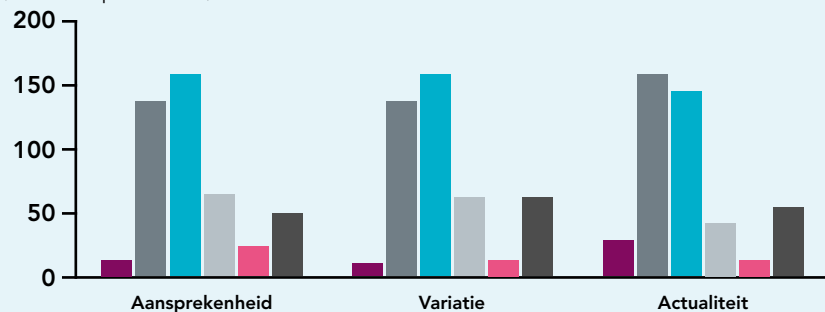
Ik lees De Medisch Specialist vanwege:

- Medisch-specialistisch nieuws en ontwikkelingen
- Om te weten wat er leeft onder vakgenoten
- Kennis en inspiratie voor dagelijks werk
- Weten wat de Federatie doet voor mij
- Om andere redenen



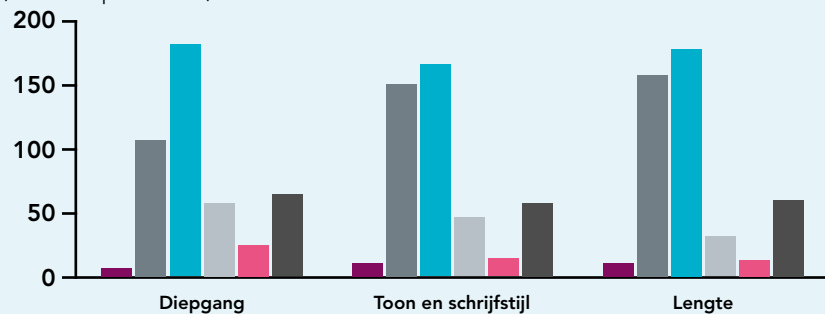
Wat vindt u van de onderwerpen in De Medisch Specialist?

(Aantal respondenten)



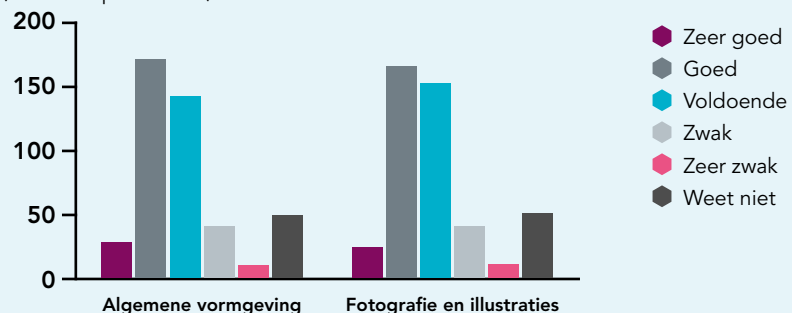
Wat vindt u van de artikelen?

(Aantal respondenten)



Wat vindt u van de vormgeving?

(Aantal respondenten)



Psychiaters op zoek naar hun identiteit

‘Dit is hét moment voor vernieuwing’

De wetenschappelijke fundamenten van de psychiatrie staan op losse schroeven. Zowel de beroepsgroep als de buitenwereld stellen kritische vragen over wat de psychiater nu eigenlijk doet. Damiaan Denys, sinds kort voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie, ziet het als een uitdaging om het vak weer een duidelijk profiel te geven.

‘De psychiater worstelt met zijn identiteit.’ Hoogleraar psychiatrie Damiaan Denys, hoofd van de afdeling Psychiatrie in het AMC in Amsterdam en sinds april voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP), ziet de twijfel en onzekerheid groeien onder zijn beroepsgenoten. ‘We weten niet goed meer wie we zijn. Daar is ook wel aanleiding voor. De wetenschappelijke fundamenten van ons vak zijn weggeslagen.’ Hij geeft een voorbeeld: ‘De scepsis over de beschrijving van de psychiatrische ziektebeelden was nooit eerder zo groot. Eind jaren 90, toen ik als psychiater begon, keek de beroepsgroep reikhalzend uit

naar de DSM IV, het handboek voor classificatie van psychiatrische aandoeningen. Dat was de Bijbel. Maar nu de DSM V er is, denken we: ach, ze proberen maar wat. De psychiatrische diagnostiek is op losse schroeven komen te staan.’

Stilstand en verwaarlozing

Dat is niet het enige. De neurowetenschappen, een ander wetenschappelijk fundament van de psychiatrie, heeft haar beloften nog niet ingelost. De vertaling van neurowetenschappelijke bevindingen naar de klinische praktijk blijkt lastiger dan gedacht. Ook de genetica heeft het moeilijk. Denys: ‘De genen waarvan we dachten dat die makkelijk te vinden zouden zijn, worden niet gevonden. Over *neuroimaging* rijzen eveneens steeds meer vragen. Scanuitslagen zijn niet ondubbelzinnig te herleiden tot objectieve maatstaven. Bovendien is de farmacologie als basis weggefallen. De grote farmaceutische firma’s weigeren te investeren in medicijnen voor psychiatrische aandoeningen als schizofrenie, depressie of angststoornissen. Het is te duur geworden. Er ontstaat daardoor stilstand in de ontwikkeling van geneesmiddelen, terwijl de farmacologie een belangrijke motor is van ons vak.’

Alsof dat nog niet genoeg is, hebben de psychiaters dat andere ‘klassieke’ aspect van hun vak, de psychotherapie, de laatste jaren fors verwaarloosd. Denys: ‘We hebben ons zelden of nooit geprofileerd als psychotherapeut. We hebben dat in de schoot geworpen van de psychologen.’ En tot slot is er nog het oordeel van de buitenwereld over het vakgebied. ‘Media en samenleving vragen zich hardop af: wat doen die psychiaters eigenlijk, waar staan ze voor? Dat vragen

‘Ik vind het prettig dat de psychiatrie een tijdje worstelt over de inhoud van het vak’



Hoogleraar Psychiatrie Damiaan Denys is de nieuwe voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP)

psychiaters zich zelf ook af. Een Amerikaanse collega van mij stelde onlangs voor om de psychiatrie maar af te schaffen en te vervangen door 'limbische neurologie'. Dat gaat wat ver, maar ik begrijp wat hij bedoelt.'

Richting geven

Kortom, de psychiater verkeert in een identiteitscrisis. Je zou zeggen: een ongunstig moment om het voorzitterschap over te nemen van zijn voorganger, Aartjan Beekman. Zo ziet Denys het niet. 'Ik vind het prettig als het een tijdje niet goed gaat met de psychiatrie, dat we worstelen over de inhoud en richting van ons vak. Dit zijn dé momenten om iets nieuws op te bouwen. Ik zie dat al gebeuren in talrijke initiatieven om de contouren van een nieuwe psychiatrie te schetsen, in Nederland maar ook internationaal. In Nederland kennen we *De Nieuwe GGZ*. Dat is een *bottom-up* beweging

van zorgprofessionals die op veel steun en aandacht kan rekenen. Een mooie en positieve ontwikkeling.'

Aan die vernieuwing een wezenlijke bijdrage leveren, dat is wat de van oorsprong Vlaamse hoogleraar psychiatrie graag wil. 'Mijn ambitie is om op zoek te gaan naar een nieuwe identiteit van de psychiatrie. De rol van voorzitter van de wetenschappelijke vereniging geeft me de gelegenheid dit onderwerp te agenderen, binnen en buiten de NVvP. De relatie met de Federatie Medisch Specialisten kan daarbij ook een belangrijke rol spelen. Want wat de nieuwe identiteit van de psychiater ook is, één ding is zeker: hij of zij is medisch specialist.' Denys hoopt dat de beroepsgroep haar nieuwe identiteit tijdens zijn voorzittersperiode weet te formuleren. 'Zodat we antwoord kunnen geven op vragen van psychiaters, patiënten en buitenwacht.' ▶

‘Wij krijgen vaak als eerste te maken met politieke en maatschappelijke vraagstukken’



Pioniersrol

In de verhouding met andere medisch specialisten vervullen de psychiaters veelal een pioniersrol, constateert Denys. ‘Wij zijn vaak de eersten die met nieuwe politieke vraagstukken of maatschappelijke uitdagingen te maken krijgen. Ingewikkeld, omdat wij daardoor ook vaak de weg plaveien voor andere medische specialismen. Of het nu gaat om bezuinigingen, knabbelen aan het beroepsgeheim of discussies over het hoofdbehandelaarschap. Dat wij zo’n pioniersrol vervullen, komt omdat de psychiatrie een van de grootste medische specialismen is en psychiatrische aandoeningen vormen maatschappelijk de meest dominante aandoeningen. In volume, maar ook in impact. Neem het euthanasiedebat. Euthanasie bij een ernstig depressieve huisvrouw met drie kinderen ligt maatschappelijk gevoeliger dan bij een oude man met uitgezaaide kanker en een beperkte levensverwachting. De psychiatrie staat altijd in het brandpunt van de maatschappelijke belangstelling. Niet gemakkelijk, wel een uitdaging.’

Om een voorbeeld te noemen: psychiaters zijn al sinds jaar en dag gewend om in grote multidisciplinaire ggz-teams te werken. Denys: ‘Wij vinden het volstrekt normaal om met andere zorgprofessionals als psychologen, verpleegkundigen en maatschappelijk

werkenden te overleggen. Bij veel andere medische specialismen is dat minder vanzelfsprekend. Maar naarmate andere zorgprofessionals steeds meer zorgfuncties overnemen, zal dat veranderen. Medisch specialisten moeten gaan nadenken over de vraag waar zij nog het verschil maken. Niet omdat je pillen uitdeelt, dat doet de verpleegkundig specialist ook. Niet omdat je goede familiegesprekken voert, dat doet de maatschappelijk werkende ook. Wij psychiaters zijn al langer bezig met die positionering, maar vroeg of laat zal elk medisch specialisme haar identiteit opnieuw moeten herijken.’

Inhoudelijke vernieuwing

Precies daar ligt de kracht van de Federatie, denkt Damiaan Denys. ‘Dat is hét platform om samen over zulke vraagstukken na te denken, om met elkaar te communiceren over richting en inhoud van de medische specialismen in de 21^e eeuw. De geneeskunde is van oudsher een conservatief bolwerk. We denken nog steeds in termen van gilden, zoals je die in de middeleeuwen had. We zijn daar star in. Maar technologie en samenleving veranderen snel. Het wordt tijd om te bekijken hoe we deze gildestructuur flexibeler kunnen maken en op zoek te gaan naar structuren die enerzijds recht doen aan de voorkeuren van de medisch specialist, en die anderzijds tegemoetkomen aan de vragen van ziekenhuis en samenleving.’

Denys vermoedt dat er de komende jaren ook nieuwe medische specialismen zullen ontstaan die voortkomen uit de expertise van reeds bestaande specialismen. ‘Hoe deze nieuwe specialismen eruitzien is nog niet te voorspellen, maar dát ze eraan komen, weet ik zeker. Denk aan artsen die hun competentie ontlenen aan de interne geneeskunde en de psychiatrie, maar ook kennis hebben van *e-health* en neuro-imaging.’ Daarom moeten medisch specialisten binnen de Federatie nu al nadenken over nieuwe invullingen van hun rol als arts, stelt hij. ‘Als dat ons lukt, is de Federatie hét vehikel voor innovatie, ja zelfs voor *out of the box*-denken. De inhoudelijke vernieuwing van de geneeskunde stimuleren, zie ik als haar grote toegevoegde waarde. Juist die kan elk specialisme weer helpen bij het vinden van een nieuwe, eigen en unieke identiteit.’ ●



Meer over federatiepartner NVvP (Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie) vindt u op:
www.nvvp.net

Ken de financiële feiten

Ontcijfer uw jaarrekening

Jaarcijfers vormen de kern van de uitvoerige jaarverslagen van ziekenhuizen en instellingen. Lastige materie, maar u verdiepen in cijferbrij en financiële begrippen loont de moeite. Ofwel: hoe u veel winst kunt boeken door winst te snappen.



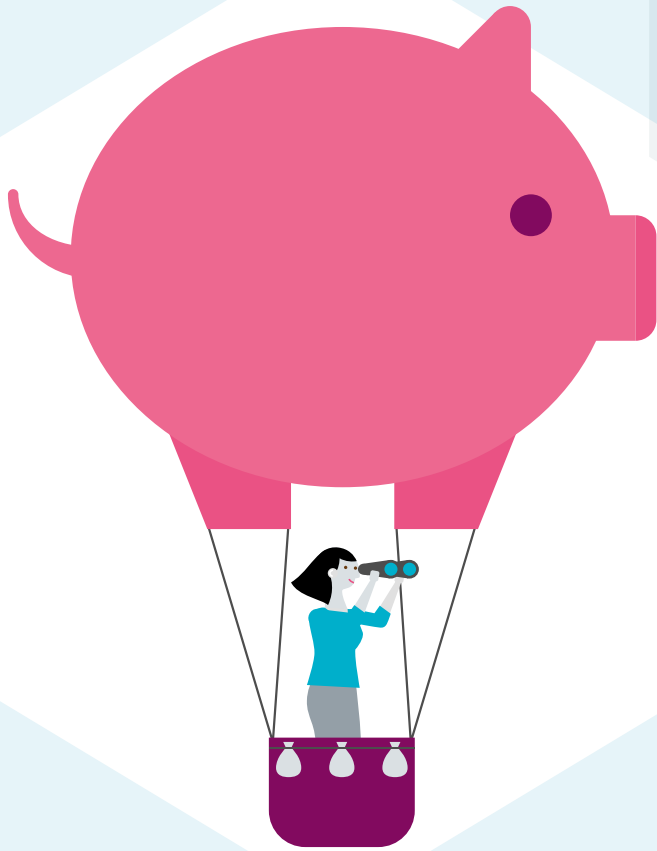
Waarom? Daarom

Resultaten uit het verleden geven geen garantie, maar wel een beeld van de toekomst. Daarom zijn jaarcijfers, met het overzicht van de financiële situatie van de organisatie van het afgelopen boekjaar, zo waardevol om te lezen. In het huidig tijdsgewricht, waarin het werk van de medisch specialist onder een financieel vergrootglas ligt, is het daarom aan te raden om ook het werk van de afdeling Finance goed te bekijken. Zo kunnen (tegenvallende) cijfers u niet verrassen en staat u stevig in uw schoenen bij bijvoorbeeld onderhandelingen met de Raad van Bestuur over het budget of de samenstelling van de staf.

Dit staat erin

Met beperkte kennis kunt u zich al een aardig beeld vormen van hoe de organisatie ervoor staat. Zo vindt u in de jaarcijfers altijd de balans en een resultatenrekening. De balans is het overzicht van bezittingen en schulden op een bepaald moment, meestal 31 december van het boekjaar. De resultatenrekening geeft een overzicht van alle kosten en opbrengsten van een onderneming over een bepaalde periode, meestal een heel boekjaar.

Minder essentieel, maar wel handig om altijd even naar te kijken, is het kasstroomoverzicht. In dit overzicht staan de daadwerkelijke geldstromen in het boekjaar. Hier gaat het om 'echt geld' en niet om aangegane verplichtingen en afschrijvingen zoals op de resultatenrekening. Het kasstroomoverzicht is dus 'eerlijker', maar vertelt (ook) niet het volledige verhaal. De resultatenrekening kan bijvoorbeeld ook inkomsten bevatten van al verzonden facturen die nog niet betaald zijn binnen de boekingsperiode. Het kasstroomoverzicht niet – daarin staan juist inkomsten uit facturen die al in de vorige resultatenrekening stonden. ▶



Kijk en vergelijk

Met iets meer kennis van zaken haalt u nog meer informatie uit jaarcijfers. Analisten bij de bank leggen bijvoorbeeld jaarverslagen van een aantal opeenvolgende jaren van de organisatie naast elkaar. De verschillen kunnen een heel verhaal vertellen. Als bijvoorbeeld de grondslagen, de basisregels voor de financiële verslaggeving en resultaatbepaling, zijn gewijzigd ten opzichte van voorgaande jaren, kunnen de cijfers van 2015 ineens een stuk minder goed te vergelijken zijn met die van 2014.

Ook interessant om naar te kijken bij het vergelijken: is de schuldenlast aan het dalen? Staat er een verlies op, komt dit dan door een eenmalige tegenvaller of is het structureel? Hoe hoog zijn de beloningen van de bestuurders en commissarissen? En tot slot, vrij eenvoudig te zien en een belangrijke graadmeter: stijgen of dalen de personeelskosten ten opzichte van eerdere jaren? Deze maken vaak zo'n vijftig tot tachtig procent uit van de totale kosten.

Wat jaarcijfers niet vertellen

Jaarcijfers moeten een waarheidsgetrouw beeld geven. Ze zijn minder vervormd door beleidsdoelstellingen en 'politieke intriges' dan een budget, dat de actualiteit probeert te voorspellen. Maar de jaarcijfers zijn wel een 'opgepoetste' weergave van de werkelijkheid: elke organisatie probeert zich tenslotte zo gunstig mogelijk te presenteren.

De doorgewinterde lezer kent echter de signalen. Zo wijzen toelichtingen bij slecht nieuws vaak op 'verbetertrajecten' of 'herstelplannen'. En hoe slechter de cijfers, hoe meer wordt prijsgegeven over de managementstrategie die dat gaat oplossen. Gaat het opwaarts, dan hult de strategie zich juist eerder in wollig of vaag taalgebruik. Denk aan holle frasen als 'op weg naar transitie in de nabije en verre toekomst' of 'focus op kwaliteit voor alle betrokkenen'. Ten slotte: jaarcijfers verschaffen inzage in het verleden, maar niet in hoe het nu gaat. Jaarcijfers zeggen ook niets over actuele beleidsontwikkelingen, politieke besluiten, technologische vernieuwingen of andere veranderingen in de zorg. Neem deze context dus altijd mee om cijfers in een groter geheel te kunnen duiden.

Cijfers en context

Komen de jaarcijfers overeen met wat u in de praktijk ziet? U kunt eenvoudig puzzelstukken leggen. Een voorbeeld: de winst van de organisatie is in 2015 lager dan die in 2014. Grasduinend door de pagina's met toelichtingen ziet u dat het ziekenhuis in 2015 ruim 4,25 miljoen euro in ICT heeft geïnvesteerd. In het verslag van 2015 was dit meer dan 5,5 miljoen euro. Als er in 2015 net zoveel in automatisering was geïnvesteerd als in 2014, was de winst zomaar nog eens 1,25 miljoen euro lager geweest. Maar misschien is dat wel de reden waarom er 'opeens' zoveel minder geld in de automatisering is gestoken. Het grote administratieproject was bijvoorbeeld al afgerond.

Belang van cijfers

Jaarcijfers kunnen grote invloed hebben op honoraria van u en uw collega's, het budget voor uw team of afdeling of onderzoeks- en kwaliteitsinvesteringen. Of u nu vrij beroepsbeoefenaar bent of medisch specialist in vast dienstverband, het loont dus altijd om kennis te hebben van de feiten en cijfers. Hoe staat de instelling ervoor? Blijft het goed gaan met het ziekenhuis? Lees de jaarcijfers om dit beter te begrijpen. Vergelijk ze over meerdere jaren en met andere organisaties, om verschillen te bespeuren en trends te ontdekken. Ziet u bijvoorbeeld de kosten stijgen, dan kunt u zelf al nadenken over hoe deze zijn te verlagen, al dan niet in overleg met collega's en financieel specialisten. Regeren is tenslotte vooruitzien.

Ratio's

Met voldoende eigen vermogen kunnen zorginstellingen lagere rentes op leningen realiseren en het vertrouwen van banken, leveranciers, patiënten en de medische staf behouden. Het is daarom interessant om te kijken naar de toe- of afname van het eigen vermogen en de winstcijfers. Maar alleen winst of verlies zegt niet alles. Meer winst of schulden sneller verlagen staat bijvoorbeeld haaks op extra uitgaven aan onderzoek, kwaliteit of meer medewerkers.

Kijk daarom ook goed naar makkelijk te vergelijken cijfers op de balans en de winst- en verliesrekening, en naar *ratio's*, formules die de prestaties van de organisatie weergeven.



Liquiditeit

Een veelgebruikte ratio is de *current ratio*, die iets vertelt over de liquiditeit: tot op welke hoogte de kortlopende schulden terugbetaald kunnen worden met de beschikbare bezittingen van de onderneming. Om deze current ratio te berekenen, deelt u de *vloTTende activa* (alle bezittingen met een looptijd korter dan een jaar) inclusief de liquide middelen door de *vloTTende passiva* (de schulden die de organisatie binnen een jaar na de balansdatum moet betalen). Komt de liquiditeit boven de honderd procent, dan kan de organisatie aan alle lopende verplichtingen voldoen. Omdat zorginstellingen geen gewone bedrijven zijn, komt een hoge liquiditeit wel eens voor. Dan heeft de organisatie genoeg geld, maar bijvoorbeeld een tekort aan investeringsmogelijkheden. Een liquiditeit van vijftig procent of daaronder is een serieus probleem. Als de organisatie dan niet snel krediet krijgt van een investeerder, bank of overheidsinstantie, zal deze failliet gaan.



Financieel gezond

Een andere belangrijke maatstaf is de *solvabiliteitsratio*, die de verhouding aangeeft tussen het eigen en vreemd vermogen. Dit zegt iets over de levensvatbaarheid en in hoeverre de organisatie afhankelijk is van schuldeisers. Kan de organisatie op lange termijn aan alle verplichtingen voldoen? En hoeveel ruimte is er dan nog over om te investeren en de ontwikkelingen een stap voor te blijven? Er zijn verschillende manieren om de solvabiliteitsratio te bepalen, bijvoorbeeld de *equity ratio*: het eigen vermogen gedeeld door het totale vermogen. Om volgens de bank als financieel gezond te worden gezien, moet de uitkomst liggen tussen de 25 procent en de 40 procent.

Meer weten?

Heeft u vragen of wilt u advies bij het duiden van de jaarcijfers van uw organisatie? Neem dan contact op met het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) via (030) 282 36 66 of infodesk@demedischspecialist.nl.

Wilt u uw kennis verbreden of verdiepen?

Volg dan een cursus, bijvoorbeeld de *Inleiding ziekenhuisfinanciën* op 8 en 22 november 2016 of de zesdaagse Leergang ziekenhuisfinanciën, die start op 1 september aanstaande.

Meer informatie en aanmelden via: www.academiemedischspecialisten.nl

Onrust in de registratie-regelgeving

Het moet anders, beter en eenvoudiger

Medisch specialisten en aios die onzeker zijn of ze wel correct registreren. Een continue verandering van regelgeving. En een almaar groeiende registratielast. Iedereen ziet dat de dot-registratie anders, beter en vooral eenvoudiger moet. De Federatie en de Nederlandse Zorgautoriteit slaan de handen ineen om dat voor elkaar te krijgen.

Een patiënt is na een fietsongeluk op zijn hoofd gevallen. Met een hoofdwond en een benauwd gevoel komt hij in paniek bij de spoedeisende hulp (SEH). Dagelijkse praktijk, weet neuroloog Paul Bienfait van Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn. 'De chirurg hecht de wond, de neuroloog maakt een CT-scan van het hoofd en de longarts neemt een foto van de longen om te kunnen zien wat er aan de hand is.' Deze drie medische activiteiten moeten worden geregistreerd, ieder in een eigen dbc-registratie. 'Voor de chirurg en de neuroloog is dat geen probleem. De chirurg noteert als diagnose weefselbeschadiging, de neuroloog noteert een hersenschudding. De longarts heeft echter geen diagnose, want hij kon niets vinden. Maar wat moet hij dan registreren?'

Ook dát is dagelijkse praktijk, volgens Bienfait. 'Tot veertig procent van de patiënten die bij mij op de poli komen, heeft geen neurologisch probleem. Maar ik moet wél registreren. Om dat op te lossen, noteren neurologen voor die gevallen bijvoorbeeld de werkhypothese. Als we bij iemand met acute hoofdpijn, gepresenteerd op de SEH, alleen de dbc hoofdpijn zouden registreren, of zelfs helemaal niks, ontvangen ziekenhuis en neuroloog niets voor de gemaakte kosten.'

Wijzer registreren

Het praktijkvoorbeeld toont aan dat patiënten zelden binnenkomen met één zorgvraag en dat zwart-witdiagnoses niet bestaan. Omdat je toch iets moet registreren, bedenken medisch specialisten soms zelf oplossingen die recht doen aan de door hen geleverde zorg. In de hoop dat de zorgverzekeraar deze accepteert, stelt Drik Hoogstede, niet-praktiserend oogarts en voorzitter van de commissie Wet- en Regelgeving van de Federatie Medisch Specialisten. 'Als een declaratie niet klopt, keurt de zorgverzekeraar de nota af of krijg je er als ziekenhuis te weinig geld voor. Dat gebeurt regelmatig.'

Dankzij het dbc-systeem is er meer inzicht gekomen in de geleverde zorg en de bijbehorende kosten, maar correct registreren blijkt in de praktijk meer dan een uitdaging. Er leven veel vragen over wat kan en mag. Sinds kort kunnen medisch specialisten terecht bij de Registratiewijzer, een initiatief van de werkgroep Correct Registreren van de Federatie waar zowel Bienfait als Hoogstede deel van uitmaken. In deze digitale vraagbaak staan antwoorden op generieke vragen. Hoogstede geeft een paar voorbeelden: 'Wanneer is een consult aan bed bijvoorbeeld een klinisch consult? En wanneer is het een





Drik Hoogstede (links) en Paul Bienfait van de commissie Wet- en Regelgeving van de Federatie:

medebehandeling bij een klinische opname van een ander medisch specialisme? We hebben nu ruim 110 van dit soort vragen beantwoord in de Registratiewijzer, en er komen nog regelmatig nieuwe vragen bij.' Bienfait vult aan: 'Die antwoorden uitpluizen, op basis van de regelgeving van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa), is monnikenwerk en de verdienste van Hoogstede en van beleidsadviseur Anne-Claire Harderwijk van de Federatie. Voor medisch specialisten zou het een ramp zijn als ze daarmee zouden stoppen, want specialisten maken er ontzettend veel gebruik van.'

Horendol

Wat correct registreren extra gecompliceerd maakt, is dat de registratie- en declaratieregels regelmatig veranderen. Hoogstede: 'Voor een patiënt die in december 2015 is opgenomen, maar in 2016 nog in het ziekenhuis verblijft, gelden de regels van 2015. Zou deze patiënt in 2016 zijn opgenomen, dan zijn de regels van dat jaar van toepassing. En in de contractonderhandelingen met zorgverzekeraars moeten we ondertussen al rekening houden met de nieuwe regels voor 2017. In één jaar tijd heeft de medisch specialist dus te maken met drie verschillende pakketten regels. Dat is niet bij te houden.' Bienfait: 'Medisch specialisten zien door de bomen het bos niet meer. En dat geldt nog meer voor aios. Die moeten ook registreren, al weten ze nauwelijks hoe het moet. Ze zijn er niet in getraind.' Hoogstede: 'Bovendien gebruiken ziekenhuizen allemaal een verschillend ICT-programma om hun dot-registraties in te verwerken. Aios worden er horendol van.'

'Medisch specialisten zien door de bomen het bos niet meer'

Werkbezoeken

Onzekerheid over correct registreren, de voortdurende verandering in regelgeving en de almaar groeiende administratielast: iedereen – ziekenhuizen, medisch specialisten en ook de NZa – begrijpt dat het anders én beter moet. Om te zien en te leren hoe medisch specialisten in de klinische praktijk met de registratieregels omgaan, legt de NZa daarom regelmatig werkbezoeken af. Zo bezocht een NZa-delegatie begin dit jaar de SEH en de huisartsenpost (HAP) van Gelre ziekenhuizen. Bienfait: 'Dat was voor iedereen een positieve ervaring. Voor de NZa-medewerkers was het een *eye opener* om te zien hoe complex de spoedeisende zorg is, hoeveel professionals erbij betrokken zijn en hoeveel van onze klinische activiteiten niet in registratieregels te vatten zijn. Ze merkten bijvoorbeeld op dat een triageverpleegkundige het hoofdondje van een klein kind verzorgde. Daar was geen dokter voor nodig. ▶



‘Het is tijd dat dokters en beleidsmakers elkaar beter leren kennen’

“Hoe registreren jullie dat dan”, vroeg een van de NZa-medewerkers. “We openen geen dbc, want er is geen arts bij betrokken”, zeg ik dan. “Dit consult is dus gratis.” Dan zijn ze verbaasd. Die realiteit kennen ze niet.’

Aansluiting vinden

‘Werkbezoeken zoals aan Gelre ziekenhuizen leggen we af om inspiratie op te doen en de uitvoerbaarheid van onze regels te toetsen’, vertelt projectleider doorontwikkeling dbc’s Marnelle de Groot van de NZa. ‘We willen aansluiten bij bewegingen in de klinische praktijk en niet andersom werken, waarin wij het veld opleggen hoe die ontwikkeling moet verlopen.’ ‘We luisteren goed naar medisch specialisten,’ vult haar collega Joep Becker aan, gedragswetenschapper bij de directie Toezicht en Handhaving van de NZa. ‘Zo zijn we begin dit jaar een normbelevingsonderzoek gestart onder medisch specialisten. We inventariseren daarmee hoe zij het thema correct registreren beleven en wat daarin voor hen de voornaamste knelpunten zijn. De uitkomsten van dat onderzoek, die we na de zomer verwachten, gebruiken we zowel voor onze regels als voor toezicht en handhaving. Ziekenhuizen kunnen deze inzichten gebruiken om hun interne registratieprocessen verder te vereenvoudigen en te stroomlijnen.’

Daarnaast publiceert de NZa dit voorjaar het *Plan van Aanpak Doorontwikkeling dbc’s*, vertelt De Groot. ‘Dat is een gezamenlijk initiatief van de NZa, de Federatie en andere branchepartijen in opdracht van het ministerie van VWS. We brengen daarmee de doorontwikkeling van de dbc’s voor de middellange



en lange termijn in kaart. Zo hebben we afgesproken dat we tot en met 2020 rust in de regelgeving willen. Dat betekent zo weinig mogelijk veranderingen in de registratieregels. Wat we van artsen en ziekenhuizen horen, is dat ze behoefte hebben aan stabiliteit. Als je de regels telkens verandert, weet niemand meer waar hij aan toe is en bouw je ook geen continuïteit op. Deze kritiek nemen we ter harte. Bovendien is deze bezinningsperiode goed te gebruiken om na te denken over de doorontwikkeling van de dbc’s op langere termijn. We kijken dan vooral naar mogelijkheden voor vereenvoudiging, bekostiging van innovaties en samenwerking over de schotten en sectoren heen. Daarbij gaan we zeker gebruikmaken van de talrijke ideeën en initiatieven vanuit het veld.’

Dichter bij elkaar

‘De medische wereld en de kantoorwereld moeten dichter bij elkaar komen,’ stelt Drik Hoogstede. ‘Het is tijd dat dokters en beleidsmakers elkaar beter leren kennen. Alleen dan krijgen we begrip voor elkaar, leren we elkaars denkbeelden kennen en ontstaat er ook vertrouwen. Van daaruit kunnen we goede afspraken maken over correct registreren.’ Mee eens, reageert Paul Bienfait. ‘Door samen te werken, komen we verder. We moeten elkaar niet bestrijden of als vijanden zien, maar de handen ineenslaan. Dat is de enige manier om dit complexe vraagstuk op te lossen.’ ●



Meer informatie en een overzicht van de meest gestelde vragen over registreren vindt u op: www.demedischspecialist.nl/registratiewijzer

Tien minuten

De laatste patiënte van vanmiddag heeft net de spreekkamer verlaten. Ik heb alles besproken en zij gaf aan dat ze het begreep. Maar toch... het liep niet lekker. Ik blijf achter met een onbestemd gevoel. Wat maakt een gesprek, of het nu een slechtnieuwsgesprek is of een reguliere controle, tot een goed gesprek?

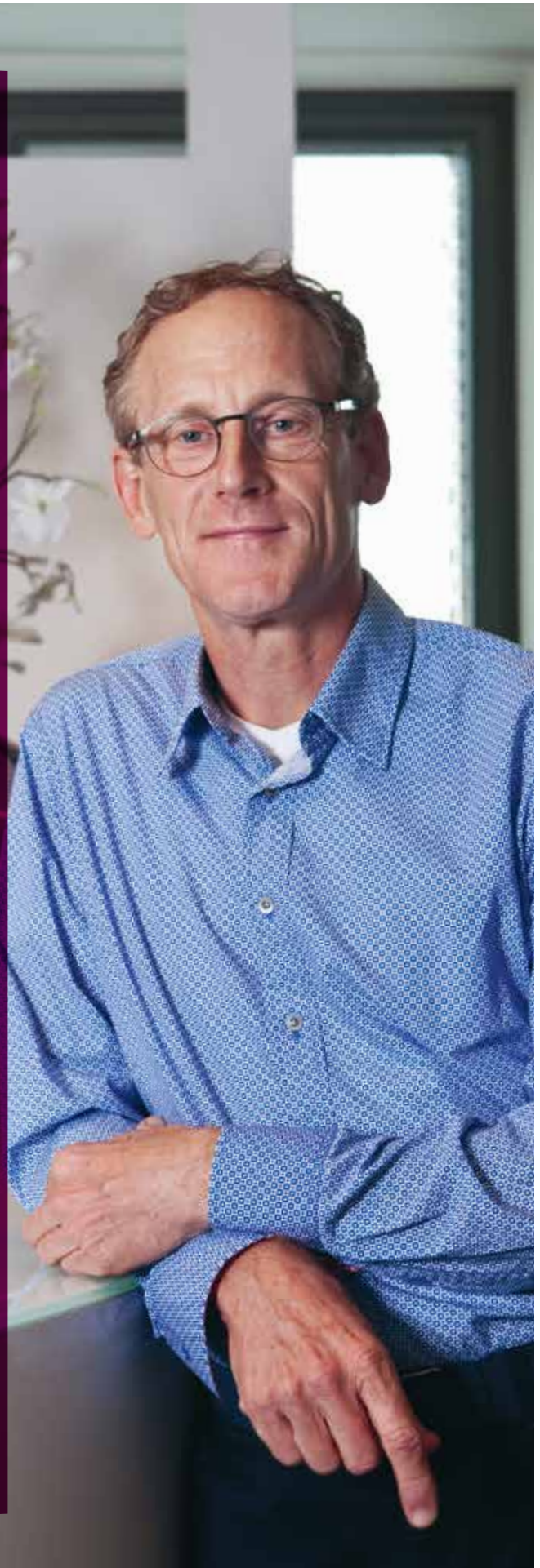
In de spreekkamer heb je gemiddeld tien minuten de tijd om twee totaal verschillende werelden bij elkaar te brengen. De medisch specialist als inhoudelijk expert en de patiënt als deskundige over zijn eigen lichaam en situatie, moeten samen beslissen over de meest passende behandeling. De '3 goede vragen' voor patiënten en artsen – *Wat zijn mijn mogelijkheden? Wat zijn de voordelen en nadelen van de mogelijkheden? En wat betekent dat in mijn situatie?* – zijn voor beide partijen een handige kapstok om de dialoog aan te gaan.

Maar alleen die vragen bespreken zegt nog niets over hoe de patiënt het gesprek beleeft. Hoe is de sfeer? Hoe komen uw lichaamstaal, uw houding en de toon van uw stem over? Was u uitnodigend genoeg om vragen en twijfels bespreekbaar te maken en onduidelijkheden te verhelderen? Heeft de patiënt het gevoel dat u de tijd neemt? Bij communicatie gaat het over vorm en inhoud, maar ook over welke gevoelens en emoties een gesprek los kan maken.

Na de zomer starten de patiëntenfederatie NPCF en de Federatie een campagne om bewustwording over samen beslissen te vergroten bij specialist en patiënt. Want beiden zijn erbij gebaat als de patiënt weet wat er besproken is, zich betrokken voelt en meebeslist. Onderzoeken tonen dat telkens weer aan: betere therapietrouw, betere behandelrelatie, betere effectiviteit van behandeling en ga zo maar door.

De patiënte heb ik de volgende dag nog even nagebeld. Wat bleek? Enkele dagen daarvoor was haar schoonzus overleden. Daardoor waren mijn woorden en de implicaties van de verschillende behandelopties nauwelijks tot haar doorgedrongen. Toen ik voorstelde om een nieuwe afspraak te maken en het nog eens te bespreken, hoorde ik de opluchting in haar stem. Tien minuten extra, die een wereld van verschil maken.

Marcel Daniëls, cardioloog en voorzitter Raad Kwaliteit van de Federatie Medisch Specialisten



Medisch specialist in de media

‘Houd vast aan je kernboodschap’

Steeds vaker zijn medisch specialisten te zien in de media. In reportages en actualiteitenprogramma's, maar ook aan tafel bij live talkshows. Hoe bereid je je voor op een dergelijk mediaoptreden? En wat voor impact heeft het achteraf? Drie medisch specialisten vertellen.

‘De uitzending was een ramp voor KNO Nederland’

Bernd Kremer is hoofd van de afdeling KNO van het Maastricht UMC+ en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde (NVKNO). Hij was in november 2015 te zien in het onderzoeksprogramma **ZEMBLA**.

‘Toen we hoorden dat **ZEMBLA** bezig was met een item over de verzwegen calamiteiten op de afdeling KNO van het UMCU, zochten we meteen contact met de Federatie. Zelf heb ik beperkte ervaring op mediagebied. Ik was daarom blij dat ik kon sparren met collega's die verstand van zaken hebben.’

Openheid

‘We moesten weten wat **ZEMBLA** in handen had. Stellingen waren er genoeg, maar we wilden bewijs. Pas dan konden we afwegen of we zouden meewerken of niet. Dat bewijs kwam er: tijdens een oriënterend gesprek legde de journalist twee OK-verslagen aan me voor, waarin sprake was van calamiteiten. Ik kon niet om de ernstige feiten heen. Dat wilde ik ook niet.

Als vereniging hebben we immers een bepaalde positie: we staan voor openheid en het melden van calamiteiten hoort daarbij.’

Kernboodschap

‘Een van de afspraken die we met de journalist hebben gemaakt, was dat hij vooraf de thema's doorgaf die hij wilde bespreken. Vervolgens zijn we zes weken bezig geweest met de voorbereiding. Ik had intensief contact met de vereniging en de Federatie: zowel persoonlijk, via de mail als telefonisch. Ik wilde de kernboodschap goed neerzetten, namelijk waar wij als medisch specialisten voor staan. Zonder inhoudelijk te reageren, kon ik wel iets zeggen over de situatie waarin een patiënt onverwacht sterft op de OK: dat is een calamiteit die gemeld moet worden. De uitzending was een ramp voor KNO Nederland. Toch denk ik dat ik de schade niet heb vergroot door mijn bijdrage. Ik heb een genuanceerd beeld kunnen schetsen.’

Gevolgen

‘Na de uitzending stond mijn telefoon roodgloeiend. De positieve reacties van collega's deden me goed. Hoewel het nu duidelijk is dat de betreffende voorvallen niet representatief zijn voor heel KNO Nederland, ligt de beroepsgroep wel onder een vergrootglas bij de media. De impact op de lange termijn is daarom nog onduidelijk.’



'Ik was redelijk nerveus voor het interview'

Rudi Roumen is chirurg-oncoloog en werkt in het Máxima Medisch Centrum (MMC) in Veldhoven. Afgelopen maart was hij te zien in consumentenprogramma *Radar*.

'Naar aanleiding van een uitzending over bekkenbodemmatjes was *Radar* bezig met een nieuwe reportage over een medisch hulpmiddel: de liesbreukmatjes en de pijnklachten die daarbij kunnen ontstaan. Omdat het Máxima een expertisecentrum heeft voor mensen met liespijn en ervaring heeft met het verwijderen van dergelijke matjes, wilde een journalist van het programma onze mening horen.'

Bepaald risico

'Het doel van *Radar* was duidelijk: patiënten wijzen op de nadelen die de matjes met zich meebrengen. Wij wilden dat beeld juist nuanceren. Mijn collega's en ik realiseerden ons dat een reactie geven ook een bepaald risico met zich meebracht. Programmamakers zitten meestal niet te wachten op genuanceerde uitspraken, ze ontlokken liever een scherpe *quote* die ze vervolgens uitvergroten. Een goedbedoelde opmerking kan dan verkeerd uitpakken. Om die reden hebben we contact gezocht met de Nederlandse Vereniging voor Chirurgische Oncologie en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde. Gezamenlijk hebben we besloten om toch mee te werken. Zo konden we vanuit de beroepsverenigingen open zijn over ons standpunt en hadden we de inhoud van het item meer in de hand.'

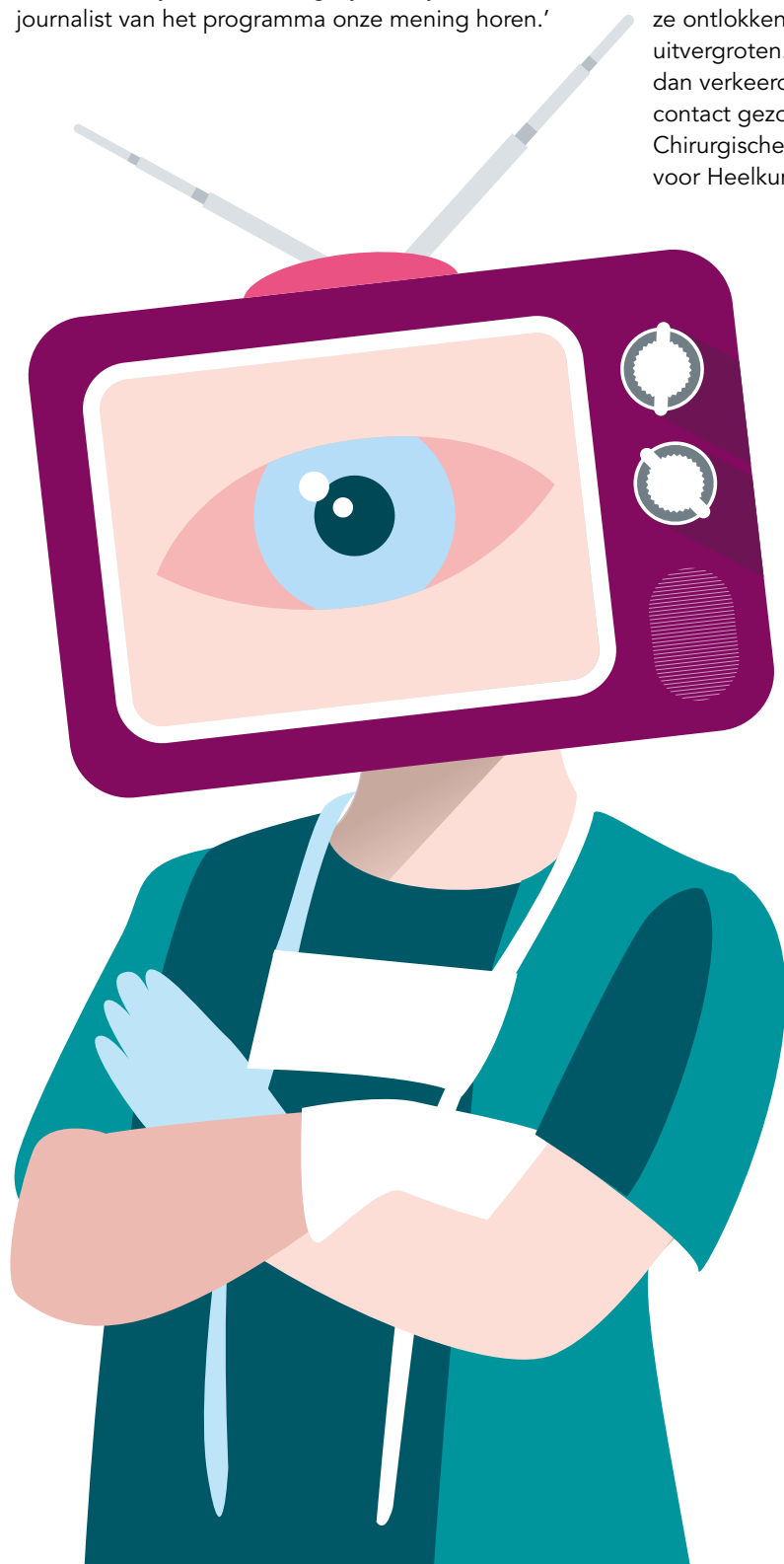
Goede voorbereiding

'Ik was redelijk nerveus voor het interview. Gelukkig bood de Federatie hulp bij de voorbereiding. Er kwam iemand van de afdeling communicatie langs, samen met een professioneel mediatrainer. De belangrijkste les: houd vast aan je boodschap en dwaal niet te veel af. Best lastig, zeker omdat ik graag alles uitleg. Het hielp dat ik de vragen vooraf kon inzien en kon oefenen.

Een ander belangrijk onderdeel van de voorbereiding was de communicatie naar de leden binnen de verenigingen. Alle collegae kregen een nieuwsbrief met tekst en uitleg. Ik vond het belangrijk dat men wist waarom we dit deden, zodat het niet overkwam als een eenmansactie.'

Ellende voorkomen

'Tijdens het interview heb ik me niet van de wijs laten brengen. Mijn boodschap is daardoor goed overgekomen. Ik denk dat we veel ellende hebben kunnen voorkomen, want tot een mediastorm is het niet gekomen. Daar heeft die goede voorbereiding absoluut bij geholpen.' ▶



'Het enorme aantal reacties laat wel zien hoeveel mensen kijken'

Manon Kerkhof is urogynaecoloog en werkt in het Radboudumc in Nijmegen. In december 2015 zat zij aan tafel bij het actualiteitenprogramma *Pauw*.

'Het aantal reacties na een televisieoptreden is ongelooflijk. "Na een interview van zes minuten bij *Pauw* krijg je meer aandacht dan na zes jaar promotieonderzoek", plaatste ik op Twitter. Ik kreeg gelukkig alleen maar positieve reacties, maar het laat wel zien hoeveel mensen er kijken en hoe kwetsbaar je eigenlijk bent.'



Precair onderwerp

'Via een collega ben ik benaderd door de redactie van *Pauw*. Ze vroegen naar mijn ervaringen en wilden mijn verhaal gebruiken. Ik was enigszins op mijn hoede, ook wegens het feit dat de gynaecologie de laatste jaren best negatief in het nieuws is geweest. Daarnaast was het onderwerp precair: het item ging over dokters die huilen op de werkvloer. Ik wilde weten hoe ik in het programma werd neergezet. Je kunt immers worden afgeschilderd als dokter die

alleen maar met zijn patiënten meehuilt en dat doe ik niet. Mijn boodschap was: een goede dokter is een menselijke dokter die betrokken is bij de patiënt, maar tegelijkertijd professioneel blijft en de kwaliteit bewaakt. Het lijden van de patiënt staat altijd voorop.'

Tips en advies

'Ik heb contact gezocht met de voorlichtingsafdeling van het Radboudumc, de Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie (NVOG) en de Federatie. Die laatste omdat het onderwerp discipline-overstijgend is. Daarna heb ik mijn deelname aan *Pauw* pas bevestigd. De Federatie adviseerde me om mijn kernboodschap te blijven herhalen, ook als het gesprek een andere kant op dreigde te gaan. Een andere, handige tip was om vooraf te vragen naar de overige tafelgasten. Zo was ik voorbereid als ik bij een ander gesprek werd betrokken.'

Toegevoegde waarde

'De redactie van *Pauw* was tevreden over mijn bijdrage en heeft mijn contactgegevens bewaard. Leuk natuurlijk, maar ik dacht wel: als ze weer bellen, stel ik mezelf opnieuw kritisch de vraag of ik de juiste persoon ben om daar te zitten. Ik vind dat je moet meedoen als je van toegevoegde waarde bent en niet alleen omdat het 'leuk' is.' ●

Wat doet de Federatie?

De Federatie pakt veel persverzoeken voor de wetenschappelijke verenigingen op. Denk dan vooral aan verzoeken rondom overkoepelende onderwerpen zoals dure geneesmiddelen, preventie, calamiteiten in ziekenhuizen, kwaliteitsregistraties en de rol van zorgverzekeraars. Ook bij media-optredens in grote televisieprogramma's als het *NOS Journaal*, *Pauw* of *ZEMBLA* schakelen de wetenschappelijke verenigingen vaak de hulp van de Federatie in.

Zodra een persverzoek binnenkomt, zet de afdeling Persvoorlichting een aantal stappen, vertelt manager Communicatie en Woordvoering Lilian Jansen van de Federatie. 'Eerst schat ik in of we meedoen of niet en welke reactie we geven. Hebben we een standpunt en kunnen we iets positiefs meegeven? Daarna neem ik weer contact op met het programma en denk ik na over vragen die aan bod kunnen komen. Samen met de medisch specialist die geïnterviewd gaat worden, nemen we de antwoorden door. Ook geven we algemene tips, bijvoorbeeld over het vermijden van jargon en dicht bij jezelf blijven. De Federatie staat de medisch specialist bij in het hele proces.'

Daarnaast verzorgt de Federatie, samen met een extern bureau, mediatrainingen. De training is een combinatie van theorie en praktijk en haakt in op actuele onderwerpen die mogelijk in het nieuws kunnen komen. 'Dan heeft de specialist er ook echt iets aan', aldus Jansen. Tot nu toe hebben meer dan vijftig medisch specialisten vanuit hun wetenschappelijke vereniging zo'n mediatraining gevolgd.

Weten welke oudere kwetsbaar is

Met een speciale cursus wil het College Geneeskundige Specialismen (CGS) bereiken dat er in alle medisch specialismen meer aandacht komt voor kwetsbare ouderen. Anesthesioloog Eric van Dongen van het St. Antonius-ziekenhuis in Nieuwegein werkte mee aan de ontwikkeling van de cursus én volgde deze samen met zijn vakgroep. 'Niet iedereen boven de zeventig is een kwetsbare oudere.'

Om de kwaliteit van zorg aan kwetsbare ouderen ziekenhuisbreed te verbeteren, hebben veel specialisten en aios van het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein de cursus van het CGS gevolgd. Voor zowel de snijdende als voor de beschouwende disciplines ontwikkelde de CGS-projectgroep *Ouderenzorg in de vervolgopleiding* een aparte module. De ene cursus richt zich op het perioperatieve proces, de andere op beschouwende diagnostiek en behandeling. Van Dongen werkte mee aan de cursus over het perioperatieve proces: 'In ons ziekenhuis is één op de vijf patiënten die gepland staan voor een operatie, ouder dan zeventig jaar. Maar niet iedereen boven de zeventig jaar is een kwetsbare

oudere. Daar willen we beter op inspelen.'

Meer aandacht

De cursus heeft tot doel om de kennis over en het inzicht in de juiste aanpak bij de oudere patiënt te vergroten. In herkenbare casuïstiek, handige tools en activiteiten voor de dagelijkse praktijk komen thema's aan bod als kwetsbaarheid, verwardheid, functionele achteruitgang, polyfarmacie en de complexe besluitvorming. Van Dongen merkt dat de cursus de deelnemers een meer beschouwende benadering leert. 'Specialisten zijn doeners. Bij deze patiëntengroep is dat niet altijd even handig. Juist een stap terug zetten, kijken, vragen stellen en samen beleid bepalen is hier belangrijk.'

Van Dongen volgde de nascholing zelf ook. Het leverde de anesthesioloog enkele verrassende inzichten op. 'Als medisch specialisten willen wij vaak vrij vlot een antwoord op de vraag: is iemand in staat een operatie te ondergaan en is dat zinvol? Sinds de cursus doen we het anders. We kijken niet meer louter naar de optie 'opereren', maar ook naar de fysieke, sociale en mentale belastbaarheid van de patiënt. Even afwachten of gezamenlijk zoeken naar alternatieven om de kwaliteit van leven te verbeteren, is ook een optie. Verder hebben we meer aandacht voor nazorg en een intensiever contact met huisartsen en thuiszorg over de opvang thuis.'

Meedoen

De effecten van het volgen van de cursus zijn merkbaar, vindt Eric van Dongen, zolang de hele vakgroep maar meedoet. 'Natuurlijk kan iedere specialist of aios de nascholing volgen in zijn eigen tijd. Maar als iedereen meedoet en vragen stelt op het begeleidende forum, ervaringen uitwisselt en in discussie gaat met collega's en docenten, haal je er het meeste uit.' In het St. Antonius ziet hij wat die aanpak oplevert: 'Door het volgen van de cursus zijn we allemaal alert op de signalen. Ook vindt er meer overleg en terugkoppeling plaats. Zowel binnen het ziekenhuis als daarbuiten.' **DP**

Anesthesioloog Eric van Dongen:

'Specialisten zijn doeners. Maar bij deze patiëntengroep is dat niet altijd even handig'



Vanaf 19 september is de geaccrediteerde nascholing *Kwetsbare Ouderen* weer te volgen. Uw vakgroep aanmelden kan via:

www.knmg.nl >
[Opleiding-en-herregistratie](#) >
[CGS](#) > [Thema's en projecten](#)
 > [Project Ouderenzorg](#)
 > [Online-Course](#)

Actie: zondagsdienst om pensioenaftopping

Medisch specialisten in dienstverband, SEH-artsen, ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinisch fysici organiseren op dinsdag 21 juni een landelijke zondagsdienst in verband met de pensioenaftopping.


In de tientallen ziekenhuizen waar actie wordt gevoerd, blijft de raad van bestuur pensioenpremie achterhouden. Pensioen waar medisch specialisten in dienstverband en de andere zorgprofessionals recht op hebben. Met steun van de Federatie Medisch Specialist, LAD en FBZ is er alles aan gedaan om met de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en hun leden tot een oplossing te komen zodat acties niet nodig zijn. Helaas zonder resultaat, waardoor het voeren van een landelijke zondagsdienst onvermijdelijk is. Niets doen is voor medisch specialisten geen optie: als de raad van bestuur hiermee

wegkomt, is de volgende stap wellicht het pensioen van andere werknemers in het ziekenhuis. Daarom wordt collega's gevraagd solidair te zijn met deze actie.

Patiëntvriendelijk

Uit de ledenraadpleging is gebleken dat 90 procent van de medisch specialisten in dienstverband en andere betrokken zorgprofessionals actie wil voeren in de vorm van een zondagsdienst op dinsdag 21 juni. Uitgangspunt is dat de zondagsdienst zo patiëntvriendelijk mogelijk verloopt. Bestaande afspraken worden verzet en er worden geen nieuwe afspraken gemaakt. Ook is een grotere

bezetting dan op een normale zondag, zodat eventuele incidenten goed kunnen worden opgevangen. Gedurende de actiedag worden er zoveel mogelijk patiëntvriendelijke activiteiten gedaan. Uiteraard zijn spoedopnames uitgezonderd, net als opnames op de IC, en de afdelingen kraam/couveuse, oncologie en hartbewaking. **DP**

 Alle actuele informatie over de actie en de contactgegevens van de Federatie en LAD die deze actie landelijk coördineren, vindt u op: www.pensioenopgroen.nl

VRAAG & ANTWOORD

Burn-out

VRAAG > Een van de collega's uit mijn vakgroep zit thuis met een burn-out. Ze is al een paar keer kort uitgevallen, maar dit keer lijkt het veel langer te gaan duren. Sinds we vorig jaar een MSB vormden, blijkt dat er weinig is vastgelegd over ziekte. Wat nu?

ANTWOORD > Iedereen is weleens ziek. Uitval van enkele dagen of weken is vaak wel op te vangen door collega's uit de vakgroep, maar bij langdurige ziekte of (gedeeltelijk) blijvende arbeidsongeschiktheid wordt dat een ander verhaal. Het is daarom van belang om vooraf goede afspraken te maken.

In de statuten van een MSB is niet vanzelfsprekend geregeld hoe de werkafspraken zijn bij langdurige uitval. Soms kun je terugvallen op oude maatschapafspraken, maar beter is het om deze afspraken in de nieuwe MSB-structuur nogmaals onder de loep te nemen en niet te wachten op de eerste zieke.

Bespreek dus met elkaar wat de mogelijkheden en wensen zijn als een specialist langer dan één maand ziek is of als iemand gedeeltelijk arbeidsongeschikt blijft en bijvoorbeeld maar een beperkt aantal uren kan terugkeren naar de werkvloer. Leg ook vast hoeveel uur iemand minimaal beschikbaar moet zijn om MSB-lid te blijven en wat er gebeurt met diens praktijkaandeel als iemand door ziekte uit het MSB moet stappen.

Wat je vooraf samen regelt, voorkomt conflicten achteraf. Iets waar noch de zieke specialist op zit te wachten, noch collega's en patiënten. ●

Een selectie uit de vele juridische en praktische vragen die de medewerkers van het Kennis- en DienstverleningsCentrum (KDC) dagelijks beantwoorden. Dit keer: een collega met een burn-out.

Ook een vraag?

Mail naar info@demedischspecialist.nl

Ramon van den Berg is projectleider Individualisering Opleidingsduur

‘Individualiseren doe je niet alleen’

Korter en tegelijkertijd beter opleiden. Een stevige klus, die Ramon van den Berg graag op zich neemt. Hij leidt het project Individualisering Opleidingsduur. ‘Ook met minder tijd willen we goede specialisten blijven opleiden.’

De opdracht van minister Schippers van Volksgezondheid om de kosten van de medische vervolgoopleidingen terug te dringen, vormde vier jaar geleden de aanleiding tot het individualiseren van de medisch-specialistische vervolgoopleidingen. ‘Door actief mee te onderhandelen heeft de toenmalige Orde samen met andere veldpartijen een kleiner bezuinigingspakket bedongen’, vertelt Ramon van den Berg, senior beleidsadviseur Opleiding bij de Federatie. ‘Dit zogeheten *Opleidingsakkoord* heeft voorkomen dat elke opleiding met één tot twee jaar verkort zou worden en heeft de eigen bijdrage voor aios van tafel gekregen. Toen waren wij aan zet. Geen generieke korting, maar hoe regelen we die verkorting dan wel?’

Andere leerroute

Vanaf het eerste moment wilde Van den Berg de bezuiniging van 218 miljoen euro aangrijpen om de vervolgoopleidingen te verbeteren. ‘Om de afspraken uit het akkoord handen en voeten te geven, kozen de verschillende partijen voor een samenwerking onder de vlag *Specialistenopleiding Op Maat* (SOM, zie kader). Het project Individualisering Opleidingsduur van de Federatie maakt daar deel van uit. De opdracht aan onze projectgroep was: brengt vlot in kaart op welke manier de opleidingen het beste zijn te verkorten. We stelden ons de vraag hoe we dat konden doen zonder kwaliteit te verliezen. De grootste winst was te halen in het op maat maken van de leerroute van elke individuele aios. In de nieuwe aanpak gaan we ervanuit dat iedere aios gericht zijn eigen grenzen en kwaliteiten ontdekt, opdat hij zijn vaardigheden optimaal kan toepassen op de werkvloer. Na de introductie van de



Projectleider Ramon van den Berg:

‘Met het Opleidingsakkoord hebben we een generieke verkorting voorkomen’

CanMEDS-competenties was het tijd voor een volgende stap: het vertalen van die – vrij abstracte – competenties naar de dagelijkse praktijk.’

De projectgroep begon door het onderwerp individualisering van de opleiding actief onder de aandacht te brengen van de leden van alle wetenschappelijke verenigingen. ‘Omdat de Orde net was opgegaan in de Federatie, waren de lijnen een stuk korter. We hebben eerst ons oor te luisteren gelegd en gevraagd waar zij kansen en valkuilen zagen en hoe we hen konden ondersteunen. We wilden vooral de lengte van de verkorting in goede harmonie regelen. ▶

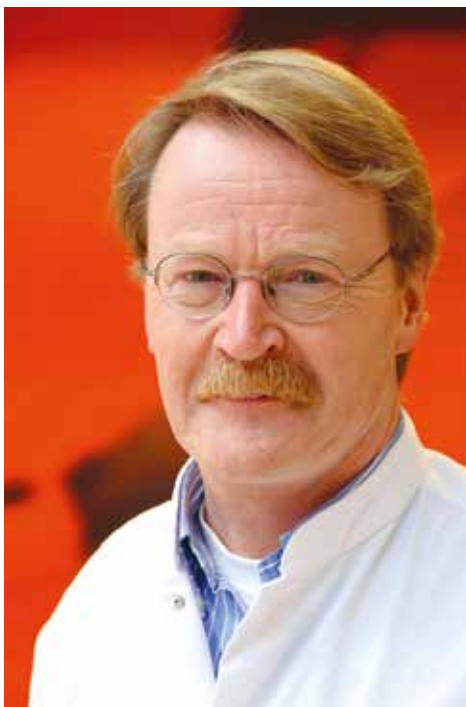
Dat is gelukt door een verdeelsleutel af te spreken. Hoe langer een opleiding, hoe meer verkorting: opleidingen van zes jaar worden verkort met zeven maanden, van vijf jaar met zes maanden en die van vier jaar met vijf maanden. Zo kan de inhoud overeind blijven en komen we toch aan de bezuiniging tegemoet.'

Zelfstandigheid

De volgende uitdaging was om te borgen dat aios in de nieuwe opzet alle benodigde medische kennis en ervaring opdoen om als specialist te gaan werken. Om de abstracte competenties te vertalen naar de dagelijkse praktijk, gaan de opleidingen werken met Entrustable Professional Activities. Van den Berg: 'Met deze EPA's wordt de opleiding opgedeeld in concrete professionele activiteiten. Neem bijvoorbeeld 'visites lopen'. Daarvoor moet een aios medische handelingen beheersen als anamnese en diagnostiek, maar ook samenwerken en communiceren. Door hier een EPA aan te hangen, wordt een abstracte competentie als samenwerken concreet toetsbaar op de werkvloer en verdient de aios per opleidingsonderdeel het vertrouwen om als zelfstandig specialist te mogen handelen.'

'Opleiders moeten toezicht kunnen houden op de kwaliteit'

Vrijwel elke wetenschappelijke vereniging stelt nu EPA's op voor alle activiteiten die een aios als medisch specialist zelfstandig moet kunnen doen. 'Vanuit het project helpt de Federatie een groot aantal verenigingen bij het helder beschrijven van deze EPA's en het herschrijven van hun opleidingsplan', vertelt Van den Berg. 'Daarnaast kunnen opleiders en verenigingen gebruikmaken van de handreiking *Opleidingsplan gebaseerd op EPA's* en de daarbij behorende praktische instrumenten. Verder hebben we filmpjes en animaties ontwikkeld waarmee opleiders eenvoudig aan aios en collega-opleiders kunnen uitleggen wat EPA's zijn en hoe deze verwerkt worden in het opleidingsplan en opleidingschema.'



'Aios hebben tijd nodig om te leren specialist te zijn'

Internist-nefroloog Henk Sluiter van het Deventer Ziekenhuis zet zich vanuit werkgroepen al jaren in voor het nieuwe opleiden. Als voorzitter van het Federatie-project Individualisering Opleidingsduur ziet hij de individualisering van de opleiding als lastige, maar ook leuke opdracht voor specialisten en opleiders.

'De activiteiten van onze *multitaskende* aios zijn zo verweven met het klinisch bedrijf, dat er gaten zullen vallen in de 24/7-bedrijfsvoering. Mijn werkdag zit al vol; ik kan die gaten niet opvangen. Daarbij heeft een aios tijd nodig om te leren specialist te zijn. Dat betekent veel taken tegelijk doen, er soms alleen voor staan en toch rustig met patiënten praten. Daarnaast moeten aios kritisch zijn, tijd vinden voor onderzoek en kwaliteitsprojecten, helder communiceren en zelfsturing ontwikkelen.

Ik heb veel affiniteit met competentiegericht opleiden, zodat je exact weet of een aios bekwaam is aan het einde van de rit. Maar het is een hele uitdaging om dat in kortere tijd voor elkaar te boksen, want opleiden is niet het enige op ons bord. Het vraagt van specialisten en opleiders veel inzet, tijd en vertrouwen en investeringen vanuit het ziekenhuis. Om mij heen twifelen veel specialisten aan de haalbaarheid van de individualisering. Het is goed hierover te discussiëren, zodat er onderlinge samenwerking en synergie ontstaat over hoe we deze klus klaren.'



Ook voor aspecten als kwaliteit en bedrijfsvoering is aandacht. Van den Berg: 'Opleiders en visitatie-commissies moeten toezicht kunnen houden op de kwaliteit van individuele leertrajecten. De verkorting heeft eveneens effect op de bedrijfsvoering en de kosten van opleiden voor het ziekenhuis. Wanneer een aios minder taken uitvoert, wie neemt die taken dan over en wat betekent dit voor de bedrijfsvoering? We helpen om vooraf mogelijke effecten in kaart te brengen en laten zien hoe andere opleidingsziekenhuizen met deze vragen omgaan. Je hoeft het wiel immers niet zelf uit te vinden.'

Innig samenwerken

Het in de praktijk brengen van de individualisering betekent veel uitleggen, ondersteunen en informeren. 'Niet iedereen was even blij met deze ontwikkeling', vertelt Van den Berg. 'Toch weten veel specialisten ons inmiddels te vinden voor advies. Daarnaast merken we dat in de regio inniger wordt samengewerkt tussen opleiders en in de Opleidings- en Onderwijs Regio's (OOR). 'Zo kwamen opleiders, aios, onderwijskundigen, leerhuismanagers, OOR-coördinatoren en bestuurders eind mei bij elkaar op het drukbezochte congres *Individualisering Opleidingsduur: wat betekent dit voor jou?* 'Er was veel belangstelling voor het vormgeven van de EPA's en wat de individualisering betekent voor de bedrijfsvoering en visitaties. Verder konden bezoekers inspirerende pilots zien van ziekenhuizen die al gevorderd zijn met het vormgeven van de individualisering.'

Eind dit jaar loopt het project af. Ramon van den Berg: 'We hebben schitterende resultaten bereikt. Cijfers tonen aan dat er korter opgeleid wordt, er is een uitgebreid

pakket aan ondersteuning voor opleiders en aios en het onderwijsproces wordt veel transparanter. Maar we denken wel na over hoe we medisch specialisten, ook na december, kunnen blijven ondersteunen bij dit proces. En al liggen we op schema, er zijn nog een hoop hobbels te nemen. Veranderen en implementeren kost nu eenmaal tijd.' ●

Wie is Ramon van den Berg?

Als onderwijskundige koos **Ramon van den Berg** (Achterveld, 1974) al snel voor de specialisatie opleidingskunde. Van den Berg koos bewust voor de zorg als werkveld, omdat hij graag wil bijdragen aan iets nuttigs. Eerder werkte hij als opleidingsfunctionaris bij het St. Franciscus Gasthuis, kenniscentrum Calibris en BOLS (waar de verdelingsvoorstellen voor de instroom van arts-assistenten in de medische vervolgoopleidingen worden gemaakt, *red.*). In 2014 is Van den Berg bij de Federatie aan de slag gegaan als senior beleidsadviseur Opleiding en projectleider van Realisatie Individualisering Opleiding (RIO). Ramon is getrouwd, heeft twee zonen van acht en elf jaar en pakt regelmatig een boek of de racefiets. Tijdens vakanties mag hij graag duiken en surfen.



Op de website **Specialistenopleiding Op Maat** zijn ervaringen, praktijkverhalen en handreikingen te vinden van, voor en door aios, specialisten, opleiders en geneeskundestudenten. Ook vindt u er nieuws, achtergrondinformatie en handige hulpmiddelen: www.specialistenopleidingopmaat.nl



NVKF-voorzitter

Lieke Poot

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: klinisch fysicus Lieke Poot, werkzaam bij Isala in Zwolle. Zij is sinds oktober 2015 de nieuwe – en eerste vrouwelijke – voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF).

1

Wat doen klinisch fysici?

'Het spectrum van ons werk is breed. Overal in het ziekenhuis waar met medische technologie wordt gewerkt, hebben wij een rol. Sommige klinisch fysici zijn ook behandelaar, bijvoorbeeld in de audiologie, maar de meesten van ons werken meer achter de schermen. Zoals op de afdeling radiotherapie, waar we ervoor zorgen dat de patiënt de juiste stralingsdosis op de juiste plek krijgt. Namelijk daar waar de tumor zit.'

2

Wat kunnen de andere wetenschappelijke verenigingen van jullie leren?

'Door de aard van ons werk zijn we van oudsher gericht op multidisciplinaire samenwerking met veel verschillende professionals. Niet alleen met medisch specialisten, maar bijvoorbeeld ook met röntgenlaboranten en verpleegkundigen. Verbinden en samenwerken is onze kracht, vanuit inhoud en het belang van de patiënt. Klinisch fysici doen niet alleen maar moeilijke berekeningen. Samenwerken en communicatie vormen juist een vitaal onderdeel van ons vak. Die expertise delen we graag met de andere wetenschappelijke verenigingen. Daarnaast hebben we diepgaande kennis van de medische technologie. Met de alsmaar voortschrijdende technologische ontwikkelingen wordt die kennis alleen maar belangrijker. Dat betekent dat we veel kansen zien om innovatieve technologieën in te zetten. Tegelijkertijd zijn we kritisch en kennen we ook de beperkingen ervan. Die benoemen we ook, vanuit het belang van kwaliteit en patiëntveiligheid. We zijn waakhond én vernieuwer, dat zijn de twee beroepskenmerken van de klinisch fysicus.'

'Kennis over medische technologie wordt alleen maar belangrijker'

3

Jullie zijn geen arts-medisch specialist, maar wel lid van de Federatie. Wat levert dat op?

'We zijn fysicus-medisch specialist. We zijn lid sinds 1 januari 2015, net als de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA) en de Nederlandse Vereniging voor Klinisch Chemici (NVKC). Ik vind dat een ontzettend goede stap. We kunnen nu gelijk optrekken met de medisch specialisten. Ook zijn we daardoor slagvaardiger, bijvoorbeeld bij kwaliteitsprojecten. Ziekenhuizen begrijpen dat er met het oog op patiëntveiligheid kwaliteitsrichtlijnen moeten zijn voor de medische technologie. Net zoals bij de farmacie. Door ons lidmaatschap van de Federatie kunnen we daar volop over meedenken. We kunnen ons focussen op de inhoud en hoeven niet langer ons vingertje op te steken: jongens, wij zijn er ook nog. Dat was vroeger wel zo. Dat we bij de club horen, voelt als erkenning. Het geeft rust. En het bevordert de kwaliteit van de patiëntenzorg.' **MvD**



Besturen van een beroepsvereniging

Het besturen van een beroepsvereniging is niet iets dat u 'er even bij doet'. Het vereist een duidelijke visie en beleidsstrategie, een grondige kennis van de belangrijkste 'stakeholders', een goed gevulde gereedschapskoffer en een helder inzicht in uw rol als bestuurder.

Deze cursus biedt u onmisbare inzichten in het werkveld en helpt u de kneepjes van het vak onder de knie te krijgen: van organisatie van de vereniging tot het te woord staan van de pers.



U krijgt:

- Inzicht in de context waarin de vereniging functioneert: het zorgstelsel, de politiek, de ontwikkelingen in de samenleving, de achterban en de media.
- Handvatten om de organisatie en het functioneren van de vereniging zelf te verbeteren.
- Inzicht in de kunst en kunde van het lobbywerk, het functioneren van het politieke proces en de omgang met de media.

Prijs:

Leden VvAA € 3.900,-

Niet-leden € 4.250,-

Duur:

3 modules van 5 dagdelen met met overnachting.

Start:

29 september 2016.

Besturen van een Medisch Specialistisch Bedrijf

Nu in alle algemene ziekenhuizen de Medisch Specialistische Bedrijven zijn opgezet komt het aan op de verdere inrichting daarvan.

Wilt u de nieuwe vorm van samenwerking tussen de verschillende vakgroepen/maatschappen binnen het MSB laten slagen om de volgende stap te kunnen maken? Deze cursus helpt u bij de professionalisering van de bedrijfsvoering en het ontwikkelen van een toekomstbestendige strategie.

U krijgt:

- Inzicht in de verhouding tussen medische staven en ziekenhuisbesturen en in de organisatie van het MSB zelf.
- Kennis over de bedrijfseconomie van het MSB.
- Handvatten voor een goede bedrijfsvoering, personeelsbeleid en kwaliteitsbeleid.
- Inzicht in de ontwikkelingen in de zorg en verschillende strategische scenario's voor de verdere ontwikkeling van het MSB.



Prijs:

Leden FMS én VvAA: € 1.795,-

Niet-leden € 1.995,-

Duur:

3 dagen van 14.00 – 20.30 uur.

Start:

7 september 2016.

Medische staf en ziekenhuismanagement

Deze tweedaagse cursus voor bestuurders van medische staven (VMS, MSB en VMSD) sluit volledig aan bij de meest actuele ontwikkelingen in de zorg en de consequenties daarvan voor de strategie van medische staf en ziekenhuisorganisatie. De nadruk ligt op het gezamenlijke strategisch beleid van ziekenhuis en staf.

Wilt u als bestuurder dit strategisch beleid actief mee vormgeven?

Deze cursus helpt u daarbij.



U krijgt:

- Kennis over de verschillende organisatiemodellen van de medische staf.
- Inzicht in de verhouding tussen de medische staf en de ziekenhuisorganisatie.
- Handvatten voor de ontwikkeling van een gezamenlijke strategie van medische staf en ziekenhuisorganisatie, en de interne en externe realisatie daarvan.

De cursusleiding is in handen van een ervaren (oud)ziekenhuisbestuurder.

Prijs:

Leden FMS én VvAA: € 1.795,-

Niet-leden € 1.995,-

Duur:

2 dagen met overnachting.

Start:

16 november 2016.



Federatie
**Medisch
Specialisten**

**SAVE
THE DATE**

CONGRES
**MEDISCH
SPECIALIST**
2025



14
maart
2017

15 - 21uur

**Congrescentrum
Brabanthallen
's-Hertogenbosch**