

de Medisch Specialist

JUNI 2018
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

2

ZORGECONOOM MARCEL CANOY

'Verzekeraars zijn niet machtiger dan ziekenhuizen'

KWETSBARE OUDEREN

Te vaak in het verkeerde bed

ADMINISTRATIELAST

Laat dokters dokteren

Gynaecoloog Clasiën van der Houwen:

'Preventie gaat verder dan de spreekkamer'



MANAGEMENT VOOR MEDICI

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?

De postdoctorale leergang Management voor medici biedt u zowel uitgebreide en actuele kennis van zaken als waardevolle persoonlijke vorming.

PRIJS Leden FMS én VvAA € 9.750,-
(niet-leden € 10.150,-), inclusief boeken, exclusief kosten verblijfsarrangement

LOCATIE Centraal in het land

START 10 september 2018

MEDISCH LEIDERSCHAP VOOR OPLEIDERS

Wilt u groeien in medisch leiderschap en uw aios optimaal voorbereiden op de toekomst? Haal meer uit uw aios én uit uzelf door buiten uw comfortzone te stappen en mee te doen aan dit onconventionele en uitdagende programma. Door actief en ervaringsgericht leren en door zelfreflectie en samenwerken wordt u als opleider uitgedaagd in uw functioneren als medisch leider en het begeleiden van aios op dit thema.

PRIJS € 4.250,- inclusief verblijfsarrangement

LOCATIE Austerlitz

START 28 november 2018



EVERT-JAN DE KRUIJF

is internist in Ziekenhuis
Gelderse Vallei te Ede.

Hij volgde de leergang
'Management voor medici'.

"Wanneer je als dokter in een leidinggevende positie terecht komt, doe je veel dingen intuïtief. Meestal gaat dat goed,

maar ik had behoefte aan verdieping. Daarom heb ik deze cursus gedaan.

Buitengewoon inspirerend waren de sprekers uit allerlei hoeken van de gezondheidszorg. De informatie over de werking en het functioneren van de gezondheidszorg in Nederland was heel leerzaam. In praktisch opzicht werk je gedurende de cursus aan een businessmodel. Echt relevant omdat het over je eigen onderdeel gaat.

De uitstekende sfeer in de groep is iets wat me nog het meeste bijblijft. We gingen op een heel open wijze met elkaar in discussie. Ik vind de cursus zeer geschikt als je leidinggeeft, of je nu nog redelijk aan het begin van je carrière staat of al verder gevorderd bent."

Op 15 februari werd in het Reinier de Graaf Gasthuis een inspiratiesessie gehouden over het thema 'Medisch leiderschap voor opleiders'.

Deelnemers vertellen:

"Ik ben gekomen omdat ik nieuwsgierig was naar wat medisch leiderschap inhoudt, en wat het voor mij zou kunnen betekenen. Dat is me wel een stuk duidelijker geworden."

"Langzaam komt er steeds meer bewustwording over medisch leiderschap, en daar heeft deze avond ook weer aan bijgedragen."

"Ik had van tevoren niet verwacht dat het zo interactief zou zijn, erg leuk!"

"Ik vond het bijzonder om te merken dat er eigenlijk best veel overeenkomsten zijn tussen de verschillende mensen, ook al zijn het opleiders en aios door elkaar. Ik wil graag anderen inspireren om ook met het thema medisch leiderschap aan de slag te gaan."

"Medisch leiderschap is een heel breed begrip; er komt veel bij kijken en ik heb hier een beter beeld van gekregen."



OOPLEIDEN IS NETWERKEN

**MMV-congres
12 december
2018**

De artsen die we nu opleiden, werken straks in een wezenlijk andere setting dan nu. Netwerkgeneeskunde is de toekomst. Maar hoe bereiden we aios hierop voor? Hoe kun je tijdens de opleiding over de muren van specialismen, clusters en opleidingsinstellingen heen kijken? Welke kennis en vaardigheden moeten aios opdoen om straks in een netwerk te functioneren? En wat hebben opleiders nodig om hen hierin te begeleiden?

Daarnaast is opleiden en opgeleid worden ook hard werken. Aios leren het vak op de werkvloer en krijgen daardoor ook te maken met onderwerpen als bedrijfsvoering en werkdruk. Hoe zorgen we ervoor dat dit niet ten koste gaat van de kwaliteit van de opleiding?

Tijdens het MMV-congres op 12 december worden deze onderwerpen vanuit diverse invalshoeken belicht. Daarnaast staan ook andere actuele opleidingsonderwerpen op het programma. U hoort goede praktijkvoorbeelden van collega's, krijgt concrete ondersteuning, relevante kennis en tips waarmee u zelf aan de slag kunt. U kunt zelf uw programma samenstellen aan de hand van inspirerende presentaties, ontbijtsessies, symposia en praktische workshops.

**VOOR ALLE BETROKKENEN
BIJ DE MEDISCHE
VERVOLGOPLEIDINGEN**

TARIEVEN

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

Aios: 175 euro

ACCREDITATIE

Wordt aangevraagd bij ABAN, NVZA, NVKC en NVKF

12 Woensdag
december

Congrescentrum NBC,
Nieuwegein

Meer informatie en aanmelden:

www.medischevervolgopleidingen.nl/mmvcongres

In dit nummer



8 COVERSTORY

Preventie buiten de spreekkamer

Steeds meer medisch specialisten zijn ook buiten de spreekkamer actief bezig met preventie. Hoe verloopt dat? Over ouders aanspreken, mentaliteitsverandering en zelf het voortouw nemen.

12 AAN DE ANDERE KANT

Zorgeconoom Marcel Ganoy

Niet-medici geven hun visie op de zorg. Deze keer econoom Marcel Ganoy. 'Zorgverzekeraars zijn helemaal niet machtiger dan ziekenhuizen.'

16 KWALITEIT VAN ZORG

Kwetsbare oudere in de knel

Steeds vaker belanden kwetsbare ouderen op de SEH. Ze kunnen nergens anders heen. Drie medisch specialisten vertellen wat dat voor impact heeft op hun dagelijkse praktijk.

21 PROJECTEN VAN DE FEDERATIE

Aan de slag na RIO

Aios moeten steeds meer kunnen in steeds minder tijd. Hoe doen opleidingsgroepen dat nu het project Individualisering Opleidingsduur (RIO) erop zit??

24 SPECIALISME IN BEELD

Vooruit dankzij de reumatoloog

Dankzij nieuwe medicatie, onderzoek en e-health loopt de reumatologie voorop in patiëntenzorg. Reumatologen Sander Tas en Petra Veldt over de dynamische ontwikkelingen in hun vakgebied.

27 WETENSCHAP EN ONDERZOEK

Impact of nuance

Er bestaat niet zoiets als een beetje integer. Het is vaak balanceren tussen publicatiedruk en nuance. Hoe houden arts-onderzoekers zich staande in dit krachtenveld?



EN VERDER

6 Kort nieuws

11 Administratielast: laat dokters dokteren

RUBRIEKEN

6 Vraag & antwoord aan het KDC

15 Column: gynaecoloog Mieke Kerkhof

20 In de media

30 Drie vragen aan...
de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

COLOFON

jaargang 4, juni 2018

Uitgave

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

Redactie

Dorinda Maas, *hoofdredactie*
Naomi Querido, *redactiecoördinatie*
Hanneke Bos, Vanessa Cruz,
Sjef van der Lans, Aukje van Ravensbergen,
Cindy van Schendel, Mirjam Siregar en
Femke Theunissen

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |
Marjolein Dekker, communicatieadviseur
Landelijke vereniging van Artsen in
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,
Oogziekenhuis Rotterdam | Geert Kazemier,
gastro-intestinaal chirurg, VU medisch
centrum, Amsterdam |
Shahrazad Sepehrkhoy, patholoog,
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein |
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,
HMC-Bronovo, Den Haag | Davy Sudiono,
radioloog, HMC Bronovo, Den Haag |
Marcel Vonk, psychiater, freelance
psychiater, Nijmegen | Kerst de Vries,
klinisch geriater, MC Slotervaart,
Amsterdam

Medewerkers aan dit nummer

Hans den Boer, Sebastiaan ter Burg,
Mirthe Diemel, Anita Edridge Fotografie,
Sterre ten Houte de Lange,
Suzanne van de Kerk, Mieke Kerkhof,
Serge Ligtenberg, Ploeger, Martijn Reinink
en Jonathan Vos

Fotografie cover

Suzanne van de Kerk

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

Redactieadres

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

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een
adreswijziging kunt u sturen aan het
secretariaat van uw wetenschappelijke
vereniging.
Via www.demedischspecialist.nl/magazine
kunt u alle edities van De Medisch Specialist
online lezen en/of downloaden (pdf).

Copyright © De Medisch Specialist 2018.
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 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.

Zorg om ouderen

Bij het sluiten van het zorgakkoord medisch-specialistische zorg hebben wij ons gecommitteerd aan veranderingen. Zoals dat zorg, daar waar het kwalitatief kan, meer buiten het ziekenhuis wordt geboden en het financieel kader nauwelijks groeit. Maar lukt dat ook?

Het is immers nogal contra-intuïtief. Want we zien elke dag dat de ziekenhuizen vol zijn en de Spoedeisende Eerste Hulp overbelast. Een recente enquête vanuit de Federatie toont aan dat medisch specialisten wekelijks op zoek zijn naar bedden in een ander ziekenhuis omdat de eigen afdelingen vol zijn. Dat is niet alleen frustrerend, maar kost ook veel tijd.

Met de vergrijzing van de bevolking neemt bovendien de multimorbiditeit toe, wordt de zorg ingewikkelder en zijn steeds meer mensen bij die zorg betrokken. En – u herkent het vast – eenmaal in het ziekenhuis lukt een snel ontslag naar huis nogal eens niet. Wat er allemaal op de medisch specialist afkomt, beschrijft internist-geriater Barbara van Munster in dit nummer heel treffend.

Wil het zorgakkoord kunnen slagen, dan is adequate opvang van en zorg voor ouderen buiten het ziekenhuis een noodzaak. De Federatie blijft daar, samen met onze KNMG-collegae, op wijzen. Maar we kunnen zelf ook stappen zetten om meer zorg buiten het ziekenhuis te leveren. Door het opzetten van en te participeren in netwerkgeneskunde en gebruik te maken van e-health technieken bijvoorbeeld.

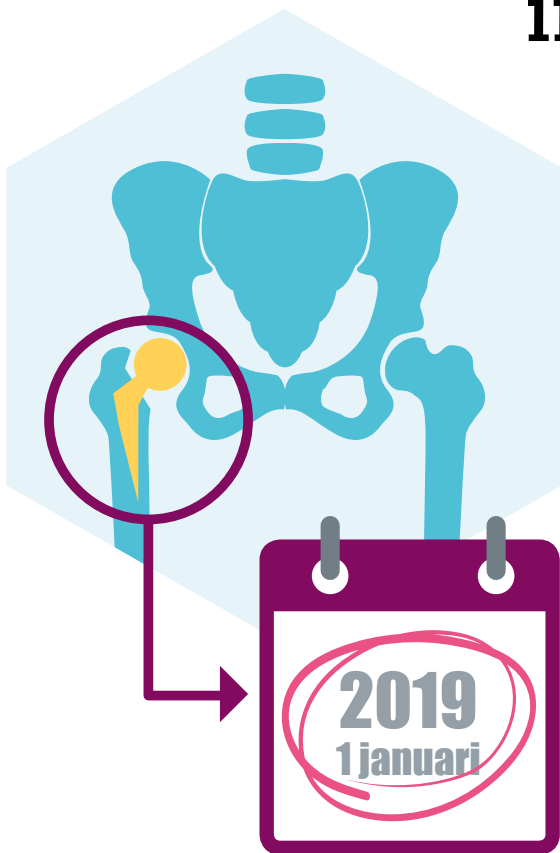
Dat medisch specialisten daarmee de kwaliteit van de zorg en het plezier in hun werk hoog houden staat voor mij buiten kijf. Er zijn al talloze voorbeelden van succesvolle initiatieven. Wie volgt?



Marcel Daniëls

Algemeen voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

Uitstel voor implantatenregister



Vanaf 1 januari 2019 krijgen ziekenhuizen een jaar de tijd om de benodigde lokale aanpassingen in het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en ICT te realiseren.

De ingangsdatum van de wet met betrekking tot het Landelijk Implantaten Register (LIR) is met een half jaar uitgesteld, zo heeft minister Bruins toegezegd in de Tweede Kamer. Hiermee is er meer tijd voor een betere invoering van het LIR. De Federatie is voorstander van het LIR, maar vindt dat het wetsvoorstel niet goed aansluit op de praktijk.

Het LIR is bijvoorbeeld niet gekoppeld aan patiëntgegevens. Daardoor bestaat het risico dat patiënten alsnog heel moeilijk te traceren zijn. Ook voorziet de Federatie een aanzienlijke verzwaring van de administratielast omdat codes nu nog dubbel of handmatig moeten worden ingevoerd. Tot slot vreest de Federatie dat de aanlevering aan al bestaande kwaliteitsregistraties van implantaten zal teruglopen, terwijl die wél specifiek ingericht zijn op het monitoren van de langetermijngevolgen en eventuele problemen van implantaten. Minister Bruins benadrukt het belang van het blijven vullen van deze kwaliteitsregisters.



Lees meer op: <https://www.demedischspecialist.nl/uitstel-LIR>.

VRAAG & ANTWOORD

Meer inspraak

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

Deze keer: meer inspraak in een ggz-instelling.

Ook een vraag?

Bel (088)134 4112
of mail naar

info@demedischspecialist.nl

VRAAG > Ik ben psychiater in dienstverband. Mijn collega's en ik zijn ontevreden over het strategische beleid van onze ggz-instelling. We willen graag meer inspraak en denken erover om een medische staf op te richten. Maar hoe pakken we dat aan?

ANTWOORD >

Dit is een veelgehoorde klacht. Het oprichten van een medische staf, die regulier overlegt met de raad van bestuur, is een goede oplossing om meer invloed te kunnen uitoefenen. De Federatie trekt samen met de LAD op om medisch specialisten hierbij te ondersteunen. Er is onder meer een toolkit ontwikkeld die medisch specialisten in acht stappen houvast biedt. Zo is aan te raden om via een interne bijeenkomst eerst te peilen hoe groot de belangstelling is voor een medische staf. Bepaal vervolgens wat het doel is, wat de toegevoegde waarde is voor zowel medisch specialisten als de raad van bestuur en over welke onderwerpen de medische staf kan praten.

De LAD en Federatie hebben hiervoor een modelovereenkomst opgesteld, zodat psychiaters niet zelf het wiel hoeven uit te vinden. Het KDC kan ook op instellingsniveau ondersteuning bieden. De toolkit is te downloaden via:

www.demedischspecialist.nl/onderwerp/ggz. ●

Nieuwe zorgevaluatieonderzoeken

Welke zorg is het meest effectief bij een bepaalde aandoening? Dat is lang niet altijd duidelijk. Het komende halfjaar starten er vijf nieuwe zorgevaluatieonderzoeken. De resultaten helpen de zorg aan patiënten steeds verder te verbeteren.

De vijf onderzoeken zijn divers: zo bekijken de radiologen welke behandeling het meest effectief is bij patiënten met een acute beroerte. De orthopeden, chirurgen en de klinisch geriateren onderzoeken of opereren de beste optie is bij kwetsbare ouderen met een heupfractuur in hun laatste levensfase. De chirurgen doen onderzoek naar de beste follow-up van patiënten die geopereerd zijn in verband met een verwijding van de abdominale aorta en de neurologen starten een onderzoek naar de effectiviteit van nazorg gericht op cognitieve en emotionele problemen bij een TIA. De cardiologen ten slotte willen antwoord op de vraag welk type behandeling na het dotteren de voorkeur heeft bij een acuut hartinfarct.

De afgelopen drie jaar zijn er achttien zorgevaluatieonderzoeken gestart. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten ondersteunt wetenschappelijke verenigingen bij het prioriteren van onderzoeksvragen.

 Een overzicht van alle kennisagenda's vindt u op www.kennisinstituut.nl/kennisagenda. Noteert u ook vast de datum van het volgende Symposium Zorgevaluatie: 2 november 2018.



20^e editie Rode Hoed-symposium

Op 3 oktober vindt de 20^e editie plaats van het Rode Hoed-symposium. Het thema is **Netwerk in de zorg**.

In het nieuwe hoofdlijnenakkoord is afgesproken om de stijging van de beschikbare financiële ruimte voor de ziekenhuissector af te bouwen van 0,8 tot 0 procent in vier jaar. Tegelijkertijd voorspelt het Centraal Planbureau een toename van de zorgvraag van 3,2 procent.



Ook dit jaar weer inspirerende sprekers op het Rode Hoed-symposium.

Die stijgende zorgvraag en de hiermee samenhangende oplopende kosten, de logistieke problemen en de huidige personeelstekorten maken een andere organisatie van zorg noodzakelijk. Concentratie van zorg en verplaatsen van zorg naar de eerste lijn zijn onvermijdelijk. Voor substitutie is extra financiële ruimte voor de huisarts, maar tot op heden wordt hiervan nauwelijks gebruik gemaakt. Hoe ziet de toekomst eruit?

Tijdens het symposium geven sprekers vanuit verschillende gremia, zoals de Inspectie voor Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ), NVZ, NFU en ZN en de Federatie hun visie op het thema en is er ruimte voor discussie. In de middag zijn lezingen van de denker des vaderlands René ten Bos, Erik Jan Vlieger (auteur van *Het nieuwe brein van de dokter*), Frank de Grave (auteur van *Grote Jongen Zijn*) en Anna van Poucke over wie het met wie doet in de zorg.

Inschrijven

Het inschrijfgeld voor dit geaccrediteerde symposium bedraagt 895 euro. Voor medisch specialisten geldt een gereduceerd tarief van 695 euro bij registratie v or 1 september en 795 euro voor registratie vanaf 1 september. Het Rode Hoed-symposium is elk jaar snel uitverkocht. Meld u dus tijdig aan via: www.mediforum.nl.

Het belang van een gezonde leefstijl

‘Preventie gaat verder dan de spreekkamer’

Preventie is tegenwoordig een vast onderdeel van het werk van de medisch specialist. Maar daarnaast is er een brede beweging gaande onder artsen om ook buiten de spreekkamer actief te zijn. Drie medisch specialisten vertellen wat zij doen aan preventie. Binnen en buiten de spreekkamer.

‘Wij kunnen een wezenlijk verschil maken’

Clasien van der Houwen is gynaecoloog en werkt in ziekenhuis Tjongerschans. Ze is voorzitter van de Taskforce Rookvrije Start.

‘Als gynaecoloog vind ik een goede informatievoorziening voor mijn patiënten enorm belangrijk. Als patiënten gevolgen van een ingreep kunnen overzien of weten hoe ze

bepaalde medicatie moeten gebruiken, kunnen ze ook meer de regie houden over hun behandeling. Een paar jaar geleden was dit voor mij de motivatie om de informatie-

voorziening over roken tijdens de zwangerschap te verbeteren. Ik gaf mijn patiënten tijdens het spreekuur weliswaar een stopadvies, maar had het idee dat ik ze wegstuurde met de boodschap: zoek het maar uit. Dat voelde niet prettig. Samen met zorgorganisatie Stichting De Friesland en het Trimbosinstituut heb ik toen een voorlichtingsfilm gemaakt over een coachingstraject om te stoppen. Vervolgens is het balletje gaan rollen en ben ik voorzitter van de Taskforce Rookvrije Start geworden.’

Voortouw nemen

‘Artsen zijn curatief ingesteld: is een patiënt ziek, dan willen we de beste zorg leveren. Voor preventie is veel minder aandacht. We leven in een maatschappij waarin technologische ontwikkelingen elkaar in rap tempo opvolgen, maar het allerbelangrijkste – ziekte voorkomen – laten we liggen. Daarbij staan we nog steeds toe dat er een commercie is die iedere dag nieuwe verslaafden maakt. Overigens vind ik dat preventie niet alleen hoort bij het morele besef van een arts, maar door de



Clasien van der Houwen

hele maatschappij moet worden gedragen. Wel kunnen medisch specialisten het voortouw nemen door aandacht te besteden aan preventie. Wij kunnen een wezenlijk verschil maken.'

Complimenteren

'In het begin vond ik het lastig om rookgedrag aan te snijden. Je komt al snel belerend over. Inmiddels weet ik dat de manier waarop je iemand benadert veel uitmaakt. Als een aanstaande moeder trots vertelt dat ze nog maar vijf sigaretten per dag rookt in plaats van twintig, prijs ik haar doorzettingsvermogen en zeg ik daarna dat ik haar een rookvrije zwangerschap gun. Dan is de kans groter dat ze volledig stopt. Natuurlijk lukt dit niet altijd. Maar als ik één patiënt kan helpen, heeft dat al impact – op haar leven én dat van haar baby. Daarnaast gaat preventie veel verder dan dat je in je spreekkamer ziet. Zo kan er een sneeuwbaaleffect optreden, want misschien heeft die moeder rokende vriendinnen die ook overwegen te stoppen.'

'De eed is meer dan alleen behandelen'

Maurits de Brauw is bariatrisch chirurg en hoofd van de afdeling heelkunde in het MC Slotervaart. Hij vindt dat artsen, politici en andere zorgverleners meer kunnen doen om overgewicht en obesitas te bestrijden.

'Jaarlijks krijgen zo'n twaalfduizend Nederlanders met morbide obesitas een maagverkleining. Dat aantal zal nog toenemen. Die toename zette mij en mijn collega's aan het denken: eigenlijk is het vreemd dat je mensen gezond maakt met een gecompliceerde ingreep – en tevens laatste redmiddel – terwijl je niets doet aan de instroom. Omdat er geen alternatieve therapieën zijn voor patiënten met meer dan dertig kilo overgewicht, moet je het dus hebben van preventie. Dat was vorig jaar voor ons de reden om een opiniestuk in *de Volkskrant* te schrijven. Naar aanleiding daarvan volgden er onder meer uitnodigingen van politieke partijen en landelijke discussiedagen. Daar hebben we niet alleen gesproken over de aanpak van obesitas, maar ook over de maatschappelijke rol van artsen.'

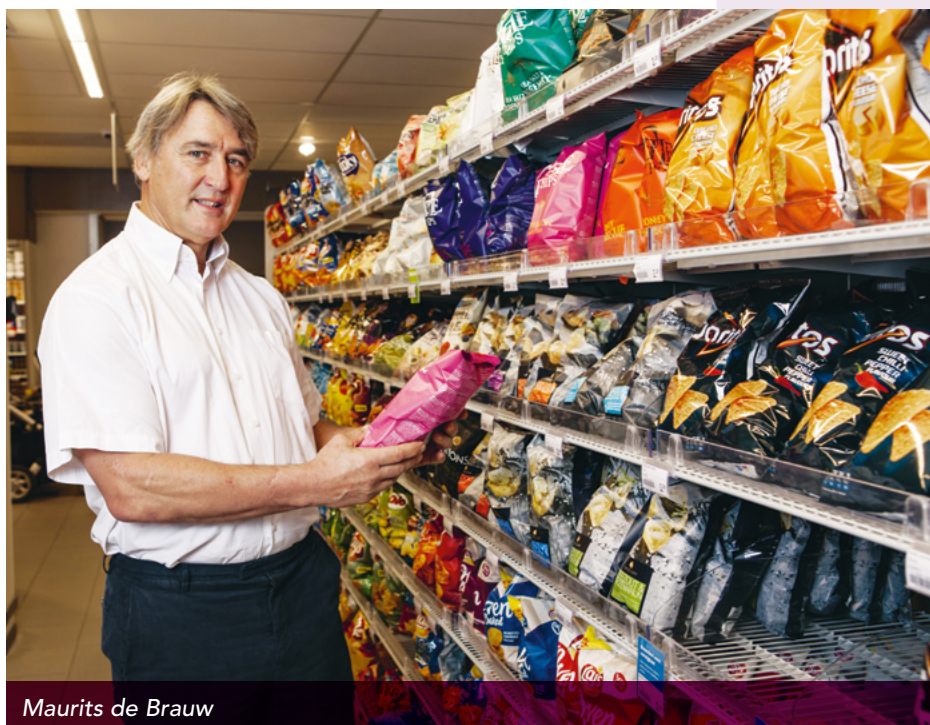
Mentaliteitsverandering

'De artseneed gaat verder dan alleen het behandelen van mensen. We worden geacht om gezondheidsproblemen in de maatschappij te signaleren en aan te kaarten. Voeding is één van die problematieken. Nederlanders eten steeds zoeter en vetter. Die mentaliteit moet veranderen.

De overheid speelt hier een belangrijke rol in. Zo heeft de politiek een leidende rol in de omslag naar duurzame energie. Op het gebied van voeding zou bijvoorbeeld een simpel kleurensysteem op etiketten, waardoor meteen duidelijk is hoeveel zout, suiker of vet een product bevat, al een grote stap voorwaarts zijn. Helaas laten politieke partijen het op dit vlak volledig afweten: zij bemoeien zich niet met de levensstijl van mensen. Dat zit me dwars, want obesitas is doodsoorzaak nummer twee en veroorzaakt een groot scala aan welvaartsklachten, zoals diabetes, een hoge bloeddruk en gewrichtsklachten. Dat maakt me nog gedreven om dit probleem aan de kaak te blijven stellen.'

Activisten

'Nog te weinig medisch specialisten stellen zich actief op als het gaat om preventie. Collega's onderschatten hun invloed. Veel mensen hebben vertrouwen in ons. Van die geloofwaardigheid kunnen we veel meer gebruik maken. Dat kan in de spreekkamer, maar ook daarbuiten – denk aan voorlichting en onderwijs aan de jeugd, of in de lokale en landelijke politiek. Medisch specialisten moeten activisten worden. Preventie kan alleen slagen als je het probleem bij de wortel aanpakt.'



Maurits de Brauw



Carole Lasham

'Ik spreek jongeren en ouders aan'

Carole Lasham is kinderarts en werkt in het Tergooi ziekenhuis in Hilversum. Ze maakt zich hard voor het terugdringen van overmatig alcoholgebruik onder jongeren, de zogeheten 'comazuipers'.

'Het aantal comazuipers, jonge kinderen die urenlang knock-out zijn, is de laatste jaren fors toegenomen. In mijn eigen ziekenhuis gemiddeld één per week. Ik schrok daar enorm van toen ik er in 2011 voor het eerst van hoorde. Daar wilde ik iets tegen doen. Daarom heb ik een alcoholpoli opgezet,

samen met het Jellinek. We gaan het gesprek aan met jongeren en hun ouders. Ook geef ik voorlichting op middelbare scholen en werk ik samen met lokale instanties binnen mijn gemeente om te kijken hoe we alcoholconsumptie onder jongeren kunnen tegengaan.'

Ook aan de slag met preventie?

In de toekomstvisie *Medisch Specialist 2025* is een hoofdstuk geheel gewijd aan preventie. De ambitie is dat medisch specialisten zich uitspreken over het belang van een gezonde leefstijl.



Meer informatie en praktische adviezen vindt u in de *toolkit Medisch Specialist 2025*: <http://toolkit.2025.demedischspecialist.nl> (onder *Gezondheid en gedrag*).

Muisstil

'Wie op jonge leeftijd met alcohol of sigaretten begint, heeft later meer kans op een verslaving. Dat ik jongeren vroegtijdig kan informeren over de gevolgen van een ongezonde leefstijl, zie ik als mijn taak als kinderarts. Ik vind sowieso dat preventie bij het werk van de medisch specialist hoort. Als dokter heb je een zekere mate van invloed. Zodra ik in mijn witte jas voorlichting geef aan ouders en de cijfers rondom alcoholgebruik noem, is mijn publiek muisstil.'

Rookgedrag

'Ook binnen de muren van mijn spreekkamer is preventie een vanzelfsprekend onderdeel van mijn werk. Zo vraag ik tijdens mijn consulten standaard naar het rookgedrag van de ouders. Collega's zeggen weleens dat ze voor dergelijke gesprekken geen tijd hebben, maar dat zie ik anders. Kinderen met astma geven we een puffer, maar die werkt minder goed als er thuis wordt gerookt. Door daar tijdens een consult over te beginnen, bereik je uiteindelijk veel meer.'

Betutteling

'Ik realiseer me dat de grens tussen maatschappelijke betrokkenheid en betutteling klein is, maar voor mij staat het gezondheidsbelang voorop. Ook de manier waarop je jouw boodschap verkondigt, telt. Ik kan wel zeggen dat drinken slecht is, maar dat 'standaard' verhaal komt doorgaans niet aan. De laatste jaren heb ik mijn aanpak veranderd door patiënten – of hun ouders – te vragen naar hun motivatie om te drinken, en wat de voordelen zouden zijn als ze daarmee zouden stoppen. Op die manier geef ik mensen zelf de prikkel om na te denken over hun gedrag. Van betutteling is dan meteen geen sprake meer.' ●

Het moet en kan minder

De Federatie zet flink in op het verminderen van administratieve lasten. Medisch specialisten, aios en wetenschappelijke verenigingen hebben geïnventariseerd wat minder moet en kan.

Veel administratie lijkt deels onnodig en gaat in elk geval ten koste van de tijd die besteed kan worden aan directe patiëntenzorg. Dat beeld komt glashelder naar voren uit de enquête de Federatie samen met de VvAA in het najaar 2017 heeft gehouden over administratieve lasten onder medisch specialisten en specialisten in opleiding in het kader van *(Ont)Regel de Zorg*. Daarop zijn schrapbijeenkomsten gehouden en is er een inventarisatie gedaan onder wetenschappelijke verenigingen om tot concrete acties te komen. Dat ligt er nu.

Meer tijd voor de patiënt

Meer werkplezier en meer tijd voor de patiënt. Daarop zijn alle acties om administratielasten te verminderen gebaseerd. De Federatie en haar leden hebben afgesproken de volgende punten op korte termijn op te pakken:

1. Het verminderen van onnodige administratielast bij opleidingsvisite en kwaliteitsvisite, met name waar het dubbel werk betreft. De commissie

kwaliteitsvisite van de Raad Kwaliteit geeft hierover nog voor de zomer een advies.

2. De omvang van de kwaliteitsregistraties en -indicatoren. Te denken valt aan te registreren items en het beperken van indicatoren tot essentiële informatie. Wetenschappelijke verenigingen gaan hun eigen registraties kritisch bekijken en reduceren daar waar kan.
3. Machtigingen, artsenverklaringen en zorgactiviteiten. De wetenschappelijke verenigingen maken hiervan een inventarisatie, zodat de Federatie hierover met verzekeraars in gesprek kan gaan.
4. De administratieve lasten van het EPD en ICT-systemen. Dit is een urgent probleem dat medisch specialisten niet kunnen oplossen. De Federatie blijft dit onderwerp agenderen. Daarnaast blijft de Federatie zich inspannen voor een uniforme wijze van vastleggen en uitwisselen van gegevens. Hierbij valt te denken aan programma's zoals Registratie aan de Bron en samenwerking met het netwerk van Chief Medical Information Officers.

Er staan voor de medisch-specialistische zorg nog meer acties op stapel om de administratieve lasten te verlichten. Alle acties met concrete voorbeelden, wie die kan uitvoeren en op welke manier, vindt u op: www.demedischspecialist.nl/administratielast.



Laat dokters dokteren

Ondanks de enorme aandacht om de administratielasten te verminderen, is onzinnige administratielast nog steeds de praktijk van alledag. De Federatie blijft dit zichtbaar maken onder meer via social media en www.laaddoktersdokteren.nl.

Heeft u ook een voorbeeld? Stuur uw ervaring naar: laaddoktersdokteren@demedischspecialist.nl. Dit mag een omschrijving zijn, maar ook foto's of zelf opgenomen filmpjes (conform de privacywetgeving) zijn welkom.

Gezondheidseconoom Marcel Canoy

‘Verzekeraars zijn niet machtiger dan ziekenhuizen’

In deze rubriek vertellen niet-medici hoe zij de zorg zien. Zorgeconoom Marcel Canoy snapt de frustratie van artsen dat zij zich in de spreekkamer steeds meer met kosteneffectiviteit en doelmatigheid moeten bezighouden. Hoe ziet hij de rol van de medisch specialist?

Medisch specialisten willen iedere patiënt de beste zorg bieden, zonder continu na te hoeven denken over de kosten. Laat ons gewoon dokteren, roepen ze. Hoe kijkt u daar tegenaan?

‘Dat snap ik. Wanneer een specialist een keuze voor een behandeling of operatie moet maken, mag het niet zo zijn dat hij zich hierin louter laat leiden door kosten. Je wilt als patiënt geen dokter tegenover je met een rekenmachine in de hand. Maar een dokter die zich totaal niet laat leiden door kosten kan niet meer: dan rijzen de kosten de pan uit. Ik vind het juist goed wanneer medisch specialisten kostenbewust zijn.

CV Marcel Canoy

Leeftijd: 54 jaar

Achtergrond: Studie econometrie aan de Universiteit van Amsterdam

Functie: Distinguished lecturer aan de Erasmus School of Accounting and Assurance, economisch adviseur van de Autoriteit Consument & Markt, voorzitter van Longkanker Nederland, lid van Advies Commissie Pakket van het Zorginstituut Nederland en columnist bij socialevraagstukken.nl

Was hiervoor: werkzaam bij het CPB, de Europese Commissie, Ecorys en de Tilburg University

Bekend van: zijn columns in het *Financieel Dagblad*, *Zorgvisie* en *Medisch Contact*

Een 80-jarige patiënt een onnodige peperdure behandeling geven, daar moet je je bedenkingen bij hebben. Specialist koppelen kosteneffectiviteit te snel aan het inboeten op kwaliteit van zorg. Dat is onnodig.’

Wat gebeurt er als specialisten te weinig rekening houden met kosteneffectiviteit en doelmatigheid?

‘Dat is eenvoudig: dan grijpt op een gegeven moment de politiek in om de kosten te beperken. En bezuinigingen gaan vaak wél ten koste van de kwaliteit. Dan heb je er als arts geen invloed meer op. Wees je dus bewust dat je als specialist medeverantwoordelijk bent voor het efficiënt functioneren van de ziekenhuiszorg. En ja, dat vereist inspanningen op domeinen waar je niet bekend mee bent. Huur dan iemand in die dat wel snapt en kan. Of kijk eens bij collega’s. Het zou ook helpen wanneer medisch specialisten een financiële prikkel zouden krijgen om in actie te komen. Daarnaast moeten ziekenhuisbestuurders ervoor zorgen dat hun specialisten op een voor hen vriendelijke manier doelmatiger worden: vraag artsen zelf met oplossingen te komen in plaats van rekensommen van bovenaf op te leggen. Zonder dat het te veel administratieve lasten oplevert.’

Wat kunnen medisch specialisten zelf oppakken?

‘Uit onderzoek is bekend dat specialisten een heleboel dingen kunnen veranderen. In de organisatie van de behandelingen, in de logistiek, in het niet entameren van onnodige behandelingen. De besparing hoeft



Marcel Canoy:

‘Patiënten willen geen dokter tegenover zich met een rekenmachine in de hand’

niet per se binnen de muren van de spreekkamer te gebeuren. Door de zorg logistiek beter en doelmatiger te organiseren en door onnodige behandelingen tegen te gaan, kun je al een behoorlijke slag slaan. Dat laat bijvoorbeeld de Amerikaanse chirurg Atul Gawande mooi zien. Lees zijn boeken, zoals *Het checklist-manifest* met uitgebreide inzichten en oplossingen. Willen we de zorg betaalbaar houden, moeten we die kant op.’

Helpt het integrale bekostigingssysteem hierbij?

‘Nee, dat vind ik een verre van gezonde economische constructie. De meerderheid van de specialisten zit in zo’n medisch-specialistisch bedrijf. Dat zijn dus ondernemers. Maar zodra je tegen een specialist zegt: “jij bent ondernemer”, volgt altijd een ontkenning. Die vindt dat hij een edel beroep heeft, onvergelijkbaar met een bakker. Toch zijn ze wel ondernemers. Zij zouden dus ook ondernemersrisico moeten dragen, maar dat gebeurt niet binnen het huidige systeem. Puur vanuit economisch oogpunt zouden deze medisch specialisten dus ook risicodragend moeten participeren

in het ziekenhuis. Het is van essentieel belang dat alle partijen binnen een ziekenhuis min of meer op één lijn zitten, zodat de belangen niet conflicteren. Dat doen ze nu wel – zeker als specialisten zich in een regionaal medisch bedrijf hebben georganiseerd. Op het moment dat alle medisch specialisten in loondienst zijn, kun je makkelijker alle belangen parallel laten lopen binnen je organisatie. Dat is gezonder.’

Met de komst van de marktwerking is juist gekozen voor concurrentie tussen ziekenhuizen. Dat zou toch geld opleveren?

‘Ziekenhuizen concurreren ook met elkaar, alleen niet op prijs. Het is een illusie dat de prijzen die we hebben opgetuigd, iets te maken hebben met reële prijzen. Dat zijn rondrekenchema’s waarbij prijzen nauwelijks een relatie hebben met reële kosten. ▶

Ziekenhuizen concurreren eerder op kwaliteit, op service en op sommige deelspecialisaties. Dat is nog niet zo transparant als op vergelijkingssites met ratings, maar als patiënt kun je nu wel kiezen. Wanneer ziekenhuizen zich in toenemende mate specialiseren in complexe zorg, juich ik dat toe. Ook zie ik toekomst in substitutie: kies voor complexe zorg en laat eenvoudigere medische zorg over aan de eerste lijn. Stoot zaken af die je wellicht minder graag wilt doen. Je moet daar echt keuzes in maken.'

'Specialisten die door de zorgverzekeraars met rust gelaten willen worden, zijn niet realistisch'



In het huidige systeem hebben zorgverzekeraars de regie en hebben specialisten vaak het gevoel dat ze aan de leiband van verzekeraars liggen.

'Onzin. Specialisten die met rust gelaten willen worden, omdat dan alles goed komt, zijn niet realistisch. Ik snap hun irritatie – verzekeraars zijn ook geen heiligen – maar als principe is er niets mis mee. Ik zie juist dat de acties van bijvoorbeeld Ab Klink van VGZ met zijn project *Zinnige Zorg* veel doelmatigheid oplevert. Dat moet je omarmen als specialist. Dat is vooruitgang. Verzekeraars zijn helemaal niet machtiger dan ziekenhuizen, het is eerder omgekeerd: door alle fusies zijn ziekenhuizen zeer machtig. Zorgverzekeraars kunnen het zich echt niet permitteren een ziekenhuis niet te contracteren. Die keren dat ze dat probeerden, was de wereld te klein. Wat ziekenhuizen wel kunnen doen om invloed uit te oefenen, is met geloofwaardige voorstellen komen over hoe ze de zorg willen organiseren. Daar krijg je zorgverzekeraars best in mee.'

U bent lid van Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut Nederland. Is rond geneesmiddelen nog doelmatigheidswinst te behalen?

'Vooral voor innovatieve medicijnen vragen farmaceuten nog vaak tien keer de hoofdprijs, omdat ze kwetsbare patiënten bedienen met een exclusief middel. Die prijsonderhandelingen hebben nu iets van een rituele dans. Je zou hier op Europees niveau afspraken over moeten maken en met elkaar naar de kosteneffectiviteit moeten kijken. Ik vind dat hierin ook een rol is weggelegd voor medisch specialisten. Ik zie elke maand de voorstellen voor toelating van medicijnen tot het pakket voorbijkomen en merk dat de relatie tussen artsen en de farmaceutische industrie nog steeds ondoorzichtig is. Dat voelt slecht. Terwijl we soms ook zien wat de positieve invloed van een individuele specialist kan zijn. Zo had een hoogleraar uit Nijmegen ontdekt dat wanneer hij het dure medicijn Eculizumab, bedoeld voor aHUS-patiënten, eenmalig voorschreef, het in veel gevallen tot genezing leidde. Terwijl de farmaceut adviseerde het levenslang te gebruiken. Dat maakt nogal wat uit in kosten. Zo zie je dat artsen wel degelijk in staat zijn om iets teweeg te brengen.'

Waar verwacht u nog veel van in de toekomst rondom kosteneffectiviteit?

'Ik ben erg voor initiatieven als *BeNeLuxA* waarin onderzoekers uit diverse landen samen kosteneffectiviteitsstudies doen naar medicijnen, waardoor de beoordeling breder wordt gedaan. Ze doen dat heel goed. Vervolgens zou je ook stappen kunnen zetten in gemeenschappelijke onderhandelingen in heel Europa. Dat zou in farmaland een ware revolutie zijn. Verder vind ik dat er steviger gekeken moet worden naar de doelmatigheid bij medische apparatuur, zoals die dure protontherapie. Daarvoor zijn vier medische centra in de race, terwijl twee voor ons land genoeg zijn. Daar is nog stevig winst te behalen.'



Stilzitten

Als tiener bezorgde ik de *Twentsche Courant*. Iedere dag was er een pakkende *quote* te lezen op de voorpagina. Ver voordat ik geneeskunde ging studeren, viel mijn oog op de regel: 'God maakt beter en de dokter krijgt het geld.' Dikwijls denk ik aan dit citaat.

Ik herinner me Oom Frans, die met een chronische rokershoest door het leven ging. Toen hij zich liet onderzoeken, had hij snel genoeg van al die dokters met hun akelige diagnostiek. 'Ik ga er niet meer heen', sprak hij op zekere dag, 'het gekijk van die specialisten houdt op!' Hij ging een ander merk shag roken en Oom Frans merkte een significante verbetering. Hij had die zakkenvullers niet meer nodig.

Maar tegenwoordig verlangen patiënten van hun dokters de omgekeerde bewijslast. Om deze perverse prikkel nog verder te stimuleren, hing er geruime tijd in de abri van ons ziekenhuis een reclameposter van de letselschadeadvocaat. 'Waarom heeft ons kind een slechte Apgarscore? Wat is er fout gegaan?'

Als je geluk hebt, kom je nog in gesprek met de jonge ouders. Als je pech hebt, zit de deur potdicht. Ik zie *second victims*, artsen die eraan onderdoor gaan omdat de patiënt rechtstreeks de pers opzoekt. De vermeende calamiteit haalt het *RTL Nieuws* op *prime time*.

De uitkomst van een SIRE-rapport zit plotseling in de e-mailbox en mag de dokter in z'n eentje savoueren. God maakt niet altijd beter, en de dokter krijgt de rekening. De dokter wordt geschoren en moet vooral stilzitten. Gepensioneerde hoogleraren, al lang losgeweekt van de dagelijkse praktijk, vellen hun vernietigende oordeel. Talentvolle collegae zitten dientengevolge ziek thuis, of erger, plegen suïcide.

Anno 2018 heeft nog steeds ieder huisje zijn kruisje. Daar kan de dokter niets aan veranderen. In navolging van dat rake citaat... Moeder Natuur bakt een poets en de dokter mag het uitleggen.

En dat, dat moet maar eens heel snel afgelopen zijn.

Mieke Kerkhof is gynaecoloog en schrijver. Van haar hand verschenen onder meer *Even ontspannen*, *mevrouw*, belevenissen van een bevlogen gynaecoloog en *Klaar is Kees*, een knipoog naar het levenseinde.



Acute zorg voor 65-plussers vraagt om integrale aanpak

Kwetsbare oudere in het verkeerde bed

Kwetsbare ouderen bezoeken steeds vaker de spoedeisende hulp en houden ziekenhuisbedden bezet. Het is een acuut en urgent probleem. Drie medisch specialisten die er dagelijks mee te maken hebben, geven hun visie.

Sinds het sluiten van de verzorgingshuizen bezoeken jaarlijks 800.000 ouderen de SEH-afdelingen en worden 543.000 65-plussers opgenomen. Slechts 40 procent van hen heeft echter daadwerkelijk ziekenhuiszorg nodig. De andere 325.800 ouderen belanden zonder medisch-specialistische noodzaak in een duur ziekenhuisbed. Zij voelen zich eenzaam, verward of neerslachtig of de huisarts vindt alleen thuis blijven (tijdelijk) niet meer verantwoord.

Alarmerende cijfers

Internist Ronne Mairuhu, werkzaam bij het Haga-Ziekenhuis in Den Haag, herkent de alarmerende cijfers van de koepel van zorgondernemers ActiZ. 'Het klopt, er komen inderdaad meer kwetsbare ouderen naar onze SEH. Maar ik vind het niet juist om te zeggen dat zij hier verkeerd liggen. Die ouderen komen hier omdat niets is te regelen in de thuissituatie of in een verpleeg- of verzorgingshuis. Daar moeten we iets mee. Ik zou juist willen zeggen: hup, aan de slag.'

Internist-geriater Barbara van Munster van het Gelre ziekenhuis in Apeldoorn is het daar niet mee eens. Zij vindt dat kwetsbare ouderen juist zo min mogelijk in het ziekenhuis moeten belanden, tenzij er een duidelijke ziekenhuisindicatie is. 'Patiënten die tien dagen in een ziekenhuisbed liggen, kunnen wel tien tot vijftien procent van hun spiermassa verliezen. Dat wil je voorkomen. Zeker bij mensen met dementie kun je veel pro-actiever kijken wat zij aan preventieve zorg thuis of in de buurt kunnen krijgen om ziekenhuisopname te voorkomen.'

In de klem

Zorgverleners betrokken bij ouderen – binnen en buiten het ziekenhuis – zitten al jaren in een klem, stelt internist-geriater Van Munster. 'Dat heeft vooral te maken met de organisatie en financiering van ons zorgsysteem en de schotten tussen de eerste- en tweedelijnszorg. We zitten allemaal in onze eigen 'silo' en zijn ziektegericht georganiseerd. Dat betekent dat die oudere met diabetes, hartfalen en een lichte vorm van dementie voor die verschillende aandoeningen op verschillende tijden bij verschillende dokters moet komen. Dat helpt zo'n kwetsbare patiënt niet.'

Nieuwe afdelingen voor kwetsbare ouderen

Spoedposten, seniorvriendelijke kamers en andere proeven: overal in het land wordt er gewerkt aan oplossingen. Een greep uit de initiatieven:

- **St. Antonius Ziekenhuis in Utrecht/Nieuwegein:** proef om opname in het ziekenhuis zonder medische indicatie te voorkomen en passende nazorg te regelen voor oudere patiënten, thuis of in een andere instelling.
- **LUMC Leiden:** screening van oudere patiënten op de SEH om meer directe en gepersonaliseerde zorg aan te bieden.
- **Vijftien ziekenhuizen (onder andere het Spaarne Gasthuis, Albert Schweitzer Ziekenhuis, het Rijnstate en het Jeroen Bosch Ziekenhuis):** een centrum voor geriatrische traumatologie waar kwetsbare ouderen met breuken worden behandeld.
- **Amsta Herstel:** 24 uur per dag tijdelijke herstellzorg aan ouderen bij ziekte, infectie, trauma of ongeluk in twee vleugels van het MC Slotervaart in Amsterdam.
- **AMC en Cordaan:** openden in juni de Wijkkliniek in Amsterdam Zuidoost, waar kwetsbare ouderen met acute problemen worden opgenomen en kunnen herstellen. In de Wijkkliniek komt meer aandacht voor geriatrische zorg en revalidatie dan nu op de spoedeisende hulp gebruikelijk is.



‘Je moet je realiseren dat kwetsbare ouderen geen gewone volwassen patiënten zijn’

Dat merkt ook reumatoloog Deborah van Breukelen-van der Stoep, werkzaam in Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede. ‘Ik zie dat patiënten met jicht in principe prima in de eerstelijns terecht kunnen, maar bij kwetsbare ouderen gaat zo’n op zich eenvoudige klacht toch mis, omdat er zoveel andere ziektes meespelen. Dan is er toch een medisch-specialistische blik nodig. Maar dat wil niet zeggen dat die patiënt naar het ziekenhuis toe moet. Ik kan niet wachten op de dag dat ik mijn patiënten bezoek, buiten de muren van het ziekenhuis. Dat is pas vanuit de patiënt denken. Daar moeten we naartoe.’

Betere doorstroming

Internist Mairuhu kent één voorbeeld waar het is gelukt de muren te slechten. In Delft hebben het Reinier de Graaf Gasthuis en ouderenorganisatie Pieter van Foreest logistieke afspraken gemaakt voor kwetsbare ouderen die op de SEH terechtkomen, maar beter af zijn in een verpleeghuis. Die samenwerking, ondersteund door zorgverzekeraar DSW, heeft al geleid tot betere doorstroming en minder lange wachttijden op de SEH. Mairuhu: ‘Het is gelukt omdat hier drie grote aanbieders in dezelfde regio zitten. Zij hebben geen last van ettelijke verzekeraars en verpleeghuisaanbieders waar je allemaal aparte afspraken mee moet maken.’

Voorlopig belanden deze ouderen in veel regio’s nog op de SEH. Hoe kunnen ze daar adequaat geholpen worden? Van Munster: ‘Specialisten roepen mij als internist-geriater steeds vaker bij consulten. Dat is goed. Erken als specialist dat je het even niet weet, roep hulp in. Zo kun je je laten bijpraten. Daar gaat meteen een lerend effect vanuit. Je moet je namelijk realiseren dat kwetsbare ouderen geen gewone volwassen patiënten zijn.’ ▶



‘Het eropaan laten komen is het slechtst denkbare scenario’

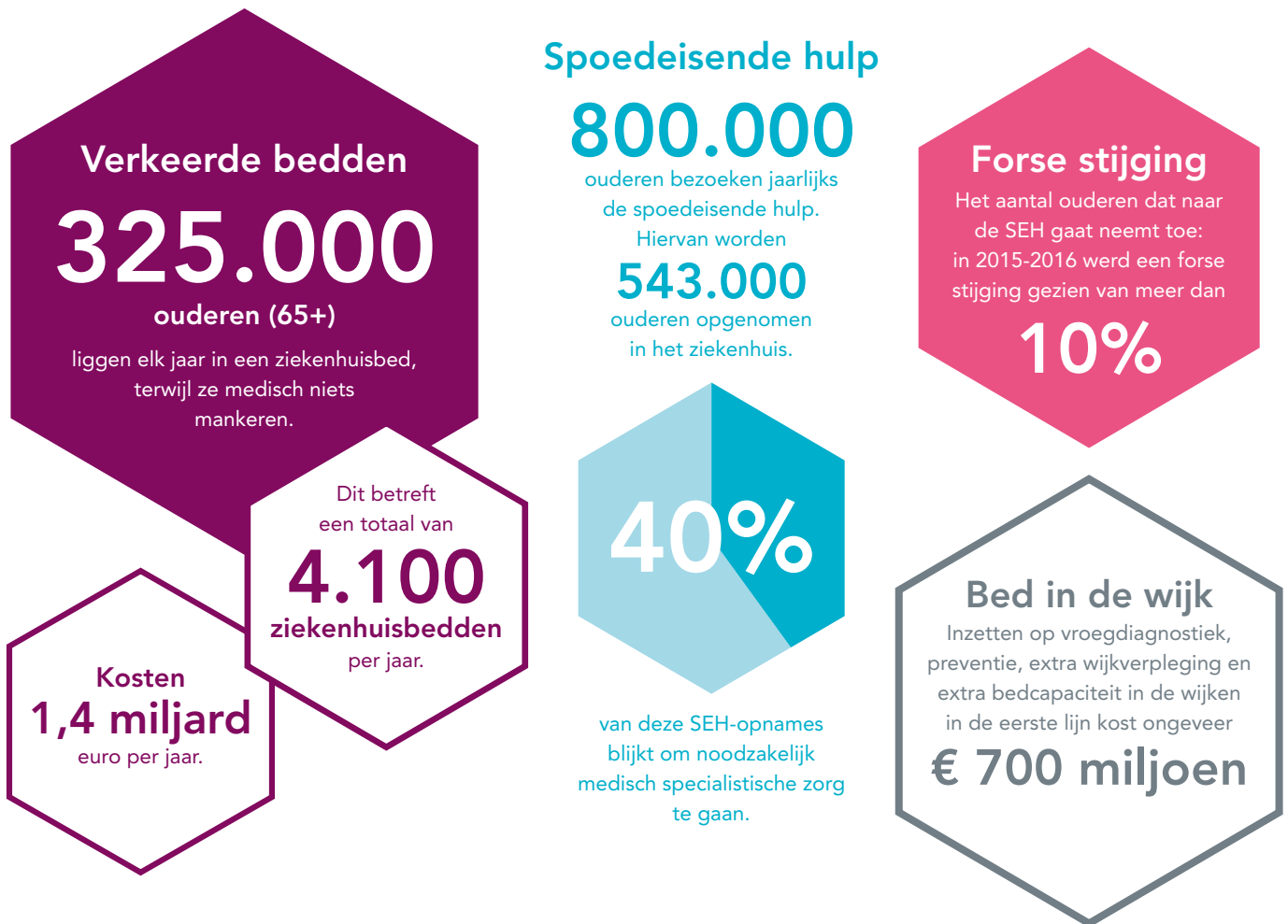
Denk alleen al aan het effect van meerdere medicijnen bij iemand met zowel lever- als nierproblemen, stelt Van Munster. ‘Oudere patiënten laten veelal een atypisch ziektebeeld zien, dus heb je een uitgebreidere anamnese en meer aanvullende diagnostiek of tijd nodig om tot een diagnose te komen. Er is vaak een unieke combinatie van comorbiditeit die ervoor zorgt dat je meerdere afwegingen moet maken op basis van minder *evidence*.’ Van Breukelen-van der Stoep vult aan: ‘Je bent soms lang aan het zoeken wat er exact speelt, dus kies je voor de zekerheid voor extra onderzoek of laat je toch die longfoto nog maken.’

Heropnames voorkomen

Extra scholing en extra onderzoek naar *evidence* zouden hierin een oplossing kunnen bieden. Er zijn nog grote

kennishiaten over wat het betekent om meerdere aandoeningen tegelijk te hebben op zo’n hoge leeftijd, zeggen de drie artsen. Van Munster: ‘Hierdoor krijg je soms overbehandeling, maar ook onderbehandeling. Wanneer we patiënten beter behandelen, voorkomt dit heropnames.’ Internist Mairuhu: ‘Protocollen zijn louter handvatten. Je moet juist bij ouderen de hele context kennen, de thuissituatie, de sociale omstandigheden.’ In zijn ziekenhuis doet de internist-ouderengeneeskundige daarom altijd samen met de oncoloog de consulten met kwetsbare ouderen. ‘Sinds deze consulten gezamenlijk worden gedaan, merken wij dat we vaker van het vaste protocol afstappen, omdat het comorbide ziektebeeld daar eenvoudigweg niet in past. Patiënten snappen beter wat mogelijk is en zien vaak zelf af van toxische therapieën. Wij merken echt dat deze aanpak goed werkt – ook al vergt dat veel investeren.’

Blijft over de vraag wat zij het liefst vandaag nog veranderd willen zien om de grote aantallen kwetsbare ouderen te verhapstukken. Voor de toekomst willen de drie specialisten zo snel mogelijk een brede, liefst



(uit: *Onderzoek naar duurzame inrichting spoedzorg keten voor ouderen, Actiz/Fluent, februari 2018*)

regionale visie, die recht doet aan de huidige realiteit. Van Breukelen-Van der Stoep verwacht dat het huidige systeem spoedig implodeert, en hoopt dat er dan vlot een nieuw fundament kan worden gelegd. Intussen ontstaan in het hele land initiatieven voor kwetsbare ouderen (zie kader, red.). Het maakt volgens Mairuhu niet uit welke aanpak je als ziekenhuis kiest: als je maar kiest. 'Het eropaan laten komen is het slechtst denkbare scenario. Of je nu kiest voor een speciale oudereneunit, geriatrie afdeling of een sterke rol voor de klinisch-geriater, dat maakt mij niet uit.'

Eén loket

En er moet – liefst landelijk en in overleg met alle partijen, maar desnoods alleen binnen het eigen ziekenhuis – bepaald worden wie de regie voert aangaande deze doelgroep.' Mairuhu ziet daarin een rol weggelegd voor de internisten, die toch al met een bredere scoop patiënten benaderen. Internist-geriater Van Munster snapt die gedachte, maar zij denkt eerder aan regie in de eerstelijns. 'Idealiter is er één aanspreekpunt voor ouderen die steeds in contact is met die persoon. Zo'n regierol is essentieel. Daarover

moeten in elke regio betrokken zorgverleners snel om de tafel om hierover een knoop door te hakken. Verder zou ook één loket helpen waar alle bedden in die regio bekend zijn.' 'Deze groep patiënten vraagt om netwerkgeneskunde. Daar moeten we met elkaar stevig op inzetten', vult Van Breukelen-Van der Stoep aan. Dat idee sluit aan bij de wens van ActiZ, die pleit voor een netwerkgerichte benadering, hoewel de koepel zich realiseert dat dit aanpassing vergt van alle partijen. ActiZ wil tevens inzetten op preventie, vroegdiagnostiek, extra wijkverpleging en extra bedden capaciteit in de wijk.

Al deze plannen zullen pas echt een succes zijn, erkennen de drie specialisten, als er één EPD komt – hoe utopisch die gedachte ook is. Maar wellicht nog belangrijker: alle verschillende aanbieders moeten vanaf nu stoppen met alleen vanuit hun eigen kader te denken en de oudere centraal te stellen. Volgens Van Munster kan het ministerie van VWS hierin een dwingende rol spelen. 'Laat die maar zorgen voor druk van buitenaf. Dan kunnen wij de invulling en keuze ervan bepalen.' ●

Welk mediapodium kiest de dokter?

Pauw, Jinek, De Wereld Draait Door. Doorgaans vertellen medisch specialisten over een bepaald onderwerp in een van deze primetime talkshows. Maar soms kiezen medisch specialisten bewust voor een bepaald medium om een doelgroep te bereiken. Zo verscheen kinder- en jeugdarts Brita de Jong-van Kempen van Medisch Centrum Leeuwarden onlangs in *Spuiten en Slikken* om te praten over energiedrankjes.

Hoe kwam u in contact met het programma *Spuiten en Slikken*?

'We zien steeds vaker jongeren met klachten die zijn te wijten aan energiedrankjes, zoals slapeloosheid, vermoeidheid, angstklachten en hartritme stoornissen. De Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) vindt dat er meer voorlichting moet komen over deze effecten en pleit voor een verbod op energiedranken voor kinderen onder de 18 jaar. Met die boodschap traden we begin dit jaar in de publiciteit. Voor *Spuiten en Slikken* was dit aanleiding om hier een item over te maken en mij te benaderen, als woordvoerder van dit dossier.'

Wat waren uw overwegingen om mee te werken?

'Met bovenstaande boodschap bereik ik vooral ouders en artsen, maar geen jongeren. Die kijken op hun beurt wel naar *Spuiten en Slikken* – het programma heeft een groot bereik. De redactie neemt haar taak bovendien serieus door de effecten van middelen te laten onderbouwen door professionals, zoals artsen en medewerkers van de Jellinek.'

Heeft u vooraf nog getwijfeld?

'Aanvankelijk was ik sceptisch. Het programma is vrij onorthodox omdat er taboes worden doorbroken, dus ik moest uit mijn



comfortzone stappen. Ik heb gevraagd wat mijn bijdrage precies inhield. De redactie wilde als onderdeel van dit item een experiment doen met een jongere. Dat was voor mij een discussiepunt: als arts werk ik vanzelfsprekend niet mee aan iets dat iemands gezondheid in gevaar kan brengen. Een uitgebreide toelichting over hoe het experiment nauw door medisch personeel werd gevolgd, gaf me voldoende geruststelling.'

Bent u daarin goed begeleid?

'Absoluut. Ik heb veel overlegd met de persvoorlichter van de Federatie, maar ook met mijn eigen vakgroep, de voorlichtingsafdeling van het ziekenhuis en de commissie pleitbezorging van de NVK waar ik deel van uitmaak. De redactie

van *Spuiten en Slikken* was daarnaast erg professioneel: ze nemen geen onverantwoorde risico's om hoge kijkcijfers te krijgen. Het programma wilde me alleen maar steunen in mijn standpunt door de gevolgen van energiedrankjes bespreekbaar en zichtbaar te maken. Dat gaf voor mij de doorslag.'

Hoe pakte het uit?

'Ondanks dat het experiment maar één jongere betrof, bracht het onze boodschap wel treffend in beeld. Dat bleek wel uit de vele reacties, vooral op de Facebookpagina van het programma. Jongeren schrokken van de gevolgen, of herkenden zelfs bepaalde klachten. Het item is dus zeker aangekomen. Dat ik hieraan heb kunnen bijdragen, geeft mij voldoening.' **MD**

Opleiders over het individualiseren van de opleidingsduur

Aan de slag na RIO

Het project Individualisering Opleidingsduur (RIO) zit erop. De afgelopen vier jaar zijn er grote stappen gezet, maar de individualisering is nog geen feit. Waar staan de verschillende opleidingsgroepen op dit moment? Waar lopen ze tegenaan én hoe lossen ze dit op? Drie opleiders vertellen.

'Aios moeten steeds meer kunnen in steeds minder tijd'

Neurochirurg en opleider **Saskia Peerdeman** en haar collega's in het VUmc gaan hun werkprocessen anders inrichten, zodat de aios de mogelijkheid houdt zich te richten op wat hij nog moet leren.

'Dat er door individualisering van de opleiding en verminderde instroom minder aios-uren beschikbaar zijn, merken we als vakgroep wel. Voor dagelijkse werkzaamheden en aanwezigheidsdiensten hebben we negen mensen nodig. We hebben nu maar twee aios, dus moeten we dat anders oplossen, met andere beroepsgroepen. Denk aan anios, ziekenhuisartsen en verpleegkundig specialisten.

Om tot de juiste samenstelling van zorgverleners te komen, zijn we in navolging van andere ziekenhuizen en afdelingen gestart met het TOKIO Optimum Model van de Federatie. Dit model helpt inzicht te krijgen in activiteiten, fte's en kosten van verschillende samenstellingen en het laat zien of deze samenstellingen voldoen aan de eisen die wijzelf als staf stellen aan de kwaliteit van zorg. Op basis van die informatie maken we keuzes.

Door taakherschikking houden aios de mogelijkheid zich te focussen op die dingen die ze nog moeten leren. En dat is ook echt nodig, want ze moeten steeds meer kunnen, in minder tijd. Naast vakinhoudelijke vaardigheden komen er steeds meer discipline-overstijgende vaardigheden bij die aios moeten beheersen. Dat is logisch en een gegeven in onze huidige maatschappij. Maar hierdoor ontstaat helaas



ANITA EDRIJGE FOTOGRAFIE

wel een spanningsveld tussen wat de maatschappij eist en wat een neurochirurg vakinhoudelijk moet kunnen.

Een technische handeling kun je aanleren. Daarvan kun je als supervisor op een bepaald moment zeggen: een aios is voldoende bekwaam. Maar om een complicatie die zich bij twee procent van de operaties voordoet, te kunnen erkennen, herkennen en oplossen, moet je misschien wel honderd of tweehonderd keer dat type operatie doen. Die tijd is er niet. Meer uren draaien mag niet en de opleiding verlengen evenmin – we moeten juist korter. Dat is wel iets wat aandacht verdient.' ▶

'Er zijn nog wel wat hobbels te nemen voor we echt kunnen starten'

Henry Weinstein, hoofd opleiding neurologie in het OLVG West, is met de neurologen in Amsterdam en omstreken bezig de opleiding op regionaal niveau vorm te geven.

'Door de ontwikkelingen van de laatste jaren – fusies, specialisaties, verplaatsing van zorg – is het nog belangrijker geworden om de aios op regionaal niveau op te leiden, in verschillende instellingen. Alleen dan kun je de opleiding individualiseren.

Dat is best wel een uitdaging. Maar als opleiding neurologie in de regio Amsterdam hebben we inmiddels de nodige stappen gezet. Er was al wel sprake van samenwerking, maar die hebben we nu concreter gemaakt. Met het OLVG, AMC, VUmc en vier perifere ziekenhuizen hebben we de opleiding gedefinieerd in blokjes. Waar zit welke expertise? Wat kan iemand hier leren, welke kennis kan iemand op die plek opdoen? Dat hebben we vastgelegd.

Verder zijn we het landelijk eens geworden over de inhoudelijke invulling van de EPA's. Daarmee zijn we nu aan het experimenteren in de regio: bedoelen we hetzelfde, handelen we hetzelfde? Als een aios in de ene instelling bekwaam wordt verklaard voor een bepaald onderdeel, dan zou dat in het andere ziekenhuis ook moeten worden geaccepteerd. We hebben al een aantal sessies gehad met alle opleiders in de regio om deze uitgangspunten te bespreken.



Het regionale opleidingsplan staat op papier. In 2019 hopen we het echt te gaan uitvoeren. In de tussentijd zijn er nog wel wat hobbels te nemen, met name in de randvoorwaardelijke sfeer. Zo vallen bijvoorbeeld niet alle instellingen onder dezelfde opleidings- en onderwijsregio en moeten we goed kijken naar roostering en de financiering van opleidingsinspanningen. Dat opleidingsgeld meegaan, mag voorlopig niet ten koste gaan van een individueel ziekenhuis. Ik denk dat we daar wel uit gaan komen. Het allerbelangrijkste is onderling vertrouwen, dat is de sleutel tot succesvol opleiden op regionaal niveau.'

Wat is het project Individualisering Opleidingsduur?

Op dinsdag 5 juni 2018 is het project Individualisering Opleidingsduur (RIO) afgesloten met een congres. Vier jaar geleden startte de Federatie Medisch Specialisten dit project, nadat zij met andere partijen uit het veld en de minister van VWS in het Opleidingsakkoord hadden afgesproken de opleidingsduur geïndividualiseerd te versnellen. Dit om de rigoureuze verkorting van de medisch-specialistische vervolgopleiding die het ministerie voor ogen had, te voorkomen.

Met het project RIO heeft de Federatie zich, samen met opleiders, aios, wetenschappelijke verenigingen en andere betrokkenen, de afgelopen jaren ingezet om die individualisering in de praktijk te brengen. En met resultaat. Veel concilia hebben inmiddels een nieuw opleidingsplan met Entrustable Professional Activities (EPA's) opgeleverd. Er zijn initiatieven om het lokale en regionale opleidingsklimaat 'individualiseringsproof' te maken en er zijn instrumenten ontwikkeld waarmee instellingen en afdelingen een voor hen passende teamsamenstelling kunnen vinden nu aios verminderd beschikbaar zijn tijdens ANW-diensten.

Het project RIO stopt, maar de individualisering gaat door. De opleidingsduur is nu al 2,84 maanden korter. Eind 2018 moet dat 3 maanden zijn. En om aan de algemene versnellingsopdracht (6,6 maanden voor 2022) te voldoen, zal de opleidingsduur de komende jaren nog verder moeten dalen.

'Dat opleiders verschillend kijken naar de ontwikkeling van een aios, levert eyeopeners en leermomenten op'

Alieke Vonk is hoofdopleider microbiologie in het Erasmus MC. Met haar opleidingsgroep zoekt de arts-microbioloog naar de beste manier om het bekwaamverklaringsproces in te richten.

'Met een werkgroep van het Concilium Microbiologicum Medicum hebben we op landelijk niveau EPA's (*Entrusted Professional Activities*, red.) geformuleerd, die we nu toetsen in de praktijk. Ik geloof dat deze nieuwe manier van opleiden, waarbij we aios op onderdelen bekwaam kunnen verklaren, uiteindelijk leidt tot een hoger leerrendement. Zowel voor de aios als voor de opleidingsgroep. Al heeft het nog wel tijd nodig voordat we dit in de dagelijkse praktijk hebben ingebed.

Onze opleiding bestaat voor een deel uit het aanleren van een nieuw vak: een blok bacteriën, een blok



HANS DEN BOER

schimmels, et cetera. De EPA's omvatten deze leerdoelen niet, maar zijn meer 'rolgebonden beroepsactiviteiten', zoals consultvoering en laboratoriummanagement.

Hoe we als opleidingsgroep het proces van bekwaam verklaren inrichten, is nog een zoektocht. We hebben zo goed mogelijk uitgeschreven wat we van aios verwachten in de verschillende rollen, maar hoe bepaal je hoeveel supervisie iemand nodig heeft? Naast getoetste kennis is daarvoor inschatting van bijvoorbeeld professionaliteit belangrijk. Dit kan alleen door aios te observeren en conclusies te delen met meerdere leden van de opleidingsgroep.

Het delen van die conclusies kan op verschillende manieren. Ga je één op één met groepsleden in gesprek, zet je allemaal je buikgevoel op papier of bespreek je de voortgang van de aios in de groep? In alle gevallen ligt informatie-bias op de loer. In het eerste geval moet je waken voor selectief luisteren, in het laatste voor groepsconformisme. Om het meerderheidsbesluit te verrijken met de minderheidswijsheid hebben wij gekozen voor een mix: individueel ingevulde beoordelingen met buikgevoel, die we vervolgens bespreken in de opleidingsgroep. Als blijkt dat opleiders verschillend kijken naar de ontwikkeling van een aios, levert dat echt eyeopeners en leermomenten op.' ●

Aan de slag na RIO

Rapporten, handleidingen, checklists en instrumenten, zoals het TOKIO Optimum Model: gedurende het project RIO zijn er diverse materialen ontwikkeld die opleiders, aios en instellingen ondersteunen bij het individualiseren van de opleidingsduur in de dagelijkse praktijk.

 Een overzicht van alle ondersteuningsmaterialen is te vinden op www.medischevervolgopleidingen.nl.

Patiënten kunnen vooruit dankzij de reumatoloog

Biosimilars, e-health en nieuwe kennis

Dankzij nieuwe medicatie, onderzoek en e-health loopt de reumatologie voorop in patiëntenzorg. Reumatologen Sander Tas en Petra Veldt vertellen over de dynamische ontwikkelingen in hun vakgebied. 'Nieuwe kennis zorgt ervoor dat we niet alleen mensen met klassieke reumaklachten kunnen helpen, maar ook patiënten met zeldzamere systeemziekten. Daarmee verbeter je de kwaliteit van leven aanzienlijk.'

De meeste patiënten met reumatoïde artritis en andere ontstekingsziekten kunnen anno 2018 gewoon blijven werken of zelfstandig voor hun kinderen zorgen. 'Een groot verschil met vijftien jaar geleden, toen patiënten met gewrichtsontstekingen nog in een rolstoel in de wachtkamer zaten en nauwelijks konden functioneren', vertelt reumatoloog Sander Tas, verbonden aan het AMC in Amsterdam. Vooral de komst van nieuwe medicatie heeft voor spectaculaire verbeteringen bij patiënten gezorgd. 'Een cruciale rol spelen de *biologicals* – middelen die worden gemaakt door een levend organisme of daarvan afgeleid, zoals een eiwit', gaat Tas verder. 'Deze medicijnen geven veel minder

bijwerkingen dan bijvoorbeeld prednison, dat vroeger vaak werd voorgeschreven. Daarnaast zorgen *biologicals* voor een krachtiger remming van de ontsteking. Door ze ook nog eens eerder in te zetten, kun je ziekte al in een vroegtijdig stadium in remissie brengen.'

Opkomst van biosimilars

Nu de licentie op veel reumatologische *biologicals* is verlopen, komen er steeds meer *biosimilars* op de markt. Deze middelen hebben dezelfde werking als *biologicals* en voldoen aan alle kwaliteitseisen, maar zijn goedkoper nu ze door andere farmaceuten kunnen worden nagemaakt. Het medicatieaanbod wordt daarmee verruimd. Daardoor gaan de kosten omlaag.



Reumatoloog Petra Veldt:

'Het is mooi om te zien dat ons kleine landje op internationaal niveau zo goed meedraait'



Reumatoloog Sander Tas:

**‘Met goede uitleg
passen biosimilars
in het doelmatig
omgaan met
beschikbare
middelen in de zorg’**

Een ontwikkeling waar behalve de reumatologie, ook andere specialismen mee te maken krijgen. Reumatoloog Petra Veldt, werkzaam in het Reinier de Graaf ziekenhuis in Delft, is positief over deze gang van zaken. ‘Reumatologen zijn grote voorschrijvers van dure geneesmiddelen. Het feit dat dit nu goedkoper kan, is mijns inziens alleen maar goed. Je merkt bovendien dat de originele biologicals óók in prijs dalen. Daardoor nemen de kosten in totaliteit sterk af. Dat past natuurlijk helemaal in de discussie van doelmatig omgaan met beschikbare middelen in de zorg.’

Beide reumatologen benadrukken dat bestaande patiënten niet lukraak zijn over te zetten op een goedkoper middel. Dat komt overeen met de richtlijnen van de Federatie: die vindt dat nieuwe patiënten met een biosimilar behandeld kunnen worden, maar dat dit bij bestaande patiënten alleen onder bepaalde voorwaarden mogelijk is. Veldt: ‘Vaak gebruiken mensen al jarenlang een biological. In de loop der tijd is het vertrouwen gegroeid in het middel waarmee ze beter zijn gaan functioneren. Ga je ineens over op een ander merk, dan moet je er als dokter wel voor zorgen dat patiënten dit vertrouwen behouden.’

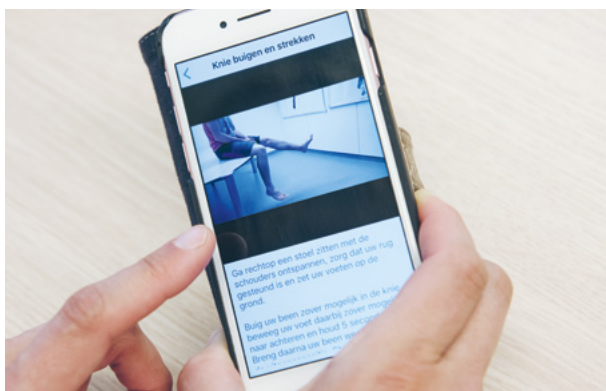
Zonder goede uitleg en begeleiding is er kans op een *nocebo*-effect. Dit is de tegenhanger van het placebo-effect: er wordt een interventie gedaan die geen invloed heeft op het lichaam, maar door negatieve verwachtingen ook negatieve effecten teweegbrengt. Tas: ‘In het verleden zijn er patiëntengroepen geweest bij wie het *nocebo*-effect groot was omdat er weinig aandacht werd besteed aan de overgang naar een nieuwe medicijn. Op het moment dat je patiënten schriftelijke informatie geeft, ze uitnodigt voor een gesprek en ook nagaat of ze alles goed begrepen hebben, kun je dat voorkomen. In dat geval kan een biosimilar een prima en goedkoper alternatief zijn.’

Opmars van e-health

Een thema dat kenmerkend is voor de reumatologie van nu, zijn de verscheidene e-health-toepassingen waarmee zogenaamde *patient-reported outcomes* (PROMs) worden gemeten – bijvoorbeeld via het EPD of online toepassingen. Een mooi voorbeeld is het nationale RUBRIC-register, dat zich toespitst op patiënten met een zeldzame reumatische aandoening. Tas: ‘Met dit online register nodigen we patiënten met gecompliceerde ontstekingsziekten uit om vragenlijsten in te vullen over het verloop van hun ziekte. Vervolgens brengen we in kaart of hun behandeling met biologicals zinvol en effectief is, of gestaakt moet worden omdat deze te weinig oplevert.’

Een ander gloednieuw technologisch snufje is de ReumaMeter app, ontwikkeld door reumatoloog Wouter Bos van zorginstelling Reade. Met deze app kunnen reumapatiënten onder meer hun functioneren monitoren, meten ze hun ziekteactiviteit en geven ze hun pijngrens aan. De reumatoloog kan deze data vervolgens tijdens het consult bespreken en meewegen in de verdere behandeling. Het meten van deze PROMs heeft veel voordelen, vertelt Tas. ‘Als je een patiënt tijdens een consult vraagt naar hoe het gaat, vertelt diegene doorgaans iets over de laatste paar weken – tot zover reikt het geheugen. Je mist dus een schat aan informatie als je een patiënt maar vier keer per jaar ziet. Met PROMs kun je beter inschatten hoe iemand zich gemiddeld voelt.’

Er zijn nog meer voorbeelden als het gaat om online zorg. Veldt: ‘Het Erasmus MC heeft een reuma-app ontwikkeld die patiënten informeert over hun ziekte, en bewegings- en leefstijladvies geeft. Uitermate handig, want ik krijg geregeld vragen over de oefeningen die patiënten moeten doen.’ Beide artsen vinden de e-health-toepassingen een welkome aanvulling op hun werk. ▶



'E-health toepassingen betrekken reumapatiënten bij hun behandeling'

Veldt: 'Dit soort tools betrekken reumapatiënten meer bij hun behandeling. Samen beslissen in de spreekkamer krijgt op deze manier een belangrijke impuls: het bevordert de interactie met de patiënt.'

Vroegtijdig opsporen

Op het gebied van wetenschappelijk onderzoek maakt de reumatologie grote sprongen. Veldt: 'Ons onderzoek focust zich op het vroegtijdig herkennen, opsporen en behandelen van ziektebeelden. Er lopen bijvoorbeeld meerdere studies die kijken naar de behandeling van patiënten met gewrichtsklachten, bij wie nog geen sprake is van een ontsteking. De vraag is natuurlijk of je dat laatste daarmee kunt voorkomen.'


Een dergelijk onderzoek vond recentelijk plaats in het AMC, vertelt Tas. 'We behandelden mensen met een verhoogde kans op reumatoïde artritis met het medicijn rituximab, waarmee bepaalde immuuncellen worden uitgeschakeld. Daaruit bleek dat deze eenmalige behandeling de ziekteverschijnselen bij de grootste

groep uitstelt met een jaar. Dat zijn enorm interessante resultaten.' Daarnaast wordt er veel onderzoek gedaan zodat reumatologen in de toekomst beter kunnen voorspellen welke behandeling het beste werkt, aldus Veldt. 'Als je weet dat bepaalde factoren bepalen hoe iemand op een behandeling gaat reageren, kun je die behandeling daarop afstemmen. Je zou een ziekte dan eerder in remissie kunnen krijgen.'

Baanbrekend onderzoek

Waar onderzoekers zich de afgelopen vijftien jaar vooral bezighielden met reumatoïde artritis en andere gewrichtsontstekingen, verschuift het onderzoek nu steeds meer naar zeldzamere systeemziekten. Denk aan vasculitis, een ontsteking aan de bloedvaten, en de auto-immuunziekte SLE. Tas: 'Ons vak bestaat voor het overgrote deel uit immunologie. Dankzij nieuwe kennis kunnen we het immuunsysteem bij patiënten met ontstekingsziekten steeds beter in kaart brengen, en medicatie ontwikkelen die ingrijpt op specifieke immunologische processen. Dat doen we door bijvoorbeeld heel gedetailleerd te kijken naar immuuncellen in het bloed, de lymfeklieren of in het ontstoken weefsel. Met moderne technologieën waarmee we deze cellen één voor één bekijken, ontdekken we steeds meer aanknopingspunten voor nieuwe therapieën.'

Beide reumatologen noemen bovengenoemde wetenschappelijke ontwikkelingen baanbrekend. Veldt: 'De reumatologie in Nederland is volop in beweging, en het wetenschappelijke onderzoek binnen ons vakgebied behoort tot de wereldtop. Het is mooi om te zien dat ons kleine landje op internationaal niveau zo goed meedraait. In zorg en in onderzoek.' ●

 Lees het standpunt over biosimilars van de Federatie op: www.demedischspecialist.nl/onderwerp/biosimilars.

Meer over federatiepartner Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) vindt u op: www.nvr.nl.

Wetenschappelijke integriteit

Balanceren tussen nuance en publicatiedruk

Integer wetenschappelijk onderzoek bevindt zich in een lastig krachtenveld. Enerzijds moeten onderzoeken maatschappelijk relevant zijn en zorgvuldig uitgevoerd worden, anderzijds is er een onderzoekscultuur met een hoge publicatiedruk, waar tijdschriften spectaculaire uitkomsten willen. Hoe houden arts-onderzoekers zich staande in dit krachtenveld?

Een promovendus die met gedegen onderzoek ontdekt dat een bepaald hulpmiddel niet werkt, kan moeilijker promoveren. Simpelweg omdat wetenschappelijke tijdschriften minder snel geneigd zijn om negatieve onderzoeksresultaten te publiceren. En zonder publicaties, geen promotie.

Grijs gebied

Maar het houdt niet op bij de promotie. Publicaties in hoog aangeschreven tijdschriften met een hoge impactfactor bepalen de kans op toekomstige fondsen en dus de wetenschappelijke carrière. Het zouden prikkels kunnen zijn om resultaten een klein beetje beter of spectaculairder op te schrijven dan dat uit het onderzoek naar voren komt. 'Er bestaat niet zoiets als een beetje integer', vindt internist Robin Peeters van het Erasmus Universitair Medisch Centrum. Peeters begeleidt zestien promovendi, doet zelf onderzoek en beoordeelt onderzoeksvoorstellen voor diverse (inter) nationale organisaties. Peeters: 'Wetenschappelijke integriteit zou je kunnen vergelijken met rijgedrag op een snelweg waar je 120 mag. De een rijdt precies 120 kilometer per uur, een ander rijdt 126 omdat hij dan net niet geflitst wordt en haast heeft. Zo kan het ook werken met wetenschappelijk onderzoek. Onderzoekers frauderen niet willens en wetens. Wel kunnen ze zo overtuigd zijn van hun theorie, dat ze soms niet voldoende zoeken naar tegenbewijs. Dit kan een dunne scheidslijn zijn met niet integer werken.'

Spectaculaire resultaten

Vooraf jonge academici voelen een publicatiedruk. Promovendi promoveren meestal op een x-aantal publicaties. Negatieve, niet-spectaculaire onderzoeksresultaten zijn moeilijker te publiceren. Peeters: 'Dat kan heel frustrerend zijn, want het zegt niet over de kwaliteit van het onderzoek van de promovendus. Aan de andere kant, wie stuurt op spectaculaire resultaten, moet zich realiseren hoe schadelijk het is als die resultaten later niet te reproduceren zijn.' ▶

'Er bestaat niet zoiets als een beetje integer'





Publiceert een promovendus te weinig, dan moet hij net zolang onderzoek doen tot hij wél voldoende publicaties heeft. Jos Maessen, hoogleraar cardiothoracale chirurgie en hoofd van de afdeling cardiothoracale chirurgie van het Maastricht Universitair Medisch Centrum, heeft één keer meegemaakt dat het hele promotieonderzoek daardoor mislukte. 'Die promovendus deed productonderzoek naar hulpmiddelen. Wij geloofden vier jaar lang echt dat het werkte, maar het onderzoek wees keer op keer uit van niet. Met veel hangen en wurgen kreeg hij die negatieve resultaten één keer gepubliceerd.'

Maessen ziet het als zijn plicht om ervoor te zorgen dat het niet zover komt dat een promovendus er pas na jaren onderzoek achter komt dat het onderzoek te weinig publicaties oplevert. 'Dit is waarom promovendi vooral onderzoek doen naar mechanismen. Over mechanismen valt meer te zeggen dan of een product wel of niet werkt.'

Niet schijnheilig

Naast publicatiedruk speelt de ingewikkelde verhouding met financiers. Wetenschappers willen onafhankelijk onderzoek doen, maar tegelijkertijd zijn ze soms financieel afhankelijk van commerciële partijen, zoals farmaceutische bedrijven. Ondertussen houden pers en publiek nauwlettend in de gaten of er geen sprake is van belangenverstrengeling. Maessen heeft dagelijks te maken met die tweestrijd. 'Journalisten, opiniemakers en politici uiten felle kritiek op de farmaceutische industrie. Maar we moeten niet schijnheilig doen: medische wetenschap en de farmaceutische en medische hulpmiddelenindustrie zijn nauw met elkaar verbonden.'

Die hechte band is goed te verklaren. Maessen: 'Soms komt de farma bij ons, omdat ze een medisch specialist en patiënten nodig hebben om een medicijn of product te testen. Soms gaan wij naar de farma met een onderzoeksidee, omdat we geld nodig hebben om het uit te kunnen voeren. Bovendien geeft de

‘Eenzelfde onderzoek kan in Leiden wel door de toetsingscommissie komen en in Utrecht niet. Dat klopt niet’

overheid, bij bepaalde fondsen, alleen subsidie onder de voorwaarde dat wij met de industrie samenwerken.’ De commerciële partner heeft geen invloed op wetenschappelijke beslissingen, gaat Maessen verder. ‘Elk onderzoeksvoorstel wordt getoetst door de onderzoeksgroep, de wetenschapscommissie, de medisch-ethische commissie en de raad van bestuur van het ziekenhuis. De industrie zit niet bij die besprekingen.’

Nieuw standpunt

De Raad Wetenschap & Innovatie van de Federatie heeft een standpunt over wetenschappelijke integriteit opgesteld en sluit daarmee aan bij de internationale gedragscode van de *Lancet REWARD campaign* (zie kader, red.). Maessen is blij met de campagne. ‘De woorden zijn nauwkeurig afgewogen. Ik kan dit zo aan mijn studenten en promovendi geven.’ In het bijzonder is hij te spreken over het proportionaliteitsbeginsel. ‘Het is heel makkelijk om onderzoek onmogelijk te maken door allerlei regels op te stellen. Om een voorbeeld te geven: je mag geen experimenteel onderzoek doen bij patiënten die wilsonbekwaam zijn. Maar als wij een hartlongmachine hebben waarvan we al weten dat die werkt voor wilsbekwame patiënten, willen we het apparaat ook graag ten goede laten komen aan patiënten die op de intensive care liggen, al dan niet wilsonbekwaam. Het is dus belangrijk dat er bij die regel een goed afgewogen ‘tenzij’ staat.’ In diezelfde geest werkt Maessen met de Raad Wetenschap en Innovatie aan het harmoniseren van hoe medisch-ethische commissies toetsen. ‘Nu is het zo dat eenzelfde onderzoeksvoorstel in bijvoorbeeld Leiden wel door de commissie komt, en in Utrecht niet. Dat klopt niet.’

Gezondere cultuur

In navolging op het nieuwe standpunt zien Maessen en Peeters positieve ontwikkelingen richting een gezonde onderzoekscultuur. Maessen: ‘Er zijn tegenwoordig websites waarop ruwe data gepubliceerd worden. Ook van ongepubliceerde *trials* met negatieve resultaten. Ik maak daar gebruik van bij het ontwerpen van nieuwe studies: is er al een vergelijkbaar onderzoek gedaan en met welke resultaten?’ Met deze tendens lijkt te worden getornd aan het monopolie van de tijdschriften voor wetenschappelijke publicaties. Peeters: ‘Tijdschriften vragen en publiceren zelf ook steeds vaker de ruwe datasets. Collega’s kunnen dan aan het rekenen

slaan met die data. Dat is een goede ontwikkeling, waardoor selectief rapporteren van resultaten steeds moeilijker wordt.’

Een andere ontwikkeling is om promovendi een integriteitscursus te laten volgen, zoals bij het Erasmus MC gebeurt. Daarin leren deelnemers dat integriteit niet alleen over fraude gaat, maar dat het ook belangrijk is om de juiste, voor patiënten relevante onderzoeksvragen te stellen. Door deze ook methodologisch zo goed mogelijk te onderzoeken is de patiëntenzorg verder te helpen. Peeters: ‘Onderzoekers moeten zich realiseren wat het belang is van wetenschappelijke integriteit voor de patiënt. Medische wetenschap gaat over hoe je een patiënt beter kunt maken. Met zo’n cursus maak je vanaf het begin duidelijk hoe zorgvuldig onderzoek plaatsvindt. Jonge academici staan het meest onder druk om te publiceren, maar doen ook het meeste wetenschappelijke onderzoek.’

‘Wie een carrière in de wetenschap wil, moet zich focussen op de lange termijn’, meent Peeters. Wanneer hij zelf in de beoordelingscommissies zit, let hij op alle aspecten: het aantal publicaties en de impactfactor, maar ook de betrouwbaarheid van de data. ‘Medisch specialisten zitten in een klein wereldje. Publiceerden onderzoeksgroepen eerder resultaten die door andere groepen niet gereproduceerd kunnen worden, dan houd ik daar in mijn beoordeling rekening mee. Als onderzoeker en als onderzoeksgroep is het uiteindelijk essentieel om een goede reputatie te behouden.’

Standpunt Wetenschappelijke integriteit

In het *Standpunt Wetenschappelijke integriteit* stelt de Federatie dat medisch specialist-onderzoekers de verantwoordelijkheid hebben maatschappelijk relevant onderzoek te doen en dit uit te voeren volgens ‘de regels der kunst’, zodat ontwikkelde kennis kan worden ingezet om de zorg te verbeteren.

Hiermee sluit de Federatie aan bij het *Lancet REWARD statement*, te vinden op www.thelancet.com/campaigns/efficiency/statement. REWARD staat voor *REduce research Waste And Reward Diligence*.

 Het Standpunt Wetenschappelijke Integriteit is te vinden op: www.demedischspecialist.nl/integriteit.



SEBASTIAAN TER BURG

de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Alexander de Mol van Otterloo

Als het gaat om opleiding, kwaliteit, wetenschap en beroepsbelangen trekken de voorzitters van de wetenschappelijke verenigingen gezamenlijk op binnen de Federatie. Hoe geven nieuwe bestuursvoorzitters invulling aan die rol? Alexander de Mol van Otterloo werkt als chirurg bij het Haaglanden Medisch Centrum en is sinds november 2017 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde.

1 Op welke terreinen trekken de chirurgen samen op met de Federatie? Wat levert dat op?

'Door samen op te trekken kun je een zekere invloed uitoefenen op bepaalde processen, zoals bij het Hoofdlijnenakkoord of – meer recent – naar stichting BOLS, die verdelingsvoorstellen maakt voor de instroom van aios. Er dreigt namelijk een voor ons niet goed te begrijpen wijziging in de toewijzing van aios. De Federatie helpt de bezorgde wetenschappelijke verenigingen bij het waarborgen van een toekomstbestendige kwaliteit van onze opleiding en opleidingsinstituten.'

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde

Bestaat sinds: 1902

Aantal leden: 2.000

Subverenigingen: 7, voor chirurgische oncologie (NVCO), gastro-intestinale chirurgie (NVGIC), kinderchirurgie (NVKC), longchirurgie (NVvL), traumachirurgie (NVT), vaatchirurgie (NVvV) en assistenten geneeskundigen in de Heelkunde (VAGH).

2 Welke kennis kan de vereniging delen met de Federatie en andere verenigingen?

'De NVvH is al in 2010 begonnen met een integraal kwaliteitsbeleid met onder andere normering van instituten, certificering van (gespecialiseerde) chirurgen, klinische registraties en het delen van spiegelinformatie (DICA). Dit heeft geleid tot betere kwaliteit en uitkomsten van zorg. Zo is de mortaliteit na operaties in verband met dikke darmkanker gehalveerd. Verder werken we hard aan het verminderen van administratielast, bijvoorbeeld door gestandaardiseerde operatieverslaglegging.'

3 Zijn er projecten waarin het samen optrekken al tot uiting komt?

'Jazeker. Een mooi en recent voorbeeld is de voortrekkersrol van de Federatie bij het project *(Ont)Regel de Zorg*. Onder de vlag van de Federatie werken alle wetenschappelijke verenigingen samen om concrete stappen te zetten de administratiedruk voor de medisch specialist te verminderen.

Met andere wetenschappelijke verenigingen zou ik willen werken aan een gezamenlijke visie op het tegengaan van de fragmentatie van zorg door verregaande subspecialisatie. Zo zouden bijvoorbeeld de poortspecialismen chirurgie, interne geneeskunde, cardiologie, kindergeneeskunde, gynaecologie en neurologie van elkaar kunnen leren hoe ze verdere fragmentatie van kennis en kunde proberen aan te pakken.' **NQ**



de **Jonge Specialist**
AIOS Upgrade

Vrijdag **28**
SEPTEMBER
2018

09:00 uur – 17:15 uur
Lumen Hotel & Events
Stadionplein 20 Zwolle



AIOS Upgrade 2018

IK BEN MEER DAN AIOS

EEN CONGRES OVER PERSOONLIJK LEIDERSCHAP EN VAKOVERSTIJGENDE COMPETENTIES

Om ervoor te zorgen dat uw aios uitgroeien tot succesvolle medisch specialisten, is het belangrijk dat ze leiderschapskwaliteiten ontwikkelen. Maar ook nu hebben ze al diverse competenties hard nodig om hun drukke dagen in goede banen te leiden. Natuurlijk gunt u hen ook een leven lang gezond werken, maar uitval ten gevolge van een burn-out ligt steeds meer op de loer. Hoe helpt u hen om de juiste balans te bewaken? Zorg ervoor dat ze naar de AIOS Upgrade gaan, daar krijgen ze praktische handvatten en concrete tips waar ze je morgen direct mee aan de slag kunnen!

STEL JE EIGEN PROGRAMMA SAMEN:

Kies uit maar liefst **18 workshops** over persoonlijk leiderschap, timemanagement, roosters en dienstendruk, de ins en outs van je opleiding en je toekomstige baan • **De uitreiking van de Opleidingsprijs 2018!** •
Gratis cv-check • **Win een boekenpakket!**

ZORG DAT UW AIOS ERBIJ IS!

Aanmelden kan via www.dejongespecialist.nl/aiosupgrade

Deelname is € 35,- voor leden van De Jonge Specialist, € 100,- voor niet-leden.

Wanneer aios terplekke lid worden, betalen ze € 35,-.





CONGRES 'VAN HIPPOCRATES naar DATA-DRIVEN DOKTER?'

Voorop in vernieuwing

Dinsdag 4 september 2018 van 15.30 tot 21.00 uur | Parc Broekhuizen, Leersum

Arts en patiënt wisselen al eeuwen informatie uit. Informatie-uitwisseling in de 21e eeuw krijgt een nieuwe betekenis dankzij de komst van technologie: data zijn overal en van iedereen. Wat voor ontwikkelingen komen eraan en wat is uw rol daarin? Hoe kunt u grip krijgen op informatiesystemen en ICT-ontwikkelingen zodat ze u

ontzorgen en helpen om de beste zorg te leveren aan uw patiënten? Hoe legt u zo slim mogelijk vast om informatie te kunnen delen met uw patiënt en anderen? Deze dag bieden we u handvatten die u kunt toepassen in uw dagelijks werk. Er is ruimte voor discussie en uw vragen.

PROGRAMMA

- 15.30 Inloop
- 16.00 Plenair programma
 - Opening door dagvoorzitter Emma Bruns
 - ICT-innovatie in de zorg; liggen bestuurders daar wakker van?
 - CMIO's aan het woord: het ABC van zorg-ICT
 - Van Artificial intelligence tot the Internet of Things: de toekomst
- 17.30 Walking dinner
- 18.30 Breakout sessies*

ICT in de zorg, een verdiepingsslag door de CMIO's: alles wat u altijd al wilde weten over ICT in de medisch specialistische zorg.

Medici on stage: een praktijkgerichte workshop over communiceren; hoe geeft u de boodschap zo vorm dat u zorg en informatietechnologie kunt verbinden?

De data-driven patiënt in de praktijk: ook de patiënt heeft toegang tot data en wenst inzage in de eigen medische gegevens. Wat betekent dat voor de ICT en de relatie tussen arts en patiënt?

Voorop in vernieuwing, what's in it for me? Dokters aan het woord die vertellen wat eenmalig en eenduidig vastleggen van gegevens en het uitwisselen daarvan hen nu al oplevert.

- 20.35 Wrap-up
- 21.00 Einde

* U maakt een keuze voor de eerste en tweede ronde, alle breakout sessies worden twee keer gegeven.

Dit congres wordt georganiseerd door de Federatie Medisch Specialististen, NVZ, NFU en de programma's Registratie aan de Bron en VIPP. Samen werken zij aan betere zorg door eenduidige en eenmalige vastlegging van medische informatie en de uitwisseling ervan tussen patiënt en professional.

DAGVOORZITTER

Emma Bruns, arts-onderzoeker AMC, chirurg in opleiding VUmc, schrijver en publicist (o.a. in NRC Handelsblad)

VOOR WIE?

Het congres is bedoeld voor medisch specialisten en medisch specialisten in opleiding. Toegang is gratis. Accreditatie is aangevraagd. Meld u aan via:

www.demedischspecialist.nl/ict