

de Medisch Specialist

DECEMBER 2019
UITGAVE VAN DE
FEDERATIE MEDISCH
SPECIALISTEN

4

JUISTE ZORG OP DE JUISTE PLEK

Spreekuur buiten het ziekenhuis

GEBREKKIGE GEGEVENSUITWISSELING

Patiëntveiligheid onder druk

KWALITEITSREGISTRATIE

Waarom we niet zonder kunnen

Zorgtopvrouwen Carina Hilders en Desiree Creemers

‘Durf het anders te doen’

In dit nummer

13 KWALITEITSREGISTRATIES ►

De kracht van registreren

Chirurg en vicevoorzitter van de Federatie Huib Cense gelooft in de kracht van kwaliteitsregistraties. 'Leren en verbeteren is goed voor de dokter, maar nog beter voor de patiënt.'

6 COVERSTORY

'Durf het anders te doen'

Ziekenhuisbestuurders Carina Hilders en Desiree Creemers voerden beiden waardegedreven zorg in hun organisatie in. Dat leverde, behalve slapeloze nachten, ook veel waardevoets op. Ze interviewen elkaar over patiëntenstromen, multiteams en blijde dokters.

10 GEGEVENSUITWISSELING

'Totale gekheid'

Gebrekkige gegevensuitwisseling heeft grote consequenties, blijkt uit een peiling van de Federatie. De patiëntveiligheid staat onder druk, het veroorzaakt extra administratielast en veel tijdverlies. De cijfers en voorbeelden uit de praktijk spreken voor zich.

19 SPECIALISME IN BEELD

Arts-microbioloog

Hoe voorkomen we de verspreiding van antibioticaresistentie? Is laboratoriumwerk uitbesteden zinnig? Voor artsen-microbioloog Jean-Luc Murk en Karin Ellen Veldkamp is bij deze vraagstukken de individuele patiënt onderdeel van een grotere puzzel.



23 PORRETSERIE

Medisch specialist en bestuurder

Hoe is het om naast medisch specialist ook bestuurder te zijn? Vier dokters delen hun ervaringen met verschillende bestuursvormen sinds de invoering van de integrale bekostiging vijf jaar geleden. 'Mijn bestuurlijke taken vind ik echt een verrijking.'

27 JUISTE ZORG, JUISTE PLEK

Spreekuur buiten het ziekenhuis

Medisch specialisten in Drachten houden spreekuur buiten het ziekenhuis, op de Regiopoli van gezondheidscentrum Sûnenz. Onze reporter liep een ochtend mee met cardioloog Marcel van der Linde.

Oplossingen

Hoe houden we in de toekomst de gezondheidszorg betaalbaar, toegankelijk en van hoge kwaliteit? Over die vraag breekt iedereen – met alle visies en jaarplannen op 2020 en verder – zich het hoofd. Daarom in dit nummer van de Medisch Specialist drie artikelen die hier interessante oplossingen voor aandragen en die ook rekening houden met de 'lol in het vak'.

De eerste gaat over kwaliteitsregistraties. Huib Cense licht toe hoe deze registraties dokters helpen leren en verder te verbeteren. En hoe medisch specialisten patiënten nog beter kunnen informeren over de gevolgen van een specifieke behandeling op basis van gegevens van mensen in dezelfde omstandigheden. Kortom: hoe zinnige zorgte bieden is aan de individuele patiënt.

De reportage waarin een van onze journalisten meeloopt op de regiopoli in Drachten is ook zo'n voorbeeld van zinnige zorg: door de juiste zorg op de juiste plek te verlenen. De samenwerking kwam niet vanzelf tot stand. Interessant om te lezen is hoe huisartsen en medisch specialisten zelf tot een succesvolle samenwerking kwamen.

Een heel gedurfde oplossing is om de ziekenhuisstructuur radicaal om te gooien. Ook dat gaat niet zonder slag of stoot. Toch durfden Carina Hilders van het Reinier de Graaf en Desiree Creemers van het Rijnstate het aan. Hoe ze het hebben aangepakt, waar ze slapeloze nachten van hadden en wat het uiteindelijk oplevert, leest u verderop.

Tot slot: na vier enerverende jaren draag ik binnenkort het voorzittersstokje over. Vanaf deze plek wens ik u veel leesplezier en een inspirerend 2020!



Marcel Daniëls
Algemeen voorzitter
Federatie Medisch Specialististen

RUBRIEKEN

- 4** Kort
- 9** Op Doktersadvies
- 16** In de media: Jaaroverzicht
- 18** Column: neuroloog Steven Laureys
- 30** Vier vragen aan... NVZA-voorzitter Gerard Hugenholtz

COLOFON

jaargang 5, december 2019

Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialististen 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

Sjef van der Lans, *hoofdredactie*
Mirjam Siregar, *eindredactie*
Naomi van Esschoten, *redactiecoördinatie*
Hanneke Bos, Marloes Botzen,
Vanessa Cruz, Aukje Ravensbergen,
Cindy van Schendel, Femke Theunissen
en Carlijn van Trigt

Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,
Ziekenhuis Bernhoven, Uden | Ivan Gan,
oogarts, Oogziekenhuis Rotterdam |
Fardou Heida, bestuurslid De Jonge
Specialist | Winnifred van Lankeren,
radioloog, Erasmus MC Rotterdam |
Shahrazad Sepehrkhoy, patholoog,
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Waalwijk |
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,
Bronovo, Den Haag | Margot Wagendorp,
psychiater, Vincent van Gogh Instituut,
Venray

Medewerkers aan dit nummer

Nina Blanken, Sebastiaan ter Burg,
Jan Willem Houweling, Suzanne van de
Kerk, Jeroen van Kooten, Dana Ploeger,
Merel Remkes en Jan Vonk

Fotografie cover

Jeroen van Kooten

Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,
Naarden

Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

Druk

Drukkerij Moderna, Paal-Beringen (België)

Redactieadres

Federatie Medisch Specialististen
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 2019.
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 mogelijkkerwijs 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.



(Ont)regel-acties van de Federatie

De Federatie en de wetenschappelijke verenigingen passen waar nodig beleid aan en/of schrappen regels om de administratielast te verminderen. Zo zijn veertien wetenschappelijke verenigingen een project gestart om hun instrumenten en normen onder de loep te nemen. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) herzielt het visitatiesysteem voor de dialysecentra. Een onderdeel daarvan is het schrappen van de doublure van de HKZ-accreditatie (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector) met die van de ziekenhuisbrede visitatie.



Bekijk deze en meer (Ont)regel-acties op: demedischspecialist.nl/administratielast.

ADVERTORIAL

'Moet ik in een ander ziekenhuis re-integreren?'

Kinderarts Michael stelde ons deze vraag. Hij is een paar maanden ziek geweest en is bezig te re-integreren. We vertellen Michael dat eerst moet worden geprobeerd om in de eigen functie (eventueel met aanpassingen) te re-integreren. Als dat niet lukt, kan worden gekeken naar een passende functie binnen de eigen instelling en pas daarna komt re-integratie bij een andere werkgever in beeld. Zover is het voor Michael nog lang niet. Onze juristen staan hem bij in gesprekken met zijn werkgever, om te zorgen dat alles volgens de regels verloopt.

Juridische vragen?

Bel 088 - 134 41 12



Federatie
Medisch
Specialisten

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



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband



Kwaliteitsstandaard psychosociale zorg

Eén op de drie chronisch zieke patiënten krijgt last van psychosociale problemen zoals onzekerheid, angst en depressie. Hoe kan de medisch specialist daarmee omgaan? In de nieuwe kwaliteitsstandaard Psychosociale zorg bij somatische aandoeningen is vastgelegd wat goede psychosociale zorg is en hoe die het beste is te leveren.

De kwaliteitsstandaard biedt handvatten voor het signaleren van psychosociale klachten, betere samenwerking tussen professionals in de eerste, tweede en derde lijn en helpt inzichtelijk te maken wat het aanbod aan psychosociale zorg in een regio is en wie waarvoor verantwoordelijk is. Ook biedt de standaard informatie over bekostiging.

De standaard is een initiatief van het ministerie van VWS en is ontwikkeld met ondersteuning van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Veel partijen werkten eraan mee, waaronder GGZ Nederland, Verplegenden & Verzorgenden Nederland (V&VN), het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), het Nederlands Instituut van Psychologen (NIP), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Patiëntenfederatie Nederland en diverse patiëntenverenigingen. Ook acht wetenschappelijke verenigingen, waaronder de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheekunde (KNO) zijn betrokken geweest bij de ontwikkeling van deze kwaliteitsstandaard.

Kijk voor meer informatie op:
demedischspecialist.nl/kennisinstituut.

Kortingsregeling

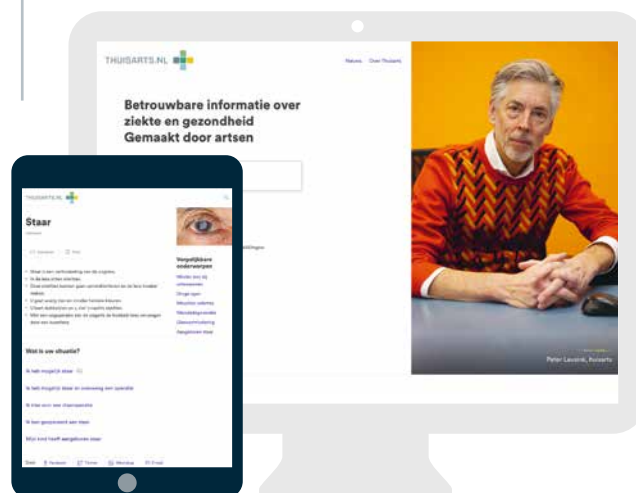
Leden die via hun wetenschappelijke vereniging aangesloten zijn bij de Federatie Medisch Specialisten, leden van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de deelnemers van de stichting SOVAF kunnen in aanmerking komen voor een kortingsregeling bij aanschaf van een nieuwe Volvo. Dat geldt zowel voor koop als lease.

Interesse? Neem dan contact op met het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD via telefoon-nummer (088) 13 44 112 of via de mail: info@demedischspecialist.nl.

Meer medisch-specialistische informatie op Thuisarts.nl

Thuisarts.nl gaat structureel meer informatie over de medisch-specialistische zorg publiceren. Dat hebben de Federatie Medisch Specialisten, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en Patiëntenfederatie Nederland met elkaar afgesproken. Voortaan worden in alle richtlijnen die wetenschappelijke verenigingen met patiëntenorganisaties ontwikkelen, ook teksten voor Thuisarts.nl gemaakt. Thuisarts.nl biedt begrijpelijke en onafhankelijke informatie, zodat de patiënt goed geïnformeerd en beter voorbereid bij de medisch specialist komt. Dat is ook belangrijk voor het proces van samen beslissen tussen de arts en de patiënt. Er is nu voor 35 aandoeningen medisch-specialistische informatie beschikbaar.

Bekijk het complete overzicht op:
thuisarts.nl/ziekenhuis.



Zorgtopvrouwen Carina Hilders en Desiree Creemers interviewen elkaar

‘Durf de organisatie volledig om te gooien’

Lef hebben ze. Deze ziekenhuishuisbestuurders die beiden ver over de grenzen van hun organisatie keken en waardegedreven zorg invoerden. Carina Hilders van het Reinier de Graaf en Desiree Creemers van het Rijnstate interviewen elkaar kritisch en openhartig over patiëntenstromen, multiteams en blije dokters.

Bij restaurant de Tuinen aan de Kralingse Plas in Rotterdam ontmoeten twee topvrouwen met visie elkaar. Desiree Creemers, kinderarts en medisch directeur van het Rijnstate in Arnhem, en Carina Hilders, gynaecoloog en directievoorzitter van het Reinier de Graaf in Delft. Zij voerden in hun ziekenhuizen waardegedreven zorg in en organiseerden de zorg rond de patiënt – met de dokter in de lead. Daarin lieten zij zich inspireren door het Zweedse ziekenhuis Karolinska. Dat koos eerder al voor patiëntgerichte multidisciplinaire thema's en 160 zorgpaden. Benieuwd naar elkaars visie voeren Hilders en Creemers een diepgaand gesprek. Over valkuilen, overredingskracht en vooruitziende blikken.

Desiree Creemers:

‘Vooroplopen is goed, maar je wilt wel weten wat waardegelerichte zorg betekent voor de patiënt en de kosten’

Hilders: ‘Wanneer zijn jullie begonnen?’

Creemers: ‘Wij hebben twee jaar geleden met een *big bang* een deel van het ziekenhuis radicaal omgegooid. Alleen hebben we niet de vakgroepen afgeschaft, zoals in allerlei media is beweerd.’

Hilders: ‘Nee, daar is bij Reinier de Graaf ook geen sprake van. Vakgroepen staan nog steeds overeind als sociaal steunpunt; specialisten onder elkaar moeten kunnen blijven sparren.’

Creemers: ‘Wat was voor jullie de aanleiding?’

Hilders: ‘Dat we zagen dat patiënten steeds meer bezoeken aan het ziekenhuis moesten afleggen. We wisten niet goed hoe we al die oudere patiënten met multimorbiditeit konden opvangen. Na mijn werkbezoek aan Karolinska in 2018, realiseerde ik me: om succesvol een nieuwe organisatiestructuur neer te zetten, moet je ruimte geven aan de professionals. Daarom hebben we hen gevraagd om in multidisciplinaire teams mee te denken over hoe die organisatie eruit zou moeten zien.’

Creemers: ‘Wij hebben het concept aan de bestuurstafel bedacht, samen met enkele vooroplopende specialisten. Daarna werd het omarmd. Medisch specialisten en verpleegkundigen zagen de urgentie en meerwaarde ervan in. Hoe zat dat bij jullie?’

Hilders: ‘Ik zag in Zweden dat ze hun aanpak te ver hadden doorgevoerd. Daardoor verminderde het draagvlak onder hun medische staf. Wij hebben het ziekenhuis nu onderverdeeld in vijf zorgeenheden: moeder & kind, oncologie, kwetsbare ouderen & chronische zorg, acute zorg en planbare zorg. Alle medisch specialisten zijn in die eenheden ondergebracht. Dat gaf in het begin verwarring. Zo valt de md-arts onder oncologie, terwijl die natuurlijk nog meer doet. Maar we wilden iedereen een plek geven.’



Desiree Creemers (links) en Carina Hilders

Carina Hilders (53) is directievoorzitter van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, lid raad van bestuur van de Reinier Haga Groep en hoogleraar medisch management en leiderschap aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daarnaast werkt ze als gynaecoloog, is ze lid van de adviescommissie pakketbeheer bij Zorginstituut Nederland en zit zij in de raad van toezicht van Kanker.nl en het Radboudumc. In 2017 stond ze in de top 5 van meest invloedrijke vrouwen in de zorg van het blad *Opzij*.

Desiree Creemers (53) is medisch directeur bij Rijnstate in Arnhem en kinderarts. Ze is voorzitter van de Landelijke Werkgroep Transitie in de Zorg, lid van de raad van commissarissen Huisartsen Eemland en lid Regionale Stuurgroep GAIN. Daarvoor was ze lid van de inmiddels opgeheven Taskforce Dure geneesmiddelen van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen.

Wij hebben het daarom integraal ingevoerd. In alle multidisciplinaire teams zitten niet alleen medisch specialisten en verpleegkundigen, maar ook mensen van communicatie, de facilitaire dienst en medisch managers. Die zijn samen verantwoordelijk voor de zorg, de kwaliteit en het budget. Dat zorgt voor veel kortere lijnen en nog beter overleg. Hoe hebben jullie dat gedaan?

Creemers: 'Wij hebben het meer conceptueel aangepakt vanuit de driehoek: patiënt, kwaliteit en kosten. Zo ontstonden patiëntenstromen. Nu werken we met multidisciplinaire resultaatverantwoordelijke eenheden – ja ik weet het, een vreselijke term – rond de thema's oncologie, vasculaire geneeskunde, geboortezorg, palliatieve zorg en traumatologie. Wil je dat het multidisciplinaire team echt beter stuurt op uitkomsten van kwaliteit en financiën rondom de patiënt, dan moet

er sprake zijn van grote homogene groepen. Daarvoor moet je de silo's doorbreken en de 'nieuwe' teams anders inrichten. Dan is niet meer alleen de chirurg verantwoordelijk voor de resultaten van de operatie bij borstkanker, maar de chirurg samen met de medisch oncoloog, de radioloog, de radiotherapeut en het verpleegkundig team. Voor kleine patiëntengroepen of heterogeen samengestelde groepen is dit minder zinvol.'

Hilders: 'Hoe maken jullie waardegedreven zorg inzichtelijk?'

Creemers: 'Op een door ons ontwikkeld kwaliteits-dashboard ziet zo'n team alle uitkomsten ten aanzien van kwaliteit, maar ook financiële gegevens als het aantal ligdagen en behandelingskosten. Doordat je feiten laat zien op kwaliteitsuitkomsten, motiveert dat extra om de beste zorg te willen leveren. ►

Sinds ruim een jaar vult de patiënt van tevoren vragenlijsten in en kijkt de arts of verpleegkundig specialist tijdens het spreekuur samen met de patiënt naar datzelfde dashboard.'

De twee bestuurders struikelen over hun woorden, duiken geregeld de diepte in en strooien met inhoudelijke termen. Aan enthousiasme en drive geen gebrek. Terwijl op de achtergrond op de Kralingse Plas de zeilboten vechten tegen wind en regen, spreken de vrouwen verder over welke tegenwind zij trotseerden.

Creemers: 'Natuurlijk zijn er ook zaken misgegaan. Voordat wij die dashboards op orde hadden met alle waarden op basis van ICHOM, PROMs en PREMs... dat ging niet zonder slag of stoot. En wij merken dat de vakgroepen die nog niet meedoen aan de nieuwe opzet zich soms wat achtergesteld voelen. Zij zien de voordelen bij hun collega's en willen ook 'om'. Soms kan dat, soms ook niet. Dat leg ik steeds weer uit. Jij?'
Hilders: 'Ja, ik ook. Het verhaal moet kloppen. Ik herhaal geregeld waarom we dit doen: omdat we weer rust willen in de spreekkamer, omdat het helpt om beter samen te beslissen en omdat het werk aantrekkelijker wordt. Meer verdiepend, breder. De dokter heeft weer de regie. Belangrijk is duidelijk te maken dat de specialisten geen inkomsten kwijtraken – een heikel punt.'

Creemers: 'Waar loop je nog meer tegenaan?'
Hilders: 'Wij werken met vijf duo's van een inhoudelijk manager en een *dedicated* medisch manager. Dat betekent dat specialisten samen moeten werken met een medisch manager van een heel ander specialisme. Een chirurg met een uroloog als medisch manager bijvoorbeeld: dat is nog wennen. Maar het gaat om het medisch leiderschap. Dáárop zijn die *dedicated* medisch managers geselecteerd. Wat merk jij trouwens van de verbeteringen?'
Creemers, verrukt: 'Blijde dokters. Vooral blijde dokters! Ze ervaren meer autonomie. Ik zie meer en betere samenwerking. Alle zorgprofessionals en ondersteuners hebben meer inbreng, ze zijn echt samen verantwoordelijk. Dat zorgt voor respect over en weer, voor snellere beslissingen en kortere lijnen. Hierdoor komen ook fouten sneller aan het licht. Zonder *shamen* en *blamen* wordt er meer besproken. Enkele snijders zijn samen video's van hun operaties gaan terugkijken en hebben toen samen bedacht hoe het beter kon. En daarna zijn ze samen gaan oefenen: fantastisch!'
Hilders: 'Dat herken ik. Doordat de managers bij de medische besprekingen zitten, ervaren dokters dat wat er bedacht wordt, vervolgens ook echt gedaan wordt! De medewerker staat in het Reinier de Graaf op één. En dat willen we verder ondersteunen, onder andere met trainingen in medisch leiderschap.'

Creemers: 'Dat doen wij eveneens. Verder ben ik



Carina Hilders:

'Om succesvol een nieuwe organisatiestructuur neer te zetten, moet je ruimte geven aan professionals'

vooral benieuwd of waardegedreven zorg ook echt kostenbesparend werkt. Vooroplopen is goed, maar je wilt wel weten wat waardegerichte zorg betekent voor de patiënt en de kosten. Ik hoop op onderzoek.'

Hilders: 'Oh, maar dat loopt al! Daar doen we bij Erasmus School of Health Policy & Management nu ook onderzoek naar. Wel zou ik nog graag zien dat deze nieuwe inzichten worden gedeeld in de medische vervolgopleiding. Aios volgen hun opleiding nu nog volgens de traditionele lijnen. Net als dat de visitaties nog niet aansluiten op onze nieuwe aanpak. Wat mis jij nog?'

Creemers vult aan: 'De zorgverzekeraars. Als die ons wat meer ademruimte en tijd gunnen om dit te ontwikkelen, ben ik pas echt blij.'

Hilders: 'Helemaal mee eens. Wat wij doen, heeft de toekomst. Dat merk ik wel aan de grote belangstelling van collega-ziekenhuizen. Hen adviseer ik: bepaal goed je 'waarom-vraag' en pak het vanaf de werkvloer aan om draagvlak te creëren.'

Creemers: 'Zeker. En we vergeten bijna te zeggen hoe positief deze nieuwe opzet uitpakt voor patiënten. Het leidt tot beter samen beslissen en de behandeling die het beste past. En daar doen we het natuurlijk voor.' ●

Blik op de toekomst

Internist Marcel Levi, CEO University College London Hospitals: 'Het project *The changing face of medicine and the role of doctors in the future* raad ik zeer aan. Dit rapport onderzoekt hoe sociale en technologische veranderingen de roeping van artsen, de professionele waarden en de relatie arts-patiënt kunnen beïnvloeden.'

Kosteloos te downloaden via: <https://medischevervolgopleidingen.nl/changingfaceofmedicine>.



Wat is er met de dokter gebeurd?

Hein Brackel, kinderarts-pulmonoloog en bestuurslid van de Federatie Medisch Specialisten: 'Het beroep van arts is razendsnel veranderd. Dit boek laat zien tegen welke obstakels de moderne dokter aanloopt: op het gebied van liefde voor het vak, verwachtingen van patiënten en het pact tussen economie en geneeskunde. De ruim dertig auteurs geven vanuit verschillende invalshoeken hun ervaringen en bespiegelingen op de zorg en nodigen je uit om in gesprek te gaan over wezenlijke vragen.'

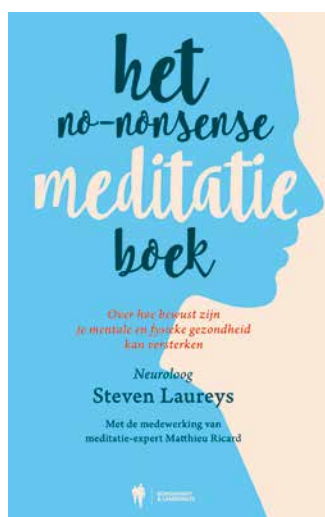
Bohn Stafleu van Loghum, € 35,-

Op 11 december komen ruim 900 bezoekers naar het MMV-congres. Sprekers belichten daar vanuit verschillende invalshoeken het thema **Opleiden over grenzen**. Welke boeken mag u volgens hen – in het kader van dit thema – echt niet missen?

Organisatielessen uit de antropologie

De corporate antropologie kijkt met dezelfde verwonderde blik naar organisaties, boardrooms en leiders zoals antropologen dat naar tribale samenlevingen doen. Dat maakt *De Corporate Tribe* een eye-opener. Deze kijk kunnen medisch specialisten gebruiken die op de onderstroom van hun organisatie de transitie van de 'tribe naar team' willen maken.

Boom uitgeverij, € 37,50



Minder stress, meer focus

Steven Laureys, neuroloog: 'Werkt meditatie of is het zweverig tijdverlies? Daarvoor bestuderen mijn team en ik samen met internationale collega's de effecten van meditatie op de hersenen. Minder stress, een betere nachtrust en meer focus zijn slechts enkele effecten, maar daarover meer in mijn column (pagina 18, red.) In mijn *No-nonsense Meditatieboek* geef ik inzicht in de werking van meditatie en de effecten op lichaam en geest. Tien minuten per dag kunnen al een significant verschil maken.'

Borgerhoff & Lamberigts, € 22,99

Wij mogen 5 exemplaren van het *No-nonsense Meditatieboek* weggeven. Kans maken? Mail dan voor 15 januari 2020 uw naam en adresgegevens naar communicatie@demedischspecialist.nl onder vermelding van 'No-nonsense Meditatieboek'. De boeken worden onder alle inzenders verloot. Prijswinnaars ontvangen persoonlijk bericht.

Uitkomsten peiling gegevensuitwisseling

‘Het duurt eindeloos voor je alle gegevens binnen hebt’

Voor goede patiëntenzorg is het van belang dat medisch specialisten op ieder moment op iedere plek kunnen beschikken over patiëntgegevens. Maar omdat epd's niet met elkaar communiceren, is de gegevensuitwisseling tussen zorginstellingen en zorgverleners niet goed geregeld. De Federatie heeft de consequenties hiervan in kaart gebracht. Ruim 600 medisch specialisten hebben aan de peiling meegedaan.

HOE VAAK?

Hoe vaak worden medisch specialisten geconfronteerd met gebrekkige gegevensuitwisseling omdat epd's niet met elkaar communiceren?

55%

DAGELIJKS

34%

WEKELIJKS

8%

MAANDELIJKS

3%

NOOIT

GEVOLGEN?

Wat zijn volgens medisch specialisten, naast de patiëntveiligheid, de consequenties van gebrekkige gegevensuitwisseling?

97%

INEFFICIËNTE
BESTEDING VAN TIJD

89%

ONNODIGE
ADMINISTRATIELAST

66%

MINDER
WERKPLEZIER

61%

ONNODIGE
ZORGKOSTEN

60%

NIET-OPTIMALE
BEHANDELING

18%

OVERIG*

* waaronder irritatie en frustratie bij patiënten, tijdsverlies en dubbele diagnostiek

WAT GEBEURT ER IN DE PRAKTIJK?

In de peiling vroeg de Federatie ook naar praktijkvoorbeelden van medisch specialisten. Hieronder een compilatie van de ruim 450 praktijkvoorbeelden met de consequenties van gebrekkige gegevensuitwisseling.

Dubbele diagnostiek

'Als een patiënt in *shared care* in een ander/academisch ziekenhuis loopt voor eenzelfde probleem, is het afhankelijk van de informatie die bekend is bij de patiënt wat er bij mij door komt. Regelmatig moet er dubbele diagnostiek gedaan worden omdat de uitslagen niet bekend zijn.'

Incompleet dossier

'Als vakgroep bedienen we meerdere ziekenhuizen. Het komt voor dat ik een volledig dossier van een patiënt op dag 1 heb in ziekenhuis A. Maar een incompleet dossier op dag 3 in ziekenhuis B wanneer deze patiënt is overgeplaatst.'

Faxen

'Het is een dagelijkse frequente doorn in het oog dat onderlinge communicatie op ouderwetse manier met fax/post moet en dat systemen niet met elkaar verbonden kunnen/mogen worden, zelfs dezelfde systemen zoals HIX in een drietal ziekenhuizen niet.'

Leeg dossier

'Als vakgroep doen we dienst voor meerdere ziekenhuizen, maar ik heb niet de mogelijkheid om in alle epd's in te loggen. Vorige week nog was er een patiënt op de poli met een nagenoeg leeg dossier in het ziekenhuis, maar uitvoerig bekend in naburige ziekenhuis. Dat heb ik eerst moeten opvragen voordat ik een weloverwogen oordeel en beleid kon stellen.'

Boze patiënten

'Regelmatig heb ik voor mijn behandeling informatie nodig met betrekking tot de diagnose en bijbehorende adviezen van andere specialisten om een passend revalidatieprogramma te kunnen indiceren. Dit moet ik per post of fax opvragen waardoor patiënten later terug moeten komen voor een vervolgesprek. Het beschikken over informatie van andere specialisten discussies en langdradige gesprekken voorkomen. Ik merk vaak veel frustratie en soms ook boosheid bij patiënten wanneer ik nog niet over alle informatie beschik en zij weer hun hele verhaal moeten doen.'

Totale gekheid

'Vraag ik zelf een foto aan, moet ik eerst een toestemmingsformulier van de patiënt naar de radiologie sturen dat ik een uitslag mag ontvangen terwijl ik de aanvrager ben en daarmee verantwoordelijk. Het duurt 2 weken voor ik een code krijg waarmee ik kan inloggen....totale gekheid.'

Informatieverlies

'In de overdracht van ene naar volgende zorgverlener gaat informatie verloren. Dit kan omdat de ene zorgverlener de informatie mogelijk niet als relevant heeft ervaren, maar voor een volgende zorgverlener wel relevant kan zijn. Bijvoorbeeld als de thuissituatie bekend is bij de verloskundige, is deze informatie voor de gynaecoloog niet direct van invloed op de geboortezorg, maar kan wel weer relevant zijn voor kinderarts en jeugdarts voor natraject.'

Moeizaam samenwerken

'Ik ben in dienst van een revalidatiecentrum en werk op de afdeling revalidatie in een academisch ziekenhuis. De hele afdeling in het ziekenhuis is geoutsourced en valt onder het revalidatiecentrum. In het ziekenhuis moeten we sinds de outsourcing werken met het epd van het revalidatiecentrum, dat niet verbonden is met het epd van het ziekenhuis. Hierdoor kunnen mijn collega-specialisten in het ziekenhuis niet meer in de status van de patiënt zien of ik een patiënt op de poli heb gezien en ook niet wat ik gedaan of geregeld heb. ▶

LEESBEVOEGDHEID?

Vinden medisch specialisten dat leesbevoegdheid in epd's van andere instellingen een voordeel zou kunnen zijn?

93%
JA

7%
NEE

PATIËNTVEILIGHEID ONDER DRUK?

Zet gebrekkige gegevensuitwisseling de patiëntveiligheid onder druk?

80%
JA

12%
NEE

8%
WEET IK NIET

Officieel mag ik niet in het epd van het ziekenhuis kijken bij verwijzingen naar mijn poli. Dit alles leidt tot forse toename administratieve last, verminderde werklust, moeizame omslachtige communicatie met je collega's in het ziekenhuis, niet zichtbaar zijn in het ziekenhuis, moeizaam samenwerken in werkgroepen, ketenzorg, etc.'

Frustratie bij patiënt

'Regelmatig komt het voor dat er sprake is van ontbrekende gegevens van een patiënte over behandelingen voor mamma-reconstructie in een ander ziekenhuis, die dan voor *second opinion* of verdere behandeling bij mij komen via huisarts. Hierdoor ontstaat veel verloren tijd, het consult is niet efficiënt en het kost extra administratie. En soms frustratie bij patiënt.'

Geen inzicht

'Gegevens van het centrum voor jeugd en gezin zijn niet inzichtelijk voor de kinderarts. Wij mogen slechts met expliciete toestemming corresponderen met de jeugdarts, terwijl deze voor veel kinderen een stuk belangrijker is dan de huisarts, voor wie deze drempel niet geldt.'

Geen gegevens inzien

'Patiënt is elders geopereerd in verband met centralisatie chirurgie. Patiënt is nadien duizelig en gaat

naar het ziekenhuis waar hij geopereerd is. Daar komt de patiënt op de SEH en door de neuroloog worden hersenmetastasen vastgesteld. Een dag later zit patiënt bij mij op de poli. Ik weet van niets en kan ook geen gegevens inzien. Het duurt eindelijk voor je alle gegevens binnen hebt.'

Wachten

'Voor de analyse van geneesmiddelenallergie of bij analyse van een allergische reactie is het van belang om de informatie van elders te hebben omdat patiënten het vaak niet goed weten. Helaas gebeurt het bijna dagelijks dat ik de gegevens van andere ziekenhuizen moet opvragen en dat hierop gewacht moet worden. Patiënten moeten dan extra terugkomen, dit is inefficiënt en kost geld.'

Overschrijven van de fax

'Van elke patiënte die op de polikliniek gynaecologie komt, is de thuismedicatie uit de eigen apotheek niet te verifiëren. Zit niks anders op dan het overschrijven van de fax van de huisarts, en dan hopen we op een actueel medicatieoverzicht (op papier) van de patiënte. Als je het goed zou willen doen, moet je alle medicatie invoeren in het ziekenhuis-epd, interacties invoeren, allergieën, etc. Dat doet dus niemand. Levensgevaarlijk.'

Documenten inscannen

'Notabene het *NOS Journaal* gehaald met het eerste regionale epd, maar we kunnen NIET in elkaars epd kijken. Verwijzingen gaan nog op de ouderwetse manier met fax of e-mail met gescande documenten. Ook met waarneemdiensten kunnen we niet inloggen bij andere ziekenhuizen. Daar krijgen we geen gebruikersnaam en wachtwoord voor het epd. Dit terwijl ze hetzelfde epd gebruiken!'

Schriftelijk aanvragen

'Ik probeerde telefonisch een lab-uitslag op te vragen in een ander ziekenhuis. Ook al zat de patiënt bij dat gesprek en gaf ze toestemming, ik kreeg het niet. Dat moest schriftelijk. Pas na tussenkomst van de klachtencommissie kreeg ik de nierfunctiewaarden. Onder protest.'

Tijdslek in cruciale uren

'Bij polipatiënten is het vaak wel mogelijk om gegevens op te vragen zonder dat dat veel consequenties heeft voor de zorg, hoogstens dubbel onderzoek omdat er al dingen worden aangevraagd. Bij spoedopnames van patiënten die in andere instellingen bekend zijn, is het vaak erg moeilijk om snel aan de gewenste informatie te komen, waardoor in de cruciale eerste uren tijd verloren gaat en de juiste zorg soms later op gang komt dan gewenst, of er verkeerde zorg wordt verleend, zoals antibiotica die anders zouden zijn gekozen als we de kweken die elders zijn afgenomen hadden gekend, of onderzoek dat gedaan wordt dat recent elders ook al verricht is. ●



Kwaliteit van zorg meten, verbeteren en verantwoorden

‘Ik geloof in de kracht van kwaliteitsregistraties’

Kwaliteitsregistraties kunnen tijdens vakgroepbesprekingen nogal eens wat stof doen opwaaien. Ze kosten veel tijd, zijn omslachtig en wat zien medisch specialisten er eigenlijk van terug? Chirurg en vice-voorzitter van de Federatie Huib Cense kent de kritiek, maar is zelf groot fan. ‘Leren en verbeteren is goed voor de dokter, maar nog beter voor de patiënt.’

Kwaliteitsregistraties bestaan nu grofweg tien jaar. Hoe zou de zorgwereld er zonder die registraties uitzien?

‘We missen dan veel inzicht in een groot aantal facetten van de zorg die we leveren. Meten is weten en daarvoor moet je nu eenmaal data verzamelen. Voor de tijd van kwaliteitsregistraties wisten we vaak niet zo goed op welk vlak we goed presteerden. Met de uitkomsten van de registraties hebben we in mijn ziekenhuis nu maandelijks gesprekken over kwaliteit, over doelmatigheid, elke keer een ander vakgebied, dan de heupen, dan de vaatoperaties. Je ziet de cijfers en ziet hoe je ten opzichte van andere ziekenhuizen presteert.’

Wat levert een kwaliteitsregistratie op voor de individuele specialist?

‘Naast inzicht in allerlei aspecten van de kwaliteit, krijg je ook spiegelinformatie over hoe jij het doet ten opzichte van collega’s. Op mijn eigen vakgebied chirurgie hebben we bijvoorbeeld een kwaliteitsregistratie rond dikkedarmkanker (DRCA). Ik kan eenvoudig in een tabel zien wat het resultaat is van onze zorg. Ik zie hoe ik presteer als chirurg, maar ook hoe onze vakgroep het doet, en hoe vakgroepen dat in andere klinieken doen. ▶



Toekomstbestendige kwaliteitsregistraties

De Federatie is eind 2018 het programma *Verduurzamen Kwaliteitsregistraties* gestart. Het programma heeft tot doel om: administratieve lasten voor zorgverleners te verminderen met toekomstbestendige kwaliteitsregistraties, op basis van eenmalige registratie en meervoudig (her)gebruik. Bovendien zijn de kwaliteitsregistraties geoptimaliseerd voor het doel dat ze moeten dienen.

 Kijk voor meer informatie op: demedischspecialist.nl/kwaliteitsregistraties.

‘Wij kunnen ons als dokters druk maken over naadlekkages of ligdagen, terwijl een patiënt wil weten wanneer hij weer op het voetbalveld kan staan’

Dat heeft al tot inhoudelijke discussies geleid, zoals over de operatietechniek of de keuze van behandeling bij kwetsbare oudere patiënten.’

Hoe pas je met al die kennis het leren en verbeteren toe?

‘Iedere maand bespreken we de uitkomsten met elkaar als vakgroep en één vakgroep bespreekt de kwaliteitsinformatie in de stafvergadering van het ziekenhuis. We kijken naar wat goed gaat en naar wat echt beter kan. Dat kan een chirurgische techniek zijn, maar ook de beleving van de patiënt. De patiënt geeft in PROM’s (meetbare uitkomsten die patiënten zelf rapporteren, red.) informatie over het effect van een behandeling. Die uitkomst informatie, bijvoorbeeld pijn of klachtenvermindering, nemen we mee in de kwaliteitsregistraties. Tot slot is doelmatigheid een thema: hoe kan een operatie of behandeling efficiënter? Door de kennis op deze wijze toe te passen en met elkaar te leren en verbeteren, is de zorg voor patiënten veel beter geworden.’

Er wordt soms met argusogen naar kwaliteitsregistraties als instrument gekeken, vanwege de extra registratielast. Is dat terecht?

‘Ik snap dat heel goed. Het is een enorme belasting, en dat kan en moet veel eenvoudiger. We werken er daarom hard aan dat registraties straks automatisch ingevuld worden vanuit het patiëntendossier. Daarnaast moeten specialisten kritisch zijn over wat ze allemaal willen registreren. Een paar jaar geleden vonden we het nuttig om te weten of een ziekenhuis wel een multidisciplinair overleg had voor patiënten met kanker.

Nu heeft elk ziekenhuis dat geregeld, dus kan die vraag eruit. Een registratie is nooit af, dat moet zich blijven ontwikkelen.’

Directeur van de Patiëntenfederatie Dianda Veldman vindt dat de patiënt nog meer bij de kwaliteitsregistratie betrokken moet worden. Hoe kijkt u daartegenaan?

‘Ze heeft helemaal gelijk dat patiënten betrokken moeten worden bij het nadenken over en werken aan de kwaliteit. Gelukkig gebeurt dat ook al. De patiënt vindt soms andere dingen belangrijk vindt dan de behandelaar. Wij kunnen ons als dokters druk maken over naadlekkages of ligdagen, terwijl een patiënt wil weten wanneer hij weer op het voetbalveld kan staan.’

Op welke manier profiteren patiënten ervan?

‘Kwaliteitsregistraties leiden tot beter samen beslissen. De vraag *what matters to you?* is belangrijker geworden dan *what’s the matter?* Met uitkomsten uit de registraties kun je patiënten ook beter voorlichten over de consequenties van bepaalde ingrepen. Al moeten we daar nog niet al te hoge verwachtingen van hebben. Voordat de PROM’s goed geïntegreerd zijn in de registraties, is nog veel tijd en onderzoek nodig.’

Wat moet er gebeuren om dokters meer te laten profiteren van hun kwaliteitsregistratie?

‘Het terugkoppelen van de informatie aan dokters kan nog beter. Daar wordt hard aan gewerkt in de vorm van *dashboards* waarop eenvoudig te zien is wat er anders en beter kan. Verder pleit ik voor een vaste bespreekplek van de registratie-uitkomsten: een wekelijkse of maandelijkse routine van elke vakgroep. Via zo’n vast concept levert het meer op. Juist door het regelmatig te doen, creëer je een laagdrempelige en open cultuur van kwaliteit bespreken.’

Zou elk vakgebied een kwaliteitsregistratie moeten hebben?

‘Dat moet op zich kunnen. Maar de eerste stap nu is het uniform organiseren van de registraties. Het belangrijkste is dat medisch specialisten dat zelf oppakken en zelf de regie blijven voeren. Ik vind dat we aan de maatschappij en vooral aan patiënten met de registraties kunnen laten zien dat we verantwoordelijk omgaan met kwaliteitsinformatie.’

Wat is een goed voorbeeld waarbij de hele beroepsgroep baat heeft gehad bij de kwaliteitsregistratie?

‘De orthopeden hebben een zeer goed functionerende kwaliteitsregistratie rond implantaten, de zogeheten LROI. Zij hebben goed nagedacht over wat er aan de



Huib Cense neemt na vijf jaar per 1 januari 2020 afscheid als vicevoorzitter van de Federatie en als voorzitter van de Raad Kwaliteit

'Ik vond het een hele eer en een mooie taak om lid te zijn van het bestuur en de Raad Kwaliteit. Hoogtepunten waren het visiedocument *Medisch Specialist 2025* en de vele inhoudelijke discussies over zaken als richtlijnen, visitaties en samen beslissen in de Raad Kwaliteit. Door de jaren heen is de samenwerking tussen de wetenschappelijke verenigingen enorm toegenomen. Dat is goed te zien in dossiers als het implantatenregister, het kwaliteitskader cosmetische geneeskunde en spoedzorg. En ook op Europees gebied weten we elkaar steeds beter te vinden binnen Platform Europa en de Europese Unie van Medisch Specialisten UEMS, waar ik namens Nederland in de raad zit. Ik kijk terug op een prachtige periode waarin ik persoonlijk ook veel heb geleerd.'

voorkant in moet: wat registreren we? Zij registreren alle gewrichtsprothesen van heup, knie en schouder tot vinger en duim. Als er een probleem is met zo'n prothese, dan is er direct actie te ondernemen naar andere patiënten met een vergelijkbare prothese. Cijfers alleen zeggen niets, het gaat om de duiding van die informatie. Zij kijken goed met elkaar hoe ontdekte verbeteringen in toekomstplannen zijn op te nemen. Soms blijkt uit zo'n registratie namelijk dat de richtlijn moet worden aangepast. En dat gebeurt ook al.'

Kwaliteitsdata worden ook wel voor verantwoordingsinformatie gebruikt, bijvoorbeeld aan zorgverzekeraars. Een goede ontwikkeling?

'Eerlijk gezegd vind ik dat een lastige discussie. Zorgverzekeraars mogen best kritisch zijn en meekijken, maar een gedegen intern kwaliteitssysteem is niet primair bedoeld voor zorginkoop. Het is bedoeld om te leren en te verbeteren, om patiëntuitkomsten te meten die helpen om keuzes te maken in de spreekkamer.

Zodat de beste behandeloptie voor de patiënt eruit voorkomt. Niet om inkoopkeuzes op te baseren.'

Hoe ziet de toekomst van de kwaliteitsregistraties eruit?

'Ik geloof in de kracht van kwaliteitsregistraties. Maar die moeten wel heel dicht tegen de wetenschappelijke verenigingen aan worden ontwikkeld. Het zou goed zijn als verenigingen een eenduidige set van afspraken maken over hoe om te gaan met informatie uit die registraties. Duiding alleen is niet genoeg. Er moet ook beleid gemaakt worden, dat weer kan worden doorontwikkeld naar richtlijnen. Op dat vlak hebben de orthopeden met de LROI en de chirurgen, gynaecologen en neurologen met een aantal DICA-registraties dat al goed voor elkaar. Bij hen zie je dat zaken uit de registratie worden besproken binnen de wetenschappelijke vereniging en dat er lessen uit getrokken worden op lokaal en landelijk niveau. Dat kan nog breder.' ●

Ruim baan voor netwerkgeneeskunde

Wantrouwen over cholesterol-richtlijn

In de media

Hoogtepunten 2019

CAO Ziekenhuizen: 'Hardere acties in zeker 17 ziekenhuizen'

Eind aan keurmerk voor ziekenhuizen

Het bestaat uit gaten in de... eens ontke...



JANUARI

Gezond en veilig werken

De LAD en de Federatie zetten zich in voor een gezonde en veilige werkomgeving voor iedere medisch specialist, onder andere door het thema 'gezond en veilig werken' steevast te agenderen tijdens cao-onderhandelingen.

APRIL

Onzinzorg bestaat niet

Marcel Daniëls, algemeen voorzitter van de Federatie, schrijft in een ingezonden opiniestuk in de Volkskrant 'Onzinzorg bestaat niet'. Hij breekt een lans voor het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik maar roept tegelijkertijd op om de discussie daarover genuanceerd te voeren. Inmiddels heeft minister Bruins 8,2 miljoen euro extra beschikbaar gesteld voor het programma.

Diabetes zorg kan beter én jaarlijks miljarden goedkoper'

NR
HANDE

Gebrekkige uitwisseling van patiëntendossiers vorm risico voor patiënten

deVolkskrant

Spec

FEBRUARI

De dokter als nummer

'Er zijn belangrijkere zaken om je druk over te maken en tijd aan te besteden. En dan bedoel ik onze patiënten.' 'Krankzinnig plan, onbegrijpelijk.' 'Welk probleem wordt er met deze onzin eigenlijk opgelost?'. Het regent boze reacties op het besluit van VWS dat artsen hun BIG-nummer voortaan overal zichtbaar moeten maken. De Federatie noemt het besluit buitenproportioneel en onacceptabel. Nadat de Federatie en de KNMG met spoed aandringen op aanpassing van deze maatregelen, trekt VWS het plan in.

MEI

Nederland verdient een veilige jaarwisseling

Nederland verdient een veilige jaarwisseling. Met die woorden valt de paginagrote advertentie in de landelijke dagbladen in mei wel op. 'Miljoenen euro's schade, agressie tegen politie en hulpverleners, honderden gewonden, dodelijke slachtoffers. Wat een feest zou moeten zijn, blijkt de gevaarlijkste avond van het jaar. Kabinet, kom in actie!', schrijven de afzenders, waaronder de Federatie Medisch Specialisten, de KNMG, politie en zorgverzekeraar Achmea.

voor
Kuns
inse
verge

MEI
CON

Nederlandse wetenschap over alternatief 'antikankermedicatie'

ORGVISIE

Zorgverleners voeren online actie voor een co-schappenvergoede

Maak geen karikatuur van ziekenhuiszorg

er
ijn is misplaatst

Zorgverleners lopen te hoop tegen BIG-regel

Apothekers niet blij met nieuw veiligheidssysteem: 'Met kanon op mug schieten'

an van zwarte
ongen wordt nogal
end

Psychieters ver

estu

C
LSBLAD

JULI – SEPTEMBER

#artsenslaanalarm tegen roken

Met 150 filmpjes roepen 150 artsen, waaronder Federatie-bestuursleden Huib Cense en Peter Paul van Benthem, Kamerleden begin juli op om het Preventieakkoord te steunen. Onder de actie #artsenslaanalarm roepen ze de Tweede Kamer op om steviger maatregelen te nemen tegen roken.

SEPTEMBER - OKTOBER

Gebrekkige gegevensuitwisseling

In april maakt minister Bruins bekend de koppeling van EPD's per 2021 verplicht te stellen. Hoe die maatregelen eruit moeten zien, is echter niet helder. Vlak voor Prinsjesdag vraagt de Federatie tijdens het 8-uur journaal aandacht voor het thema. Volgens 80% van de medisch specialisten gaat gebrekkige gegevensuitwisseling ten koste van de patiëntveiligheid.

'Overheid dreigt op stoeparts te gaan zitten'

De Telegraaf

Specialisten krijgen hand

san

tma

min

oed

JUNI – AUGUSTUS – SEPTEMBER

Discussie over vaccinatie

In juni barst opnieuw de discussie los over de dalende vaccinatiegraad in ons land. Kinderartsen komen, met behulp van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en de Federatie regelmatig in het nieuws om het belang en de veiligheid van vaccinaties uit te leggen.

OKTOBER – NOVEMBER

Griep? #Prikkie

Om zorgprofessionals te stimuleren een grieprik te halen besteedt de Federatie aandacht aan de campagne Haal je #prikkie en #voorkomgriep door het delen van foto's van medisch specialisten die de grieprik halen. Hieronder haalt bestuurslid Peter Paul van Benthem zijn #prikkie.

'Moet mijn 9-jarige een HPV-vaccinatie krijgen?'

rouw

DISCH
NTACT

Specialisten: 'Meer collega's vallen uit met burn-out'

Het Parool

en
en
ding

Kinder- en jeugdartsen: Onbegrijpelijk dat 'nepnieuws' over homeopathische vaccinatie niet wordt aanpakt

Vooruitkomen door stilstaan

'Wat denkt u over *mindfulness*, dr. Laureys?', vroeg een journalist me begin jaren 2000. Ik keek snel welke publicaties op *Pubmed* stonden en antwoordde dat ik niet overtuigd was. Als neuroloog en breinwetenschapper ben ik een professioneel scepticus. De ommekeer kwam in 2012 toen ik plots alleenstaande papa werd met drie jonge kinderen. Ik piekerde over wat me was overkomen en was bang voor wat nog komen zou. Tegen de stress ging ik roken en drinken, en nam ik antidepressiva en slaappillen. Het was al snel duidelijk dat dit niet de goede weg was om een inspirerende vader, professor en arts te zijn.

Ik begon met yoga en kwam in 2013 tijdens *TEDx* Parijs de boeddhistische monnik en persoonlijke vertaler van de Dalai Lama Matthieu Ricard tegen. Hij nodigde me uit om met hem op meditatie-retraite te gaan en ik nodigde hem uit om als proefkonijn naar m'n lab in Luik te komen om zijn hersenen te bestuderen met onze EEG-, MRI- en PET-scanners. Onze resultaten leverden een publicatie op in *Brain Stimulation*, maar belangrijker: ik ben gaan leren mediteren en zijn we met het team wetenschappelijke onderzoeken gestart naar de effecten van meditatie op je brein.

Die effecten heb ik zelf ervaren. Op persoonlijk vlak door aandacht te hebben voor mijn gedachten en emoties. Als professional, door niet enkel te denken vanuit kennis, maar in reflectie terug te gaan naar empathie en compassie. Daardoor kan ik soms meer betekenen voor het welzijn van mijn patiënten. En als wetenschapper zie ik in gecontroleerde klinische studies dat het effect van meditatie even groot kan zijn als dat van pijnstillers, anxiolytica of antidepressiva.

Als zorgverlener mogen we ten slotte meer aandacht hebben voor ons eigen mentaal welzijn. We lopen immers een vergroot risico voor burn-out. Om het gunstige effect van meditatie te ervaren hoef je heus geen zenmeester of meditatiemonnik te worden. Begin met wat je kunt en wees niet te streng voor jezelf!

Steven Laureys,
onderzoeksdirecteur Belgisch Fonds voor Wetenschappelijk Onderzoek hoofd Coma Science Group & GIGA Consciousness U & UZ Luik, en auteur van het boek *No-nonsense meditatie*



Artsen-microbioloog sporen ziekenhuisinfecties op tal van manieren op

‘Als je ons werk uitbesteedt, mist de directe link met het ziekenhuis’

Hoe voorkomen we de verspreiding van antibioticaresistentie? Is laboratoriumwerk uitbesteden zinnig? En wat is de rol van medisch data-experts? Voor arts-microbioloog Jean-Luc Murk en Karin Ellen Veldkamp is bij deze vraagstukken de individuele patiënt onderdeel van een grotere puzzel.



We dwalen door een van de grootste medische microbiologische laboratoria van Nederland. Het lab van het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg is gelijkvloers en heeft bijna geen aparte werkruimtes. Reageerbuizen en kweekplaten reizen volledig geautomatiseerd door geavanceerde analyseapparatuur. Tussen de tientallen menshoge apparaten staan bureaus met beeldschermen waar analisten in witte jassen uitslagen bestuderen. Artsen-microbioloog lopen langs voor vragen over duiding van de uitslagen.

Het grotere plaatje

‘Mensen denken soms dat arts-microbioloog niets anders doen dan testen uitvoeren en uitslagen doorbellen’, vertelt Jean-Luc Murk, die vijftien jaar geleden promoveerde in de celbiologie. ▶

Jean-Luc Murk:

‘Een infectie is lang niet altijd een probleem van één persoon. De mens is een puzzelstukje in een groter geheel’



Hij specialiseerde zich in virale infecties en werkt sinds 2017 bij het ETZ. Ja, het werk is soms vrij technisch en patiëntcontact hebben ze nauwelijks, maar Murk heeft wel veel contact óver patiënten met andere specialisten. Zowel binnen als buiten het ziekenhuis. 'Artsen-microbioloog houden zich bezig met het grote plaatje van de infectieproblematiek. We adviseren over behandeling van infecties en maken beleid om verspreiding van infectieziekten en ontwikkeling van antimicrobiële resistentie te voorkomen. Het laboratorium is onze uitvalsbasis.' Hij vindt het persoonlijk niet jammer dat hij niet of nauwelijks patiëntcontact heeft. 'Patiëntcontact is mooi en belangrijk, maar mijn interesse gaat meer uit naar de infectieziekte. Een infectie is lang niet altijd een probleem van één persoon. De mens is een puzzelstukje in een groter geheel. En het grote geheel vind ik net zo interessant als de infectie van de individuele patiënt.'

Geen uurtje factuurtje

Met zo'n groot laboratorium als bij het ETZ verwacht je al dat Murk en zijn collega's weinig uitbesteden aan commerciële laboratoria die geen binding met de regio hebben. En dat klopt. 'Bij het ETZ doen we zoveel mogelijk zelf,' vertelt Murk. 'De nadelen hiervan zijn dat het laboratorium veel tijdsinvestering kost en we veel expertise in huis moeten hebben. Hoewel ik die expertise vooral als voordeel zie. Andere voordelen



zijn de snelheid waarmee de uitslagen bij de patiënt belanden. Als de microbiologen 'uitbesteed' worden, mist het ziekenhuis arts-microbioloog die kunnen meedenken bij tal van infectie en hygiëne-gerelateerde problemen, het meeschrijven aan protocollen, en het leveren van maatwerk. Toen er bij een kinderdagverblijf een verdenking op mazelen was, wilde de GGD meteen weten of dat het geval was, zodat onbeschermd contacten nog op tijd antistoffen zouden kunnen krijgen. Onze analisten hebben toen 's avonds laat doorgewerkt. Niets geen uurtje factuurtje. Bij een commercieel lab is dat wel anders.' Het enige wat volgens Murk misschien interessant kan zijn om uit te besteden, is de laag complexe soa-diagnostiek. Maar, bedenkt hij zich: 'Dan raak je de zorg op maat voor uitzonderingen kwijt en dat wil je niet. Zeker niet met de opkomende resistentieproblematiek.'



Karin Ellen Veldkamp:

‘Dat wij als medisch specialist met de aanvrager meedenken over een infectieprobleem bij een patiënt of in een ziekenhuis, is een belangrijk onderdeel van ons vak’



Uitslagen duiden

Geldt dat ook voor een arts-microbioloog in een academisch ziekenhuis? Wel voor Karin Ellen Veldkamp, sinds 2008 werkzaam bij het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) en sinds 2012 Hoofd Infectiepreventie. Met haar team van vijf deskundigen infectiepreventie houdt ze zich dagelijks bezig met beleid en instructies om te voorkomen dat ziekenhuisinfecties zich verspreiden: ‘Iets waar jij en ik als gezonde mensen niet ziek van worden, kan mensen met een zwakker immuunsysteem wel ziek maken.’

Het gevaar van microbiologische diagnostiek onderbrengen bij laboratoria die zowel letterlijk als figuurlijk op grote afstand van het ziekenhuis werken, is volgens Veldkamp dat de beoordeling niet meer geborgd is. ‘Uitslagen zijn niet zwart-wit, je moet ze duiden.’ ▶





Huidbacteriën gekweekt uit bloed zijn meestal onschuldig, maar kunnen wel op een infectie duiden bij iemand met kunstmateriaal. Om die reden werkt het ook niet als een dergelijk laboratorium een arts-microbioloog in dienst heeft, denkt Veldkamp. Dan ontbreekt de directe link met de kliniek en dus de context. 'Dat wij als medisch specialist met de aanvrager meedenken over een infectieprobleem bij een patiënt of in een ziekenhuis, is een heel belangrijk onderdeel van ons vak.'

Opsporen met algoritmes

Het belangrijkste aspect van infectiepreventie is goede handhygiëne. 'Het kan best lastig zijn om zo vaak je handen en alles wat je gebruikt te moeten desinfecteren. Zeker als de werkdruk op de afdelingen hoog is. Maar het is wel nodig om verspreiding van micro-organismen en infecties te voorkomen.' Met data uit elektronische patiëntendossiers sporen Veldkamp en haar collega's bij het LUMC ziekenhuisinfecties op: 'Kijken hoeveel ziekenhuisinfecties er zijn kan handmatig, maar je kunt ook gebruikmaken van algoritmes. Zo is het mogelijk patiënten te identificeren die mogelijk een ziekenhuisinfectie hebben.'

Nog mooier vindt Veldkamp het om in de toekomst met kunstmatige intelligentie al in een vroeg stadium te voorspellen of een patiënt een verhoogd risico heeft op een ziekenhuisinfectie. Het LUMC heeft datadeskundigen in huis, maar Veldkamp wil ook graag

een data-expert op haar eigen afdeling. Ze wil iemand die epidemiologisch onderlegd is, die goed inzicht heeft in dataverwerking, die kan helpen met algoritmes maken en liefst ook nog een beetje microbiologische kennis heeft om de data te duiden. 'Blijkt dat een patiënt op een bepaald tijdstip een indicator heeft, dan kun je aan de hand daarvan al ingrijpen of behandelen.'

Bij het laboratorium van het ETZ werken de microbiologen en analisten ook al met data, maar nog niet met een eigen data-expert. Ze monitoren de lokale resistentie, de doorlooptijden, de klachtenmeldingen en de afwijkingen van de testen. Maar, zegt Murk: 'Het is allemaal ad hoc. We zouden baat hebben bij een data-expert die wat groter denkt en samenwerkt met het ziekenhuis. Die persoon zal zichzelf zeker terugverdienen.'

Nieuwe wegen

Bij het ETZ wil Jean-Luc Murk onderzoeken welke infectierisico's nieuwe medicijnen voor bijvoorbeeld reuma, auto-immuunziektes en kanker met zich meebrengen. 'De registratiestudies die nu worden gedaan zijn van beperkte duur en met betrekkelijk ideale patiënten. Dat zijn vaak niet de complexe patiënten met meerdere aandoeningen die uiteindelijk het medicijn gaan gebruiken. Wat we niet weten is welke risico's op infecties de combinatie van factoren met zich meebrengt.' Een onderzoeksgroep in het LUMC doet onderzoek naar de rol van darmbacteriën. Er is aangetoond dat wanneer je een patiënt die geïnfecteerd is met de Clostridium-bacterie (veroorzaker van diarree en darminfectie, *red.*), genezen kan worden door een poeptransplantatie. De onderzoeksgroep onderzoekt in samenwerking met andere specialisten of dat ook geldt voor andere ziektes. Met de nieuwe techniek *Whole Genome Sequencing* is het hele microbiom met resistenties in één keer in beeld te brengen. 'Dit opent nieuwe mogelijkheden voor diagnostiek, typering en inzicht in de verspreiding van antibioticaresistentie,' vertelt Karin Ellen Veldkamp. 'Willen we de verspreiding antibioticaresistentie indammen, om op termijn nog individuele patiënten goed te kunnen behandelen, dan moeten netwerken binnen én buiten het ziekenhuis samenwerken. Met artsen-microbioloog die vanuit hun functie in het ziekenhuis de *linking pin* zijn.' ●

 Meer over de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie vindt u op: www.nvmm.nl.

Medisch specialist én bestuurder

Met de invoering van de integrale bekostiging in de medisch-specialistische zorg begin 2015 organiseren medisch specialisten zich anders in relatie tot hun ziekenhuis. Nu, vijf jaar later, delen vier medisch specialisten hun persoonlijke ervaringen. Hoe is het om naast medisch specialist ook bestuurder te zijn?

‘Het was best een puzzel om het goed te regelen’

Gynaecoloog Sjarlot Kooi was voorzitter van de staf en van het msb in het Albert Schweitzer Ziekenhuis in Dordrecht.

Intens

‘2014 was een intens jaar. Ik was stafvoorzitter en moest met mijn collega-bestuurders allerlei ingewikkelde keuzes maken, nieuwe contracten opstellen en mensen meekrijgen. Er waren verhitte vergaderingen en veel onrust vanwege de onzekerheid die de veranderingen met zich meebrachten. Medisch specialisten waren bang voor de financiële consequenties, maar vooral dat ze hun autonomie kwijt zouden raken.’

Cultuuromslag

‘Vakgroepen waren erg op zichzelf gericht. Die wilden graag alles binnen hun vier muren houden. Ook al vonden zij ook best dat er dingen beter zouden

kunnen, je ging niet zomaar buiten je eigen groep op zoek naar een oplossing. Dat er veel meer vanuit het grotere collectief gewerkt ging worden, was een grote cultuuromslag. Neem de sollicitatieprocedure. Een nieuwe medisch specialist aannemen is niet meer alleen een aangelegenheid van de betreffende vakgroep. Vanuit het grote plaatje kan de behoefte wat betreft de invulling van een plek er heel anders uitzien. Misschien hebben we wel meer aan een verpleegkundig specialist dan een medisch specialist. Of willen we iemand met bestuurlijke kwaliteiten en interesses.’

Terugfluiten

‘Het was best een puzzel om het goed te regelen. Maar als ik terugkijk op die periode, vind ik dat het heel goed is gegaan. Ik wil graag veel tegelijk. Dan moest ik mezelf even terugfluiten, maar daar hielp de rest van het bestuur me bij. Soms loop ik te snel voor de troepen uit.’

A portrait of Edwin Knots, a middle-aged man with light brown hair, wearing glasses, a grey suit jacket, and a striped shirt. He is smiling and looking towards the camera. The background is a blurred indoor setting, possibly a hospital or office.

‘Ik vind het bijzonder dat ik mee mag besturen’

Kinderarts Edwin Knots was voorzitter van de vereniging medisch specialisten in dienstverband (vmsd) in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven. Nu is hij voorzitter van de vereniging medische staf (vms).

‘Meebesturen in het Catharina Ziekenhuis doe ik al lange tijd. We hebben sinds jaren een vms. In 2001 ben ik daar bestuurslid geworden. In 2015 heb ik de vmsd opgezet voor specialisten in dienstverband.’

Trots

‘Ik wilde graag dat de vmsd goed afgestemd was op de vms en dat de leden van de vmsd zich daar ook vertegenwoordigd zien. Zo zitten de verschillende gremia als eenheid aan tafel met elkaar en met de raad van bestuur. Ik ben er trots op dat dat ons is gelukt. Als medisch

specialisten betrokken zijn bij de ziekenhuisorganisatie, kunnen we voorkomen dat de bureaucratie doorslaat en de zorg minder efficiënt en effectief wordt. Het blijft wel een uitdaging om alle leden te betrekken bij de zaken die er spelen in een groot ziekenhuis.’

Op mijn plek

‘Drie jaar was ik voorzitter van de vmsd. Sinds een jaar ben ik voorzitter van de vms. Het was mooi om vanuit de vmsd het over de arbeidsvoorwaarden te hebben van de medisch specialisten die in dienst zijn. Maar in de vms zit ik nu goed op mijn plek. Als het gaat om meedenken over de strategie van het ziekenhuis en de kwaliteit en veiligheid van zorg, dan is de vms gesprekspartner van de raad van bestuur. Ik vind het heel bijzonder dat ik mee mag besturen.’

‘Besturen is voor mij een verrijking’

Nucleair geneeskundige Leonne Prompers is bestuurs-raadslid in het medisch-specialistisch bedrijf (msb) van het Zuyderland Medisch Centrum in Sittard en Geleen.

‘Netwerkgeneeskunde, kostenbeheersing en doelmatigheid zijn belangrijke thema’s als we de zorg toekomstbestendig willen houden. Gelijkgerichtheid tussen msb en raad van bestuur is essentieel om de zorg toekomstbestendig te maken. Bij ons msb zijn dan ook zowel vrijgevestigden als dienstverbanders aangesloten.’

Pittig

‘De samenwerking met de raad van bestuur is vanaf het begin in 2015 goed geweest. Als fusieziekenhuis met twee volwaardige locaties stonden we voor pittige uitdagingen. Niet alle zorg en behandelingen werden meer op beide locaties aangeboden. Dat had grote gevolgen voor de vakgroepen en de medewerkers.’

Voorloper

‘Sinds 1 juli 2019 zijn het msb en de raad van bestuur op bestuurlijk niveau samengegaan. Samen vormen we nu de bestuursraad. Daarmee zijn we voorloper in Nederland. Beide besturen houden hun bestuurlijke taken

en bevoegdheden. Daardoor blijven we zelfstandig verantwoordelijk, maar vergaderen en besluiten doen we samen. Alle relevante zaken wat betreft *cure, care* én *msb* komen aan de orde aan dezelfde tafel. Een belangrijk succes van onze samenwerking is de afspraak die we met zorgverzekeraar CZ hebben gemaakt om de zorgkosten de komende tien jaar met vijf procent te laten krimpen. En het creëren van draagvlak hiervoor bij onze achterban.’

Genieten

‘Vijftig procent van mijn tijd ben ik bezig met mijn bestuurlijke taken. Het is voor mij echt een verrijking. Ik ben trots op deze verregerende bestuurlijke samenwerking in Zuyderland. Naast mijn vak uitoefenen ook het grote plaatje in de gaten houden, me bezighouden met visie en strategie, is iets wat me altijd getrokken heeft. Ik geniet er enorm van als we lastige casuïstiek het hoofd kunnen bieden, als team met verschillende expertises en achtergronden. We hebben veel tijd gestoken in het formuleren van gezamenlijke waarden. Het grotere belang blijven zien en elkaar successen gunnen, dat vormt de sleutel tot succes in zo’n intensieve samenwerking.’

‘Ik vind het belangrijk dat iedereen zich gehoord voelt’

Gynaecoloog Marcel van Hooff is voorzitter van de combi-coöperatie van het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Rotterdam en omstreken.

‘Het Sint Franciscus Gasthuis en het Vlietland Ziekenhuis zijn per 1 januari 2015 gefuseerd. We hadden toen maar liefst zes besturen: twee keer een msb, twee keer een vmsd en twee keer een vms. Als msb-bestuurder was het voor mij belangrijk dat we richting één combi-coöperatie zouden gaan. Aan de tafels van de vms en de msb werden dezelfde onderwerpen besproken. We hadden de vms kunnen vragen de msb’s te vertegenwoordigen in de gesprekken met de raad van bestuur over kwaliteit van zorg. Maar dan hadden we ons aan onze verantwoordelijkheid onttrokken, vind ik. En als je los van elkaar in gesprek gaat met de raad van bestuur kun je de situatie krijgen dat je een ander advies geeft over hetzelfde thema, terwijl je beiden dezelfde leden vertegenwoordigt.’

Gehoord

‘Sinds juli dit jaar is er officieel één coöperatie. Het

nieuwe bestuur bestaat uit vijf leden: drie vanuit de msb en twee vanuit de vms. Er zit tijdelijk een lid van het vmsd-bestuur bij, omdat de medisch specialisten in dienstverband van het ziekenhuis zich onvoldoende vertegenwoordigd voelden in het nieuwe bestuur. Zo kunnen de vmsd-belangen goed worden overdragen. Ik vind het belangrijk dat iedereen zich gehoord voelt. Doordat we uit een situatie komen met allerlei verschillende besturen wordt nog erg vanuit die structuur gedacht. Dat vond ik soms best moeilijk om te begrijpen. We vertegenwoordigen toch dezelfde achterban? Maar het duurt even voor je dezelfde pet op hebt en je je helemaal kunt richten op het gemeenschappelijke doel.’

Complex

‘Ik heb veelal in de praktijk geleerd wat besturen inhoudt en hoe de verhoudingen liggen in het complexe speelveld van vakgroepen onderling, met de eerstelijns, derdelijns en de zorgverzekeraars. Bestuurslid en voorzitter zijn is als een versnelde studie bestuurskunde.’

Met één been buiten het ziekenhuis

Anderhalvelijnszorg neemt druk weg

Op verschillende plekken in het land geven medisch specialisten in samenwerking met andere zorgprofessionals volop handen en voeten aan 'juiste zorg op de juiste plek'. Zo houden medisch specialisten in Drachten spreekuur buiten het ziekenhuis in de Regiopoli. De Medisch Specialist liep een ochtend mee met cardioloog Marcel van der Linde.

Zorg en gemoedelijkheid onder één dak. Dat is het concept gezondheidscentrum Sûnenz (Fries voor 'gezondheid', red.) in Drachten. Van het Gezondheidsplein met verschillende eerstelijns zorgverleners loop je zo door naar het Winkelplein voor een kappersbezoek en drink je daarna een kop koffie op het Horecaplein. Net voorbij het Vitaliteitsplein – waar je lessen *mindfulness*, yoga en bloemschikken kunt volgen – stuit je op de Regiopoli. Daar houdt cardioloog Marcel van der Linde samen met collega-cardiologen één keer per twee weken spreekuur. De rest van de tijd werkt Van der Linde in ziekenhuis Nij Smellinghe, om de hoek.

Regiopoli

Deze ochtend bespreekt Van der Linde met hartpatiënt Jan Jellema zijn risicofactoren, waaronder bloeddruk, suikergehalte en cholesterol. Dat er iets niet goed was met zijn hart, kwam Jellema te weten tijdens de screening vlak voordat hij geopereerd werd in het Isala Ziekenhuis in Zwolle. Het bleek een hartgeruis. Hij kreeg het advies om het na twee jaar opnieuw te laten controleren. Dat doet hij niet in het ziekenhuis, maar op de Regiopoli in Sûnenz.

Samen nemen de mannen de medicijnen door die Jellema op het moment slikt. 'Heeft u klachten?', vraagt



Cardioloog Marcel van der Linde:

'Ik zie best wat patiënten in mijn praktijk van wie ik denk: dit hoeft niet perse in het ziekenhuis'

Van der Linde. 'Als ik gestrest ben, wil mijn hart nog wel eens overslaan.' 'Heeft u daarbij duizelingen?' Jellema schudt zijn hoofd. Met de stethoscoop luistert Van der Linde naar Jellema's hart en longen. Ondertussen installeert verpleegkundige Linda van der Wal in de kamer ernaast het ECG. Het apparaat heeft ze meegenomen uit ziekenhuis Nij Smellinghe. ▶

Huisarts Wim Brunninkhuis:

‘Uit onderzoek van het UMCG blijkt dat de patiënttevredenheid hoog is. Wachttijden zijn minder lang en de zorg laagdrempeliger’



Dat ze nu ook af en toe op de Regiopoli vlakbij werkt, vindt ze leuk. ‘Het is een aangename onderbreking van je gewone werkdag.’

Huisartsenbedden

Patiënten met laag complexe problematiek, zoals Jellema, hoeven helemaal niet naar het dure en drukke ziekenhuis, geeft waarnemend huisarts Wim Brunninkhuis aan. Voor hem begon het met huisartsenbedden, vertelt hij. ‘Er zijn patiënten die nog niet naar huis kunnen, maar geen ingewikkelde ziekenhuiszorg nodig hebben. Denk aan een alleenstaande met twee gebroken polsen. Het is zonde als zo iemand een kostbaar ziekenhuisbed bezet. Ik wilde deze patiënten zélf kunnen opnemen, in speciale huisartsenbedden.’ Het had flink wat voeten in de aarde om dat te organiseren, maar werd uiteindelijk een groot succes.

Praten als Brugman

Brunninkhuis had de smaak te pakken. Om het ziekenhuis nog meer te ontlasten, wilde hij specialisten spreekuur laten houden op een andere locatie, zogenaamde

anderhalvelijnszorg. Sûnenz werd gebouwd als nieuw zorgcentrum, inclusief een huisartsenpraktijk, in de buurt van Nij Smellinghe. ‘Ik vroeg of ik er kamers kon huren en ging in gesprek met het ziekenhuis. Drie jaar heb ik moeten praten als Brugman.’ Hij zag hoe lastig mensen verandering vinden. ‘En artsen zijn over het algemeen ook nog eens vrij conservatief. Het gaat toch goed, zeggen ze, waarom veranderen?’

Cardioloog Van der Linde was snel enthousiast. ‘Wim is vernieuwend, dat ben ik ook. De klik was er meteen. Door de vergrijzing krijgen we een capaciteitsprobleem in ziekenhuizen. Zowel qua kosten als personeel als ruimte. De samenwerking tussen verschillende zorgverleners is cruciaal om dat op te lossen. Ik zie best wat patiënten in mijn praktijk van wie ik denk: dit hoeft niet per se in het ziekenhuis. Zoals een hartgeruis zonder klachten. Dat geldt ook voor andere specialismen, vind ik. Denk aan onderzoek bij een huidafwijking, het plaatsen van spiraaltjes en ga zo maar door.’

Duizend consulten

Als huisarts is Brunninkhuis hoofdbehandelaar: de patiënt komt altijd weer terug bij hem. De specialist brengt hem op de hoogte van de uitkomst van het consult met een (behandel)advies en kan niet zelf verwijzen. Brunninkhuis: ‘We begonnen in 2016 met consulten cardiologie, orthopedie en dermatologie. Simpelweg omdat die specialisten enthousiast waren.’ Inmiddels heeft het concept zich zo goed bewezen dat er in Sûnenz ook een gynaecoloog, kno-arts, uroloog en kaderhuisarts bewegingsapparaat is. En er lopen gesprekken met oogheelkunde, reumatologie en psychiatrie. Werden er in 2016 425 consulten gehouden, in 2018 waren dat er al 1.012, én daarnaast ook 248 kleine verrichtingen. Het gaat daarbij voornamelijk om dermatologie en gynaecologie.

Zelfde zorg, minder kosten

De locatie maakt eigenlijk niet uit, geeft Van der Linde aan. ‘Je kunt als specialist patiënten ontvangen in een gezondheidscentrum, een HOED (*huisartsen onder één dak, red.*)-constructie of een anderhalvelijnscentrum. In sommige gevallen ziet de specialist een patiënt tegenwoordig zelfs in het ziekenhuis, maar nog steeds vanuit de anderhalvelijnszorg-setting. Denk aan patiënten met een laag complexe zorgvraag waarbij we gebruik maken van dure apparatuur die de Regiopoli niet zelf kan aanschaffen. De specialist kan het verder alleen afhandelen en maakt geen gebruik van andere ziekenhuisvoorzieningen, zoals ondersteunend personeel.’

Thuis langskomen

De juiste zorg op de juiste plek kent vele verschillende



vormen. Van der Linde vindt het leuk om nieuwe mogelijkheden aan te boren. ‘Medisch specialisten zouden bijvoorbeeld een samenwerking aan kunnen gaan met de thuiszorg voor oudere, fragiele patiënten die op zich naar huis kunnen, maar van wie de zorg nog niet is over te dragen aan de huisarts. Dan kan een specialist of *physician assistant* bij hen thuis langskomen. Je kunt ook denken aan e-health consultatie in een samenwerkingsverband tussen huisarts, medisch specialist en/of thuiszorg.’ Brunninkhuis geeft aan dat er ook lucht zit in het verschuiven van taken. ‘Er zijn aandoeningen waarmee patiënten nu naar het ziekenhuis gaan die ik als huisarts ook best zou kunnen afhandelen, zoals bijvoorbeeld chronische zorg-controles. Tegelijkertijd nemen doktersassistenten weer taken van mij over.’

Man met een missie

Hoe is het voor Van der Linde om hier spreekuur te houden? ‘Dat je minder hulpkrachten om je heen hebt kan een nadeel zijn. Je kunt niet tegen de patiënt zeggen: Ga maar naar de assistent, die legt het verder uit. Daarnaast is de ict vaak minder geavanceerd en

Zo pak je het aan

Hoe doe je dat nou, praktisch gezien? De Federatie Medisch Specialist en de Landelijke Huisartsen Vereniging ontwikkelde de *Handreiking Implementatie Juiste zorg op de juiste plek om handvatten te geven bij het vormgeven van zo’n samenwerking. De Federatie zet voorbeelden van medisch specialisten die werken aan juiste zorg op de juiste plek in de etalage. Bekijk ze op: www.demedischspecialist.nl/jzojp.*

Verpleegkundige Linda van der Wal:

‘Werken op de Regiopoli is een aangename onderbreking van je gewone werkdag’

moet je meer zelf invullen als je een verslag of brief maakt. Maar het is rustiger dan in het ziekenhuis, je runt meer je eigen praktijk.’

Brunninkhuis is razend enthousiast. ‘Dezelfde kwalitatieve zorg wordt geboden voor minder geld. Dat geld kan nu dus voor andere zaken gebruikt worden. De druk op het ziekenhuis neemt af. Er zijn korte lijnen tussen huisarts en specialist, het overleg verloopt soepeler. Uit onderzoek van het UMCG blijkt dat de patiënttevredenheid hoog is. Wachttijden zijn minder lang, de zorg is laagdrempeliger. En voor de patiënt is het ook potentieel goedkoper; het anderhalvelijnszorg consult gaat niet van het eigen risico af.’ Is hij een man met een missie? ‘Ja, ik geloof er echt in. Ik reis het hele land af om hierover te vertellen. En heb steeds weer nieuwe ideeën.’

Laagdrempelig en gemoedelijk

Verpleegkundige Linda van der Wal maakt het ECG klaar. Jan Jellema krijgt plakkers op zijn armen en borst. Het apparaat wordt erop aangesloten. *Prrrrrrrrt*. Het ECG is prima. Over een paar jaar mag hij terugkomen voor een nieuwe controle. Jellema vindt het prettig dat hij hiervoor in de Regiopoli langs kan. ‘Het ziekenhuis heeft toch altijd iets imponerends. Het is groot en kil. Niet dat de mensen niet vriendelijk zijn, maar je voelt je al snel een nummer. Deze locatie voelt anders, gemoedelijker. Ik voel me vrijer hier.’ ●



de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers

Gerard Hugenholtz

Ziekenhuisapotheker Gerard Hugenholtz, werkzaam in het Diakonessenhuis Utrecht, is sinds 1 juli voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers. 'Er gebeurt veel dat onze beroepsgroep aangaat, en daar wil ik graag een positieve bijdrage aan leveren.'

'Het betaalbaar houden van de zorg kunnen we niet alleen'

1 Wat sprak je aan om sinds deze zomer het voorzitterschap van de vereniging op je te nemen?

'Ik vind het belangrijk om mijn leven een waardevolle invulling te geven. Dat doe ik als ziekenhuisapotheker en voorzitter van onze vakgroep in het Diakonessenhuis, maar de wereld is groter dan ons ziekenhuis. Toen het bestuur mij voor deze functie vroeg heb ik, na overleg met de vakgroep en mijn vrouw, meteen ja gezegd. Er gebeurt in de zorg veel dat onze beroepsgroep aangaat, en daar wil ik graag een positieve bijdrage aan leveren.'

2 Kun je hier een voorbeeld van geven?

'Er komen steeds meer buitensporig dure middelen op de markt. Als ziekenhuisapothekers hebben we weinig te zeggen over wat er op de markt wordt toegelaten en over de prijs die daarvoor wordt gevraagd. Tegelijkertijd hebben we ons via de Federatie wel geconformeerd aan het Hoofdlijnenakkoord. Daarin is vastgelegd dat de totale zorgkosten niet mogen stijgen. Terwijl de kosten in 2020 volgens de laatste ramingen fors stijgen. In ons meerjarenplan draait het daarom om de kernwaarden gepersonaliseerde zorg op de juiste plek in een maatschappelijk verantwoord systeem. Het betaalbaar houden van de zorg is daarin een belangrijk speerpunt.'

3 Hoe doen jullie dat? En trekken jullie op dit vlak ook op met andere met andere wetenschappelijke verenigingen en met de Federatie?

'We kunnen dit vanzelfsprekend niet alleen. We kijken als selectieve poortwachter streng naar start- en stopmomenten, de dosering en of de juiste middelen wel aan de juiste patiënt worden voorgeschreven. Met de gegevens uit de *Geneesmiddelenmonitor* kunnen we het gebruik van dure *add-on* geneesmiddelen in een ziekenhuis analyseren en vergelijken met andere ziekenhuizen. Dat helpt bij het maken van onderbouwde keuzes. Verder zijn sinds kort de behandeluitkomsten uit de DICA-registratie gekoppeld aan het gebruik van dure middelen. Op die manier kunnen we samen de therapie optimaliseren. Tot slot zijn we lid van de adviescommissie geneesmiddelen van de Federatie. Daarin delen we onze expertise over gepast gebruik en medicatieveiligheid.'

4 Tot slot: werken jullie ook op andere terreinen samen binnen de Federatie?

'Jazeker: wij hebben gedetailleerde kennis over geneesmiddelen, ook over bereidingen en toxicologie. Die expertise brengen we in bij 600 richtlijnen die regelmatig worden herzien; ook werken we intensief mee aan de modulaire vorm van richtlijnenonderhoud die de Federatie nu ontwikkelt. Ook zetten we ons samen met de Federatie in voor gedegen elektronische gegevensuitwisseling onder andere door samen te werken aan de totstandkoming van de richtlijn *Medicatieoverdracht* met de bijbehorende informatiestandaarden voor veilige medische en farmaceutische zorg aan de patient. Ons doel binnen de Federatie is samen de zorg beter te maken en veilig, betaalbaar en toegankelijk te houden.' **NvE**

Feiten & Cijfers

Naam: Nederlandse Vereniging voor Ziekenhuisapothekers (NVZA)

Bestaat sinds: 1929, de vereniging viert dit jaar het 90-jarig bestaan

Aantal leden: 794 leden en 126 aios



Al uw medisch-specialistische richtlijnen op één plek

RICHTLIJNENDATABASE.NL

Op de hoogte blijven?

Wilt u een melding ontvangen zodra er binnen uw specialisme een nieuwe richtlijn of herziening is? Schrijf u dan in op www.richtlijndatabase.nl



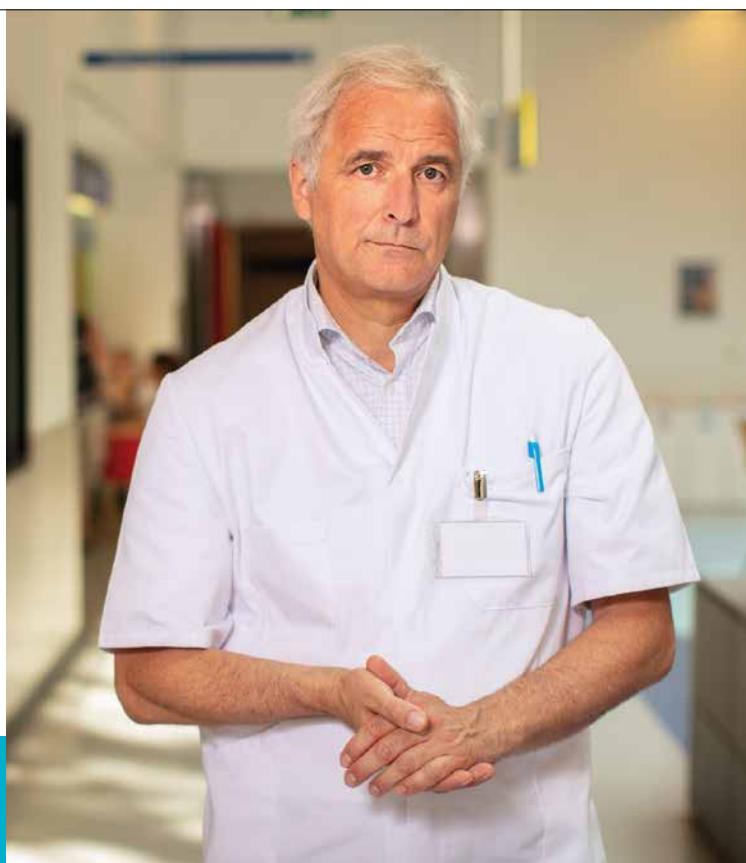
Federatie
**Medisch
Specialisten**

Ontwikkeld voor en door medisch specialisten
Actueel / Evidence-based / Praktijkgericht

'Ik ben boventallig verklaard. Betekent dat ontslag?'

Deze vraag kregen we van orthopeed Peter. We vertelden hem dat zijn werkgever verplicht is te onderzoeken of hij kan worden herplaatst in een andere functie. Is dat niet mogelijk, dan kan zijn werkgever ontslag aanvragen. Bij ontslag hebben werknemers vaak recht op een ontslag- of transitievergoeding. Wat er in dit soort situaties precies geldt, kan per instelling en per werknemer verschillen. Juist daarom is het zo belangrijk om bij een reorganisatie al in een vroeg stadium juridische ondersteuning van ons te krijgen.

Juridische vragen?
Bel 088 - 134 41 12



Federatie
**Medisch
Specialisten**

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



Landelijke Vereniging van
Artsen in Dienstverband



*De Academie wenst u
een inspirerend nieuw jaar
vol licht- en ontwikkelpunten.*

2020

Met één van de opleidingen die in 2020 voor u zijn ontwikkeld en gepland blijft u toekomstproof in de zorg.

Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de andere rollen van de medicus. Daarom biedt De Academie discipline overstijgende opleidingen voor medisch specialisten op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid. Altijd actueel en specifiek toegespitst op de dynamiek van het zorgveld. Een kwalitatieve aanvulling op uw rol als professional, ondernemer, leidinggevende, bestuurder, medisch manager, opleider, vakgroepvoorzitter of toezichthouder van de toekomst.

Vier tips voor u:

1 Kies voor een kwalitatieve masterclass van één dag

Een greep uit ons aanbod is de masterclass onderhandelen waarin u ervaart hoe dit proces effectief werkt in de praktijk. Of kies voor de masterclasses startende toezichthouder, opleider of (ont)regelaar in de zorg.

2 Ontwikkel samen met uw vakgroep of team

Bijna al onze opleidingen, of onderdelen hiervan bieden wij ook incompany aan. Dan maken wij de opleiding op maat, volledig aansluitend bij uw vakgroep/organisatie en leerdoelen.

3 Combineer uw 'harde' kennis met ontwikkeling van uw 'zachtere' vaardigheden

Medisch management in het ziekenhuis is zo'n voorbeeld van een opleiding waarin beide aspecten volledig aan bod komen. We starten al op 9 januari, voor de snelle beslisser is er nog nèt ruimte.

4 Kijk op academiemedischspecialisten.nl voor het complete aanbod en maak uw keuze

Wilt u eerst meer informatie om de juiste keuze te maken? Dat kan door ons te bellen of mailen. Wij ontmoeten u graag in 2020 bij De Academie.

De partners van De Academie voor Medisch Specialististen:



De Academie 
voor medisch specialisten

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