

Professionele grenzen
**Wat als je naasten
een beroep op
je doen?**

Internist-nefroloog Mahdi Salih
**'Slechts 2% van de geneeskunde-
studenten met migratieachtergrond
wordt medisch specialist'**

Kno-arts Hendrik Verschuur
**'Vrijwilligerswerk is
onderdeel van mijn
artseneed'**

Medisch Specialist

december
2022

Minister Ernst Kuipers
over het Integraal Zorgakkoord

**'Ik ga niet vanaf de
tribune toekijken'**



Federatie
**Medisch
Specialisten**



OP DE SNIJTAFEL



Drie jaar stond voorzitter Peter Paul van Benthem aan het roer van de Federatie Medisch Specialisten. Wat is de score? In ieder geval een hoge!

TEKST VANESSA CRUZ

3

jaar voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten

112

boodschappen van medisch specialisten overhandigd aan de Tweede Kamer aan de vooravond van de verkiezingen in maart 2021

21

COVID-webinars, waar in totaal 37.262 medisch specialisten aan deelnamen

18

blogs (en 4 vlogs) over actuele issues

50+

interviews voor radio, televisie en (dag)bladen

12

voorwoorden geschreven voor dit magazine, de eerste in maart 2020 getiteld 'Allemaal gepassioneerde mensen'

8x

host van de podcast Stem van de dokter, waarvoor hij 22 medisch specialisten interviewde

1x

gast bij een van zijn favoriete podcasts, KoffieCo

15

werkbezoeken, onlangs nog aan het Maasstad Ziekenhuis in Rotterdam

12

columns voor Medisch Contact



NR.4
december
2022



12

Behandel je naasten, of liever niet?

‘Anders zou ze nog jaren aangemodderd hebben’

Dossier Integraal Zorgakkoord

Het akkoord is geen vrijbrief voor overheid en verzekeraars om op de stoel van de dokter te gaan zitten

15



28

Pleidooi revalidatiearts en bestuurder Paulien Goossens:

‘Geef paramedici een grotere rol’

EN VERDER

4 Column Peter Paul van Benthem: ‘Goede zorg wordt bedacht en geleverd op de werkvloer’

6 Minister Ernst Kuipers wil wel meer dan wetten maken en handhaven

11 Gouden regel van voorzitter van Dokters voor de wereld Hendrik Verschuur: ‘Iedereen moet naar een dokter kunnen’

24 In Balans: met goochelen zet opleider en cardio-

thoracaal chirurg Rody Boon arts-assistenten aan het denken

28 Aan de start: internist-nefroloog Mahdi Salih denkt en werkt ook graag mee buiten het ziekenhuis



OP DE COVER

Minister Ernst Kuipers
Pagina 6

32 & nu verder: artificiële intelligentie helpt artsen en ouders beter kijken

COLUMN

OP DE BRES VOOR RUIMTE EN VERTROUWEN

Vol ambities en plannen ben ik drie jaar geleden als voorzitter gestart. Vastbesloten om ons visiedocument Medisch Specialist 2025 te volgen en in te zetten op medisch leiderschap, kwaliteitsregistraties, de juiste zorg op de juiste plek en meer. Daarnaast werkten we aan een verkiezingsagenda waarin we de politiek vroegen om de intrinsieke motivatie van medisch specialisten leidend te laten zijn in het zorgbeleid, om de zorgprofessionals te faciliteren het goede te doen voor hun patiënten, om de administratieve lasten te beperken, om te zorgen voor goede ict-voorzieningen, voor goede gegevensuitwisseling en ga zo maar door. En toen kwam tijdens mijn eerste 100 dagen de COVID-pandemie met ongelofelijk geweld aanstormen. Medisch-inhoudelijk gezien was het een spannende en leerzame tijd; het beleid in Nederland begon bij ons, bij de inhoud. Tijdens mijn werkbezoeken heb ik ook gezien wat er gebeurt als artsen, verpleegkundigen en alle andere zorgprofessionals de ruimte en het vertrouwen krijgen om gewoon te doen wat nodig is voor de patiënt. Geen bureaucratie, geen verantwoordingsmachine. Ze kregen vleugels, de creativiteit bloeide op en er kwam ruimte voor vernieuwingen vanaf de werkvloer. Maar het was ook een donkere tijd. We verloren collega's aan deze ziekte, collega's raakten zwaar overwerkt en sommigen verlieten om die reden zelfs het vak.

Nadat het stof van de crisis was neergedaald rolden we een zorginfarct in. De wachtlijsten zijn terug en we krijgen ons team niet meer rond. Het is de bittere realiteit dat de druk op de zorg nog ongekend hoog is. Er moet iets veranderen als we de zorg overeind willen houden en de kwaliteit willen behouden die patiënten van ons gewend zijn. Als we iets geleerd hebben in de COVID-tijd dan is het dat we de zorg in de keten moeten bezien. Wij hebben de huisartsen nodig om de poort van onze ziekenhuizen te bewaken; wij hebben de verpleeghuizen en de thuiszorg nodig om de patiënten op te vangen die uit het ziekenhuis komen. Het was dan ook logisch om een nieuw zorgakkoord met alle partijen uit de keten te sluiten, een Integraal Zorgakkoord (IZA). Ook dit akkoord moet bij de inhoud beginnen. Het gaat alleen slagen als er naar dokters, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals geluisterd wordt. Als beleidsmakers ook echt naast ons gaan staan.

Na bijna zeven jaar bestuur, waarvan drie jaar als voorzitter, is de ondertekening van het IZA een natuurlijk moment voor mij om het voorzitterschap over te dragen. De afgelopen jaren heb ik veel bevlogen medisch specialisten ontmoet tijdens webinars, in podcasts of op werkbezoeken. Collega's die een veelbelovende nieuwe behandeling hadden bedacht, of die steeds meer buiten de spreekkamer van zich laten horen in het maatschappelijk debat, die zich hard maken voor preventie, of zich inzetten voor een duurzamere zorg om maar eens een aantal voorbeelden te noemen. Het bevestigt voor mij dat goede zorg niet bedacht wordt in de ivoren toren van beleidsmakers, maar op de werkvloer.



Nu ik binnenkort afscheid neem als Federatievoorzitter, wil ik iedereen danken voor het in mij gestelde vertrouwen. Ik kijk met gepaste trots terug op een zeer intensieve en mooie periode. Tegelijkertijd staan we aan de vooravond van ingrijpende veranderingen. Ik wil dan ook graag afsluiten met de woorden: zorg goed voor jezelf en voor elkaar.

Peter Paul van Benthem
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten



Volg ons op Instagram
@federatiemedischspecialisten

Werkvormen voor interprofessioneel opleiden

Werken in netwerken en het realiseren van de juiste zorg op de juiste plek vraagt van alle medisch specialisten specifieke competenties. Vandaar dat er ook binnen medische vervolgopleidingen veel aandacht is voor interprofessioneel opleiden: aios leren en werken zoveel mogelijk samen met verschillende

zorgprofessionals binnen én buiten de opleidingsinstelling.

In het kader van het project Opleiden 2025 heeft de Federatie Medisch Specialisten ondersteuningsmateriaal ontwikkeld om het interprofessioneel opleiden te stimuleren: een werkvormenbundel speciaal voor opleiders en onderwijskundigen. De werkvormenbundel biedt concrete handvatten om aan de slag te gaan met interprofessioneel opleiden, inclusief leerdoelen, een uitgewerkt lesplan en praktische tips voor de begeleider. Denk bijvoorbeeld aan het inzicht krijgen in de cultuurverschillen tussen disciplines en het reflecteren op de vooroordelen over collega's uit de andere lijn.

Bekijk de 20 verzamelde werkvormen:



Toetreding Federatie tot bestuur Dutch Hospital Data

Federatie-bestuursleden Selma Tromp en Iris Verberk-Jonkers zijn toegetreden tot het bestuur van stichting Dutch Hospital Data (DHD). De missie van stichting DHD is het stroomlijnen van de samenwerking in de medisch-specialistische zorg op het gebied van data. Met de toetreding van de Federatie in het bestuur van DHD zijn naast de ziekenhuizen (NVZ) en de umc's (NFU) nu ook de medisch specialisten vertegenwoordigd. 'Met onze kennis van de medische inhoud kunnen we ervoor zorgen dat de gegevens op de juiste manier worden vastgelegd, geduid en voor kwaliteitsdoelinden teruggelinkt worden aan de medisch specialist,' vertelt Verberk-Jonkers, bestuurslid van de Federatie met de portefeuille Informatiebeleid. 'Ook heeft iedereen baat bij eenmalige vastlegging voor meervoudig gebruik en bij minder administratieve lasten. Om dit te realiseren hebben ziekenhuizen en medisch specialisten elkaar nodig. DHD kan hierin een verbindende en coördinerende rol spelen.'

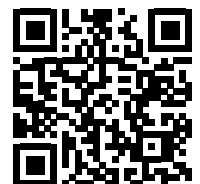
Download de Richtlijnen-database app

Volg relevante richtlijnen - Abonneer je op updates - Vind snel de juiste aanbevelingen

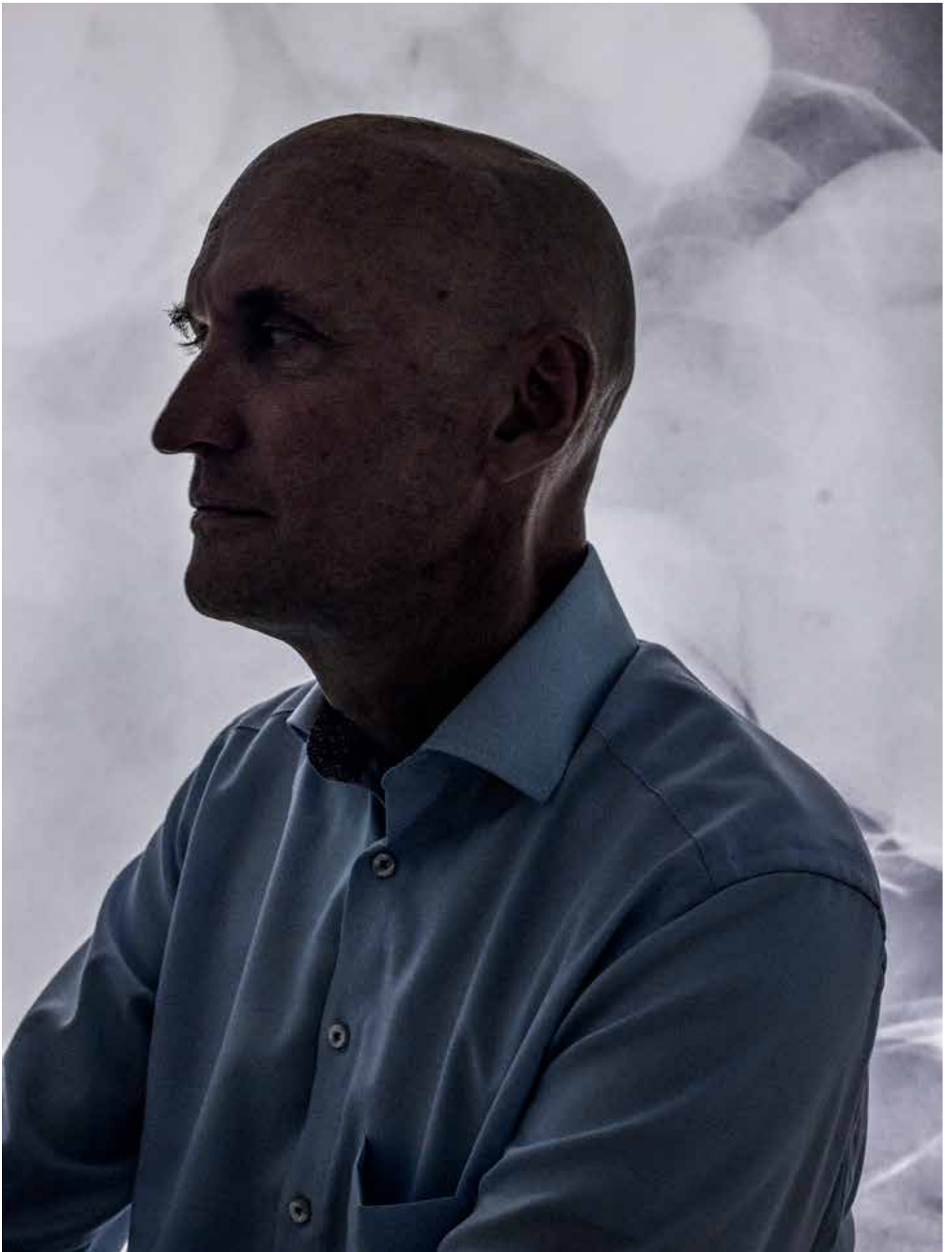
'Ik heb 'm hoor! Heb jij 'm al?'

Richtlijnen-database app al 16.000 keer gedownload

De Richtlijnen-database app is ontwikkeld door het Kennisinstituut van de Federatie en biedt gepersonaliseerde informatie over richtlijnen. Je kunt ze volgen, snel aanbevelingen opzoeken, en met een persoonlijk account ontvang je notificaties bij updates van richtlijnen die voor jou interessant zijn.



Download de app via
www.demedischspecialist.nl/app



ERNST KUIPERS
MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT



‘Ik ben geen voorstander van centrale aansturing door de overheid’

Minister Ernst Kuipers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) kan de eerste prestatie op zijn erelijst al na negen maanden regeren bijschrijven: een bijna door alle partijen ondertekend Integraal Zorgakkoord. Verwoordt dit akkoord in zijn ogen de toekomst van de zorg?

TEKST FRED HERMSEN BEELD MARTIN DIJKSTRA

Het is prettig om als minister te kunnen zeggen: ‘Onze zorg is van Europees topniveau’, opent minister Ernst Kuipers het gesprek. ‘Je kunt dan bedachtzaam achteroverleunen en voorzichtig aan de knoppen draaien, de zorg finetunen. En dat is wat we dan ook hebben gedaan. Te lang, want we zien - ook als we de effecten van corona eruit filteren - de achterstanden, de wachtlijsten en de personeelstekorten oplopen. En als je kijkt naar de uitkomsten van zorg zitten we veelal op het Europese gemiddelde en op sommige vlakken zelfs eronder. Wat is het predicaat topzorg dan nog waard?’

En onze beroemde eerstelijns aanpak?

‘We kunnen nog steeds trots zijn op de poortwachtersfunctie van huisartsen en paramedici. Medisch specialisten profiteren ervan. Kijk naar de Verenigde Staten, waar ze in de tweede lijn noodgedwongen veel eerstelijnswerk doen. Maar ook in onze eerstelijnszorg wringt het. De realiteit is dat veel mensen niet binnenkomen bij een huisarts, tandarts of ggz, zelfs niet voor een eerste intake.’

En de medisch-specialistische zorg zelf?

‘De acute zorg zien we bijvoorbeeld haperen door personeelstekorten en dubbele vergrijzing. Dat is illustratief voor bredere uitkomsten. Je zou verwachten dat onze oncologische zorg in de top van Europa zou staan, met de beste specialisten, de nieuwste therapieën met innovatieve technologie. En dat in een land met een vrij ideale geografie voor goede zorg. Toch vind je ons land niet terug in de top vijf als we naar tal van uitkomsten kijken. Landen met grotere geografische uitdagingen, zoals in Scandinavië, doen het op veel vlakken aantoonbaar beter.’

‘Doordat Connie Helder en ik ervaring uit het veld meenemen, kunnen we een verbindende rol spelen’



Is dat uw indruk of komt dat voort uit onderzoek?

‘Beide.’

U hecht sterk aan uw internationale netwerk. Wat kunnen we leren van het buitenland?

‘Ik was lid van de National University Health Service System in Singapore. Daar nemen ze bij zorginnovaties de volle zorg in ogenschouw, tot en met de eerste lijn. Begrijp me goed, ik ben geen voorstander van centrale aansturing door de overheid zoals de National Health Service in Engeland. Maar onze toekomst ligt wel in netwerkgorg met adequate gegevensuitwisseling. Als ik zie hoe dat in Denemarken al werkt, dan geeft me dat hoop. Vijftien jaar geleden was de situatie daar ook niet best, hoewel minder nijpend dan hier op dit moment. Sinds de overheid de keuze maakte om geen toeschouwer meer te zijn en bijvoorbeeld durfde te kiezen om



bepaalde zorg te concentreren, is de Deense zorgkwaliteit aantoonbaar toegenomen.’

Dus de overheid zet een stap naar voren...

‘We hebben te veel aan de markt overgelaten, met concurrentie tussen zorgaanbieders die alles wel in balans zou brengen. Dat was een tijd lang goed, maar nu werkt dat niet meer. Ik vergelijk de situatie wel eens met een Nationale IJshockeybond. Zo’n bond kan regels opstellen en op afstand naar het spel op het veld kijken. Maar ik ga niet vanaf de tribune toekijken. De overheid stapt het veld op om het spel van de grond te helpen tillen. Een nieuw spel, waarin het draait om samenwerken.’

Maar u zult zich als minister toch moeten beperken tot wet- en regelgeving...

‘Als politiek eindverantwoordelijke voor de Nederlandse

‘Ik ga niet vanaf de tribune toekijken’

zorgkwaliteit kan ik wel iets meer. Ik kan ook gericht gelden verdelen op basis van kabinetsbeleid en partijen samenbrengen om dat beleid vorm te geven. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is daarvan een illustratie. In het IZA hebben we met dertien partners afgesproken samen te werken. Veel integraler dan in het voorgaande hoofdlijnenakkoord. Juist doordat collega Conny Helder en ik in deze nieuwe rol ervaring uit het veld meenemen kennen we de onderliggende standpunten en overtuigingen van veel partijen, weten we wat de onderlinge afhankelijkheden zijn, en waar mogelijke raakvlakken liggen. Daardoor kunnen we een verbindende rol spelen.’

Kunt u een voorbeeld geven?

‘Neem de ambitie om ict intensiever in te zetten. Ik weet dat de uitgangssituatie niet ideaal is, met van elkaar afwijkende systemen in ziekenhuizen en met leveranciers die huiveren bij de gedachte aan standaardisatie. En natuurlijk, ik draai niet aan de knoppen als het gaat om specifieke ict-systemen. Maar er ligt nu wel een wetsvoorstel dat elektronische gegevensuitwisseling vereenvoudigt. Ik kan ook naar het leveranciersveld kijken, en gebruikersverenigingen inrichten en versterken. En ik laat juristen de rechtmatigheid van winstmarges onderzoeken. Dat bedoel ik met minder aan de zijlijn staan.’

U beschouwt de overheid als partner, maar kun je wel spreken van ‘de’ overheid? Juiste zorg op de juiste plek wordt door een andere afdeling op uw departement gedaan dan Passende Zorg...

‘Als je van alle partijen een integrale benadering verlangt, moet je zelf ook met één stem spreken. En daar wordt hard aan gewerkt. Er is voortdurend afstemming met alle interne afdelingen die bij het IZA betrokken zijn, ook het Zorginstituut en de Nederlandse Zorgautoriteit schuiven daarbij aan. Net als Conny Helder, minister voor Langdurige Zorg en Sport en staatssecretaris Maarten van Ooijen van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. We zien erop toe dat we dezelfde lijn volgen.’

U krijgt alleen de huisartsen nog niet mee...

‘Nee, spijtig genoeg niet alle huisartsen, en we hebben ze echt nodig, want zij vormen het fundament van onze zorg. Ik begrijp hun zorgen. Zij staan in de frontlijn en



‘De term concentratie wordt in de beeldvorming te makkelijk platgeslagen tot een paar nieuwe centra voor hoogcomplexere zorg.’

nemen teleurstellende ervaringen uit het verleden mee. Ze eisen meer waarborgen, ook op korte termijn. Willen andere vergoedingen voor avond- en weekenddiensten en eisen meer tijd voor hun patiënten. We hebben daaraan gewerkt met tegemoetkomingen. Die hogere ANW-tarieven zijn er inmiddels gekomen, bijvoorbeeld.’

En als ze uiteindelijk niet overstag gaan?

‘Dan gaan we door met de anderen. Het is geen blokkade. De huisartsen onderschrijven ook de inhoudelijke richting van het IZA en hebben aangegeven daaraan bij te willen dragen. We hebben een brede beweging ingezet. Ook partijen die de eerste lijn kunnen helpen ontlasten, zoals de Vereniging van Nederlandse Gemeenten in het sociaal domein, zijn aangehaakt. Vergis je niet, iedereen voelt de urgentie, ik ben echt geen roepende in de woestijn. Dit lukt alleen met intrinsieke overtuiging van velen, zoals ik die bijvoorbeeld ook ervaar bij de Federatie Medisch Specialisten.’

Maar voelt u ook de enorme werkdruk van medisch specialisten, die het lastig maakt om uit de mond van een oud-collega te horen dat er best wel een tandje bijgeschakeld kan worden. ‘Hoe dan?’, zeggen ze.

‘Het werk loopt veel mensen over de schoenen. De Wetenschappelijke Raad voor Regeringsbeleid (rapport Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak, red.) heeft de knelpunten haarfijn in kaart gebracht. En een eenvoudige oplossing bestaat niet, het is twee stappen vooruit en een achteruit. Dit complexe vraagstuk moeten we met z’n allen uitpluizen; geen partij kan dit alleen. Ik zie ieders zorgen, maar er zijn ook oplossingen die best voor de hand liggen, tot op het individueelste niveau. Het zou bijvoorbeeld al schelen als zaken die in de eerste lijn thuishoren, daar ook blijven. Huisartsen kunnen meer doorvragen zonder door te verwijzen. En medisch specialisten doen er goed aan twee keer na te denken voordat ze in de actiestand springen. De vraag is altijd: waar help je de patiënt nou echt mee? Het Zorginstituut brengt nauwkeurig in kaart - ook weer in samenspraak - welke behandelingen je selectiever zou kunnen inzetten; keuzes die echt nodig zijn om de

stijgende zorgvraag aan te kunnen. En soms schuilt het in eenvoudige overwegingen: is het écht nodig dat ik deze patiënt nog een keer zie?’

Als er één woord uit het IZA blijft hangen bij specialisten, dan is dat wel het woord ‘concentratie’.

‘De term concentratie wordt in de beeldvorming te makkelijk platgeslagen tot een paar nieuwe centra voor hoog-complexe zorg. Het is meer dan dat en het is ook geen doel op zich. Het is niet langer houdbaar om complexe diagnostiek en chirurgie versnipperd te laten plaatsvinden, met relatief lage volumes. Denk aan moleculaire diagnostiek. Medisch specialisten en patiënten zijn erbij gebaat als die op een aantal plaatsen wordt geconcentreerd. Je krijgt dan specialisten die elkaar scherp houden, bouwt snel kennis op en creëert een brede toegankelijkheid met een hogere kwaliteit voor patiënten doordat je er hoge volumes aankunt. Hetzelfde geldt voor bepaalde hoogcomplexere ingrepen. Zelf heb ik goede ervaringen met robotchirurgie bij prostaatkanker. Het lukte om die op één plaats te doen, met als resultaat toegankelijke topzorg met minder bijwerkingen. De patiëntenvereniging is daar ook gelukkig mee. Ik begrijp dat dit soort regionale krachtenbundeling veel losmaakt bij medisch specialisten, en sluitende afspraken heb je niet na een dag overleg gemaakt. En het heeft geen zin hier een competitief model met ouderwetse volumenormen op los te laten. Zorgverzekeraars moeten ontstaan voor nieuwe vormen van financiering.’

Is regionale samenwerking werkelijk zo revolutionair, er zijn toch al diverse samenwerkingsverbanden?

‘Ja, hele mooie ook, en meestal door de specialisten zelf geïnitieerd, dat is natuurlijk een verschil. Denk aan de samenwerking in de regio Zwolle, op het gebied van slokdarm- en maagchirurgie. De diagnostiek vindt op locatie in de diverse ziekenhuizen plaats, de hoogcomplexere ingrepen in het Gelre Ziekenhuis in Apeldoorn. Met chirurgen die optimaal op elkaar zijn ingespeeld.’

Hoe gaat u de geesten van Nederlanders rijp maken voor dit gedachtegoed?

‘Ook hier spreek ik liever van een gezamenlijke taak. De overheid moet zonder twijfel in de volle breedte inzetten op voorlichting en - breder bekeken - op preventie, want ook een gezonde leefstijl is cruciaal om de zorgvraag te beteugelen. Maar die bal ligt ook bij huisartsen en medisch specialisten. Zij krijgen immers patiënten voor zich. Iedere medicus moet passende zorg kunnen uitleggen en bieden.’

U houdt van aansprekende metaforen. Wat is uw metafoor der metaforen?

‘We zijn met z’n allen bezig een olietanker te keren, met het IZA geven we een eerste draai aan het roer.’

de
gouden
regel

‘Iedereen moet naar een dokter kunnen’

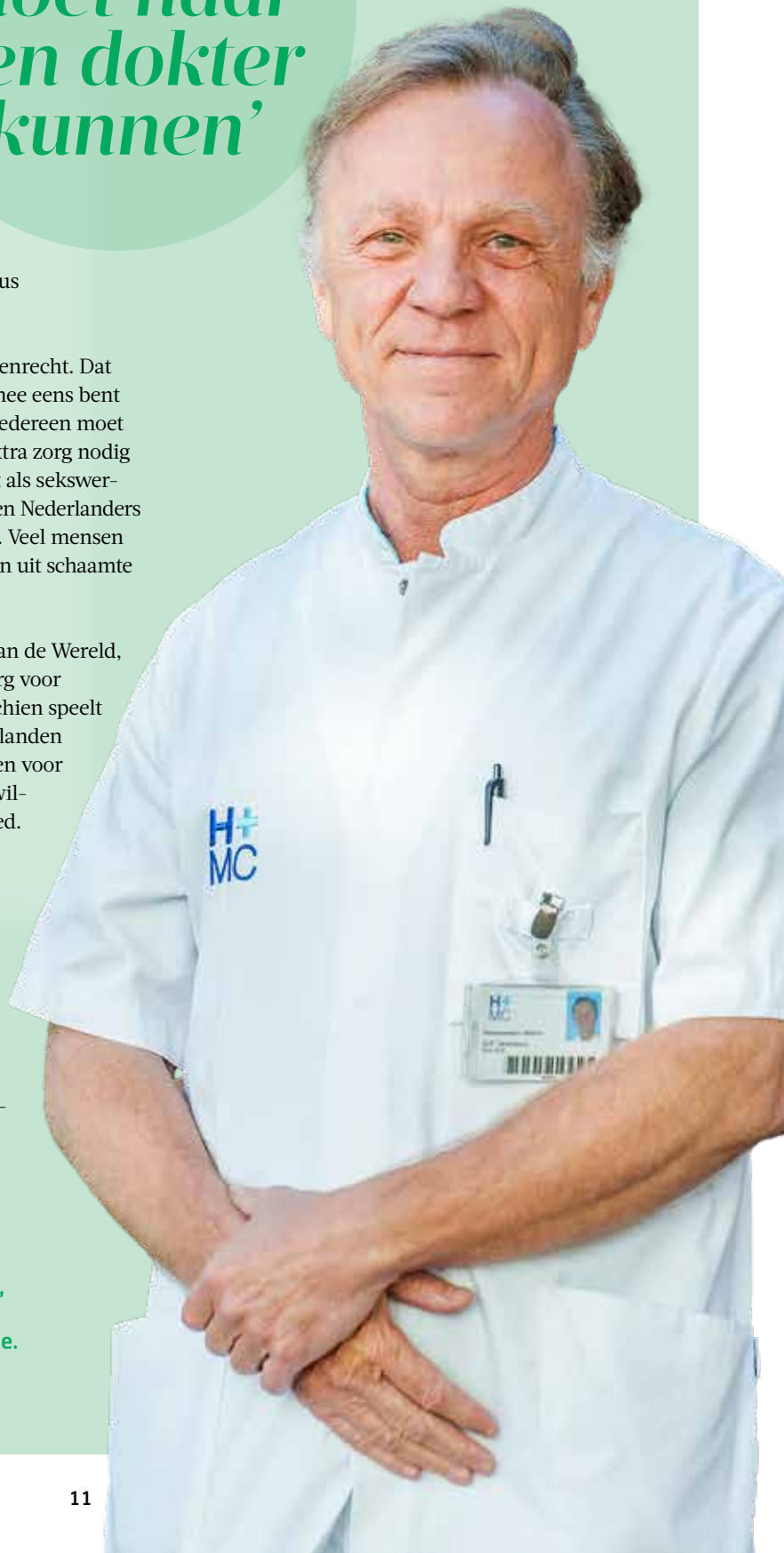
‘O nlangs opereerde ik een dakloze patiënt die daarna weer terug moest naar zijn tentje op het Malieveld. Als arts in een groot stadsziekenhuis behandel ik veel patiënten uit de marge van de maatschappij. Door hun verslavingsverleden, lage sociaal-economische status of migratieachtergrond zijn zij extra kwetsbaar.

Gezondheidszorg is geen privilege, maar een mensenrecht. Dat voel ik in elke vezel van mijn lijf. Of je het er nou mee eens bent of niet dat ongedocumenteerde mensen hier zijn: iedereen moet naar een dokter kunnen. Hoewel deze patiënten extra zorg nodig hebben, worden ze vaak over het hoofd gezien. Net als sekswerkers, slachtoffers van mensenhandel of de 1,5 miljoen Nederlanders die geen geld hebben om een tandarts te bezoeken. Veel mensen hebben ernstige kiespijn of durven niet te solliciteren uit schaamte voor hun gebit. Dat vind ik schrijnend.

Toen ik werd gevraagd als voorzitter van Dokters van de Wereld, een ngo die strijdt voor het recht op toegang tot zorg voor iedereen, twijfelde ik dan ook geen moment. Misschien speelt het feit dat een paar familieleden in ontwikkelingslanden hebben gewerkt mee in mijn missie om op te komen voor de meest kwetsbaren. Maar eigenlijk zie ik dit vrijwilligerswerk gewoon als onderdeel van mijn artseneed. Bovendien vind ik het oprecht heel leuk.

Dokters van de Wereld bestaat dit jaar een kwart eeuw. Liever zouden we niet nodig zijn in Nederland, maar we groeien juist doordat de overheid hier een taak laat liggen, en openen dit jaar nog noodgedwongen een huisartsenpost in Amsterdam. Gelukkig staan veel vrijwilligers klaar om kwetsbare groepen te geven wat ze nodig hebben: eerstelijnszorg, tandheelkundige behandelingen en ook psychosociale ondersteuning.’

Hendrik Verschuur is kno-arts en hoofd-hals chirurg in het Haaglanden Medisch Centrum. Sinds medio 2021 is hij voorzitter van Dokters van de Wereld (www.doktersvandewereld.org), een ngo die in binnen- en buitenland medische hulp biedt aan mensen in een kwetsbare positie. Ook is hij lid van de raad van toezicht van het Ziekenhuis Amstelland en de ViVa! Zorggroep.





Komt een bekende bij je voor medische zorg...

Wat is een goede balans tussen professionele afstand en professionele nabijheid? Behandel je je naasten, of liever niet? In de praktijk blijkt dit een lastige keuze. Adviezen daarover, zoals die van de KNMG, zijn een mooi streven. Maar de realiteit ligt genuanceerd.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD BRAM PETRAEUS EN MARK HORN

... 'dan help ik omdat de toestand thuis onhoudbaar wordt'

Joyce Griët
psychiater

'Al jarenlang hadden we het vermoeden dat onze middelste dochter ADHD

had, terwijl school geen kenmerken zag. Hoewel ze moeilijk mee kon komen op school en niet lekker in haar vel zat, durfde ik niet aan te dringen. Ik was bang dat ik als moeder en psychiater iets zou zien wat er misschien niet was. Dat veranderde tijdens de eerste lockdown toen ze samen met onze twee andere kinderen thuis moest blijven. In tegenstelling tot hen had ze de hele dag een-op-eenbegeleiding nodig om aan het werk te blijven. We hebben haar toen aangemeld voor diagnostiek, maar in huis werd de situatie snel onhoudbaar en ik wilde niet afwachten. Ik schreef haar zelf medicatie voor.

Mijn dochter protesteerde omdat ik haar eerder had verteld dat ik mijn eigen kinderen niet mocht behandelen. Ik kende de KNMG-gedragcode, en het voelde ook niet netjes dat ik het toch ging doen. Maar ik zag ook dat mijn dochter als patiënt snel hulp nodig had die ik haar als enige kon bieden. Groot was de opluchting toen de diagnose later werd bevestigd door een andere psychiater die de begeleiding vervolgens overnam. Ja, het komt wel eens voor dat ik zelf een recept aan haar voorschrijf als blijkt dat de apotheek het niet heeft klaarliggen. Zo kan de apotheek sneller leveren dan wanneer een ander voorschrijft. Tegelijkertijd voel ik ook nog steeds de behoefte me uitgebreid te verantwoorden als anderen horen dat mijn dochter aan de medicatie zit. Toch overheerst vooral het gevoel dat ze geluk heeft gehad met een psychiater als moeder. Ze vindt school nu superleuk en zit weer lekker in haar vel. Als ik de urgentie niet had aangegrepen, zou ze nog jaren aangemodderd hebben.'



Martin Hemels
cardioloog

... 'dan maak ik onderscheid'

'Als er een collega uit ons eigen ziekenhuis met klachten bij me komt, vind ik het geen enkel probleem om hem of haar te behandelen. Andersom zou ik ook bij een collega aankloppen met een klacht. Beroepshalve sta ik voor iedereen klaar. Wel maak ik onderscheid tussen verschillende soorten bekenden. Met nabije familie en vrienden heb ik het beste voor, maar mijn hulp voor hen gaat niet verder dan meedenken over het ziektebeeld, adviseren en een collega aanbevelen die ik goed vind passen. Dat mag ook volgens de richtlijnen. Ik zou ze nooit zelf behandelen. Het zou me een heel vervelend gevoel geven als er bij hen iets mis zou gaan. Ik wil ook niet in gewetensnood komen en me afvragen of het niet te persoonlijk wordt.

Steeds maak ik daarin afwegingen. Dorpsgenoten behandel ik wel. Ook een buurman die niet helemaal tevreden was met een behandeling van een collega, en die dacht dat ik het beter kon uitleggen, heb ik geholpen. Dat was op zijn nadrukkelijk verzoek. Ik bekijk het graag van beide kanten, dus ook vanuit de patiënt. Stel dat je een familielid of vriend behandelt. Daar heb je dus een relatie mee en het kan niet zo zijn dat die relatie de ander weerhoudt om aan te geven hoe hij of zij zich voelt. Een patiënt moet zich vertrouwd bij je kunnen voelen en dat moet ook zo blijven. Vanuit mijn beroepseed doe ik altijd wat me het beste lijkt voor mijn patiënten. En uiteindelijk kan dat alleen als ik een gezonde afstand heb tot de mens die ik behandel.'



Johan Lange gastro-intestinaal
- en transplantatiechirurg

... 'en je hoort pas na de operatie dat het familie van een collega was'

'Twee keer is het me overkomen, een nier transplanteren bij een familielid van een directe collega zonder dat ik daar vooraf over was ingelicht. Voor dokters is het courant en menselijk dat ze zich op zijn minst betrokken tonen bij de zorg voor en behandeling van een bekende, ook al is het een bekende op afstand. Deze collega's vertelden het me achteraf. Mijn eerste reflex was te vragen: "Waarom achteraf?", want dan had ik mezelf tijdens die operaties extra op scherp kunnen zetten. Maar ze hadden een punt: je moet altijd scherp zijn. Het mag nooit verschil uitmaken wie je opereert.

Ik ken collega's die vanuit die filosofie op rationele en morele gronden zonder problemen familie en vrienden opereren. Blijkbaar kunnen ze peroperatief hun emoties uitschakelen, ook om onzekerheid over de precieze toedracht te voorkomen als zich na de operatie complicaties zouden voordoen. Toch opereren de meesten hun naasten niet, juist vanwege die emotie. Voor beide vind ik wat te zeggen, al zou ik zelf nooit mijn naaste familie opereren als dit niet strikt noodzakelijk is.

Familie voorrang geven is moreel verwerpelijk uiteraard, maar het gebeurt, net als in alle andere sectoren. En als een collega bij mij aanklopt voor bijvoorbeeld een liesbreuk, kijk ik er ook meteen naar. De gewone patiënt gaat op de wachtlijst. Onlangs kreeg ik tijdens een druk operatieprogramma opeens een gezwollen en dicht oog. Tussen de operaties door liep ik naar de oogpoli in de veronderstelling dat een collega ernaar zou kijken. Ik kreeg te horen dat ik net als ieder ander eerst naar de huisarts moest. Hoewel ik weet dat iedere patiënt een gelijke behandeling verdient, was ik er toch verbolgen over. Mijn operatieprogramma liet ik overnemen door een collega, wat natuurlijk niet ideaal was.'

De KNMG heeft afgelopen zomer de Gedragscode voor artsen vernieuwd. Deze code bestaat uit vijftien kernregels die voor elke BIG-geregistreerde arts gelden. Op aandringen van de Federatie Medisch Specialisten is de kernregel over professionele grenzen verduidelijkt. Hierin staat nu opgenomen dat je in principe niet jezelf of vrienden behandelt, hieronder valt ook het voorschrijven van geneesmiddelen. Zie: www.knmg.nl/gedragscode

DOSSIER

Integraal Zorgakkoord



Dit najaar sloten dertien partijen in de zorg met de overheid het Integraal Zorgakkoord (IZA), waaronder de Federatie Medisch Specialisten. Maar hoe vertalen de afspraken in dit 115 pagina's tellend akkoord zich naar de weerbarstige werkvloer van zorgprofessionals? Hoe helpt het akkoord de beste zorg aan patiënten te leveren, en wat vergt het van medisch specialisten?

TEKST FRED HERMSEN, JOB DE KRUIFF
BEELD MANON VAN DER ZWAAL

Voormalig Federatiebestuurslid Robert Sie beschouwt het Integraal Zorgakkoord als keerpunt

‘Dit is geen contract, maar het eerste hoofdstuk van een groot verhaal’

Robert Sie blikte na zijn afscheid als bestuurder van de Federatie Medisch Specialisten terug op een drukke tijd. Naast zijn werk als anesthesioloog had hij als Federatiebestuurslid eerst zijn handen vol aan de hoofdlijnenakkoorden, daarna aan de corona-richtlijnen en het afgelopen jaar aan onderhandelingen over het Integraal Zorgakkoord (IZA). Een vraaggesprek over de betekenis van het IZA voor de medische zorg.

‘**D**e vier hoofdlijnenakkoorden vanaf 2012 zijn financieel gezien voor de meeste sectoren best geslaagd’, blikte Robert Sie, anesthesioloog en gespecialiseerd in health finance, terug. ‘Je kunt ze zien als contracten met diverse zorgsectoren.’ Als bestuurslid met de portefeuille Beroepsbelangen was hij betrokken bij alle hoofdlijnenakkoorden: ‘Het Centraal Planbureau (CPB) beraamde immers dat de zorgkosten jaarlijks intrinsiek met zo’n 2,5 procent zouden stijgen. Door de akkoorden kregen we het voor elkaar die stijging af te buigen, vorig jaar was er zelfs 0 procent stijging.’ Nederland nam volgens de Organisation for Economic Co-operation and



Development (OECD) in 2018 wereldwijd de elfde plek in als het gaat om zorgkosten, met de ziekenhuiskosten op plek 17. 'Dat is dus een stuk beter dan de media ons doen geloven.'

Kaders van de Zorgverzekeringswet

Toch werd duidelijk dat de hooflijnenakkoorden op termijn geen antwoord zouden bieden op de stijgende zorgkosten. 'De nadruk in de akkoorden lag op de cure-kant, terwijl juist de care-kant, zeg maar de verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg relatief kostbaar is. In de hooflijnenakkoorden zochten we bovendien naar deeloplossingen voor afgescheiden sectoren. Afspraken over de juiste zorg op de juiste plek kwamen daardoor nooit goed van de grond.' In het coalitieakkoord van het huidige kabinet stond niet voor niets dat een integrale aanpak nodig was. Ernst Kuipers heeft die handschoen na zijn aantreden voortvarend opgepakt.'

Ook al geeft het IZA financiële kaders, hij ziet deze overeenkomst niet als een contract. 'Het is eerder het eerste hoofdstuk van een groot verhaal, met passende zorg als leidmotief.' In de ogen van de anesthesioloog is passende zorg een brede doorontwikkeling van juiste zorg op de juiste plek en samen beslissen. Door de bredere insteek van passende zorg nemen ook gezonde leefstijl en preventie een prominente plek in binnen het IZA, en is daarom het sociaal

domein betrokken als IZA-partij. Ook krijgen huisartsen betere mogelijkheden om door te verwijzen naar instellingen als de ggz. Sie plaatst hier wel gelijk een kanttekening bij: 'Het IZA blijft net als de hooflijnenakkoorden beperkt tot de kaders van de Zorgverzekeringswet. Er worden dus geen bindende afspraken gemaakt over zaken die vallen onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Wet langdurige zorg (Wlz). Nogmaals, IZA is het eerste hoofdstuk in een grotere verhaallijn.'

Organische beweging

En ook al is dit een nieuwe verhaallijn, toch draagt het IZA sporen uit het verleden met zich mee: 'Het is niet voor niets dat de voorgenomen concentratie van hoogcomplexere zorg gaat over oncologie en hart- en vaatchirurgie. Juist op die gebieden was vanuit het veld al concentratie gaande, inclusief volumennormen. Het lijkt dus alsof minister Kuipers met dit stokpaardje een knuppel in het hoederhok gooit, maar als je goed kijkt vervolgt hij een weg die al eerder was ingeslagen.' En dat geldt eigenlijk voor de volle breedte: al sinds de eeuwwisseling is er een consolidatieslag gaande in de ziekenhuiswereld. Bij iedere fusie zijn volgens Sie wel portfoliokeuzes gemaakt. 'Zo is bij de fusie van het Rijnland Ziekenhuis met het Diaconessenhuis Leiden de complexere zorg en de ic geconcentreerd op locatie Leiderdorp, en is binnen de

'Zorgprofessionals zijn de operationele leiders van deze transitie'

samenwerking tussen Alrijne Ziekenhuis en het Groene Hart Ziekenhuis gekozen om schildklierchirurgie te concentreren binnen het Groene Hart Ziekenhuis.' Revolutionair is die concentratie op zichzelf dus niet, de versnelling en verdieping ervan zijn dat wel. 'We zullen nu concrete plannen moeten maken, voortbordurend op de organische beweging die al gaande is, en al doende kritisch blijven onderzoeken waar maatregelen de kwaliteit en doelmatigheid vergroten, en waar het middel slechts een doel dreigt te worden.' Minister Kuipers spreekt van een olietanker die gekeerd moet worden, Robert Sie heeft het over een overgang naar systeemdenken, en noemt dat een ingrijpende paradigmaverschuiving. 'We zullen de hele zorgketen integraal in ogenschouw moeten nemen. En hoewel we dat niet gewend zijn, heeft de coronatijd ons wel al geleerd dat de keten net zo sterk is als de zwakste schakel.'

Leven niet maakbaar

De paradigmaverschuiving speelt op alle niveaus. 'Ooit was de zorg gericht op overleven, later werd dat zo lang mogelijk leven, nu gaan we richting een zo goed mogelijk leven. De maatschappij moet daarbij accepteren dat het leven niet maakbaar is en dat medici niet alles kunnen genezen. Onze focus zal meer en meer komen te liggen op de kwaliteit van leven.' Hij denkt als voorbeeld aan oncologische therapie. 'Al leidt een behandeling niet altijd tot genezing, het kan toch een zorgtraject van hoge kwaliteit zijn.'

De overheid zal moeten werken volgens het principe van Health in All Policies, oftewel: de gezondheid van burgers moet in alle politiek en op alle departementen een expliciete toetssteen worden. Ziekenhuizen en zorgverzekeraars zullen, zo vervolgt Sie zijn opsomming, de klassieke Tayloriaanse, Angelsaksische manier van besturing moeten ombuigen naar het Rijnlands model. Dus: we nemen afscheid van onderlinge concurrentie, het sturen op volumeafspraken en de kostenverlaging in deelprocessen, en gaan op weg naar integrale waardecreatie op basis van vertrouwen en samenwerking. 'De wetgever zal voor deze omslag de juridische kaders moeten bieden. De NZa denkt al actief na over andere bekostigingsmodellen.'

Nulletjes en eentjes

Zo ontstaan er na het IZA vanzelf nieuwe hoofdstukken, voorziet hij, voorbij de grenzen van de Zorgverzekeringswet. 'Uiteindelijk moeten we échte integraliteit omarmen, allemaal. Anders blijft het dweilen met de kraan open.' Zorgpro-

Totstandkoming Integraal Zorgakkoord

Het Integraal Zorgakkoord (IZA) moet er nu en in de toekomst voor zorgen dat de zorg zowel toegankelijk, betaalbaar als van hoge kwaliteit blijft. Vanaf juni 2022 hebben veertien zorgpartijen hiervoor aan de onderhandelingstafels plaatsgenomen, ieder met eigen belangen en vanuit een eigen krachtenveld. De uiteenlopende zienswijzen leidden tot een intensieve periode van onderhandelen. De Federatie hield hierbij continu vast aan het uitgangspunt dat zorgprofessionals geholpen en gefaciliteerd moeten worden. Voorafgaand aan en tijdens de onderhandelingen zocht de Federatie afstemming met vertegenwoordigers van de wetenschappelijke verenigingen. Zij hebben de onderhandelaars doorlopend gevoed met hun inzichten en hun zorgen. Dit heeft tot aanpassingen in de afspraken geleid, en beïnvloedde de tekst van het akkoord. Begin september kregen de wetenschappelijke verenigingen het definitieve document ter beoordeling voorgelegd, waarna in een speciaal daarvoor bijeengeroepen Algemene Vergadering is gestemd over de vraag of de Federatie kon gaan instemmen met het IZA. Tijdens deze vergadering hebben 32 voorzitters namens hun wetenschappelijke verenigingen een stem kunnen uitbrengen. Dertig wetenschappelijke verenigingen stemden voor en twee verenigingen onthielden zich van stemming. Medio september tekenden dertien partijen het IZA: de Federatie Medisch Specialisten, ActiZ, de Nederlandse ggz, InEen, de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Patiëntenfederatie Nederland, de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgthuisnl, Zorgverzekeraars Nederland en het ministerie van VWS. De Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) heeft (vooralsnog) als enige partij niet ingestemd met het akkoord.



professionals ziet hij als operationele leiders van deze transitie, die weten immers het beste hoe efficiënte zorgkwaliteit op de ziekenhuisvloer tot stand moet komen. Ook medisch specialisten staan daarom voor een paradigmaverschuiving. 'Bijvoorbeeld als het gaat om digitale zorg. Samen met de patiënt overleggen medisch specialisten wanneer dit kan, en wanneer toch echt een-op-eencontact noodzakelijk is. Want dat blijft nodig, je kunt niet simpelweg aan medisch specialisten vragen of ze minder fysieke tijd aan hun patiënten willen besteden. Je wilt als dokter geen signalen missen, met mogelijk onaanvaardbare gevolgen. Passende zorg mag nooit doorslaan in een doel op zich, we moeten voorkomen dat we de zorg benaderen als nulletjes en eentjes, als goed of fout.' Gevraagd naar een voorbeeld van dat laatste: 'Voor sommige vijftig-plussers kan een kijkoperatie in een knie veel betekenen voor hun kwaliteit van leven, ook al stelt de richtlijn dat dit weinig waarde toevoegt.'

Hij heeft goede hoop dat het Zorginstituut dergelijke nuances aanbrengt in richtlijnen voor passende zorg en dat dat in samenspel met medisch specialisten gebeurt. Dat samenspel stelt ook eisen aan medisch specialisten: 'Wij koppelen de medische praktijk aan de wetenschappelijke stand van zaken. Onze inzichten en

‘Passende zorg mag nooit omslaan in een doel op zich’

ervaringen komen samen in zorgevaluaties die we moeten delen met het Zorginstituut, de evaluaties zullen dus van hoge kwaliteit en uniformiteit moeten zijn. Vervolgens moeten we ons met alle opgebouwde kennis en richtlijnen altijd afvragen: Welke zorg voegt werkelijk waarde toe voor de patiënt?’

Omgekeerde Pyramide van Sie

De voormalig bestuurder heeft niet alleen ideeën over het zorgaanbod, maar ook over de zorgvraag. Met een brede lach presenteert hij een term die andere partijen in het IZA van hem hebben overgenomen: de Omgekeerde Pyramide van Sie. ‘Patiënten gaan in die omgekeerde pyramide als het ware door een trechter voordat ze op ons spreekuur verschijnen. De bovenste brede laag is de overheid, daar moeten de juiste kaders worden vastgesteld: hoe stimuleren we een gezonde leefstijl en wie heeft recht op welke zorg? Daaronder moet het sociaal domein zijn werk doen: niet elke vraag om zorg is ook een zorgvraag. Denk aan zaken als leefstijl, preventie, armoedebestrijding en jeugdhulp. Als we daar effectief zijn, vermindert dat de zorgvraag. Hierna moet de eerstelijns passende zorg kunnen bieden, om pas in laatste instantie - via het smalste deel van de trechter - patiënten naar ziekenhuizen door te verwijzen.’ Op deze manier wordt volgens Sie de zorgvraag beteugeld, ook als de dubbele vergrijzing toeneemt en minder medisch personeel meer moet klaarspelen. Hij benadrukt dat medisch specialisten zelf ook een handje kunnen toesteken in de eerste lijn: ‘Met flankerend beleid, bijvoorbeeld consultaties op afstand, versterk je het oplossend vermogen van de huisarts.’

Sie besluit met een advies aan zijn vakgenoten: ‘Zorg dat je aanhaakt bij het regionaal overleg om onderdeel te worden van de regiovisies, de bepaling van leidende thema’s en de concrete planvorming die nu op de agenda staan. En lees vooral het Kader Passende zorg dat het Zorginstituut heeft opgesteld. Daarin vind je de nodige handvatten op welke wijze de medisch-specialistische zorg in de komende jaren vormgegeven moet worden.’

COLUMN
MARCEL VERHEIJ



‘Oncologen beseffen echt wel dat er iets moet gebeuren’

‘Wij kunnen niet wachten om met het Integraal Zorgakkoord (IZA) aan de slag te gaan, en inventariseren al welke behandelingen als eerste kunnen worden geëvalueerd in relatie tot verdere concentratie binnen netwerksamenwerking. Er zijn al positieve ervaringen met concentratie. Bij maag- en slokdarmingrepen bijvoorbeeld steeg de kwaliteit toen we van overal-een-beetje naar hoogvolume zorg gingen. Je moet alleen zorgvuldig kijken op welke schaal en in welk tempo je het doet. Oncologen beseffen echt wel dat er iets moet gebeuren. Daarom willen we eerst simulaties uitvoeren. Op basis van reële getallen willen we zien wat de impact van verdere centralisatie zou zijn. Want het heeft enorme organisatorische en financiële consequenties als een ziekenhuis een deel van het werk moet afstaan of overnemen. En er zijn meer aspecten: de toegankelijkheid, de opleidings- en onderzoekskant. Eigenlijk moet je eerst kijken wat optimale oncologische zorg is, en daar rolt dan het optimale volume uit.

Aanvankelijk stond er in het IZA een volumenorm van honderd voor alle chirurgische ingrepen, zonder onderbouwing. Terwijl je behandelingen hebt die in heel Nederland niet eens honderd keer per jaar plaatsvinden. Nu staat er een richtinggevende norm in van vijftig tot honderd oncologische interventies, met de mogelijkheid van maatwerk. Voor ons is heel belangrijk dat we straks als professionals aan tafel zitten om dat verder uit te werken. Ons eigen normeringsdocument moet daarbij de basis zijn. Maar we zitten niet voor niets aan een ronde tafel; we gaan alle expertise gebruiken om tot het beste resultaat te komen.’



Marcel Verheij
Voorzitter van het platform Oncologie - SONCOS

Twee medisch specialisten beantwoorden dezelfde vragen over het Integraal Zorgakkoord

‘Aandacht voor de kwetsbare multimorbide patiënt’

Esther Cornegé, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie (NVKG) en als klinisch geriater werkzaam in het Jeroen Bosch Ziekenhuis

Hoe heb je je achterban betrokken bij de voortgang, en hoe kijk je daarop terug?

‘Leden wisten dat we bezig waren met het Integraal Zorgakkoord (IZA), maar inhoudelijk konden we niets delen. Wij kregen op twee momenten de gelegenheid om input te geven. De eerste keer binnen 24 uur en later hadden we 72 uur – van vrijdag tot maandag. Het ging bovendien om vertrouwelijke stukken. Afstemmen met alle leden ging dus helaas niet, dat deed ik alleen binnen het bestuur. Maar zodra het akkoord er lag, heb ik in een mail met een uitgebreide uitleg de leden op de hoogte gebracht. Daar kreeg ik spontaan heel positieve reacties op, met complimenten voor de aanpak en de inhoud.’

Welk aspect van het akkoord is goed nieuws voor jouw vakgenoten?

‘De nadruk op passende zorg, samen beslissen en ook advanced care-planning. Wij doen dat al, wij zijn als klinisch gerieters al gewend om met de patiënt af te stemmen tot hoever we met een behandeling gaan. Het is goed als die benadering ook vanzelfsprekender wordt wanneer een oudere patiënt op een andere afdeling of op de eerste hulp belandt.’

Wat vergt het van je vakgenoten om dat te laten slagen?

‘Wij willen betrokken worden bij de afwegingen wat passende zorg is. En door de vergrijzing zullen daarnaast meer gerieters nodig zijn om de kwetsbare oudere patiënten

van goede passende zorg te blijven voorzien. Eigenlijk vergt het dus simpelweg extra werk. Nu ben ik op zich niet bang voor een grote uitdaging, maar ik maak me wel zorgen om de werkdruk.’

Wat vergt het van andere partijen?

‘Om de ziekenhuizen te ontlasten is betere samenwerking in de keten nodig, en ondersteuning daarbij. Je merkt dat het goed werkt op een plek waar je zaken kunt doen met één grote verpleeghuis- en thuiszorgorganisatie. In mijn regio moet ik soms wel zeven instellingen langs als ik een bed voor een patiënt zoek.’

Wat baart je zorgen in het akkoord en waarom?

‘Ten eerste de nadruk op ict-oplossingen. Digitalisering is voor onze populatie naar mijn idee geen oplossing. Ik ken nog geen e-tools waarvan is aangetoond dat ze kosteneffectief zijn, en ik ben in de praktijk net zoveel tijd kwijt met een digitaal consult. En ten tweede de focus op concentratie van zorg. Het moet niet zo zijn dat een oudere met multimorbiditeit straks voor elke aandoening ergens anders heen moet.’

Wat zijn nu de uitdagingen voor de wetenschappelijke vereniging?

‘Het IZA is niet dichtgetimmerd. Wij blijven aandacht vragen voor de kwetsbare multimorbide patiënt en wijzen op diens belangen, zoals de bereikbaarheid van de zorg. Voor veel ziekten is er een patiëntenvereniging, maar niet voor multimorbiditeit. Wij voelen ons mede daardoor enorm verantwoordelijk voor de kwetsbare oudere, die vaak niet voor zichzelf kan opkomen.’



‘Wie neemt de regie bij regionale samenwerking?’

Anouk Giesberts, secretaris Nederlandse Orthopaedische Vereniging (NOV) en als orthopedisch chirurg werkzaam in het Máxima MC

Hoe heb je je achterban betrokken bij de voortgang, en hoe kijk je daarop terug?

‘Het bestuur kreeg onder embargo een conceptversie van het akkoord. Er viel dus niet veel te delen met de achterban. De reactietijd was bovendien erg kort, een ledenraadpleging zou niet haalbaar geweest zijn.’

Welk aspect van het IZA is goed nieuws voor jouw vakgenoten?

‘Het belang van de patiënt is geborgd en er is een duidelijke aanzet om meer te gaan samenwerken op regioniveau. Met het strategische plan had de NOV die beweging al ingezet. Er is een beweegalliantie die zich onder meer richt op preventie, met diverse beweegzorgspecialismen.’

Wat vergt het van je vakgenoten om dat te laten slagen?

‘Draagvlak voor passende zorg vergt dat medisch specialisten hun passie kunnen volgen. De een wil alleen werken in het ziekenhuis, de ander zoekt een maatschappelijke rol of wil meedenken met de eerstelijns- en anderhalvelijnszorg. Die ruimte moet er zijn. En als je de samenwerking aangaat, wil je ook makkelijk in gesprek kunnen met relevante collega's elders. Mijn advies aan vakgroep-voorzitters: sluit eens aan bij het voorzittersoverleg dat de NOV organiseert. Daar leer je nuttige gesprekspartners in jouw regio kennen. Daarnaast zou er meer aandacht voor management en teamwork in de opleidingen moeten komen; de toekomst vergt veel competenties op het gebied van samenwerken. En: als we

actiever met de eerste en anderhalve lijn meedenken, krijgen we meer invloed op de instroom in de ziekenhuizen, dus op de drukte.’

Wat vergt het van andere partijen?

‘Instellingsbesturen moeten echt openstaan voor een nadrukkelijker verdeling: hoogcomplexiteit zorg in academische centra, complexe zorg in topklinische ziekenhuizen en basale en laagcomplexiteit zorg in perifere ziekenhuizen en zbc's.’

Wat baart je zorgen in het akkoord en waarom?

‘Er is geen goed financieringsmodel voor die herindeling in de regio. Van zorgverzekeraars kun je geen primaire focus op kwaliteit verwachten en ziekenhuizen gaan lang niet altijd mee in de onderlinge verdeling van zorg omdat dat betekent dat budgetten verschuiven; die willen houden wat ze hebben. Medisch specialisten hebben geen invloed op die patstelling. De vraag is hierdoor altijd weer bij regionale samenwerking: wie neemt de regie?’

Wat zijn nu de uitdagingen voor de wetenschappelijke vereniging?

‘We blijven regionale samenwerking stimuleren. En er ligt meer op ons bordje. Bij de stapsgewijze opschaling van zorg aan het eind van de tweede coronagolf kregen wij van de minister te horen: de knieën en heupen kunnen wel even wachten. Dat gaf een behoorlijke knauw omdat orthopeden voor veel meer staan: we brengen mensen in beweging, wat cruciaal is voor een gezonde leefstijl. Die rol moeten we nadrukkelijk over de Bühne brengen. Daarnaast is recent veel zorg in de zbc's terechtgekomen, wat voor een andere patiëntenverdeling heeft gezorgd. Je kunt je daarover zorgen maken, maar ik zie dat als een kans om verder te praten over passende verdeling van medische zorg.’



‘Goede voornemens zijn zeker belangrijk, maar de praktijk kan weerbarstig zijn’

Voorzitter Niels Mulder van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) voorziet veel gesprekken om de idealen van het Integraal Zorgakkoord (IZA) te kunnen waarmaken.

De NVvP hecht aan de grote lijnen van het IZA: passende zorg en meer aandacht voor preventie. Minder gelukkig is de vereniging met andere aspecten ervan: de ambitie om de vrije artskenkeuze in te perken, de rol van zorgverzekeraars in de contractering, verplichte diensten en de administratieve lasten. ‘Bovendien’, zegt voorzitter Niels Mulder, ‘leverden eerdere zorgakkoorden niet altijd wat ze beloofden. Onlangs schreef de Raad van State hierover nog een kritisch rapport. Goede voornemens zijn zeker belangrijk, maar de praktijk kan weerbarstig zijn. Vermindering van de administratieve last draaide bijvoorbeeld steeds weer uit op een “paarse krokodil”. Voor administratie die we niet meer gaan doen, zien we nog geen aanpak in het IZA.’

Nog steeds 8 procent

De voorzitter blikt terug: ‘Het akkoord is onder enorme tijdsdruk tot stand gekomen, en kenmerkt zich daardoor deels door te snelle aannames en beeldvorming. Zo wordt gesteld dat de ongecontracteerde zorg is toegenomen. Maar dat geldt niet voor de psychiatrie; daar is die nog steeds maar 8 procent. Ook wordt

‘In onze situatie draait het om een medisch-sociale aanpak, waarbij andere domeinen en ministeries nodig zijn’



gezegd dat de kwaliteit van ongecontracteerde zorg een probleem is, terwijl de Landelijke Werkgroep Stimuleren Contractering (LWSC) geen verband ziet tussen contractering en doelmatigheid van zorg. De in het IZA uitgesproken ambitie om het aantal contracten te verhogen draagt dus niet bij aan zorgkwaliteit. Integendeel, we hebben ook psychiaters nodig die werken zonder contract, zodat patiënten kunnen blijven kiezen.'

Mulder ziet net als de opstellers van het IZA heil in het verkennend gesprek met patiënten als middel om de zorgbehoefte te beperken: 'Het klinkt logisch, soms zullen sociale problemen inderdaad zo sterk bijdragen aan mentale problemen, dat je die misschien eerst moet aanpakken. Maar het is nog niet bewezen dat dat ook werkt. En de uitwerking is cruciaal. Krijgen gemeenten de middelen om hun rol te pakken? Gaan huisartsen het akkoord ondertekenen, en minder doorverwijzen? Zullen mentale gezondheidscentra in staat zijn de instroom in de ggz te verminderen?'

Niet aan de zijlijn

Tijdens de Algemene Vergadering van de Federatie Medisch Specialisten werd begin september gestemd over de vraag of de Federatie zou kunnen instemmen met het IZA. De NVvP heeft zich toen onthouden van stemming. 'We hebben binnen de Federatie alle ruimte gekregen', stelt Mulder. 'En stemonthouding is geen teken van onderlinge verdeeldheid; ons bestuur was unaniem: we onderschrijven de grote lijnen – passende zorg en meer aandacht voor preventie. Maar we hebben dus wel moeite met de

genoemde onzekerheden binnen het IZA. En

die tellen zwaar mee omdat het in onze situatie draait om een medisch-sociale aanpak, waarbij andere domeinen en ministeries nodig zijn. Precies dat is in het verleden lastig gebleken. We blijven nu ook niet aan de zijlijn staan. Integendeel, er zijn veel gesprekken nodig.'

Pas als de psychiaters weten hoe en waar ze straks aan tafel zitten, krijgen ze meer vertrouwen in de uitwerking, geeft de voorzitter aan, 'en kunnen we ons hard maken voor de zaken die we echt belangrijk vinden: uitbreiding van de professionele autonomie, werkplezier, de brug tussen wetenschap en praktijk en een aanpak van cyclisch verbeteren. Daarmee kunnen zorgprofessionals, onder wie de psychiaters, hun werk straks beter doen. We zullen alle leden ondersteunen om dit in hun eigen regio actief op te pakken.'

De Federatievoorzitter over het Integraal Zorgakkoord

Federatievoorzitter Peter Paul Van Benthem: 'Het eindresultaat is een startpunt van een beweging waarin we de toekomst van ons zorgstelsel samen opnieuw moeten vormgeven. Een aantal kwesties moet nog worden uitgewerkt in gezamenlijke werkagenda's. Het is zaak dat medisch specialisten en andere direct betrokken zorgprofessionals daar nauw bij betrokken zijn. Het Integraal Zorgakkoord (IZA) is immers geen vrijbrief voor verzekeraars of overheid om op de stoel van de dokter te gaan zitten. Dit 115 bladzijden tellende akkoord komt alleen tot leven als alle IZA-partijen de juiste randvoorwaarden voor de ingezette beweging scheppen.

Wij tekenen dus voor dit akkoord omdat we vinden dat de inbreng van alle zorgprofessionals van grote invloed moet zijn bij het aanjagen van die beweging. Ik hecht eraan dat het akkoord wordt omarmd en gedragen door alle bevoegde en betrokken professionals die de zorg overeind houden. Zij beslissen immers samen met de patiënt over de beste zorg, zij staan aan het bed van de patiënt, zij voelen al jaren de grote en toenemende druk op de zorg.

We halen de doelen alleen als de administratieve last en de controledrang afnemen, als de ict-voorzieningen worden geoptimaliseerd, als de tijd voor de patiënt toeneemt en het tekort aan zorgprofessionals wordt teruggedrongen. Dit zijn randvoorwaarden die wij heel helder hebben gesteld. We blijven dit dus aan alle overlegtafels en waar het maar kan herhalen: Ga naast die zorgprofessionals staan; zorg dat zij hun werk goed en met plezier kunnen blijven doen.'



PRIVÉ Je bent 21, student geneeskunde en op reis in Amerika. Daar leert iemand je een goocheltruc... iets wat niet lijkt te kunnen, kan toch! Hoe fascinerend is dat? Zo begint de goochelloopbaan van cardiothoracaal chirurg Rody Boon (44). Hij breidt zijn repertoire uit in de beste goochelwinkel van Nederland (Haarlem) en sluit zich aan bij de Noord-Hollandse Bond van Goochelaars, thuisbasis van onder meer Hans Klok. David Copperfield himself - die vertelt over zijn project Magic voor kinderen - inspireert hem in 2002 om de stichting Magic Care op te zetten: vijftig goochelaars die kwetsbare kinderen goocheltrucs leren en zo wonderen verrichten voor hun zelfvertrouwen. De goochelaar en de arts hebben elkaar gevonden.

LAN WERK

WERK Je kunt geen twee dingen tegelijk, houdt chirurg en opleider Rody zijn arts-assistenten voor. Geloof je dat niet, dan bewijst hij het met een goocheltruc. Goochelen heeft hem laten inzien hoe je iets leert en heeft hem hyperbewust gemaakt van afleidende momenten. Dat helpt hem als opleider. Hij laat zijn studenten met concrete, technische aanwijzingen letterlijk zien hoe een hartoperatie uitgevoerd wordt. 'Dat is me nog nooit zo gedetailleerd verteld', zeggen zijn studenten. Nadenken over hoe je dingen doet, daar wordt hij zelf ook beter van. Soms mislukt een goocheltruc, dan moet je snel iets verzinnen om de truc te redden. Soms ontstaat er een onverwachte bloeding tijdens een operatie, dan moet je snel iets verzinnen om het bloed te stelpen. Daar ontmoet de chirurg de goochelaar...

BEELD SACHA DE BOER



‘Laat ook paramedici doorverwijzen naar de medisch specialist’

Er is meer in de eerste lijn dan de huisarts, betoogt Merem-bestuurder en revalidatiearts Paulien Goossens. Paramedici zelf laten doorverwijzen maakt de zorg sneller en adequater.

TEKST MALOU VAN HINTHUM BEELD MONIQUE WIJBRANDS



We moeten ermee ophouden mensen van de ene naar de andere specialist door te sturen als we het zelf ook niet weten. Bij COVID-patiënten zag ik het als revalidatiearts zelf gebeuren. Er kwamen mensen naar me toe met cognitieve klachten, er-
van overtuigd dat ze hersenletsel hadden. Dat hadden ze niet, ze hadden een ontregeld autonoom zenuwstelsel. Daarvoor zijn rust, reinheid en regelmaat veel belangrijker dan hen het halve ziekenhuis door te jagen op zoek naar de oorzaak van de klachten, want die ga je toch niet vinden.

Lever de juiste zorg op de juiste plaats! Dat geldt

niet alleen voor COVID-patiënten, maar voor alle patiënten met aanhoudende lichamelijke klachten (ALK) waar geen duidelijk substraat onder ligt. Dat is de fibromyalgie van de reumatoloog, dat zijn de disfunctionele plasklachten bij de uroloog, de mensen met onverklaarbare dyspareunie bij de gynaecoloog. Het is verstandig als een medisch specialist dáár goed naar kijkt en durft te zeggen: “Ik zie geen vlaggen die aanleiding geven tot nader onderzoek.” Vervolgens moet je bepalen hoe je deze mensen via de eerste lijn, digitale zorg of zelfzorg kunt helpen.

In een netwerk kun je als tweedelijnsdokter fantastisch samenwerken met eerstelijnsparamedici. Op het moment dat er binnen dat netwerk overeenstemming is dat iemand moet worden doorverwezen naar de



‘Er hoeft niet altijd een huisarts als briefjesschrijver tussen te zitten’

komt de kennis en kunde in de eerste lijn ten goede en levert snellere en adequatere zorg op voor onze patiënten. Als je een goed netwerk met de eerste lijn hebt, kun je daar ontzettend veel patiënten in “kwijt”. Omgekeerd hoef je niet bang te zijn voor je broodwinning; het dreigende vastlopen van de ziekenhuiszorg is het echte probleem. Medisch specialisten zijn dan ook veel nuttiger wanneer ze tien patiënten adviezen geven in plaats van er één op de poli te zien.

Medisch specialisten zijn misschien bang dat ze patiënten met ALK te laagdrempelig doorgeschoven krijgen vanuit de eerste lijn. Maar als je de eerstelijnsbehandelaars kent en goed schoolt, en alle specialisten hebben hun “eigen” eerstelijnsbehandelaars - de uroloog werkt samen met de bekkenbodempysiotherapeut, de kno-arts met de logopedist, de gynaecoloog met de verloskundige, enzovoorts - dan

weten ze wanneer ze wel en wanneer ze niet een beroep op je moeten doen.

Paramedici zijn uitstekend opgeleide hbo'ers die de tweede lijn echt niet onnodig belasten. Er hoeft geen huisarts als briefjesschrijver tussen te zitten. Durf daarop te vertrouwen. Er is meer in de eerste lijn dan de huisarts!’

tweede lijn, zit er nu nog altijd de huisarts als poortwachter tussen. Dat is lang niet altijd zinvol. Als er in het begin goed geïndiceerd is, dan moet de huisarts het vertrouwen hebben dat eerstelijnsparamedici ook prima zélf kunnen doorverwijzen. De criteria daarvoor kun je vastleggen in een richtlijn. Als je in een netwerk goed samenwerkt en elkaar kent, kun je het als tweedelijnsdokter vervolgens duidelijk aangeven als je een verwijzing niet terecht vindt, en uitleggen hoe een behandelaar in de eerstelijns nog wél aan de slag kan met een patiënt. Onze plaats als medisch specialisten is dus niet langer alleen in het ziekenhuis. We moeten onze kennis ook aanbieden bij minder complexe patiënten, zodat die niet in het ziekenhuis terecht komen.

Op die manier maken we de link tussen de eerste lijn en tweede lijn breder dan alleen de huisarts. Dat



Paulien Goossens is bestuurder bij Merem Medische Revalidatie en revalidatiearts gespecialiseerd in de behandeling van mensen met hersenletsel. Ze trekt een dag per week haar doktersjas aan om voeling met de praktijk te houden.



**Internist-nefroloog
Mahdi Salih laat ook
buiten de ziekenhuis-
muren zijn stem klinken.
'Ik moet wel: preventie
is té belangrijk'**

Wat is er zo mooi aan nieren?

‘De veelzijdigheid. Je kunt patiënten in alle fases begeleiden. Van het probleem met hun nieren tot aan de behandeling om nierfalen te voorkomen. En zelfs daar voorbij, met nierdialyse tot aan de mogelijkheid om te tansplanteren. Daarmee blijven patiënten niet alleen in leven, maar krijgen ze ook de kwaliteit ervan terug. Prachtig!’

Wie was je inspiratie?

‘Professor Zietse wakkerde tijdens mijn studie de liefde aan voor de fysiologie van nieren, zo ook cystenieren. Nooit van gehoord, maar ik vond het gelijk enorm interessant. Al snel werd dat mijn eigen onderwerp en onder zijn leiding heb ik er promotieonderzoek naar verricht. Inmiddels zijn nierfysiologie en het ziektebeeld cystenieren mijn speerpunten.’

Wat zijn cystenieren?

‘Het is een aangeboren ziekte, waarbij cysten in de nieren het nierweefsel verdrücken, met enorm grote nieren tot gevolg. Medicatie remt de groei maar heeft vervelende bijwerkingen. De diagnose kent veel onzekerheden omdat je op enig moment te maken krijgt met nierfalen, maar je weet nooit precies wanneer.’

Wat zou jij morgen van nieren willen weten?

‘Wat de precieze rol van preventie is. Dus of je met een aangepaste levensstijl – minder zout, meer groenten en fruit – daadwerkelijk nierfalen kunt voorkomen, ook bij aangeboren nierziekten.’

Iets heel anders: je hebt onderzocht hoe artsen met sollicitanten met een migratieachtergrond omgaan.**Waarom?**

‘Zo’n dertig procent van de geneeskundestudenten in Rotterdam heeft een migratieachtergrond, niet meer dan twee procent wordt echter medisch specialist. Ik kaartte aan dat ik dit verder wilde uitpluizen en mijn opleider reageerde gelukkig positief.’

Waren de resultaten opzienbarend?

‘Schokkend zelfs: een niet-gepromoveerde sollicitant met een migratieachtergrond heeft acht procent kans om aangenomen te worden in de regio Rotterdam. Bij vergelijkbare sollicitanten met een westerse achtergrond is die kans zestig procent.’

Wat was de belangrijkste conclusie die je hieruit trok?

‘Dat de populatie artsen in het Erasmus MC de samenleving niet weerspiegelt. Rotterdam telt meer dan 170

nationaliteiten. Patiënten uit de stad moeten zich kunnen herkennen in de artsenpopulatie, dat is nu niet zo.’

Liep jij hier zelf ook tegenaan?

‘Mijn ouders zijn hoogopgeleid en stimuleerden me te gaan studeren. Daarbij ben ik een man en draag ik geen hoofddoek – allemaal vinkjes in mijn voordeel. Ik heb dus in zekere zin geluk gehad. Maar op de verkeerde gronden; juist een hoofddoek zou een vinkje moeten zijn zolang er sprake is van een disbalans.’

Heeft het al geholpen?

‘Tijdens de internistendagen werd voor het eerst een plenaire sessie gewijd aan diversiteit. Ook de opleiding heeft de afgelopen twee jaar concrete stappen gezet. De poule van internisten bij de aannameprocedure is diverser en we kijken breder naar de sollicitant; het verhaal achter de persoon is belangrijker geworden. We gaan dus vooruit.’

Terug naar nieren: om nierfalen tegen te gaan kunnen patiënten steeds meer thuis doen, zoals dialyse. Verandert daarmee jouw rol?

‘Het is goed dat patiënten niet steeds naar het ziekenhuis hoeven voor de dialyse. Maar mijn begeleidende en analyserende rol blijft hetzelfde. Dialyse is zo complex, dat kun je niet overlaten aan niet-nefrologen.’

Wat onderscheidt jou?

‘Ik denk en werk graag mee buiten het ziekenhuis. Zo maakte ik me tijdens de coronapiek hard voor een hogere vaccinatiegraad in wijken waar deze laag was – vaak buurten met een migratieachtergrond. Ik moet dat van mezelf: preventie is belangrijk, en ik wil dat uitdragen.’

Maakt dat je tot een activist?

‘Op de voorgrond treden past totaal niet bij mijn persoonlijkheid, net als dit interview, haha. Ik ben behoorlijk bescheiden. Toch doe ik mijn best. Ik kaart via LinkedIn bijvoorbeeld het thema diversiteit aan. Ik zet “exposure” als tool in.’

Welke patiënt is je bijgebleven?

‘Een vrouw met een donornier vreesde voor haar gezondheid in de coronapandemie. Ze meed daarom sociale contacten. Toen ze vlak na haar vaccinatie een verjaardag bezocht, raakte ze gelijk besmet. Het ziekteverloop was ernstig en ze redde het op ‘t nippertje. Tekenend voor de ernst van corona. Dit verhaal zette me aan om vaccinatie filmpjes te maken, vooral voor deze kwetsbare patiënten.’

**Mahdi Salih**

- GEBOREN als zoon van Irakese ouders op 5 juni 1985 in Damascus, Syrië
- WOONT sinds zijn zesde in Nederland
- STUDEERDE geneeskunde van 2003 tot 2010 in Rotterdam. Werkte anderhalf jaar als anios in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht. Deed promotieonderzoek naar cystenieren van 2012 tot 2016. Rondde de opleiding tot internist-nefroloog af in het Erasmus MC in maart 2022
- DEED een halfjaar acute geneeskunde in het St George's Hospital in Londen
- WERKT in het Erasmus MC, met transplantatiepatiënten, patiënten met cystenieren en alle andere nierziekten
- IS getrouwd en woont met zijn vrouw en vierjarige dochter in Rotterdam
- LOOPT hard en bouldert in zijn vrije tijd
- KIJKT Koreaanse films

VERGROOT JE INTERCOLLEGIALE COACHINGSVAARDIGHEDEN

Een coachende omgeving draagt bij aan een betere kwaliteit van zorg en een aangenaam werk- en leerklimaat. Intercollegiale coaching is een vorm van werk gerelateerd leren op basis van gesprekken met een gelijkwaardige collega. De Academie voor medisch specialisten biedt vier opeenvolgende trainingen voor medisch specialisten die zich willen bekwamen in het coachen van collega's.

Medisch Coach Level 1

Focus: persoonlijke competenties, beïnvloeding van je omgeving, basis coachingsmethoden

Startdata: 16 februari 2023 en 13 september 2023

Duur: drie dagen (met ongeveer drie weken ertussen)

Locatie: Fabulous Workspots in Bennekom

Cursusprijs: € 2.310



Medisch Coach Level 2

Na afronding level 1

Focus: verdieping van coachingsmethoden, coachen van collega's

Startdata: 10 mei 2023 en 6 november 2023

Duur: twee dagen (met ongeveer drie weken ertussen)

Locatie: Fabulous Workspots in Bennekom

Cursusprijs: € 1.525



Medisch Coach Level 3

Na afronding level 2

Focus: conflicthantering en conflictcoaching

Startdatum: 25 januari 2023

Duur: twee dagen (met ongeveer drie weken ertussen)

Locatie: Fabulous Workspots in Bennekom

Cursusprijs: € 1.525



Medisch Coach Level 4

Na afronding level 3

Focus: teamcoaching

Startdatum: 17 mei 2023

Duur: drie dagen (met ongeveer drie weken ertussen)

Locatie: Fabulous Workspots in Bennekom

Cursusprijs: € 2.310



Trainer en chirurg Mariël Keemers

Mariël werkt in het CWZ en is intercollegiaal coach binnen Santeon. Zij was stafvoorzitter en heeft een adviserende HR-functie waardoor zij de dynamiek binnen een medische staf goed kent. Zij heeft daarnaast jarenlange ervaring als trainer en opleider. 'De medisch specialist zet zijn of haar coachingsvaardigheden de hele dag door in. Deze vaardigheden zijn in collegiale gesprekken in te zetten maar ook bij patiënten, verpleegkundigen en a(n)ios.'

Trainer en reumatoloog Wiepke Drossaers

Wiepke werkt in het MST. Als breed opgeleide trainer en coach neemt zij haar ervaring als medisch specialist, opleider en manager mee in de trainingen. 'Ik zie dat er een enorme ontwikkeling gaande is in de ziekenhuizen waarbij er steeds meer coachende skills van ons worden gevraagd. Deze trainingen zijn een uitkomst voor iedereen die praktische handvatten wil hebben om persoonlijke vitaliteit, collegialiteit, compassie en kameraadschap op de werkvloer een boost te geven.'

COLOFON

Jaargang 8, december 2022

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en versijnt vier keer per jaar in een oplage van 30 duizend exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en aan artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Sjef van der Lans: hoofdredactie, Mirjam Siregar, Vanessa Cruz: eindredactie, Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek): concept en redactiecoördinatie.

M.m.v. Magriet Bakker, Hanneke Bos, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialisten)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lanckeren (radio- loog), Nicole Naus (oogarts), Tessa Noijons (bestuurslid De Jonge Specialist), Shahrzad Sepehrkhoy (patholoog), Joost van der Sijp (chirurg-oncoloog), Margot Wagendorp (psychiater)

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving)

Fotografie cover: Martin Dijkstra

Lithografie: Studio Boon

Druk: Puntgaaf drukwerk

Redactieadres:

Federatie Medisch Specialisten, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht, 088 505 34 34
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 Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).
© Medisch Specialist 2022.
ISSN 2451-9952
e-ISSN 2666-9234

Via de wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

Wij staan voor 23 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 32 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

Want er gebeurt ontzettend veel in de zorg. De uitdagingen zijn groot. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen tekort.

Veel partijen beïnvloeden het werk van de medisch specialist: verzekeraars, politiek, managers, farmaceuten, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialisten. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 17 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor u doen:

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden veeleelvoudigd, 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 Federatie. 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.

Ik ga als fellow werken, wanneer heb ik recht op een vast contract?

Kinderarts Sergio krijgt een contract voor twee jaar. Onze jurist vertelt hem dat volgens de wet een tijdelijk contract automatisch overgaat in een vast contract bij het vierde contract óf als je langer dan drie jaar tijdelijke contracten hebt gehad. Volgens de Arbeidsvoorwaardenregeling Medisch Specialisten en de Cao UMC kunnen fellows echter langer dan drie jaar een tijdelijk contract krijgen. Na afronding van Sergio's fellowship gelden de gewone regels weer.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



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.



& nu
verder

AI helpt arts en ouders

Van alle bevallingen bestaat 10 procent uit complexe geboortes, zoals een vroeggeboorte. Deze kinderen hebben grotere kans op hersenschade, met nadelige gevolgen voor de ontwikkeling. Met een General Movements Assessment (GMA) kunnen artsen al na drie maanden een verhoogd risico op ontwikkelingsstoornissen als een hersenverlamming opsporen. Dat doen ze door de bewegingen van het kindje te analyseren. Dit is belangrijk, want hoe sneller je in het eerste levensjaar behandelt, des te beter de functie later. Nadeel van de huidige GMA-werkwijze is dat het kindje naar een ziekenhuis moet voor observatie. Vaak is dat een hele opgave: de moeder heeft net een zware bevalling achter de rug, of het is moeilijk in te plannen. Marco D'Agata van Neolook Solutions ontwikkelde in samenwerking met hoogleraar kindergeneeskunde, in het bijzonder neonatologie, Arie Bos van het Beatrix Kinderziekenhuis een systeem

waarbij ouders thuis een filmpje van de bewegingen van het kindje opnemen. Dat doen ze bijvoorbeeld met een mobieltje. De Neolook-software stuurt de video via een beveiligde verbinding naar het ziekenhuis en artificiële intelligentie (AI) maakt een vooranalyse van de bewegingen bij het kindje. Deze AI-techniek is nodig omdat GMA tijdrovend is en de arts met AI efficiënter kan werken. AI deelt namelijk bij de vooranalyse kinderen met evident normale bewegingen al als zodanig in. De arts kan zich hierdoor concentreren op de kinderen met niet-normale bewegingen. Ziekenhuizen in Noorwegen en Duitsland maken al gebruik van deze techniek, maar de opschaling voor gebruik in meerdere ziekenhuizen is uniek. Neolook startte in augustus 2022 de samenwerking met Arie Bos door bij vijfhonderd kindjes in Noord-Nederland deze methode 'op afstand' toe te passen. Ook zorgverzekeraars en ziekenhuizen in binnen- en buitenland tonen interesse in deze innovatie.

