

Hoogleraar bestuurskunde en
bestuurder Paul Frissen:

'Wil je het anders,
laat dan van je horen'

Longarts en kaderarts
palliatieve zorg Karin Pool:

'Zet je LHBTIQ+
antenne aan'

Nederlands Hart Netwerk:

Lagere kosten, betere
uitkomsten en zicht op
betere financiering

Medisch Specialist

oktober
2021

Hoogleraar Prabath
Nanayakkara

'Samen beslissen
is verder kijken
dan de ziekte'



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Feiten en cijfers over meldingen met betrekking tot disfunctioneren in de medisch-specialistische zorg bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

121

meldingen kwamen binnen tussen 1 januari 2016 en 31 december 2019. De IGJ concludeert dat het aantal meldingen in verhouding tot het aantal zorgverleners beperkt is.

18

meldingen bleken ongegrond, daar was geen sprake van disfunctioneren. De overige 103 meldingen zijn onderzocht door de Inspectie.

91,3

procent van de meldingen (94) was afkomstig uit ziekenhuizen. 6,8 procent (8) kwam uit zelfstandige behandelcentra. 1 melding kwam uit een revalidatiekliniek en 1 melding was afkomstig van het Openbaar Ministerie.

Bron: Beeld van vier jaar meldingen over disfunctioneren in de Medisch Specialistische Zorg bij IGJ (juni 2021)

103

meldingen betreffen 46 artsen, 36 verpleegkundigen en 16 overige zorgverleners. Over 1 medisch specialist en over 6 verpleegkundigen ontving de IGJ 2 meldingen. Deze kwamen uit 2 verschillende zorginstellingen.

87,2

procent van de meldingen betreft een ernstige bedreiging voor de patiëntveiligheid. In ruim 10 procent van de meldingen heeft de IGJ na onderzoek een ernstige bedreiging vastgesteld.

43

meldingen over ontslag wegens disfunctioneren gaan over 'diefstal van medicatie en middelengebruik'; met ruim 40 procent is deze categorie het grootst. In 8 procent van de meldingen was sprake van een zorgverlener die niet geregistreerd stond in het BIG-register.



NR.3
oktober
2021



8

Hoogleraar bestuurskunde en bestuurder Paul Frissen

‘Nederland is gebaat bij verschillende opvattingen over wat goede zorg is’

Pleidooi

Longarts Karin Pool pleit voor meer zichtbaarheid en kennis over LHBTIQ+ op de werkvloer

22



24

Sportarts Myrthe Beekhuis

‘Grijp alle kansen om je patiënt te laten bewegen. En vraag ook hier dóór.’

EN VERDER

5 Column Peter Paul van Benthem. Samen beslissen: #Hoedan?

12 Advocaat Oswald Nunes: Een klacht is geen brevet van onvermogen’

13 Dossier Samen Beslissen. Met onder meer Jill Erens en haar orthopedisch chirurg Tim Boymans én neuroloog Mirjam van Kesteren en uroloog Peter Ausems.

26 Nederlands Hart Netwerk maakt

netwerkgeneeskunde concreet

29 Kijken, luisteren en tekenen is de heilige drie-eenheid van gynaecoloog Marc-Jan Janssen

30 Insta-dokter Heleen Lameijer deelt



OP DE COVER

Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde Amsterdam UMC

Pagina 14

medische kennis op laagdrempelige manier

De medisch specialist kan niet zonder coachingsvaardigheden

Coaching en advisering. Twee competenties die niet mogen ontbreken in de toolkit van de medisch specialist. Het visiedocument Medisch Specialist 2025 van de Federatie onderstreept dit. 'De medisch specialist zet zijn of haar coachingsvaardigheden de hele dag door in', schetst Mariël Keemers chirurg, medisch coach en trainer bij De Academie voor medisch specialisten. 'We hoeven niet allemaal coach te worden. Deze vaardigheden zijn in collegiale gesprekken in te zetten maar ook bij patiënten, verpleegkundigen en A(N)IOS.

Bij de meeste medisch specialisten gaat het contact met de patiënt eigenlijk wel prima. Zij hebben in de loop van de jaren precies ontdekt wat wel en niet werkt. De uitdaging zit bij collega's en de interactie met collega's. Het helpt om inzicht te hebben in bijvoorbeeld emotiemanagement. Waarom zijn mensen nou boos? Waarom zit iemand heel erg op een bepaald onderwerp? Wat zit daarachter? Het leuke van coachingsvaardigheden is dat je op een hele andere manier naar mensen gaat kijken.'

Medisch Coach Level I

Startdatum:

11 februari 2022
of 25 mei 2022

Locatie:

Fabulous Workspots,
Bennekom

Prijs: € 2.275

voor leden van wetenschappelijke verenigingen aangesloten bij de Federatie Medisch Specialististen (€ 2.350 voor niet-leden)



Medisch Coach Level II

Startdatum:

23 februari 2022

Locatie:

Fabulous Workspots,
Bennekom

Prijs: € 1.500

voor leden van wetenschappelijke verenigingen aangesloten bij de Federatie Medisch Specialististen (€ 1.575 voor niet-leden)



Opleiding tot Medisch Coach

Mariël Keemers verzorgt samen met Wiepke Drossaers-Bakker, medisch manager reumatologie bij Medisch Spectrum Twente, de populaire opleiding tot Medisch Coach (level I t/m IV). Level I bestaat uit drie dagen waarin de basis van coaching wordt behandeld met nadruk op zelfkennis, emoties en communicatie. Level II (twee dagen) is een verdieping van de coachingsmethoden, meer gericht op het coachen van een collega. Level III (twee dagen) gaat in op conflictantering en conflictcoaching en bij Level IV (twee dagen) wordt teamcoaching getraind. Drossaers-Bakker: 'In de eerste plaats is het belangrijk om jezelf

te kennen. Wat inspireert jou en wat drijft jou? Waar verdrink je in of loop je op leeg? Hoe inspireer je je team, collega's en assistenten? Hoe spreek je een collega aan over iets wat je dwarszit? Hoe ga je om met conflicten binnen de staf? Maar ook gewoon goed luisteren en goede vragen stellen om er vervolgens samen achter te komen wat de beste oplossing is.' 'Het helpt enorm als je coachende vaardigheden hebt die je kunt inzetten', vult Keemers aan. 'Ik zie deelnemers aan de opleiding in een paar dagen al groeien. Ze formuleren allemaal een eigen leerdoel, waarmee ze de volgende dag kunnen oefenen in het contact met patiënten of collega's.'

COLUMN SAMEN BESLISSEN #HOEDAN?

Met veel energie zijn we vorige maand in de zorg de campagne over samen beslissen gestart. Met een duidelijke campagneboodschap: zorgverlener en patiënt hebben elkaar nodig. Want door in een goed gesprek samen te beslissen is er meer tevredenheid en therapietrouw, minder twijfel en spijt. De campagne – hoewel vooral op het grote publiek gericht – is ook op ons gericht. Uit onderzoek blijkt dat 46 procent van de zorgverleners zegt dat zij met de patiënt samen de beslissing nemen. 37 procent van de patiëntenervaart dit ook zo. We hebben dus te maken met een verschil in beleving. Daar waar de dokter denkt dat er samen wordt beslist, wordt dat niet altijd zo ervaren. Dit zette mij aan het denken. Beslis ik écht samen? Ga ik elk gesprek met een nieuwe patiënt open in? Informeer ik naar de situatie en wensen van de patiënt. Of doe ik onbewust aannames over iemands situatie? Kan ik met een andere houding een verschil maken? Ik denk het wel.

Laten we deze campagne vooral aangrijpen om bij onszelf na te gaan: Hoe doe ik dat met mijn patiënt? Grijp de campagne aan om met elkaar het gesprek in vakgroep of afdelingsoverleg aan te gaan over hoe we dit doen en of daar nog stappen in te nemen zijn. En laten we de belemmeringen die samen beslissen in de weg staan bij de kop pakken en met elkaar bespreken. Hoe ga je bijvoorbeeld met je tijd om en met je inflexibele poliplanning? In sommige ziekenhuizen hebben ze de consulttijd losgelaten, maar het gros moet het in de tien minuten doen. Hoe ga je om met de door google geïnformeerde patiënt die je het hemd van het lijf vraagt? Hetzelfde onderzoek van Kantar, dat ik net aanhaalde, laat zien dat één op de zeven zorgverleners een voorselectie maakt van de behandelopties. Als je dat doet voordat je weet wat voor die ene patiënt belangrijk is in zijn leven, dan selecteer je dus enkel en alleen op de medische informatie. Echt samen beslissen gaat verder. De wensen en persoonlijke situatie van de patiënt wegen net zo zwaar als de medische afweging. Die twee bij elkaar zorgen voor een evenwichtig besluit dat je samen neemt. Dat voegt voor de patiënt echte waarde toe in zijn of haar bestaan.

En daar kun jij als dokter iets aan doen. Door vragen te stellen, te luisteren, alle informatie op een begrijpelijke manier te geven en de patiënt bedenktijd te gunnen. We hebben het tenslotte ook allemaal beloofd bij het afleggen van de eed.

Peter Paul van Benthem

Voorzitter Federatie Medisch Specialisten





BEELD MARCEL VAN DEN BERGH/ANP

Al in 2017 kregen studenten geneeskunde die net aan hun co-schappen waren begonnen, les met een VR-bril. Ze bekijken een niertransplantatie in 360 graden om zo beter voorbereid te zijn wanneer ze voor het eerst echt een operatiekamer betreden.

Ik ben boventallig verklaard. Betekent dat ontslag?

Deze vraag stelt dermatoloog José. We vertellen dat haar werkgever verplicht is te onderzoeken of zij kan worden herplaatst in een andere functie. Is dat niet mogelijk, dan kan haar werkgever ontslag aanvragen. Bij ontslag hebben werknemers vaak recht op een ontslag- of transitievergoeding. Wat 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



Nederlandse zorg scoort goed in rapport Commonwealth Fund

Norwegen, Nederland en Australië scoren het best als het gaat om de gezondheidszorg, stelt het rapport van The Commonwealth Fund: 'Mirror, Mirror 2021: Reflecting Poorly'. The Commonwealth Fund is een gezaghebbende onafhankelijke organisatie die onderzoek doet naar stelsels van gezondheidszorg in verschillende landen en deze met elkaar vergelijkt. Nederland staat in de overall ranglijst op de 2e plek en Noorwegen op de 1e plek. Opvallend is dat Canada en de Verenigde Staten de hekkensluiters zijn. In totaal worden elf hoge-inkomenslanden met elkaar vergeleken. Op het gebied van toegankelijkheid van zorg, inclusief betaalbaarheid en tijdigheid, scoort Nederland zelfs als beste van deze 11 landen. Andere landen die goed scoren op toegankelijkheid van zorg zijn Noorwegen en Duitsland. Wanneer de kwaliteit van zorg wordt afgezet tegen de uitgaven, valt op dat Nederland een hoge kwaliteit van zorg levert tegen in verhouding lage kosten. We staan op plek 9 met 10,2 procent als het gaat om het percentage van het Bruto Nationaal Product dat aan zorgkosten wordt uitgegeven.

Als het gaat om hoe goed administratielast en andere bureaucratische taken worden vermindert waarmee patiënten en zorgprofessionals vaak te maken hebben, dan scoort Nederland hierbij opvallend laag met een 8e plek. De top-presteerders op het gebied van administratieve efficiëntie zijn Noorwegen, Australië, Nieuw-Zeeland en het Verenigd Koninkrijk. *Lees meer over het rapport op demedischspecialist.nl/fundreport*



CIJFER

1.000+

*In ruim 10 jaar zijn er meer dan duizend kwaliteitsprojecten gerealiseerd op initiatief van medisch specialisten en in samenwerking met wetenschappelijke verenigingen en partijen zoals patiëntenorganisaties, ziekenhuizen en verzekeraars. Dankzij de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS). Resultaten zijn onder meer de Richtlijndatabase, consultkaarten en patiënteninformatie op Thuisart.nl. **Bekijk de lopende projecten op demedischspecialist.nl/skms***

Leidraad IFMS: minder administratielast

De Federatie Medisch Specialisten heeft de punten in de Leidraad IFMS die administratielast kunnen veroorzaken aangepast. De leidraad uit 2014 beschreef te minutieus op welke wijze uitvoering dient te worden gegeven aan IFMS. De nieuwe uitgave 'Wijzigingen IFMS- Terug naar de bedoeling' geeft meer vrijheid voor eigen invulling. Hierbij wordt uitgegaan van de intrinsieke motivatie van professionals om zelf voortdurend te verbeteren en elkaar daarbij te helpen. *Bekijk de Leidraad IFMS op demedischspecialist.nl/ifms*



Zes COVID-studies van start

Zes onderzoeksvorstellen gericht op behandeling uit de COVID-kennisagenda van de Federatie Medisch Specialisten zijn met subsidie van ZonMw van start gegaan. De studies richten zich op het in kaart brengen van de schade aan het hart, de mogelijke behandeling, het beloop en het testen van de behandeling van anosmie (verlies van reuk). Ook de inzet van CT-scans voor passende behandeling van COVID-19 patiënten wordt meegenomen. Twee studies richten zich op het ontwikkelen van een voorspellende methode om COVID-19 patiënten veilig uit isolatie te halen. Daarnaast start er een studie naar passende behandeling van oudere patiënten. De eerste resultaten worden in 2022 verwacht. *Lees meer over deze COVID-studies op demedischspecialist.nl/covid19onderzoeken*





PAUL FRISSEN: HOOGLERAAR
BESTUURSKUNDE EN BESTUURDER



‘De zorg vraagt om pluriformiteit en specialisten moeten daar zélf voor strijden’

Nederland is gebaat bij verschillende opvattingen over wat goede zorg is. Te veel regelgeving is funest voor die pluriformiteit. Dat betoogt Paul Frissen, decaan en bestuursvoorzitter van de Nederlandse School voor Openbaar Bestuur (NSOB) en hoogleraar bestuurskunde aan Tilburg University. Hij wil dat we de verschillen koesteren, en dat is ook een oproep aan de individuele medisch specialist.

TEKST NAOMI VAN ESSCHOTEN BEELD JIRI BÜLLER

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) hebben in 2020 richtlijnen gepubliceerd voor goed bestuur in de zorg, gericht aan bestuurders en toezichthouders. 'Het is helemaal niet aan deze politieke instanties om deze hiërarchische regels op te leggen', opent Paul Frissen op ferme toon het gesprek. 'Zo ben ik voorzitter van de raad van toezicht van Dichterbij, een organisatie die hulp en ondersteuning biedt aan mensen met een verstandelijke beperking. Als onafhankelijk toezichthouder beslissen wij zélf hoe we toezicht uitoefenen. De teksten van de overheid over goed bestuur hebben bovendien een ronduit beledigende, badinerende toon. Vergeet niet, zelf brengt de overheid het er bepaald niet best vanaf. De politiek en ambtenarij kunnen dus beter een beetje bescheidenheid tonen.'

Samen met hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg Pauline Meurs van de Erasmus Universiteit schreef u hierover een kritische blog voor Zorgvisie. Wat is uw belangrijkste kritiekpunt?

'De NZa en de IGJ doen alsof het ministerie van VWS nu de hoogste autoriteit is, de eigenaar van het zorgdomein. Dat is niet het geval. Het departement mag een opvatting hebben over goed bestuur en toezicht, maar trekt met zo'n voorschrijvend kader een te grote broek aan. De taak van de IGJ is er immers om bestuurders en toezichthouders aan te spreken bij schadelijk of strafbaar gedrag, en die van de NZa om toe te zien op de betaalbaarheid van zorg. We weten dat succesvolle zorg – preventie, nieuwe behandelingen, technologische ontwikkelingen – de zorg in het algemeen duurder maakt. De politiek stimuleert enerzijds succesvolle zorg en creëert daarmee duurdere zorg. Maar stuurt anderzijds via bijvoorbeeld de NZa tegelijkertijd hard op de kosten. Per saldo ontstaat zo schaarste. In dat krachtenveld past terughoudendheid als je het wilt hebben over kwaliteit. Bestuurlijke kaders die dat moeten borgen, maken die ambitie ronduit pervers.'

'Als je het verschil wilt maken voor de patiënt of cliënt, moet je wel de ruimte hebben om het anders te doen'

Waarom pervers?

'De coronacrisis bracht aan het licht dat we te weinig ic-bedden hebben. Dat tekort is een bewust gecreëerde schaarste, en hangt samen met eerdere bezuinigingen. We kloppen onszelf graag op de borst voor onze *lean and mean* zorg en lachen om de Duitsers die bij wijze van spreken in elk dorp een ziekenhuis hebben. Daardoor liep het gekoesterde streven naar "de juiste zorg op de juiste plek" tijdens de coronapiekl vooral uit op: "overal net te weinig". We moesten voor de ic-zorg zelfs uitwijken naar Duitsland en in de ouderenzorg stierven veel mensen een stille, eenzame dood. En kijk naar wachttijden en wachtlijsten: dat is weliswaar zeer efficiënt, maar voor de patiënt of cliënt bepaald niet een bewijs van het publieke belang van kwaliteit. Dan moet je daar als overheid ook geen groot verhaal over vertellen. Kostenbeheersing en bescherming van kwaliteit botsen.'

Wie is volgens u de eigenaar van de zorg?

'De zorg is van oudsher georganiseerd door burgers, kerken en in maatschappelijke verbanden. Zorginstellingen zijn er al veel langer dan de overheid. Het is mooi dat de overheid daar blij mee is en heeft besloten om dat particulier initiatief collectief te financieren vanuit zorgverzekeringspremies en belastingen. Maar dat maakt de overheid niet tot eigenaar. Eigenaarschap verbindt economische en juridische rechten en plichten. Zorg is dus van het publieke domein: er zijn meerdere spelers met gezag.'

Hoe kijkt u dan naar het Nationaal Preventieakkoord van de Rijksoverheid en verschillende zorgorganisaties?

'Het is een sterk collectief akkoord maar miskent pluraliteit. En de obsessieve aandacht voor preventie maakt de zorg natuurlijk duurder. Mensen die gezond ouder worden, maken langer gebruik van zorg, van de AOW en allerlei toeslagen en voorzieningen. Daarnaast klinkt het idee sympathiek, maar vind ik het paternalistisch en elitair om op te leggen wat gezondheid is, terwijl je niets doet aan bijvoorbeeld inkomensongelijkheid. Want zulke zaken hangen bewezen met elkaar samen. Bovendien: ongezond gedrag kan ook genot opleveren en mensen zondigen daarvoor nu eenmaal graag. Tot slot vinden mensen gewoon pech en leed op hun pad: dat voorkom je niet met preventie. De maakbaarheid, en dus preventie, is overschat.'

'Ook hier zie je dat het verschil maatgevend is. Ik zou dan ook voor een nieuwe solidariteit willen pleiten, waarbij we erkennen dat mensen verschillen en niet in één mal geperst kunnen worden, want dat leidt tot verschraling van het aanbod. Laat daarbij meer zorgverzekeraars toe,



die zich onderscheiden met verzekeringsarrangementen op basis van "solidariteit met het verschil".

Hoe zou u goed bestuur en goed toezicht in de medische zorg willen omschrijven?

'Kijkend naar de geschiedenis van het zorgdomein is het volstrekt logisch dat er verschillen zijn in kwaliteit en toegankelijkheid. En terecht: elke context – bijvoorbeeld van de instelling, de regio of de doelgroep – vraagt om een andere benadering, oftewel pluraliteit. Juist die contextgebonden meervoudigheid van opvattingen over kwaliteit van zorg, bepaalt de zorgkwaliteit. Vaak lees ik in missies van zorgorganisaties dat zij het verschil willen maken voor de patiënt of cliënt. Maar dan moet je dus wel de ruimte hebben om een specifiek antwoord binnen jouw context te bieden. Goed toezicht richt zich op het behalen van die specifieke missie.'

Staat de overheid hiervoor open?

'De overheid denkt nog precies andersom: in kwaliteitsbewaking, toegankelijkheidsgarantie en kostenbeheersing langs enkelvoudige meetlatten, en in termen van steeds meer "centrale regie"; zie de coronacrisis. De Governance-code Zorg die de zorgsector zelf heeft opgesteld, beperkt overigens ook de pluriformiteit. Daar richt al het toezicht zich nu op. Door één norm centraal te stellen, heeft de sector zijn eigen ketenen gesmeed.'

Hoe kijkt u naar de rol van medisch specialisten?

'Het is natuurlijk een briljante constructie: de medisch

'De politiek lost de schaarste niet op, maar creëert deze juist – en doelbewust'

specialist is in het msb ondernemer met relatieve risico's. Het ziekenhuis is verantwoordelijk, maar heeft daardoor ook het bestuur in handen. Dat is een echte weeffout, want de echte professional bestuurt zichzelf. Dat is nog steeds aanwezig in de universiteit waar hoogleraren besturen. In advocatenkantoren zijn de maten gezamenlijk eigenaar en bestuur. Medisch specialisten bepalen weliswaar de normen van hun professie, maar besturen het ziekenhuis niet, laat staan dat ze eigenaar zijn. Niet iedere specialist hoeft bestuurder te zijn, maar moet wel substantiële aandacht tonen voor de organisatie van het ziekenhuis en de bredere context van het zorgstelsel. Daarin zouden ze meer eigenaarschap kunnen tonen. Sterker nog, het zou prioriteit moeten krijgen. Die keuze moet dan wel eerst gemaakt worden.'

Maar medisch specialisten zijn nu al erg beknot in hun zeggenschap.

'Als je blijft doen wat je deed, blijf je krijgen wat je kreeg: bureaucratie en ondermijning van gezag. De meest intelligente manier om het tij te keren, is door zelf in beweging te komen. Ook op de universiteit zouden hoogleraren veel meer verzet moeten en kunnen tonen, gegeven de eenzijdige opvatting van kwaliteit. Zo kunnen uitsluitend Engelstalige artikelen niet voor elk vakgebied de norm zijn.'

Wat raadt u de individuele medisch specialist nu aan te doen?

'Wil je het anders, laat dan van je horen. Medisch-specialistische verenigingen zijn heel sterk in inhoudelijke normstelling. De overheid heeft vaak geprobeerd om dat in te perken, bijvoorbeeld door rationaliteit te koppelen aan de dbc's en dot's. Dankzij de stevige reputatie van de medisch specialisten is dat niet volledig gelukt. Ook nu is het zaak om je stem te verheffen over financiering, kwaliteitsbewaking en de relatie tussen arts en patiënt. Zorg dan wel dat je een opvatting hebt over wat goede zorg en een goed zorgstelsel is, en pak vervolgens een prominente rol in het publieke debat. Durf daarbij – ook in de media – vooral te pleiten voor méér verschil en dus ongelijkheid. Want daarmee worden de zorg, de zorgverleners en de patiënt pas echt vooruitgeholpen.'

de gouden regel

Je gaat door het vuur voor je patiënten en gelooft in je kunnen. En toch klaagt een patiënt bij het Medisch Tuchtcollege. Dat schuurt. Ik zie dat aangeklaagde zorgverleners een rouwproces doormaken: ongelof, ontkenning, het eindeloos herhalen van de actie die tot de klacht leidde, boosheid, en dan het verdriet. Als een klacht gegrond is, kan dat leiden tot defensief gedrag. Ze wantrouwen hun intuïtie en doen voor de zekerheid extra onderzoek waar ze dat vroeger nooit gedaan zouden hebben. Dat is treurig. De zorgverlener noch de patiënt is hierbij gebaat. Het tuchtrecht is geen strafrecht, maar toetst het persoonlijk handelen om de medische wereld scherp te houden op kwaliteit. Het schiet haar doel voorbij als artsen een klacht ervaren als een brevet van onvermogen, met een gebrek aan zelfvertrouwen, verkramping en overdiagnostiek tot gevolg. Fouten zijn menselijk, en om een klacht te voorkomen moet je ook je menselijkheid durven tonen. Wacht niet af en neem direct contact op met de patiënt. En neem de tijd voor dat gesprek, frommel het niet tussen twee consulten in. Artsen denken nogal eens dat ze niet mogen toegeven dat ze iets gemist hebben, en dat excuses niet goed vallen bij verzekeraars en het ziekenhuis. Niets is minder waar. Je kunt op honderd manieren je excuses maken. De praktijk toont dat eerlijkheid en transparantie helend werken voor zowel patiënt als arts. Het aanbieden van excuses leidt ook vaak tot een betere verstandhouding. In 2020 behandelde het tuchtcollege welgeteld 1.028 klachten, 487 minder dan het jaar ervoor, vermoedelijk door COVID-19 en het afschalen van de reguliere zorg. In eerdere jaren schommelde het aantal ontvankelijke klachten tussen de 1.400 en 1.500. Ik geloof dus niet zo in de toegenomen claimcultuur in de zorg. 116 verpleegkundigen en 184 huisartsen kregen er in 2020 mee te maken. De grootste groep aangeklaagde medisch specialisten waren psychiaters: 94, gevolgd door 28 internisten en 27 chirurgen. Uiteindelijk werden 152 klachten gegrond verklaard, nog geen 15 procent. Als je dan bedenkt dat er meer dan 375 duizend BIG-geregistreerden zijn, die samen dagelijks miljoenen medische handelingen uitvoeren, wat is de kans op een klacht dan? Veel te klein om je door angst te laten leiden.'

Advocaat en partner bij KBS Advocaten Oswald Nunes publiceerde zijn verzamelde blogs in het boek *Tot persistiti! Verzamelde blogs van een defense lawyer in het gezondheidsrecht* (Boom Juridisch, 2021).

*'Een klacht
is geen
brevet van
onvermogen'*





DOSSIER

Samen Beslissen

Samen beslissen: dat vindt elke medisch specialist belangrijk en misschien ook wel vanzelfsprekend. Uit onderzoek blijkt dat het leidt tot kwalitatief betere zorg, maar ook dat medisch specialisten de mate waarin zij daadwerkelijk met de patiënt samen beslissen overschatten. Maar wat is dan samen beslissen met je patiënt? En hoe doe je het goed? De praktijk is zoals zo vaak weerbarstiger dan we denken. Er is geen one fits all-aanpak, maar het start met aandacht en een open houding.

TEKST FRED HERMSEN, MALOU VAN HINTHUM
CAMPAGNEBEELD KESSELSKRAMER/ROBIN DE PUY

SAMEN BESLISSEN: VERDER
KIJKEN DAN DE ZIEKTE

‘Wie samen beslissen serieus neemt, zal een andere koers moeten varen’

Samen beslissen staat bovenaan ieders lijstje, maar dat zegt helaas weinig over de praktijk. 5 ingrediënten (+1) die je ervoor nodig hebt, in de ogen van ‘meesterkok’ Prabath Nanayakkara, die er onderzoek naar doet.



Geen enkele medisch specialist wil slechte zorg leveren', zegt Prabath Nanayakkara, hoogleraar acute interne geneeskunde en hoofd van de sectie algemene interne geneeskunde (Amsterdam UMC), met klem. 'Dat dingen beter kunnen, betekent niet dat artsen niet beter zouden willen.'

Tallose onderzoeken laten zien dat patiënten moeite hebben met de manier waarop dokters met hen communiceren, weet Nanayakkara. 'Toch hebben patiënten wel grote waardering voor de inbreng van artsen en verpleegkundigen. We moeten de patiënten dus beter bij het beslissingsproces betrekken. Tegelijk krijgen wij geen kijk- en luistergeld. Zorgverzekeraars willen dat wij productie draaien, en sturen op efficiëntie. Dan krijg je ogenscheinlijk vreemde mechanismen: het kost minder tijd en levert financieel meer op om bijvoorbeeld een overbodige MRI-scan te maken, dan om patiënten uit te leggen waarom die bij bepaalde klachten, zoals rugpijn onnodig is. Dus in plaats van te praten, sturen in mijn ogen artsen patiënten te vaak richting MRI.'

In de hoofden van patiënten

Maar wie 'samen beslissen' serieus neemt, zal een andere koers moeten varen. En samen beslissen móét je als arts wel belangrijk

'Wat wij meestal heel leuk vinden, is een geweldige diagnose stellen'

vinden, want dat - zo wijst onderzoek uit - levert kwalitatief betere zorg op. Ook Nanayakkara raakte daarvan overtuigd toen hij participeerde in een internationaal slaaponderzoek bij ziekenhuispatiënten in zes landen. 'Wij vroegen patiënten hoe goed ze sliepen. Nou, slecht. Ze moesten bijvoorbeeld 's nachts veel vaker dan thuis naar de wc. Oorzaak: thuis dronken ze niets meer na tien uur 's avonds, maar in het ziekenhuis hingen ze 24 uur per dag aan het infuus. Was dat altijd nodig? Nou, nee.' Daarbij stuitte hij ook op iets anders. Het verraste hem dat mensen 's nachts niet zozeer piekerden over hun ziekte, maar over hun thuissituatie: Redt mijn partner het wel alleen? Nanayakkara: 'En hoezeer dat ook speelde in de hoofden van patiënten, over zulke dingen praten we bijna nooit tijdens onze dagelijkse visites. Die gesprekken gaan voornamelijk over zuiver medische zaken.' Maar, stelt de hoogleraar:

1. Een arts behandelt niet een ziekte, maar een mens

'Wat wij meestal heel leuk vinden, is een geweldige diagnose stellen. Liefst een zeldzame. Dokters doen ook vaak wetenschappelijk onderzoek naar wat dokters belangrijk en interessant vinden. Maar levert het de patiënten ook wat op? Tegenwoordig vraagt het British Medical Journal of er patiënten betrokken waren bij de opzet van het onderzoek en bij de vraagstelling. Dat vind ik heel goed, want door met patiënten in gesprek te gaan, krijg je nieuwe inzichten. Zo zijn er tallose indicatoren ontwikkeld om te bepalen of een patiënt na een klinische opname naar huis kan, maar een van de beste indicatoren blijkt het gevoel van de patiënt zelf.'

2. Vind tijd voor je patiënt, dat wil je ook als je er zelf een bent

Een specifiek type patiënt, artsen die ook patiënt zijn (geweest), viel iets op dat samen beslissen in de weg zit: dokters zijn maar heel kort bij hun patiënten. Nanayakkara: 'Wij zien patiënten op de poli langer - vijftien minuten - dan degenen die zijn opgenomen.' Dokters zouden meer tijd in hun patiënten moeten steken, vindt hij. 'Voor huisartsen is dat misschien soms lastig door de drukte, maar medisch specialisten en ook jonge artsen moeten daarvoor tijd vrijmaken, ook in acute situaties. Tv-series suggereren bijvoorbeeld dat seh-artsen doorlopend onmiddellijk beslissingen moeten nemen, maar in de praktijk is er voldoende tijd om met patiënten te overleggen. Slechts bij circa zes procent van de seh-patiënten telt iedere seconde.'

3. Stap af van je stokpaardje en vraag wat de patiënt belangrijk vindt

Artsen zijn gek op cijfertjes. Nanayakkara: 'Een hele poos geleden nodigden we bij de overdracht een gast uit, een huisarts-filosoof. We wilden graag indruk op hem maken en gaven een fantastische, cijfermatige medische

onderbouwing van een patiëntprobleem. We waren er allemaal reuze tevreden over. En toen vroeg hij: "Wat vond de patiënt ervan?" We stonden met onze mond vol tanden.' Artsen moeten patiënten twee vragen stellen, zegt Nanayakkara, inmiddels wijzer geworden. 'Wat vind je het belangrijkste? Dat is vrijwel altijd: beter worden, de diagnose kennen, en naar huis gaan. De tweede vraag zou moeten zijn: Waarom vind je dat zo belangrijk? Daar krijg je heel persoonlijke, individueel uiteenlopende antwoorden op. Die gaan dan over relaties en psychologisch welbevinden. En vergis je niet: patiënten die moeite hebben met lezen en schrijven, zijn geen domme patiënten. Zij kunnen even goed vertellen wat voor hen belangrijk is.'

4. Vraag patiënten wat hen bezighoudt en waarom

Dokters willen ziektes aanpakken. Maar bij patiënten spelen vaak andere overwegingen een rol om een behandeling wel of niet te willen. 'Je moet daarom in alle beslissingen het patiëntperspectief meewegen,' zegt Nanayakkara. 'Er wordt veel gemopperd op de alternatieve geneeskunde, maar wat we daarvan kunnen leren, is échte aandacht geven. We leggen doorgaans de nadruk op biologische verklaringen van ziekten en staan meteen met hoogtechnologische oplossingen klaar. Maar geneeskunde is meer dan dat.

Aandacht mag dan geen evidence based medicine zijn, het werkt wel.' Aandacht kan ook betekenen: het verzoek van de patiënt honoreren om als dokter het

besluit te nemen. Nanayakkara: 'Je ziet dat met name patiënten met een niet-westerse achtergrond vaak weinig kunnen met de vraag "wat vindt u er zelf van?". Zij zeggen meestal: "U bent de dokter, zegt u het maar." En dat is ook prima, als een dokter maar echt empathisch is.'

5. Zorg ervoor dat een patiënt zich echt gehoord en gezien voelt

'De dokter heeft medische kennis, maar de patiënt leidt zijn/haar leven. Het is niet toevallig dat samen beslissen in de oncologie en in de palliatieve zorg verder is gevorderd dan in de rest van de geneeskunde', denkt Nanayakkara. 'Ook in die disciplines willen de medisch specialisten goede scores en schone scans, maar de patiënt wil ook een zo goed mogelijk leven leiden. Daar gaan gesprekken dan ook relatief vaak over.' Zijn advies: Ga dus vaker náást een patiënt zitten, hou op met somatiseren en met vragenlijsten afwerken, en stel letterlijk deze vraag om samen tot een goede beslissing te kunnen komen:

6. Wat verwacht je van mij, en wat wil je van het leven?

‘Samen beslissen is een houding, geen kunstje’

‘Tijdens mijn promotieonderzoek observeerde ik veel consulten, en zag ik dat gerieters benadrukten dat ze altijd al aan samen beslissen deden, vaak ongestructureerd van links naar rechts schoten als het ging om het maken van keuzes. Ze begonnen hun gesprek met ‘En, wat scheelt eraan?’ en benadrukten later van de ene optie alleen de voordelen, van de andere de nadelen. Hoe meelevend ook, de focus lag op het medische, en ze stuurden met hun kennis.

De multiproblematiek van oudere patiënten voedt de reflex van artsen om in de oplossingsmodus te schieten, vanuit de overtuiging dat een probleem altijd om actie vraagt. Maar als je probeert alle medische problemen geïsoleerd op te lossen, stapelt de behandellast van de patiënt zich op. Die is dan de hele dag bezig met medicijnen en leefstijladviezen, inclusief de bijbehorende frustraties. Terwijl de kans groot is dat die oudere al accepteert dat veel zaken onoplosbaar zijn. Beter is het om te bespreken wat belangrijk is voor iemand, en je behandelopties daarop te richten. De vraag “Wat is uw doel?” past niet altijd bij de beleving van ouderen. Waar je ze wel op kunt bevragen is hun hoop om iets te kunnen blijven doen, zaken waar ze geluk uit halen, die hun dag kleur geven. Daarop zouden de verschillende behandelopties gericht moeten zijn. Deze insteek verhoogt ook bewezen de therapietrouw. Samen beslissen start dan ook met de vraag: hoe ervaart u uw eigen gezondheid? Om door

te schakelen naar: wat is belangrijk voor u, waar hoopt u op? Daarmee leg je een basis om samen prioriteiten te stellen, gericht op wat nog wél kan. Je zou ook rekening moeten houden met persoonsgebonden factoren – denk aan leeftijd, opleiding, gezondheidsvaardigheden en angst – maar we weten nog niet goed hoe die factoren zich verhouden tot samen beslissen; nieuw onderzoek zou daarop gericht moeten zijn.

Ik hoor wel eens dat het onethisch zou zijn om patiënten te laten beslissen over gespecialiseerde medische zaken. Maar zodra je de resultaten voor de patiënt vooropstelt, ontdek je dat samen beslissen niet gaat over medische complexiteit, maar over het meewegen van het perspectief van de patiënt, zodat aan het eind van ieder gesprek je eigen waardevolle

medische kennis in balans is gebracht met diens leven. Dat vergt ook inzet van de patiënt. Gerieters gebruiken daarvoor PROMS, geven die vaak als huiswerk mee, waarmee ze ook de gesprekken thuis op gang helpen. Gaandeweg ontdekte ik dat veel van deze inzichten opgaan voor alle patiënten met multiproblematiek. En dat samen beslissen een houding is, geen kunstje.

Het vergt intensieve en regelmatige training. Alleen daarmee voorkom je terugval in je oude gespreksstijl.’



Ruth Pel, senior onderzoeker bij Vilans, promoveerde in 2020 op het proefschrift *Shifting from ‘What is the matter?’ to ‘What matters to you?’*

Patiënt en haar medisch specialist over samen beslissen:

‘Samen Beslissen gaat verder dan de spreekkamer’

De 29-jarige Jill Erens heeft al heel wat medisch specialisten bezocht als ze twee jaar geleden orthopedisch chirurg Tim Boymans in het Maastricht Universitair Medisch Centrum ontmoet. In hem vindt Jill de arts die duurzaam perspectief biedt. Samen Beslissen gaat voor hen ook over een klik, en daar kunnen beide partijen aan werken.

Jill: ‘Ik voetbalde fanatiek toen ik op vijftienjarige leeftijd last van mijn meniscus kreeg. Het was de start van heel wat operaties en behandelingen, tot in Gent aan toe. Een donormeniscus in 2013 kon niet verhinderen dat het kraakbeen verminderde, en inmiddels is dat uitgedraaid op artrose. Mijn dagen wisselen, maar het gaat steeds lastiger om mijn knie actief te strekken als ik loop.’

Tim: ‘Een jong mens met een oude knie, daar kan ik niet veel aan veranderen. De plaatsing van een kunstknie zou ik zo lang mogelijk willen uitstellen. Die gaat gemiddeld maar vijftien jaar mee op die leeftijd. Standcorrectie van het been is een alternatief, maar niets doen is ook een optie. Ik zie het als mijn taak zo onbevangen mogelijk mijn kennis en expertise te delen. We kijken samen



Jill: ‘Ik breng voorafgaand aan ieder consult goed in kaart waar ik sta, wat mijn prioriteiten zijn, hoe mijn leven verloopt. Die voorbereiding helpt bij de beoordeling van de medische opties.’

wat het best in haar leven past.’

Jill: ‘Wat je wel en niet doet hangt af van de fase waarin je verkeert. Ik zoek een nieuwe baan, dan komt een operatie met een revalidatietraject niet uit. Tim begrijpt dat.’

Tim: ‘Kijk je puur vanuit de medische kant, dan kan zo’n persoonlijke omstandigheid soms lastig zijn. Stel dat je iemand met acute problemen belt met het aanbod om een vrijgekomen operatieplek in te nemen, en je hoort: “Mijn hond is ziek, het kan nu echt niet.” Toegegeven, dat kan tot een verzuchting leiden, maar ik vind dat je daar echt begrip voor moet hebben en dat begint bij het eerste consult. Je kunt niet zeggen: “Voor de “softe zaken” moet je bij een verpleegkundige zijn. Dan luister je maar half en kan er geen sprake zijn van samen beslissen.’

Jill: ‘Iedere keuze heeft met je lichaam en je leven te maken. Ik twijfel praktisch ieder dag over de mogelijke opties, maar ik zal nooit tegen Tim zeggen: “Bepaal jij het maar”. Die verantwoordelijkheid ligt bij mij. Ik breng voorafgaand aan ieder consult goed in kaart waar ik sta, wat mijn prioriteiten

zijn, hoe mijn leven verloopt en wat daarin veranderd is sinds ons vorige gesprek. Die voorbereiding helpt bij de beoordeling van de medische opties.’

Tim: ‘Toch leggen patiënten soms maar al te graag de keuze bij mij neer. Begrijp me goed, als je daar overeenstemming over bereikt is ook dat een vorm van samen beslissen. “Ik begrijp dat u niet alle opties wilt kennen? Zal ik dan een selectie maken van twee mogelijkheden die mij het beste lijken?” Je helpt dan door te trechteren.’

Jill: ‘Ik neem mijn moeder vaak mee, ze is fysiotherapeut. Samen weet en onthoud je meer. Soms komt iemand anders mee. Zo wordt mijn situatie tastbaar en bespreekbaar met steeds meer mensen om me heen.’



Tim: 'Ik laat diegene actief meekijken terwijl ik het gewricht onderzoek. Ik wijs dan op de bijzonderheden en licht mijn differentiaaldiagnoses toe. De tweede persoon voelt zich dan onderdeel van de diagnosestelling en gaat meedenken. En als patiënten minder proactief zijn dan Jill, en alleen komen? Dan loop ik samen met hen vaak een uitdraai van consultkaart.nl door. Ik vraag ze samen te vatten wat ze van me gehoord hebben en krijg zo een beeld van hoe de ander denkt. Daar stem ik dan mijn stijl van communiceren op af. Hoe dan ook geef ik hen huiswerk mee: "Ken je iemand met een knieprothese, ga dan een keer op bezoek en breng daar bij het volgende consult verslag van uit.'"

Jill: 'Er is ook zo iets als een klik.'

Tim: 'Ja, en je moet dat erkennen als arts. Samen met je team kun je bekijken wie het best bij de patiënt past als er meerdere consulten nodig zijn. Je moet een patiënt ook uit handen kunnen geven.'

Jill: 'Toch is ook zo'n klik iets waar je aan kunt werken. Ik heb ooit een vader en zoon als behandelend arts gehad. De vader nam de tijd en leefde zich goed in, de zoon was al wat minder betrokken en van de co-assistenten kreeg ik een standaardriedeltje over wat het zou kunnen zijn, vermoedelijk direct uit een studieboek overgenomen. Terwijl duidelijk was dat mijn probleem niet in een standaardcategorie paste.'

Tim: 'Ik begrijp best dat je in bepaalde fases van je carrière meer druk ervaart en een vollere agenda hebt. En dat het lastig is om in een tien-minutengesprek de diepte in te gaan. Maar als je slecht voorbereid en onpersoonlijk in de spreekkamer zit, dan krijg je sowieso het dossier nooit compleet. De patiënt sluit zich af. Gaat er dan vervolgens iets mis in het proces, dan ligt zo een klacht op de loer en komt niemand een steek verder. Ik heb als arts een emotionele bankrekening bij mijn patiënt. Staat die flink in de plus, dan kun je je ook een foutje veroorloven zonder dat je in een negatieve en gespannen sfeer terecht komt. Een goede ambiance leidt tot betere kwaliteit van zorg.'

Jill: 'Tim en ik bespreken niet enkel de beper-

Tim: 'Ik heb als arts een emotionele bankrekening bij mijn patiënt'

kingen, maar ook altijd wat wél kan. Dat werkt motiverend, ook als er lastige beslissingen genomen moeten worden.'

Tim: 'Het is een balans van objectiviteit en eerlijkheid enerzijds, en empathie en luisteren aan de andere kant. Soms moet je alles uit de kast halen. Zo is een 45-jarige met overgewicht bijvoorbeeld doorgaans niet geholpen met een prothese. Die

moet vooral eerst afvallen. Je kunt dan beter niet zeggen: "Je bent te dik en je moet eerst afvallen." Dat weet de patiënt allang en zet de boel vast. Het gaat dan om die mix: "He, ik zie dat je ook overgewicht hebt, het lijkt me best lastig als je dan ook nog eens last van je knie hebt." Meestal worden de ogen dan nat, en kun je zo'n patiënt voorzichtig naar het volgende station proberen te helpen.'

Jill: 'Het gaat dus bijna nooit alleen over die ene aandoening. Je ziet dat ook in mijn situatie. Samen beslissen betekent meestal dat je meerdere expertises moet combineren.'

Tim: 'Medisch specialisten zijn na een tien-minutengesprek te snel geneigd een patiënt terug te sturen naar de huisarts als het voorbij de eigen expertise gaat. Die is immers de generalist.'

Jill: 'Het gaat om de knie, maar ook over artrose. En daardoor over een variatie van zaken waaraan je aandacht moet geven: dieet, je slaappatroon, zooltjes... Ik zie -nu ik in een meedenkgroep van artrosepatiënten zit- hoe complex dat is, en afhankelijk van nieuw onderzoek en innovaties. Het kan voor een huisarts lastig zijn om dan goed te kunnen doorverwijzen.'

Tim: 'Wat Jill aangeeft, klopt. Ook van ons mag je dus een holistische blik verwachten, net als teamwork en een helder aanspreekpunt zijn voor de patiënt. Allemaal zaken die van invloed zijn op het samen beslissen. Het gaat dus verder dan je eigen spreekkamer. Ik begrijp dat dat best een uitdaging is nu specialisten steeds specialistischer worden. In Maastricht zijn we ons daarvan zeer bewust als orthopeden, reumatologen, revalidatieartsen, huisartsen en fysiotherapeuten. We hebben daarom Beweeghuis.nl opgezet, waarin we elkaar goed weten te vinden.'

46%

van de zorgverleners zegt dat zij met de patiënt samen de beslissing nemen.

37%

van de patiënten ervaart dit ook zo.

1 op de 5

patiënten geeft aan gesprekken met een zorgverlener niet voor te bereiden.

1/4

van alle patiënten, vaak mensen met beperkte gezondheidsvaardigheden, vindt samen beslissen lastig.

7 van de 10

zorgverleners maken een voorselectie van behandel mogelijkheden.

Bron: Kantar Public 2020



Voor de camera

Neuroloog Mirjam van Kesteren en uroloog Peter Ausems lieten een aantal consulten op video vastleggen en analyseren door onderzoekers. Heeft het hun invulling van samen beslissen beïnvloed?

Uroloog Peter Ausems (Reinier de Graaf) deed mee aan een video-training met een acteur.

'Vanuit het landelijke programma Beslist Samen! deed ons hele team Prostaatzorg in 2018 mee aan deze scholing. Iedereen oefende met een deel van het consult. De acteur gaf direct aan hoe hij zich daarbij had gevoeld.'

Het begon lacherig.

'Het was voor iedereen wennen, ja. Het was ook wat kunstmatig en een-dimensionaal. De werkelijkheid is te gelaagd voor alleen een training



met een acteur. Toch ga je wel met de billen bloot en toon je je automatismen, dat is leerzame gespreksstof. En de later gemaakte opnamen van echte consulten hielpen om onze gesprekstechnieken nog verder te verbeteren.'

Toetsen bij de patiënt

'Ik heb de opname niet teruggezien, de terugkoppeling vond ik al goed en bruikbaar, maar in de toekomst wil ik de opnamen ook terugzien. Mijn verbeterpunt was de toetsing: begrijpt de patiënt de informatie en heb ik de voorkeuren en overwegingen van de patiënt helder? Hiermee ben ik aan de slag gegaan. Ook ben ik mijn consulten beter gaan structureren, afgestemd op

het type patiënt. Daarnaast gebruiken we een digitale prostaat-keuzehulp.'

Van medische opties naar de keuze door de patiënt.

'Die overgang vind ik lastig. De rollen draaien dan om en mensen schieten soms in de defensie: "Kiest u maar." Ik zeg dan: 'Vanuit medisch oogpunt zijn beide opties gelijkwaardig, maar ik sta er mogelijk anders in dan u, laten we dat onderzoeken.'

Samen beslissen eindigt met een evaluatie, dat gebeurt nog onvoldoende.

'Patiënten zijn soms achteraf niet gelukkig over hun keuze. Ik bedoel niet alleen door onvoorziene last van bij- of nawerkingen, maar ook door hun beleving van de gevolgde stappen. Daarvan kunnen wij leren.'

Campagne Samen Beslissen



Van september 2021 tot en met december 2022 is een nieuwe campagne over samen beslissen in de zorg te zien. Gelanceerd vanuit de medisch-specialistische zorg, de huisartsenzorg, de paramedische zorg, de wijkverpleging en de patiëntenorganisaties. De campagne richt zich zowel op de patiënt als de zorgverlener. De Federatie Medisch Specialisten is partner van de campagne. Kijk voor tips, ervaringen en meer op: begineengoedgesprek.nl.



Neuroloog Mirjam van Kesteren (Isala) heeft net een slechtnieuws-gesprek achter de rug.

'Ik heb de inzichten uit de videobegeleiding die ik heb gehad zeker gebruikt, ja.'

Niets doen is ook een optie.

'Dat is de grote verrijking van mijn repertoire. Je kunt opereren, medicijnen en oefeningen geven of niets doen. Voorzichtig aan voorleggen, want mensen kunnen er boos op reageren. Niet de mevrouw van zojuist overigens, het gaf haar rust.'

Isala deed onderzoek naar samen beslissen met veertig medisch specialisten.

'De meerderheid gaf aan al aan samen beslissen te doen, maar uit de vooraf inge-

vulde vragenlijst kwam naar voren dat het een minderheid was.'

Twee dagdelen zijn ze bij hun consulten gefilmd.

'We kregen feedback van de onderzoeker en twee gefilmde consulten heb ik teruggezien. Ik vond mezelf goed luisterend, lief en meelevend, maar ook te breedspakig. En de patiënt maar braaf knikken. Dat ik dat leerpunt na een carrière van meer dan veertien jaar als neuroloog mag ontdekken, voelt goed.'

Niet breedspakig zijn dus, maar gelukkig kun je desgewenst meer tijd nemen

'Ik werk veel met Parkinsonpatiënten.



Samen beslissen gaat langs de lijnen van een gespreksstructuur. Het nemen van een behandelbeslissing en doorvragen naar hun leven kan theoretisch gesproken in één consult als je die aangereikte structuur aanhoudt. Maar je kunt die structuur ook over meerdere gesprekken uitspreiden. Je vragen roepen vaak de behoefte aan meer informatie op, die geef ik dan mee als huiswerk. Het helpt als ook de huisarts en verpleegkundigen aspecten voor hun rekening nemen. Samen beslissen gaat dus niet altijd alleen over de patiënt en mij.'

Nog meer feedback.

'Ik zou meer training willen krijgen, en ben wel eens aangeschoven bij een collega, om te kijken hoe de keuze bij haar tot stand kwam. Heel leerzaam voor beiden.'

‘Zet je LHBTIQ+ antenne aan’

Vooraf jongere LHBTIQ+ artsen zien ertegen op om uit te komen voor hun geaardheid. Dat heeft alles met gevoel van veiligheid te maken. Acceptatie is er doorgaans wel bij de collega’s, maar velen weten – onbewust – nog maar heel weinig. Er mag meer zichtbaarheid komen, maar dus ook meer kennis over roze diversiteit en sensitieve communicatie zegt Karin Pool, longarts en kaderarts palliatieve zorg in het Rode Kruis Ziekenhuis en een van de oprichters van de stichting RozeinWit.

TEKST VANESSE CRUZ BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘Vlak voor de officiële oprichting van de stichting RozeinWit werd ik onzeker: is dit wel echt nodig in Nederland? Ik schrok van de overwel- digende reacties;

inmiddels hebben ruim vijfhonderd artsen zich aangesloten, dertig daarvan zetten zich actief in voor de stichting. Niet alleen LHBTIQ+ collega’s (lesbisch, homoseksueel, biseksueel, transpersoon, interseks persoon of queer), maar ook zogeheten straight allies.

‘Het zit ‘m in kleine dingen. De vraag “heb je een vriend?” was twintig jaar geleden, toen ik een relatie met een man had, geen enkel punt. Nu denk ik na voordat ik antwoord geef. Staat deze vragensteller open voor LHBTIQ+? Zeg ik dat ik met een vrouw getrouwd ben, of laat ik het gaan? Als mij echter wordt gevraagd “heb je een relatie?”, dan heb ik een totaal andere



Karin Pool

(1972) is longarts en kaderarts palliatieve zorg in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en getrouwd met Petra. In 2018 richtte zij samen met collega’s Geert Rootmensen en Chris Rikers de stichting RozeinWit op. De stichting steunen kan door het statement te onderschrijven op rozeinwit.nl.

Luister ook de podcast van KoffieCo aflevering 80.

ervaring. En vergeet niet, dat geldt ook voor LHBTIQ+ patiënten. Met “heeft u een partner?” ben je sensitief en geef je je LHBTIQ+ patiënten een veiliger gevoel.

‘Als LHBTIQ+ is het mijn tweede natuur af te tasten of je jezelf kunt zijn. Die antenne is ontwikkeld door eerdere ervaringen van onveiligheid. Want ook al ben je door de wet beschermd - wat geen vanzelfsprekendheid is, in 71 landen is homoseksualiteit strafbaar - is er nog altijd veel discriminatie en geweld. Het doet echt wat met je als je wordt uitgescholden en bespuugd omdat je hand in hand loopt. Dus leef ik altijd met de vraag: wanneer vertel je het, en tegen wie wel en wie niet? Vooral voor jonge artsen kan het antwoord op die vraag heel lastig zijn, want zij hebben te maken met een machtsverhouding. Stel dat je je opleider hoort zeggen ‘die homo stelt zich aan’. Dat gebeurt gewoon. Dan moet je heel



‘Wat goed werkt, is een regenboogmagneetje in je spreekkamer ophangen’

sterk in je schoenen staan om te vertellen dat je als man zelf op mannen valt.

‘Het is dus fijn te weten dat iedereen er oké mee is. Dat het veilig is om jezelf te zijn, en dat je niet hoeft af te tasten. Wat goed werkt, is een regenboogmagneetje in je spreekkamer ophangen. Een visueel signaal dat LHBTIQ+ – collega’s én patiënten – toont dat ze hun antenne kunnen intrekken niet op hun ‘qui-vive’ hoeven te zijn. Daarmee help je negen tot tien procent van de bevolking.

‘Van de Amerikaanse Gay and Lesbian Medical Association (al veertig jaar actief) kregen wij het advies kleine stappen te nemen. Onze focus ligt nu op onderwijs over LHBTIQ+ in het geneeskunde curriculum. Daarmee verbeteren we de kennis over roze diversiteit (seksuele oriëntatie, sekse en genderdiversiteit) maar ook over gezondheidsverschillen bij de verschillende letters en in de diverse levensfasen. De bestaande casuïstiek werkt vaak stigmatiserend in plaats van normaliserend. Het gaat daarin bijvoorbeeld over een homoseksuele steward die hiv heeft, terwijl wordt genegeerd dat LHBTIQ+ –patiënten vaker kampen met verslavingen en trauma’s dan heteroseksuele patiënten. Alleen met die kennis kun je je patiënt optimaal behandelen.

‘Iedere arts wil de ander een veilig gevoel geven. Toch zal een deel van de collega’s vasthouden aan een ouderwetse visie die die ambitie in de weg zit. Dit zijn niet degenen die we willen bereiken; hen verander je niet. Het gaat om artsen die zich nog niet bewust zijn van de antennes en gezondheidsverschillen, maar die als ze het eenmaal wel weten, een groot verschil kunnen maken. Hen laten we zien hoe simpel het is om je LHBTIQ+ –antenne aan te zetten. ‘En artsen kunnen meer doen. Bijvoorbeeld door hun naam op onze website te zetten. Patiënten, maar ook bijvoorbeeld coassistenten kijken erop. Het is een van de bouwstenen voor mijn droom om iedereen, LHBTIQ+ of niet, een onbekommerd en veilig gevoel te geven. Binnen en buiten het ziekenhuis. Uiteindelijk hoop ik te kunnen zeggen: RozeinWit is inderdaad niet nodig.’



Topsporters vormen maar een klein deel van de patiënten van Myrthe Beekhuis. En als sportarts begeleidt ze ook gezonde patiënten. ‘Juist van de afwisseling geniet ik.’

Waarom was je afgelopen zomer in Roemenië? 'Ik begeleid de Nederlandse volleybaldames op het EK. Ik volg de trainingen en wedstrijden, behandel blessures, en adviseer over voeding, slaap en bijvoorbeeld huidproblemen. Daarnaast bied ik een luisterend oor. Zie me als de huisarts van het team.'

Druk?

'In tijden van corona wel. Bij wedstrijden van de basketbaldames regelde ik praktisch de hele dag testen, spitte ik protocollen door, en zorgde ik ervoor dat iedereen zich aan de regels hield. Tot de obers aan toe: "Haal de lege borden pas weg als iedereen van tafel is".'

Is dit dagelijkse kost voor sportartsen?

'Topsport is voor de meeste sportartsen maar 10 procent van hun werk, en teambegeleiding doen ze ook niet allemaal. Net als de meeste sportartsen ben ik zzp'er en werk ik drie dagen in het OLVG in Amsterdam.'

Wie ontmoet je in je spreekkamer?

'Een deel komt via een verwijzing binnen. Denk aan patiënten met een knieblessure die niet geopereerd hoeven te worden, of hartpatiënten die starten met revalideren. Maar er zijn ook veel patiënten die uit zichzelf naar me toekomen. Zo hielp ik een gepensioneerd echtpaar dat naar Spanje wilde fietsen.'

Hoe ziet jouw ondersteuning er dan uit?

'Ik adviseer over trainen, voeding en natuurlijk drinken. Dit doe ik aan de hand van een uitgebreide fietstest. Ik heb ze aangeraden vooral goed de tijd voor de tocht te nemen en een back-up te regelen, zodat ze eenvoudig met de trein terug konden als er iets mis mocht gaan. Op basis van de getallen leek het een zware tocht voor hen te gaan worden. En heel specifiek tegen de vrouw heb ik gezegd: ga achter uw man fietsen, onnatuurlijk misschien, maar zo houdt u het langer vol.'

Zie je hen als patiënten?

'Tijdens mijn studie bedacht ik dat ik ook iets wil betekenen voor mensen die gezond willen blijven. Juist van de afwisseling van zieke en gezonde patiënten geniet ik. Het scheelt ook dat mijn

patiëntengroep relatief jong is, gemiddeld tussen de 18 en 55 jaar.'

Heb je ook te maken met patiënten die ernstig ziek zijn?

'Ik zie patiënten met hartfalen en soms kankerpatiënten. Hoe belastbaar is deze patiënt, wat kan iemand nog wel, en wat niet? Bewegen is ontzettend belangrijk voor de kwaliteit van leven.'

Heb je veel met andere specialismen te maken?

'Ons vak is vrij generalistisch. Wij verwijzen door naar cardiologen, longartsen, orthopeden, internisten, revalidatieartsen, soms ook naar reumatologen en mdl-artsen. Andersom merk ik in het OLVG dat collega's de weg naar ons ook steeds beter weten te vinden.'

Wat is jullie toegevoegde waarde voor hen?

'Neem de hartpatiënt die hartrevalidatie krijgt. Ik onderzoek wat deze patiënt aankan. Uit een inspanningstest blijkt dan soms dat niet het hart herstel in de weg staat, zoals verwacht, maar beperkte longcapaciteit. Zo'n patiënt verwijs ik dan door naar een longarts. Vaak is een patiënt ook geholpen met een gespecialiseerde fysiotherapeut. Met ons uitgebreide netwerk voorkomen we dat patiënten van het kastje naar de muur worden gestuurd.'

Welke tips kun jij andere medisch specialisten meegeven?

'Laat patiënten zo specifiek mogelijk zijn. Wat is er precies gebeurd dat u nu pijn hebt aan uw knie? Wat heeft de fysiotherapeut exact gedaan? Was de behandeling een massage of kreeg u rek- of spierversterkende oefeningen? Vaak hebben patiënten te weinig getraind. Daarnaast: grijp alle kansen om je patiënt te laten bewegen. En vraag ook hier dóór. Als iemand zegt een triatlon te lopen, dan maakt het nogal uit of dat een achtste van anderhalf uur is, of een hele van 12 uur (amateurtijden).'

Kijk je als sportarts anders naar een sportwedstrijd?

'Ik vraag me altijd gelijk af wat er aan de hand is als er een blessure voorbijkomt. Virgil van Dijk met een zware knieblessure? Wat is dan zwaar? Is het zijn kruisband, meniscus, binnenste knieband? Nog leuker vind ik het om daar vervolgens met collega's over te speculeren.'



Myrthe Beekhuis- Heerema

GEBOREN
op 17 december 1989

WERKT in het OLVG
in Amsterdam en
als teamarts van de
Nederlandse volleybal-
sters en basketbalsters

SPORT twee keer
per week: hardlopen
en oefeningen thuis

GETROUWD
met Jan-Jaap

MOEDER van Lois (2)
en Thijs (3)

ZWANGER
van haar derde kindje,
dat in februari verwacht
wordt

FAVORIETE
SPORTER
is Churandy Martina.
Van zijn positiviteit ga
ik zelf stralen

KIJKT
het Sportjournaal en
Keuringsdienst van
waarde

ALS ZIJ LATER
GROOT IS
woont deze sportarts
in het bos

*Nederlands Hart Netwerk maakt
netwerkgeneeskunde concreet*

‘GEWOON AAN DE SLAG MET MENSEN DIE ERIN GELOVEN’

Vier ziekenhuizen – waaronder een hartcentrum – en drie eerstelijns zorgkoepels in Zuidoost-Brabant vormen sinds 2015 het Nederlands Hart Netwerk. Mede-initiatiefnemers Lukas Dekker, cardioloog in het Catharinaziekenhuis en hoogleraar aan de Technische Universiteit Eindhoven en Luc Theunissen, cardioloog in het Máxima Medisch Centrum en voorzitter van het Nederlands Hart Netwerk maken de voorlopige balans op: lagere kosten, betere uitkomsten en zicht op betere financiering.

TEKST: FRED HERMSEN FOTO: ARNOLD REYNEVELD

Het Nederlands Hart Netwerk vertaalt Value Based Healthcare in grootschalige netwerkgeneeskunde. In 2018 kreeg het initiatief erkenning van Michael Porter himself in de vorm van de VBHC Prize. Hij roemde het netwerk als de meest vooruitstrevende en concrete vorm van uitkomstgerichte netwerkgeneeskunde.

Die voorsprong zorgt er ook voor dat voorziene obstakels heel concreet zijn geworden. ‘Dat was de bedoeling’, zegt Luc Theunissen. ‘In 2015 waren veel regio’s al bezig met de Juiste zorg op de juiste plek. De initiatieven kwamen zelden voorbij de pilotfase, en we konden al snel conclusies trekken over de knelpunten. Bijvoorbeeld dat de guidelines van de eerste en tweede lijn niet goed op elkaar aansloten. Zo hanteerden we -om maar iets te noemen- verschillende waarden voor LDL-cholesterolgehalten. Ook zagen we dat de weerstand al snel ging over geld. Begrijpelijk, want

met de verplaatsing van eenvoudiger zorg naar de eerste lijn lever je immers in op je verdienmodel, terwijl je als ziekenhuis wel de peperdure gecompliceerde operaties voor je rekening moet blijven nemen. Die discussie stokte, en dus de initiatieven.’

Vanuit resultaat redeneren

Lukas: ‘Wij waren van mening dat je het beste maar gewoon aan de slag kon gaan met de mensen die geloven in netwerkgeneeskunde. Onderweg bekijk je dan hoe je de dilemma’s samen kunt oplossen.’ Luc: ‘Het doel van het netwerk was niet om de structuur of processen aan te pakken, maar vanuit het gewenste resultaat voor de patiënt te redeneren, en dan samen de vraag te stellen: wat is daarvoor nodig in de operationele sfeer? Dat er dan structuurveranderingen komen is prima, maar het was geen doel.’ Vier ziektebeelden zijn sinds 2015 onder de loep genomen door evenveel werkgroepen, waarbij cardiologen



Cardiologen Luc Theunissen (links) en Lukas Dekker

en huisartsen uit de regio hun inbreng geven: Atriumfibrilleren, Hartfalen, Coronairlijden en Kleplijden. Voor alle vier zijn subnetwerken ontstaan. In zes jaar tijd is het netwerk langzaam tot bloei gekomen, in een doorlopend proces van draagvlak vergroten, zoekwerk, experimenteren en afstemmen. Slimmer gebruik van data, hogere kwaliteit van de diagnosestelling en standaardisering van protocollen in de drie zorglijnen hebben de volle aandacht gehad om de partijen binnen het netwerk op elkaar aan te sluiten.

Zwaan kleef aan

Lukas: 'We zijn dus klein begonnen, vanuit de inhoud en niet vanuit de bestuurlijke arena. Ook zijn steeds meer zorgverleners aangehaakt bij de werkgroepen: zwaan kleef aan dus. Denk aan huisartsen en paramedische beroepen. Inmiddels zijn we een serieuze speler met een eigen wetenschappelijke staf. Ook de bestuurders van de zieken-

Lukas: 'Iedereen besefte gaandeweg: als we nu niet over onze angst heenstappen, gaan op termijn anderen voor ons beslissen, en verliezen we invloed op proces en kwaliteit'

huizen, huisartsenzorggroepen en msb's in de regio Zuidoost Brabant hebben zich achter de doelstellingen geschaard. Dat was ook nodig om een gesprekspartner voor de politiek te zijn.' Luc voegt toe: 'Met Dennis van Veghel, directeur van Nederlandse Hart Registratie, hebben we de guidelines van Value Based Healthcare vertaald in praktische richtlijnen voor het Nederlands Hart Netwerk. Centraal heeft daarbij altijd het perspectief van de patiënt gestaan. Wat dat betreft is het mooi dat we nu een focusgroep hebben voor de vier ziektebeelden, en dat er een eigen patiëntenadviesraad is.'

Gevraagd naar een paar praktische verbeteringen, zegt Luc: 'We testen of mensen met een klein hartinfarct al in de ambulance kunnen worden getest op het risico dat ze lopen. Is dat een groot risico, dan worden ze direct naar een dottercentrum gereden. En bij de boezemfibrillatie bekijken we of we op de spoedeisende hulp in plaats van drie uur, ook acht uur kunnen wachten of de anti-aritmische medicatie aanslaat, zodat we minder snel tot verdere ingrepen hoeven over te gaan.' Lukas zegt dat ze voor dergelijke vernieuwingen niet afhankelijk zijn van goedkeuring door de Nederlandse Zorgautoriteit. 'Het gaat niet om experimentele zorg, het is een betere toepassing van wat we al kennen.'

Consultants van de eerste lijn

De hartpatiënten in de regio bewandelen nu steeds effectiever transparante zorgpaden, langs de ketenpartners waar hun behandeling om vraagt. Gevolg: significante verbeteringen in zowel de patiënt-relevante uitkomsten als in de kosten. Zo daalden de kosten voor hartfaalbehandeling per saldo 25 procent. Transmurale zorg en betere ketensamenwerking hebben de toekomst, concludeert Lukas dan ook na zes jaar. 'Hartproblemen zijn in opmars, instellingen kunnen de groei van de vraag niet bijhouden en de kosten worden te hoog. En voor huisartsen is het lastig om



zelfstandig op de hoogte te blijven van de nieuwe ontwikkelingen.’ Luc: ‘Maar ze moeten wel adequaat kunnen diagnosticeren om aan te sluiten op de tweedelij. Het is onze taak hen daarbij te helpen; medisch specialisten beschouw ik als consultants voor de eerstelij. Als dat goed gaat, kunnen ze meer zelf oplossen en weten ze sneller wanneer doorverwijzing nodig is.’ Een andere ontwikkeling is de toenemende specialisatie binnen de hartzorg. ‘Die leidt steeds vaker tot doorverwijzing in de tweede en derdelijnszorg zelf, zegt Luc, ‘Daardoor hangen mortaliteitscijfers in het ene ziekenhuis steeds nauwer samen met behandelingen in andere instellingen. Verbeteren van de kwaliteit betekent dus automatisch samenwerken.’ En de vrees om er financieel op achteruit te gaan? ‘Die is verdwenen’, benadrukt Lukas. Iedereen beseft gaandeweg: als we nu niet over onze angst heenstappen, gaan op termijn anderen voor ons beslissen, en verliezen we invloed

Luc: ‘Hoe kunnen we elkaar in de regio helpen? Dat is een hele andere mindset dan: hoe hou ik mijn eigen tent in de lucht?’

op proces en kwaliteit.’ Er liggen nog wel grote vraagstukken op tafel. ‘Ik heb geleerd dat we nooit goed zicht hebben gehad op wat huisartsen zelf al oplossen. Dat is heel veel. Volgende stappen vragen om innovatie. Ik denk in termen van het gericht verzamelen en delen van data, zodat er voor iedereen in de zorgketen zinnige informatie ontstaat en we afkomen van de silo’s van informatie. Dat is een taak voor alle ketenpartners, waarbij voor elke partij nieuwe uitdagingen ontstaan.’

Waanzin natuurlijk

Ook de financiering blijft een zware dobber. Luc: ‘Ziekenhuizen worden betaald per volume. Met het netwerk hebben we gezegd: dat levert geen kwaliteitsimpuls. Een medisch specialist zou allereerst moeten worden afgerekend op kwaliteit, niet op de hoeveelheid ingrepen die hij verricht. Dat geldt ook voor de samenwerking in het netwerk. Als wij door hoge zorgkwaliteit en efficiënte werkverdeling in het netwerk minder hartpatiënten krijgen in ons ziekenhuis, zadelen we het ziekenhuis automatisch op met een financieel probleem, dan halen ze de afgesproken productiecijfers niet. Waanzin natuurlijk. Zorgverzekeraars als VGZ en CZ zien dat ook in, en samen denken we nu na over een andere financieringsmethodiek.’ Hij blikt vooruit: ‘Ik ben zelf gecharmeerd van bundle payments, waarbij een heel behandeltraject wordt bekostigd, en samenwerkende partners onderling een verdeelsleutel afspreken. In die aanpak staat de kwaliteit voorop. Ik hoop dat we die gedachte verder kunnen uitwerken.’ Inmiddels is er een intentieverklaring getekend tussen de partners in het netwerk en de ziektekostenverzekeraars om grote innovaties en verdere standaardisering te vertalen in kwaliteitsverbetering en kostenreductie. Luc: ‘Het Nederlands Hart Netwerk adviseert en faciliteert daarin, maar uiteindelijk nemen de bestuurders de beslissingen.’ De voortgang vraagt nog om veel uitzoekwerk: ‘Stel dat een ziekenhuis een zorgbudget heeft van 350 miljoen euro, dan is het een hele klus om vast te stellen hoeveel daarvan precies gaat naar cardiologie; het budget is niet geormerkt. Hiervoor moeten we dus een oplossing ontwikkelen.’

Regionale helicopterview

Ziekenhuisbestuurders hebben geleerd naar de regio te kijken –wat draagt hun instelling bij aan de zorg in de regio?– in plaats van primair naar hun eigen instelling. Lukas: ‘Die regionale helicopterview geeft ook iets terug, ze krijgen meer houvast bij de positionering en innovatie van hun ziekenhuis.’ Luc zegt dat de positieve effecten van de bereikte openheid al merkbaar zijn in het netwerk: ‘Vroeger spraken zorghoofden van ziekenhuizen elkaar nauwelijks, nu eens per kwartaal, altijd met de vraag: wat kunnen we verbeteren, en hoe kunnen we elkaar in de regio helpen? Dat is een hele andere mindset dan: hoe hou ik mijn eigen tent in de lucht?’

IN BALANS

WERK/THUIS

WERK Onthouden wat een arts vertelt... dat is moeilijk voor veel patiënten. Maar maak een tekening en het beklift veel beter, weet gynaecoloog/oncoloog en illustrator Marc-Jan Janssen. Ondersteun je verhaal visueel, leert hij artsen in opleiding en stuur hen vervolgens rustig een tekening om iets te verduidelijken of om een beetje te dollen. Hij tekent de dag van zich af. Het verbetert zijn concentratie. Pas nog tijdens een lezing; even een tekeningetje van de spreker met zijn (te) hippe sneakers. Alles kan inspireren; een woord of schets volstaat als geheugensteuntje. Straks uitwerken... Marc-Jans' dag heeft 27 uur.

THUIS Kijken, luisteren en tekenen: het is de heilige drie-eenheid voor Marc-Jan. Waar hij gaat of staat; altijd potlood en papier op zak. Behandelen of tekenen...met het mes op de keel kiest hij voor tekenen. Gelukkig hoeft hij niet te kiezen. Hij tekent én behandelt, hij tekent én vadert, hij tekent én doceert. Tekenen kan altijd en overal. Maar het vaakst thuis op de laatste meter van de vijfmeterlange keukentafel, het gezin binnen handbereik.



Hoe maak je medische kennis begrijpelijk voor iedereen?

Heleen Lameijer, is hard op weg dé Insta-dokter van Nederland te worden. Iedere woensdag en vrijdag deelt zij op Instagram medische kennis op een laagrempige en toegankelijke wijze. In drie jaar tijd groeide haar account naar bijna 30.000 volgers. **TEKST** MARCEL GANSEVOORT **BEELD** MARGA DE GROOT



Hoe kwam je op het idee om je kennis te delen op Instagram?

‘Een vriendin had een afspraak met mij op een terras bijna afgezegd vanwege hoofdpijn. Ik vroeg of ze paracetamol had genomen en ze vertelde dat ze één pil van 500 milligram had geslikt. Maar ik weet dat je er twee nodig hebt om ervan af te komen. Dit zijn superhandige medische weetjes, die mensen in hun dagelijks leven kunnen toepassen. Instagram is heel geschikt om dit soort informatie te delen: het heeft een groot bereik en je kunt veel soorten content maken: tekst, foto’s, video, geluid en livestreams. De ene houdt meer van tekst, de ander van bewegend beeld.’

Waar moet je rekening mee houden als Instagramdokter?

‘Ik ga zorgvuldig om met het delen

van medische informatie. Als ik een foto van een gebroken pols plaats, zie je nooit de patiënt zelf. Deze is ook nooit te herleiden. En toen ik drie jaar geleden startte met Instagram, heb ik dat laten weten aan het ziekenhuis. Zij hebben mij nooit beperkingen opgelegd, maar het is goed dat ze het weten. Zij gaven mij het vertrouwen dat ik er zorgvuldig mee omga.’

Hoe zorg je dat je boodschap goed overkomt?

‘Breng je boodschap kort en compact, anders haken mensen af. Instagram speelt daar op in met bijvoorbeeld een Insta Story die maximaal vijftien seconden duurt. Als je begint met social media, kies dan een onderwerp dat goed aansluit bij het type medium. Naast arts ben ik ook wetenschapper. Ik heb een tijdje op Instagram over mijn onder-

zoek geschreven, maar ik bracht het in het begin te langdradig. Dit paste niet bij het medium waardoor de boodschap minder goed over kwam.’

Wat zijn je verdere plannen?

‘Naast mijn werk als spoedeisende hulp arts heb ik een bedrijf Make Science Work opgericht. Ik wil de reanimatiezorg verbeteren en geef daar online cursussen in. Verder wil ik doorgroeien met Instagram. Het account is nu zo groot dat ik influencer ben. Bedrijven benaderen mij om reclame te maken. Maar ik zeg bijna altijd nee, tenzij het echt waarde biedt voor mijn volgers. Ik wil neutraal zijn en vooral blijven informeren. Dat is mijn uiteindelijke doel: medische kennis begrijpelijk maken. Zo kunnen mijn volgers beter voor zichzelf zorgen.’

COLOFON

jaargang 7, oktober 2021

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 28 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: eindredactie, Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek): concept en redactiecoördinatie.

M.m.v. Hanneke Bos, Vanessa Cruz, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialisten)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Ivan Gan (oogarts), Anne Koppelaar (bestuurslid De Jonge Specialist), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lankeren (radioloog), 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:

Milan Vermeulen

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 2021.
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 33 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 verveelvoudigd, 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.

Moet ik me altijd aanmelden bij pensioenfondsen SPMS?

Kno-arts Remco werkt in een umc en daarnaast als zelfstandige voor een audiologisch centrum. Hij vraagt of hij zich moet aanmelden bij pensioenfondsen SPMS, aangezien hij maar beperkt werkt als zelfstandige. We leggen uit dat alle medisch specialisten die volledig of deels in vrij beroep werken, wettelijk verplicht zijn deel te nemen aan de pensioenregeling van SPMS. Remco kan via de rekenmodule op de website van SPMS berekenen of en zo ja, hoeveel premie hij verschuldigd is.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Hallo dokter

**Vertel jij je
patiënt over
alle mogelijke
behandelingen?**

Beslis samen met je patiënt
welke zorg het beste past.
Ga voor meer tips naar
www.begineengoedgesprek.nl

