

Henk Maassen

h.maassen@medischcontact.nl
@medischcontact

Hans van Santen

h.van.santen@medischcontact.nl
@hansvansantenMC

NIEUWE VOORZITTER FMS RICHT ZICH VOORAL OP DE INHOUD

‘Gooi het zorgstelsel niet overhoop’

Cardioloog Marcel Daniëls is de nieuwe voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten. ‘De FMS’, zegt hij, ‘is geen vanzelfsprekendheid, het blijft hard werken.’

Hij is cardioloog in hart en nieren – al vanaf zijn prille jeugd wist hij dat dit zijn vak zou worden. Maar bestuurder werd Marcel Daniëls, de nieuwe voorzitter van de FMS, van lieverlee. Dat traject liep vrij organisch van het voorzitterschap van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie, en het voorzitterschap van de Raad Kwaliteit van de FMS naar de positie die hij sinds begin van dit jaar bekleedt. Daniëls staat bekend als integer, doelgericht, perfectionistisch en vooral georiënteerd op ‘de inhoud’. Hij treedt in de voetsporen van rasbestuurder Frank de Grave, onder wiens leiding de FMS tot stand kwam. Een hard act to follow? Daniëls: ‘Natuurlijk heeft Frank heel veel betekend voor de federatie. Maar de credits moeten ook gaan naar het bestuur en de wetenschappelijke verenigingen.’ De taak van het federatiebestuur is tweeledig, volgens hem. ‘Aan de ene kant het borgen van medisch-inhoudelijke zaken. Nou, dan zit je dus goed met medisch specialisten in het bestuur. Aan de andere kant: goede contacten met de maatschappij en met de politiek. Daarvoor heeft Frank de Grave in

de afgelopen jaren een uitstekende basis gelegd. Ik heb inmiddels veel gesprekken gehad met de diverse partijen in de zorg. En Frank blijft als adviseur en klankbord verbonden aan de FMS. Daar zullen we zeker gebruik van maken.’

Over politiek gesproken: binnenkort zijn er verkiezingen. Wat moet een nieuw kabinet vooral niet doen?

Resoluut: ‘Het zorgstelsel overhoop gooien. Of het bekostigingsmodel voor de medisch specialisten veranderen.’

Toch zijn er politieke partijen die willen dat de medisch specialisten in loondienst gaan en onder de Wet normering topinkomens vallen. Het kan dus een onderwerp worden in de coalitiebesprekingen.

‘Maar het zal grote onrust geven en dat zou jammer zijn van het huidige moment, waarin juist alle aandacht uitgaat naar kwaliteit. We zijn niet tegen loondienst. Ongeveer de helft van onze achterban is nu in loondienst. Maar het nieuwe kabinet moet de medisch specialisten niet dwingen. Welk probleem los je daarmee op? Kijk naar de rapporten, van het Nivel,

‘We moeten meer daadwerkelijk met de patiënt beslissen’

van de RVS (Raad voor Volksgezondheid en Samenleving, red.). Bevordert het de kwaliteit? Nee. Komen er minder wachtlijsten? Nee, eerder meer. Ik zou zeggen: laten we het debat voeren over de inrichting van de zorg, de plaats van netwerken, de anderhalve lijn en dan pas bepalen hoe we de betrokken poppetjes inzetten.’

Wat de inrichting van de zorg betreft: wat vindt u van het ‘model Bernhoven’: minder zorg is betere, en uiteindelijk goedkopere zorg?

‘Dat is een interessant experiment, maar het moet zich nog wel bewijzen. Het enige wat ik nu hoor is dat het veel goedkoper is. Mooi, maar is het op de langere termijn ook veel beter? Wat is bijvoorbeeld het effect op de eerste lijn? Ik hoor daar nu weinig over. Is het misschien vooruitgeschoven zorg? Ik bedoel daarmee dat je nu in een aantal gevallen geen heupoperaties doet, maar dat de kans bestaat dat die patiënten over vijf jaar allemaal terugkomen. En hebben ze dan, omdat ze vijf jaar ouder zijn, meer comorbiditeit en dus een groter risico? Zijn we dan niet slechter af? Men had daarom vooraf een reeks parameters moeten afspreken waarop de resultaten van dit experiment zouden worden beoordeeld.’

In uw eerste column in Medisch Contact heeft u het over verbeterpunten in de zorg. Waarop doelt u dan?

‘Laat ik eerst vaststellen dat de zorg er goed voorstaat; we spreken vanuit een luxepositie. Niettemin moeten we nog

A portrait of Marcel Daniëls, a middle-aged man with glasses, wearing a dark suit jacket over a light blue patterned shirt. He is standing with his hands in his pockets, looking towards the camera with a slight smile. The background is a plain, light-colored wall.

MARCEL DANIËLS (1959)

studeerde geneeskunde in Leiden en promoveerde in 1991 cum laude aan de Universiteit Utrecht.

Sinds 1994 werkt hij als cardioloog in het Jeroen Bosch Ziekenhuis te Den Bosch.

Van 2009 tot 2011 was hij voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie.

Van 2011 tot 2017 voorzitter Raad Kwaliteit van de FMS. Sinds begin 2017 is hij voorzitter van de FMS. Marcel Daniëls is getrouwd en heeft drie kinderen.

ILVY NIJOKTJEN

meer nadenken over doelmatigheid, over daadwerkelijk samen met de patiënt beslissen. En over wat gepaste zorg is: nu komt een patiënt op de SEH en doen we “dus” bloedonderzoek. Dat is niet altijd nodig, want we hebben allemaal geleerd: als je een onderzoek doet moet de uitslag daarvan een consequentie hebben. Ook de medicatie-overdracht kan beter. Mede daarom zou een adequate ICT-structuur over instellingen en lijnen heen een geweldige verbetering zijn. In de praktijk kom ik alleen maar patiënten tegen die zich erover verbazen dat zo’n systeem nog niet bestaat. Vrijwel alle ziekenhuizen hebben nu een epd, maar de onderlinge koppeling en de koppeling met de eerste lijn is er niet. Daarvoor is centrale regie nodig. De overheid kan eisen stellen aan die koppelingen. VWS kent een informatieberaad dat zich hierover buigt. Er zitten vast allerlei juridische en technische haken en ogen aan een ICT-systeem, maar als het

gaat over de veiligheid van de zorg dan kunnen we daarmee veel bereiken.’

Met de FMS is er eenheid gekomen onder de specialisten, zei Frank de Grave in Medisch Contact. In Tussen scepsis en koestering, het boek van Jan Tromp over de wording van de FMS, lees je op een enkele plaats toch enige scepsis: wat voor voordelen brengt de federatie ons? Hoe voorkomt u dat verenigingen afhaken?

‘Door te laten zien dat het ertoe doet om lid te zijn van de FMS; door te wijzen op het “met één stem spreken”. Dat betekent ook laten zien dat dit de stem van de individuele dokter is, dat we de randvoorwaarden meebepalen waaronder je zo optimaal mogelijk als dokter kunt functioneren in termen van organisatie van de zorg, vermindering van de administratieve lasten, meepraten over de inrichting van de werkomgeving. Maar de FMS is geen vanzelfsprekendheid; het blijft hard werken.’

Visiedocument

Onlangs verscheen het visiedocument ‘Medisch Specialist 2025’ waarmee de FMS hoog inzet: de Nederlandse zorg moet zijn koppositie in de wereld behouden. Het document sluit aan op de veranderende verhouding tussen arts en patiënt, de komst van innovaties als big data, thuisdiagnostiek en ‘netwerkgeneeskunde’. Daniëls beseft dat de federatie met dat document wel wat voor de muziek uitloopt, maar: ‘We krijgen eigenlijk nooit te horen dat het geen goede weg is. Wel ziet men belemmeringen: Geen tijd. Of geen vergoeding. Vandaar dat ik zeg: hoe meer mensen zich achter de visie scharen, hoe vanzelfsprekender het wordt dat we die kant op moeten.’

Het visiedocument pleit onder andere voor meer informatie met minder registratie. Hoe kan dat met al die indicatoren die gemeten moeten worden? Waar blijft het

STIEKEM DOODMAKEN

Zo'n zeventig artsen hebben zich aangesloten bij een protest tegen euthanasie bij patiënten met vergevorderde dementie. Op de website nietstiekembijndementie.nl zijn ze een petitie begonnen om steun te winnen voor dit standpunt, aldus Medisch Contact van 9 februari. Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde schrijft in zijn column 'vandaar dat het slaapmiddel stiekem in de appelmoes werd gedaan' (MC 04/2017: 13). Het gaat daarbij om een patiënt met vergevorderde dementie plus zichtbaar ondraaglijk lijden die een wilsverklaring in woord en beeld (!) heeft achtergelaten. Helaas (angst?) verzuimde hij te vragen om de dodelijke injectie te laten toedienen om 'vijf voor twaalf', een vereiste waaraan veel artsen erg hechten. Wat me erg opviel in de naam van de website en in de column van Bert Keizer, is het gebruik van het woord 'stiekem'. Stiekem doodmaken. Ik vind dat daar inderdaad levenslange gevangenisstraf op moet staan. Stiekem: achterbaks, doortrapt, slinks, gewiekt, geniepig, gluiperig. Er zijn legio synoniemen te vinden op mijnwoordenboek.nl. Stiekem iemand laten struikelen, begrijp ik. Maar als iemand verklaart dat je hem later, onverwachts mag laten struikelen, dan is dat niet stiekem meer. Het gebeurt met voorbedachten rade en op verzoek. Niks stiekems aan. Nu is struikelen niet hetzelfde als doodmaken maar er speelt hier meer dan alleen semantische verwarring. Door foutief gebruik te maken van het woord 'stiekem' wordt een existentieel probleem a priori afgedaan als verwerpelijk en juridisch te veroordelen. En dat veroordeel ik. Misschien moet in de wilsverklaring (video!) worden opgenomen dat de opsteller ervan akkoord gaat met het onverwacht (en niet stiekem) toegediend krijgen van een slaapmiddel in de appelmoes opdat de gewenste euthanasie humaner kan worden uitgevoerd.

Jos van Bommel is praktijkhouder in Amersfoort

ambachtelijke, klinische oog van de professional?

'Je kunt professioneel handelen alleen verbeteren, als je weet waar je staat. Registraties bieden de noodzakelijke spiegelinformatie. Bedenk daarbij wel dat dokters al van alles registreren: namelijk alles wat ze opschrijven in het patiëntendossier. Zeker, de anamnese is geen ja-nee-verhaal. Maar veel dingen uit de anamnese en in follow-upgegevens zijn dat wel. Je zou dus aan de bron moeten registreren, en niet nog eens apart gegevens moeten invoeren in de computer. Die registraties kun je dan vervolgens aggregeren en terugkoppelen, zonder of met bijna geen extra administratieve last.'

Het visiedocument bevat ook een pleidooi voor 'een holistische benadering' van de patiënt met het idee van 'positieve gezondheid' als uitgangspunt. Wat houdt dat in?

'Niet alles waar je last van hebt, is een ziekte; niet alles waar je hinder van hebt, behoeft genezen te worden. Hoe ga je om met de beperkingen die je hebt? Hoe vind je daar kracht in? Dat is positieve gezondheid. Holistisch in de medisch-specialistische zorg klinkt op het eerste gezicht tegenstrijdig. Maar het kan wel. Het betekent: met de patiënt bespreken wat zijn beperkingen in zijn leven teweegbrengen en wat het hem waard is daar wat aan te doen. Dat is al heel anders dan bijvoorbeeld zeggen: "De inspanningstest was afwijkend dus u moet gedotterd worden." Hoe gespecialiseerd je ook bent, die vraag is generiek en kan altijd gesteld worden. Ik denk dat dokters, dankzij de competentiegerichtte opleiding, hier steeds meer aandacht voor krijgen. De kunst is wel om dat vast te houden. Het is zeker nog geen gegeven voor alle dokters. En ook patiënten moeten wennen aan die nieuwe rol.'

Het kost bovendien tijd en capaciteit – en beide zijn schaars.

'Ja, dat gesprek kost meer tijd. Maar mogelijk bespaar je daardoor tijd op andere handelingen. Ik geef toe: die besparing komt niet altijd bij dezelfde professional terecht. Als een patiënt na een lang gesprek afziet van een operatie hoeft dat

niet jouw tijdswinst te zijn. Maar we werken in teams. We krijgen ondersteuning van verpleegkundig specialisten die dat gesprek ook goed kunnen voeren. We gaan steeds meer werken in netwerken van professionals: we schuiven patiënten niet door van de ene arts naar andere, maar we werken samen. Je ziet nu al specialisten die vaker in de eerste lijn komen, en huisartsen bij mdo-besprekingen in het ziekenhuis.'

We moeten een deel van het zorgbudget ook aanwenden voor preventie, zeggen sommige politieke partijen. Daar ziet het visiedocument ook een rol voor de specialist. Welke?

'Eerst dit: besef dat er ook mensen zijn die "gewoon" ziek zijn, en ziek zijn is geen keuze. Wat preventie betreft moet ook de medisch specialist de patiënt wijzen op risicofactoren. Ik bedoel: de huisarts kan een patiënt met knieklachten wijzen op diens overgewicht. Als vervolgens de orthopeed een knieprothese plaatst maar het overgewicht onbesproken laat, dan is dat een gemiste kans.' ■

CONGRES

Op dinsdag 14 maart vindt in Den Bosch het eerste grote Federatiecongres plaats. Diverse sprekers zullen reageren op de toekomstvisie: 'Medisch Specialist 2025', en er komt antwoord op vragen als: hoe geven medisch specialisten in de praktijk invulling aan deze visie? En: wat doen ze in 2025 anders, wat blijven ze doen, en wat doen ze niet meer? Meer info via: demedischspecialist.nl/congres2025.

web

Meer informatie vindt u onder dit artikel op medischcontact.nl.