



voor opleiders in de zorg



SCHERPERE BLIK OP PALLIATIEVE ZORG

Sterven
als deel
van het
leven

Stelling #1

Medisch specialisten
staan in de behandelstand

dubbelinterview

WOUTER BOS/PAULINE MEURS

Nummer 20
juli
2018

11
X

PO

Professionele ontwikkeling
is het thema van het
NVMO-congres 2018

uitgave
van het instituut
voor onderwijs
& opleiden

VUmc

INHOUDS- OPGAVEN

nummer 20
juli 2018

06

Stelling #1

Medisch specialisten staan in de 'behandelstand'

Hoe kun je artsen in een andere 'stand' krijgen?

- Lastig. Je wordt tot dokter opgeleid om mensen te genezen
- Maak de wensen van de patiënt leidend

8

Stelling #3

Zorg is passend als de patiënt het zo wenst

Hoe definieer je passende zorg?

- Passende zorg schuift mee met veranderingen in de ziekte
- Passend is als het curatieve en het palliatieve stuk naadloos in elkaar overgaan

BONUS- VRAGEN

Blijven er na de fusie tussen AMC en VUmc twee aparte geneeskundeopleidingen bestaan? En hoe zit het met de medisch ondersteunende en verpleegkundige (vervolg-) opleidingen van VUmc?

p.10

Wat doe je in conflictsituaties? Hoe onderhandel je bij ingewikkelde problemen? Hoe reageer je op een boze, agressieve patiënt? Vind antwoorden in *De ALLES-ARTS*.

p.11

Trainingsprogramma TeAMS werkt aan versterking van de niet-technische vaardigheden van de medisch specialist. Waar ligt de focus?

p.11

14

Hoofdverhaal

Een scherpere blik op palliatieve zorg

De palliatieve zorg in Nederland staat op een hoog peil. Toch valt er nog heel wat te leren en verbeteren. Wat kunnen behandelaars beter doen?

- Praten met de patiënt (en diens omgeving). Over de onomkeerbaarheid van het naderend einde én over tijdig stoppen met behandelen
- Voorkomen dat mensen struikelen in het web van oneindige mogelijkheden aan experimentele therapie

22

Dubbelinterview

Goed leiderschap volgens Wouter Bos en Pauline Meurs

Hoe stuur je een grote zorginstelling aan in tijden van financiële en personele problemen?

- Aansturing vraagt analytisch vermogen, lef, geduld, openheid en gezamenlijke kennis en ervaring
- Niet kiezen voor makkelijke oplossingen. Wees bereid er samen naar te kijken
- Leiders moeten standpunten durven formuleren die pijn doen



35

Gezocht: rolmodellen!

Goed onderwijs speelt in op wat studenten nodig hebben. Geeft ze ruimte om hun stem te laten horen en handvatten om hun eigen plek binnen het onderwijs te vinden. Diversiteit is daarbij essentieel. Maar hoe staat het met de rolmodellen?

- Die zijn er niet: docenten en patiënten zijn blanke mannen van achterin de veertig
- We werken aan verbetering: het curriculum sluit steeds beter aan bij de hedendaagse samenleving

38

Met geneeskunde de mensheid redden. Of?

Alle mensen gaan nu eenmaal een keer dood. Daar moet je als ziekenhuis veel meer op inspelen, stelt Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde en filosoof.

- De hospicebeweging is het summum van palliatieve zorg: voor goede stervenszorg moet je uit het ziekenhuis zien weg te komen
- In plaats van naar goede stervenszorg te streven, focussen opleidingen op nieuwigheden als *transcranial magnetic stimulation*, *minimally invasive surgery*, *neuro-imaging* en CRISPR-technieken

40

Baas over eigen levenseinde

Wat is goede palliatieve zorg?

- Het antwoord vind je in het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland dat eind 2017 verscheen. Die richtlijn is onze leidraad voor het verbeteren van de palliatieve zorg in Nederland
- Maak onderscheid in de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van palliatieve zorg: zoek daar de beste manier van handelen

42

Keynote

Gouden combinatie van techniek en toekomst

Wat is volgens masterstudenten de belangrijkste uitvinding in hun vak?

- Een robot die in de patiënt zit, op afstand bestuurd door de chirurg
- Zorg op afstand via een monitor en videogesprekken
- Virtueel operaties oefenen in het VR-trainingscentrum
- Tablets in standaarduitrusting van artsen

46

12 x professionele ontwikkeling

Wat moet je weten over professionele ontwikkeling en wat betekent het voor de opleidingen?

- Professionaliteit is hét kenmerk van een arts die goed kan communiceren, reflecteren en organiseren, en die verantwoordelijkheid neemt voor het eigen handelen
- Professionele ontwikkeling gaat over de ontwikkeling van een identiteit die past bij een dokter

COLOFON

IO staat voor 'in opleiding' en is een uitgave van het Instituut voor onderwijs en opleiden van VUmc en verschijnt 2x per jaar.

Hoofdredacteur: Margreeth van der Meijde

Eindredacteur: Marre Roozen (io@vumc.nl)

Eindredactie en correctie: Petra ter Veer

Bladconcept: Maters & Hermsen

Art direction en vormgeving:

Jelle Hoogendam

Artikelen: Willy Francissen, Liesbeth Kuipers, Maureen Land, Marianne Meijerink, Wilma Mik, Caroline Togni, Petra ter Veer, Larissa Velkers

Beeld: Jelle Hoogendam, Hollandse Hoogte, Peter de Krom, Mats van Soolingen, Milan Vermeulen, Maarten Willemstein

Coverbeeld: Hollandse Hoogte

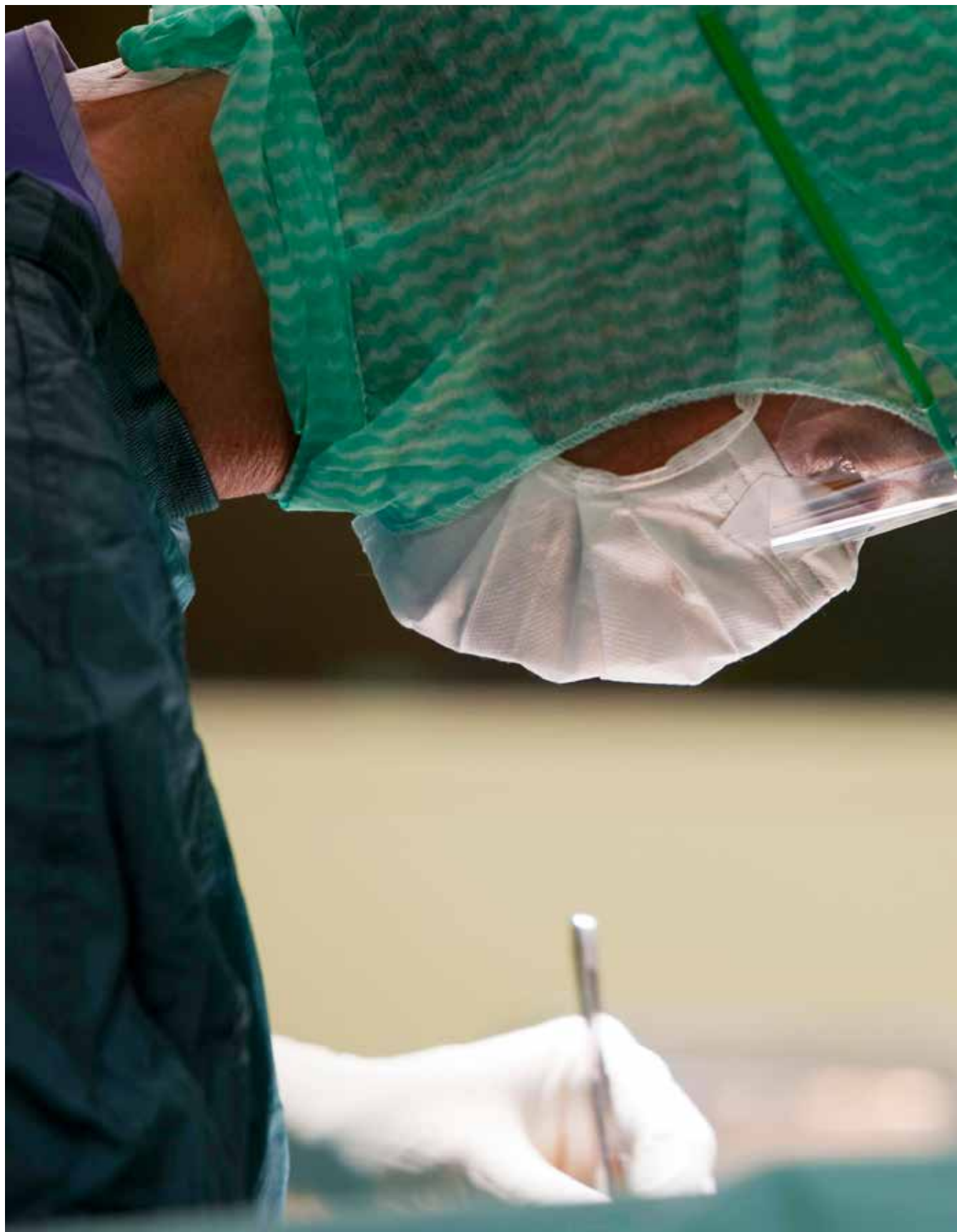
Drukwerk: Boom+Verweij

Redactieadres: VUmc, dienst communicatie, PK4Z 190, Postbus 7057, 1007 MB Amsterdam

Oplage: 3.000 exemplaren

Gratis abonnement: io@vumc.nl

©2018 alle rechten voorbehouden





stelling #1

Medisch specialisten staan in de 'behandelstand'.

We moeten wat doen, we moeten beter maken. Je wordt tot dokter opgeleid om mensen te genezen. Het is soms moeilijk om te accepteren dat het genoeg is geweest, en dat met alle betrokkenen te bespreken. Menig patiënt zegt dan: "U doet niets meer voor mij."





stelling #2

**'We kunnen
niets meer voor
u doen' is een
loze boodschap.**

Als genezing niet meer mogelijk is, kun je er wél voor zorgen dat de rest van het leven zo aangenaam mogelijk zal zijn. Een zo hoog mogelijke kwaliteit van leven, zonder zware en belastende behandelingen.

stelling #3

Zorg is passend als de patiënt het zo wenst.

Wensen en behoeften veranderen.
Ze schuiven mee met veranderingen in
de ziekte en in de waarde die mensen
aan het leven hechten. Passend is als
het curatieve en het palliatieve stuk
naadloos in elkaar overgaan.





VUmc nieuws

FUSIE VUmc-AMC

Grootste UMC van Nederland

Op 7 juni tekenden Wouter Bos en Hans Romeijn, bestuursleden van AMC en VUmc de bestuurlijke fusie. En daarmee is een van de grootste UMC's van Europa, gevestigd in Amsterdam – Amsterdam UMC – een feit. Beide locaties blijven bestaan. Er zal geschoven worden waardoor zorg ofwel aan de Boelelaan (voormalig VUmc) ofwel aan de Meibergdreef (voormalig AMC) wordt aangeboden. Voor onderwijs en opleiden biedt de fusie de mogelijkheid om medisch onderwijs op een nóg hoger niveau aan te bieden vanwege de uitbreiding van kennis en netwerk. Er blijven twee aparte geneeskunde-opleidingen bestaan. Medisch ondersteunende en verpleegkundige (vervolg)opleidingen worden nog steeds alleen door VUmc aangeboden.

VERHUISD

Alle medisch onderwijs onder één dak

Studenten, cursisten en medewerkers van VUmc Academie en VUmc Amstel Academie verhuizen na 12 jaar onderwijs in het OZW-gebouw naar de Medische Faculteit aan de Van der Boechorststraat in Amsterdam. Vanaf 1 september 2018 wordt al het onderwijs aangeboden vanuit een gebouw dat ingrijpend is verbouwd, zodat het voldoet aan de normen voor hedendaags onderwijs. Op de eerste en tweede etage van de Medische Faculteit komen leslokalen, praktijklokalen en zelfstudieplekken voor studenten. Alle onderdelen van het Instituut voor onderwijs en opleiden zijn met ingang van het schooljaar 2018/2019 dus gehuisvest in hetzelfde gebouw.

Voor meer informatie
vumc.nl/onderwijs-verhuisd

EXPERTISE

Flip the classroom

Veel traditionele werkvormen in gezondheidszorgopleidingen richten zich doorgaans op individuele cognitieve processen als onthouden en begrijpen. VUmc Academie heeft zich bekwaamd in flip the classroom-concepten die zich juist richten op toepassing en verankering van het geleerde en op communicatie en peer learning, zoals in Team Based Learning. Ook inzet van serious gaming en inrichting van sociale kennis- en leerplatforms in ontwikkeltrajecten behoren tot de expertise van VUmc Academie.



KWALITEIT

TeAMS

TeAMS is een programma van trainingen en evaluaties voor multidisciplinaire teams. Het doel is versterking van de niet-technische vaardigheden van de medisch specialist. De focus ligt op samenwerking, communicatie en (zelf)reflectie. Er worden drie typen trainingen gegeven: de MDO-training (het verbeteren van de werkwijze in een multidisciplinair overleg), de SIM-training (het in gesimuleerde situaties trainen van acute situaties) en de CST-training (leren effectiever te communiceren in complexe samenwerkingssituaties). De trainingen zijn in eerste instantie ontwikkeld voor teams binnen VUmc, maar we hebben al verzoeken ontvangen van andere zorginstellingen om onze deskundigheid te delen!
vumc.nl/onderwijs

SOCIAL

Virtueel meelopen met...

Tijdens de bachelordagen geven geneeskundestudenten als 'ervaringsdeskundigen' voorlichting aan scholieren. Omdat de rondes enorm populair zijn en snel vol zitten, is er dit collegejaar gestart met de inzet van sociale media. In november namen Dina (20 jaar, tweedejaars), Floor (19 jaar, eerstejaars) en Yasmine (21 jaar, vierdejaars) twee weken lang het Instagram-account van VUmc School of Medical Sciences over en vertelden via dit kanaal alles over hun studie en het studentenleven aan studenten in spé. De actie bleek erg aan te slaan bij de scholieren en wordt daarom eind dit jaar herhaald.

TRAJECT

Zorgadministratie

VUmc Academie doet het op nationaal niveau uitstekend met de opleidingen tot Zorgadministrateur A en B. Uit de twee basisopleidingen ontstaan ook vervolgvragen, die worden uitgewerkt in bij- en nascholingen. In februari 2018 startte in samenwerking met het Platform Horizontaal Toezicht een nieuw en vooruitstrevend opleidingstraject.

BOEK

De Alles-Arts

Wat doe je in conflictsituaties? Hoe onderhandel je bij ingewikkelde problemen? Hoe reageer je op een boze, agressieve patiënt? Het boek *De ALLES-ARTS* geeft antwoord op deze en andere vragen en refereert hiermee aan de veranderende aard van de patiëntenzorg en de bredere eisen die worden gesteld aan moderne artsen. *De ALLES-ARTS* is een handleiding voor effectieve communicatie met andere specialisten, opleiders, verpleegkundigen, managers, patiënten en hun familie in de moeilijke en complexe situaties die je als arts dagelijks tegenkomt. Het is een boek voor iedereen die wil begrijpen wat het werk van (ziekenhuis)artsen in de praktijk mooi en betekenisvol, maar ook ingewikkeld en veeleisend maakt. Auteurs: Martijn van der Kuip, Klaas-Jan Nauta, Annemiek Nooteboom en Marceline Tutu van Furth.

PRIJS

Nijbakker-Morra Prijs

Jisce Puik en Emil Kelling hebben op 21 februari de aanmoedigingsprijs van de Nijbakker-Morra Stichting ontvangen. Elk jaar wordt deze prijs uitgereikt aan twee of drie veelbelovende studenten die wetenschappelijk onderzoek naar kanker hebben gedaan. Jisce Puik rondde vorig jaar het Honours Programme af met haar wetenschappelijke stage, waarin ze onderzoek deed naar het gebruik van microRNAs als biomarkers voor specifieke tumoren. Emil Kelling deed in Indonesië onderzoek naar de invoering van een nieuw verplicht verzekeringssysteem en de effecten daarvan op de behandelingsresultaten bij kinderen met kanker. Hij zet zijn onderzoek voort en gaat daarnaast in opleiding tot tropenarts.

PLATFORM

MOOS

MOOS is een mobiel online kennis- en sociaal leerplatform dat het leren op de werkplek digitaal ondersteunt. Het platform is ontwikkeld door VUmc Academie en kan door elke zorgprofessional en elk team worden gebruikt om het samenwerkend leren op de werkplek en het behandelen van specifieke leer-werkvraagstukken vorm te geven. In het digitale magazine van VUmc Academie lees je meer over MOOS:
vumc-2.instantmagazine.com/vumc-academie/1#!/samenwerkend-leren.



Opleidingen nieuws

Palliatieve zorg

Word je als verpleegkundige regelmatig geconfronteerd met patiënten die een levensbedreigende aandoening hebben? En twijfel je soms hoe je in de laatste levensfase moet handelen of hoe je inspeelt op de wensen van de patiënt? In deze praktijkgerichte cursus (ontwikkeld samen met de Netwerken Palliatieve Zorg Noord-Holland en Flevoland) leer je via de werk- en denkmethode 'palliatieve besluitvorming' op een systematische manier te reageren op wat zich voordoet.

vumc.nl/onderwijs

Opleiding Horizontaal Toezicht Zorg

Horizontaal Toezicht Zorg is een revolutionair samenwerkingsverband tussen de zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Doel is het wederzijds begrip en vertrouwen te versterken wat betreft de rechtmatigheid van de zorguitgaven. De samenwerking gaat een structureel onderdeel worden van de ziekenhuiszorg, zodat alle activiteiten rond registratie en declaratie zo effectief en efficiënt mogelijk verlopen. Zie ook het artikel op pagina 27 e.v.

horizontaaltoezichtzorg.nl

Diabetesverpleegkundige

De groep diabetespatiënten groeit. Bovendien heeft de gemiddelde diabetespatiënt veel verschillende aandoeningen. Des te belangrijker dat een diabetesverpleegkundige de zorgvraag goed beoordeelt, vooral als zich een combinatie voordoet van fysieke klachten en psychische, functionele en sociale problematiek. In de opleiding tot diabetesverpleegkundige wordt veel casuïstiek uit de dagelijkse beroepspraktijk gebruikt. De lesstof bestaat uit hoor- en werkcolleges, simulatietrainingen en e-learningprogramma's.

vumc.nl/onderwijs

Masteropleiding Critical Care

In september 2018 gaat de nieuwe masteropleiding Critical Care voor hbo-verpleegkundigen van start: een sterk praktijkgerichte opleiding met een stevig theoretisch fundament, ontwikkeld door de Hogeschool van Amsterdam (HvA) in nauwe samenwerking met VUmc Amstel Academie. Ambitieuze hbo-verpleegkundigen die werkzaam zijn in de acute zorg krijgen hiermee de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen 'aan het bed'.

vumc.nl/onderwijs

BIG-herregistratie

Basisartsen die vijf jaar geleden hun geneeskundediploma hebben behaald, moeten zich herregistreren in het BIG-register. Alleen artsen die hierin geregistreerd staan, mogen namelijk de beroepstitel voeren. Wie toch geregistreerd wil blijven, maar niet kan voldoen aan de werkervaringseis die voor herregistratie geldt, kan het scholings- en toetsprogramma volgen. scholingbigherregistratiebasisartsen.nl/



Hoofd- redactioneel



Wim Polderman,
directeur
VUmc Academie
en VUmc Amstel
Academie

Een de

ik trof hem...

...die ochtend in zijn kamerjas aan in de koffiekamer van de verpleging. Voor zich uit starend met een half leeg kopje koffie voor zich. Geen idee wat achter hem lag en ook geen beeld van wat er komen zou. Toen hij mij zag, kwam er een sprankje van herkenning in zijn ogen en tegelijkertijd een opwellende traan, waarvan hij de oorsprong niet wist...

Hij was gevallen, mijn vader, en de krantenjongen had hem gevonden in de half open voordeur van zijn woning. Grote open wond aan zijn hoofd en veel blauwe plekken, maar geen breuken. Opgenomen in het ziekenhuis werd het al snel complexer.

Als 84-jarig hartpatiënt met gevorderde dementie, een delier door de val en vocht achter de longen, kreeg hij plaspillen en een blaaskatheter. Tegelijkertijd kreeg hij een infuus om uitdroging te voorkomen. Omdat hij onrustig sliep en hij deze katheter al twee keer losgetrokken had, werd hij 's nachts met een Zweedse band gefixeerd in bed. Dat leidde weer tot paniek bij mijn vader en ontsteltenis bij de familie. De Zweedse band werd verwijderd en mijn vader mocht op de gang rondlopen... daarom trof ik hem in de koffiekamer die ochtend.

Iedereen in het ziekenhuis was zorgzaam, aardig en patiëntgericht, maar er leek geen beleid te zijn hoe om te gaan met deze palliatieve patiënt. Iedereen snapte dat hij in al zijn multimorbiditeit hier niet was om te genezen en toch leek alles daar wel op gericht. Hoe zorgen we dat die wond geneest? Hoe krijgen we het vocht achter de longen weg? Hoe krijgen we deze patiënt het dure ziekenhuisbed weer uit? Waar ligt de grens tussen een voorbijgaande delier en een blijvende, gevorderde dementie? Met het verstrijken van de tijd kwamen er eigenlijk alleen maar – vooral medische – vragen bij. Niemand had het over *advance care planning* of iets dergelijks.

Zonder dat de niet gestelde *surprise question* iemand verpast zou hebben, verschoof de patiënt intussen naar de laatste palliatieve fase, de terminale. Na bijna drie maanden in het ziekenhuis overleed hij, een dag voordat hij naar het hospice zou gaan.

Het kan natuurlijk zijn dat u mij nu schaart in het rijtje klagers over de zorg. Dat is niet de bedoeling. De medewerkers van het ziekenhuis waren betrokken en bekwaam, maar ze hadden acht jaar geleden geen weet van de paradigmashift die gaande is: er is ook zorg die niet meer gericht is op genezing maar op kwaliteit van leven, palliatieve zorg! Palliatieve zorg is 'totale zorg' gericht op lichamelijke, psychische, sociale en spirituele veranderingen voor palliatieve patiënten én naasten. Daarnaast is het generieke zorg, iedere werker in de zorg heeft ermee te maken.

En hoewel er sprake is van een *incrowd* voor wie dit allemaal al heel erg oud nieuws is, staan we nog maar aan het begin van die verandering. Een verandering die begint met 'kennis'. En kennis is er genoeg, getuige ook de bijdragen van de experts die in deze uitgave van IO Magazine aan het woord komen. Het gaat er nu om deze kennis te vertalen naar de werkvloer, door het bij- en nascholen van (alle) zorgverleners op alle niveaus in iedere context én het verplicht opnemen van palliatieve zorg in de curricula van het zorgonderwijs van mbo tot wo. Dat betekent werk aan de winkel voor de zorgopleidingsinstituten en wel nu!

.... die ochtend vertelde mijn vader over de prachtige cruise op de Middellandse zee die hij gemaakt had. En hoewel hij, bij een Rijnreisje, nooit verder gekomen was dan Basel, zag ik met hem de witte huisjes aan mediterrane kusten, proefde het zilte water en rook de prachtige bloemen. En hij viel rustig in slaap.






reis over Middellandse zee



.00

Scherpere blik op palliatieve zorg

In 2014 stelde het ministerie voor Welzijn, Volksgezondheid en Sport ruim 50 miljoen euro beschikbaar voor het Nationaal Programma Palliatieve Zorg (NPPZ). Doel is vóór 2020 de zorg voor ongeneeslijk zieken op een hoger niveau te brengen. Hoe staat het er nu voor? Een overzicht aan de hand van persoonlijke visies.

				
<p>Clémence Ross-van Dorp, bestuursvoorzitter van Agora, het landelijk ondersteuningspunt palliatieve zorg, en voormalig staatssecretaris van VWS.</p>	<p>Sander de Hosson, longarts, columnist op Agora.nl en auteur van <i>Slotcouplet</i>, ervaringen van een longarts.</p>	<p>Bregje Onwuteaka-Philipsen, hoogleraar levensende-onderzoek aan de VU.</p>	<p>Marian Adriaansen, lector aan de HAN, hoofdredacteur van het Tijdschrift voor Verpleegkunde en gepromoveerd op onderwijs in de palliatieve zorg.</p>	<p>Esmé Wiegman-van Meppelen Scheppink, directeur van de Coöperatie Palliatieve Zorg Nederland. Voorheen zorgmanager, Tweede Kamerlid en directeur van de Nederlandse Patiëntenvereniging.</p>

DE FEITEN

18,4 mln.

In 2060 telt Nederland ca. 18,4 miljoen inwoners (nu ruim 17,2 miljoen). Dit is een groei van ca. 1.200.000 (prognose CBS).

26%

Dubbele vergrijzing

Het aandeel 65-plussers groeit van 18 procent van de bevolking in 2017 naar 26 procent vanaf 2040. Hun levensverwachting neemt toe: een steeds groter deel is 80 jaar of ouder (prognose CBS).

28%

Migratie-achtergrond

Onder ouderen stijgt het aandeel met een migratieachtergrond. In 2017 heeft 14 procent van de 65-plussers een migratieachtergrond; in 2060 is dat naar verwachting 28 procent (prognose CBS).



De Nederlandse bevolking groeit en verandert van samenstelling. Volgens de laatste prognose van het CBS heeft Nederland in 2060 maar liefst 18,4 miljoen inwoners. De verwachte toename komt vooral door immigratie en doordat mensen ouder worden. Deze demografische veranderingen hebben grote gevolgen voor de zorg. Vooral de ‘dubbele vergrijzing’ zal ongelofelijk veel impact hebben: er zijn straks niet alleen veel méér ouderen, maar ze leven ook langer. Bovendien neemt het aantal mensen met comorbiditeit en dementie drastisch toe. Daar komt nog bij dat ouderen in de toekomst vaker alleen zullen wonen, wat hun kwetsbaarheid vergroot.

Andere accenten nodig

Dit alles vraagt om andere accenten in de zorg. Niet alleen genezen, maar vooral zorgen voor ongeneeslijk zieken. Het werk van artsen zal zich ook vaker binnen de leefomgeving van patiënten gaan afspelen en in samenwerking met andere professionals op medisch, psychisch, spiritueel en maat-

schappelijk gebied. Met dit alles in het vooruitzicht, wordt er al enige jaren hard gewerkt aan het verbeteren van de kwaliteit, organisatie en kennis binnen het terrein van de palliatieve zorg. De vraag blijft: in hoeverre zijn we voorbereid op wat ons te wachten staat? Zijn professionals voldoende toegerust om specifieke patiëntengroepen bij te staan? We vroegen een aantal deskundigen om hun mening (zie pag. 15).

Van papier naar praktijk

“De palliatieve zorg in Nederland staat op een hoog peil in vergelijking met het buitenland”, stelt Clémence Ross-van Dorp. “Toch valt er nog heel wat te leren en verbeteren. Het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland is daarvoor van groot belang en wordt door alle betrokken partijen in de zorg onderschreven.”

Ook Esmé Wiegman-van Meppelen Schepink vindt dat de huidige nationale projecten op het vlak van kwaliteitsverbetering en standaardisering al een enorme dynamiek hebben losgemaakt. “Door de gefaseerde aanpak, met steeds weer nieuwe opdrachten, kunnen we voortbouwen op nieuwe

**Paliatieve
zorg richt
zich op 4
aspecten**

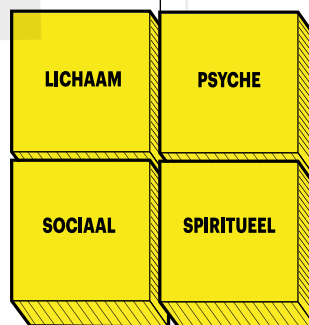
inzichten. Van meet af aan is aangestuurd op dwarsverbanden tussen onderzoek, onderwijs en de zorgpraktijk. Zo zijn consortia ontstaan, die anders in elkaar zitten dan de oude, vertrouwde clubjes. We hoeven inmiddels ook niet meer eindeloos te praten over wat we waaronder verstaan, daarover is consensus. Maar nu komt het aan op borgen, doorontwikkelen, het kader stap voor stap toepassen en pilots uitvoeren. Kortom, we moeten van papier naar praktijk.”

Bewustwording en tijdige planning

Volgens Sander de Hosson betekent topzorg vooral: praten met de patiënt. “Niet alleen over de onomkeerbaarheid van het naderende einde. Maar ook over het tijdig stoppen met behandelen. Of over het voorkomen dat mensen blijven struikelen in het web van oneindige mogelijkheden aan experimentele therapie.”

Bregje Onwuteaka-Philipsen sluit hierbij aan. “*Advance care planning* is essentieel: tijdig nadenken over eindigheid. Langzamerhand durven steeds meer zorgprofessionals dit te bespreken met patiënten. Uit onderzoek blijkt ook dat patiënten hier best graag over praten. Toch is de planning vaak moeilijk. We weten bijvoorbeeld veel van het ziekteverloop bij kanker, maar kunnen lang niet altijd goed voorspellen wanneer het plotseling slechter gaat met iemand. Aan de ontwikkeling van zulke kennis moeten we nog werken.”

Ze onderstreept dat aandacht voor het patiëntperspectief belangrijk is, maar dat bewustwording bij de zorgverleners zelf ook hoge prioriteit heeft. “Alle zorgverleners moeten voldoende basiskennis hebben van



DOEL:
VERLICHTEN EN
BESTRIJDEN VAN
SYMPTOMEN

ZOALS:
VERMOEIDHEID,
VERWARRING, JEUK,
PIJN, ANGST, VERDRIET,
BEWEGINGSPROBLE-
MEN, BENAUWDHEID

**‘Verpleegkundigen
zien het als hun
patiënten langzaam
achteruitgaan’**

Marian Adriaansen

Wat is palliatieve zorg?

Palliatieve zorg wordt vaak begrepen als terminale zorg, zorg rondom het levenseinde. Maar het omvat meer. Kenmerkend is dat genezen niet het doel is, maar dat alles in het werk wordt gesteld om het welbevinden van de ongeneeslijk zieke patiënt en diens naasten te maximaliseren. Terminale zorg heeft betrekking op de laatste fase van de palliatieve zorg. Palliatieve sedatie, het verlichten van het sterven met behulp van medicijnen, kan daar een

onderdeel van zijn. De WHO definieert palliatieve zorg als volgt: een benadering die de kwaliteit van het leven verbetert van patiënten en hun naasten die te maken hebben met een levensbedreigende aandoening, door het voorkomen en verlichten van lijden, door middel van vroegtijdige signalering en zorgvuldige beoordeling en behandeling van pijn en andere problemen van lichamelijke, psychosociale en spirituele aard.

N H D

8 48

DE FEITEN

5000
tot
7000

Kinderen

Jaarlijks zijn 5000-7000 Nederlandse kinderen ongeneeslijk ziek. (bron: Stichting Fibula).

30.000

Dak- en thuislozen

Nederland telt naar schatting 30.000 geregistreerde dak- en thuislozen. Hun levensverwachting is veel korter dan gemiddeld: 11 jaar (vrouwen), 16 jaar (mannen). (bron: Nivel)
Ruim 30% van de daklozen heeft een verstandelijke beperking die vaak niet onderkend wordt.
Ruim 40% van de daklozen heeft zowel ernstige lichamelijke als psychische problemen. (bron: straatdokter.nl)

270.000

Dementerenden

Nederland telt ca. 270.000 dementerenden. Het aantal mensen met dementie zal als gevolg van de vergrijzing in de toekomst explosief stijgen naar meer dan een half miljoen in 2040. In 2055 bereikt het aantal mensen met dementie een piek van ruim 690.000. (bron: Alzheimer Nederland)

V R

6-3 36

H S C

5 30

Z S H

4 24

K D C

3-16 18

N S O

2-5 15

V K C

2 12

R O V Z

1-6 9

S C H N

1-26 7.5

O Z N R K

← 1.0 6

C V O H D

0-79 4.8

S R Z N O

0-63 3.8

O K D V C

palliatieve zorg en zich realiseren dat het een andere manier van denken is, waar je anderen bij nodig hebt. Pas als je dat hebt bereikt, kun je het ook goed gaan organiseren.”

Leefwereld van de patiënt

Bewustwording houdt ook in dat zorgverleners beseffen hoe brééd palliatieve zorg is. Het gaat niet alleen om pijnstilling, het voeren van slechtnieuwsgesprekken of kijken wat er mogelijk is om het lijden te verlichten. Wat vooral telt, is de vraag: wat is er voor de terminaal zieke patiënt nog van waarde in het leven? Ross-van Dorp: “Je bent als patiënt immers meer dan je ziekte. En palliatieve zorg staat kortweg voor ‘léven tot het einde’. Bij die leefwereld van mensen moeten zorginstellingen dus meer aansluiting zoeken. Dat wil zeggen dat je ook in verpleeghuizen en binnen de thuiszorg palliatieve zorg op maat levert. Dat gebeurt nog lang niet altijd. De zorg, het welzijn en de overheid zijn zich nog onvoldoende bewust van het feit dat zij een bijdrage kunnen en moeten leveren als mensen in hun laatste levensfase verkeren.”

Bespreekbaar maken hoe het levenseinde eruitziet, is belangrijk, omdat iedereen zijn of haar eigen wensen heeft rond het sterven. “Goed afscheid nemen heeft voor elk mens een andere betekenis”, zegt Marian Adriaansen. “Je moet dus ontdekken welke betekenis waardevol is voor die ene patiënt en daarbij aansluiten. Dit is voor verpleegkundigen vaak veel gemakkelijker dan voor artsen, die vooral gericht zijn op behandelen en beter maken. Verpleegkundigen hebben veel te maken met chronisch zieken en mensen met dementie en ze zien het onder hun handen en ogen gebeuren als hun patiënten langzaam achteruitgaan.”

De Hosson vult aan: “Als ik een geestelijk verzorger aan het werk zie, intrigeert het contrast met de medische benadering me. Een geestelijk verzorger blijft niet staan, maar gaat zitten. Hij of zij benut de tijd vooral door te luisteren. Geen vragenvuur. Vaak ook stilte. Het bijwonen van een dergelijk bezoek zou eigenlijk voor elke co- en arts-assistent een verplicht onderdeel moeten zijn in de opleiding. Want je ziet dat patiën-

‘Patiënten willen wel over hun eigen sterven praten’

Bregje Onwuteaka-Philipsen

Over het NPPZ en het Kwaliteitskader

Het Nationaal Programma Palliatieve Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport wordt uitgevoerd onder de titel ‘Palliantie. Meer dan zorg’. Het doel is verbetering van de kwaliteit, het wegnemen van financiële en organisatorische drempels, het bijdragen aan bewustwording en kennis bij de burger en professionals, en ondersteuning van mantel-

zorgers en vrijwilligers. De overheid zelf, ZonMw en zeven consortia voeren het programma uit. In dit verband is in het najaar van 2017 ook het Kwaliteitskader Palliatieve Zorg verschenen, dat standaarden bevat voor zorgverleners en aanbevelingen geeft voor onderwijs, verzekeraars en onderzoek (zie voor meer informatie het artikel op pagina 32-33).

ten en vooral ook naasten veel behoefte hebben aan dat soort contact: een praatje, een schouder, een luisterend oor.”

Wiegman-van Meppelen Scheppink merkt op dat ook patiënten zelf nog een slag moeten maken in hun bewustwording rond het levenseinde. “Niet iedereen denkt erover na hoe dat eruit zou moeten zien of kent de mogelijkheden. Mensen weten vaak beter wat euthanasie is dan wat palliatieve zorg inhoudt.”

Complexe doelgroepen

Iedereen lijkt het erover eens: er wordt nu al goede palliatieve zorg geleverd, maar de kennis, de houding, het bewustzijn en de faciliteiten die nodig zijn om de zorg naar een hoger plan te tillen, ontbreken vaak nog. Dat hogere plan is extra belangrijk bij complexe en daardoor vaak ongrijpbare doelgroepen. Denk aan dak- en thuislozen. Zij hebben een lage levensverwachting en de zorg voor hen is meervoudig vanwege het samenvallen van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Stel dat iemand in de zestig is, al jaren over straat zwerft, langdurig middelen heeft gebruikt, aan schizofrenie lijdt en ernstige lichamelijke klachten heeft. Dan komt diegene sowieso niet snel in

Kenniscentra, platforms en steunpunten

- **Agora**, wil eindigheid een plek geven in het leven van mensen en bijdragen aan een betere kwaliteit van leven tot het einde: agora.nl
- **Expertisecentra Palliatieve Zorg (EPZ)**, kenniscentra verbonden aan alle acht umc's
- **Netwerken palliatieve zorg**, samenwerkingsverband van zorgaanbieders in 66 Nederlandse netwerkregio's: netwerkpalliatievezorg.nl
- **NIVEL**, het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg, initiatiefnemer van een handreiking met casuïstiek in de wereld van dak- en thuislozen en adviezen voor zorgverleners, nivel.nl
- **Palliactief**, multidisciplinaire beroepsvereniging voor professionals: palliactief.nl
- **Pallialine.nl**, website van het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) met richtlijnen voor professionals
- **PaTz**, palliatieve thuiszorg: patz.nu
- **Pharos**, expertisecentrum gezondheidsverschillen, geeft voorlichting over palliatieve zorg bij niet-westerse allochtonen: pharos.nl
- **Stichting voorlichting Palliatieve Zorg**, voor burgers en professionals: palliatievezorg.nl
- **Stichting Fibula**, landelijke coördinatie regionale netwerken palliatieve zorg: fibula.nl
- **Stichting PAL**, kenniscentrum voor kinderpalliatieve zorg: kinderpalliatief.nl
- **Stichting Sterven op je Eigen Manier (STEM)**, opgericht door medisch professionals wil sterven een volwaardige plaats in het leven geven: stichtingstem.info
- **VPTZ**, koepelorganisatie vrijwilligers palliatieve terminale zorg: VPTZ.nl

beeld bij zorgverleners. Bovendien is het vanwege de vaak moeizame communicatie of een andere pijnbeleving heel lastig om vast te stellen of en wanneer de palliatieve fase is aangebroken.

Ook niet-westerse migranten zijn een geval apart, vanwege de cultuurverschillen. Praten over de laatste levensfase en de dood is in veel culturen taboe. Ook zijn er vaak afwijkende ideeën over de rol van zorgverleners en medicijngebruik en is men onbekend met palliatieve sedatie en euthanasie. Thuiszorg in de terminale fase bereikt deze mensen vaak nauwelijks. Ook bij deze groep is goede voorlichting dus halszaak.

Tot slot zijn er de ongeneeslijk kinderen,

waarbij de palliatieve zorg voor het hele gezin van groot belang is. Veel ernstig zieke kinderen wonen immers thuis en gaan naar school. Gelukkig wordt er op dit vlak al veel gedaan. In academische ziekenhuizen zijn multidisciplinaire kinderpalliatieve teams in oprichting, die de medische, psychosociale en spirituele zorg, ook thuis, met elkaar verbinden. Ross-van Dorp: "Palliatieve zorg aan kinderen heeft de afgelopen jaren een grote ontwikkeling doorgemaakt. Een jaar of tien geleden was er geen specifieke aandacht voor, maar door het doorzettingsvermogen van de stichting PAL is er nu expertise opgebouwd en zijn er netwerken waarin ouders een heel actieve rol spelen."

Weinig ziekte-inzicht

Ook bij mensen met dementie is nog te weinig bekend over de laatste levensfase. Hun sterfbed duurt vaak meer dan een half jaar, maar kan ook jaren beslaan. Pijnbestrijding, een van de belangrijkste pijlers van palliatieve zorg, is moeilijk, omdat pijn door iemand met dementie telkens als nieuw, en dus acuut, wordt ervaren. Problemen met communicatie en afname van wilsbekwaamheid maken de rol van naasten belangrijker. Maar ook zij weten vaak niet goed wat het beste is. Wrang genoeg wordt de achteruitgang bij dementie vaak als een vanzelfsprekendheid ervaren, zonder dat er bewust wordt gekeken wat in die laatste fase nodig is. Adriaansen: "Er is voor mensen met dementie nog weinig *advance care planning*. De dementie verergert zonder dat er met de persoon zelf en zijn familie over het levenseinde wordt gesproken. Dat zou veel eerder kunnen, bijvoorbeeld bij opname in het verpleeghuis, of al in

'Het is belangrijk aan te sluiten op wat voor mensen van waarde is'

Clémence Ross-van Dorp

de thuissituatie door de huisarts." Ook in de geestelijke gezondheidszorg is de palliatieve fase ingewikkeld. Dan kom je mensen tegen die al jaren met een chronische psychiatrische indicatie in een instelling wonen, meerdere lichamelijke aandoeningen hebben, maar nauwelijks ziektebesef. Als diegene dan ook nog eens geen familie heeft en ook geen formele zakenbehartiger, worden fysieke signalen al gauw gemist. De psychiatrische aandoening bemoeilijkt bovendien *informed consent* en *shared decision making*. Adriaansen: "Verpleegkundigen die in de GGZ werken zijn weinig gericht op palliatieve zorg, omdat ze zich vooral richten op de psychiatrische problematiek. Gespecialiseerde consultants palliatieve zorg in de GGZ zouden in mijn ogen ook de medewerkers die ambulante begeleiding bieden moeten gaan ondersteunen. Die laatsten hebben vaak geen medische, maar een sociale achtergrond en zijn daardoor niet goed op de hoogte van lichamelijke symptomen die nu eenmaal in de palliatieve fase verergeren. Laat staan dat zij weten hoe ze daarmee om moeten gaan."

Meenemen in het curriculum

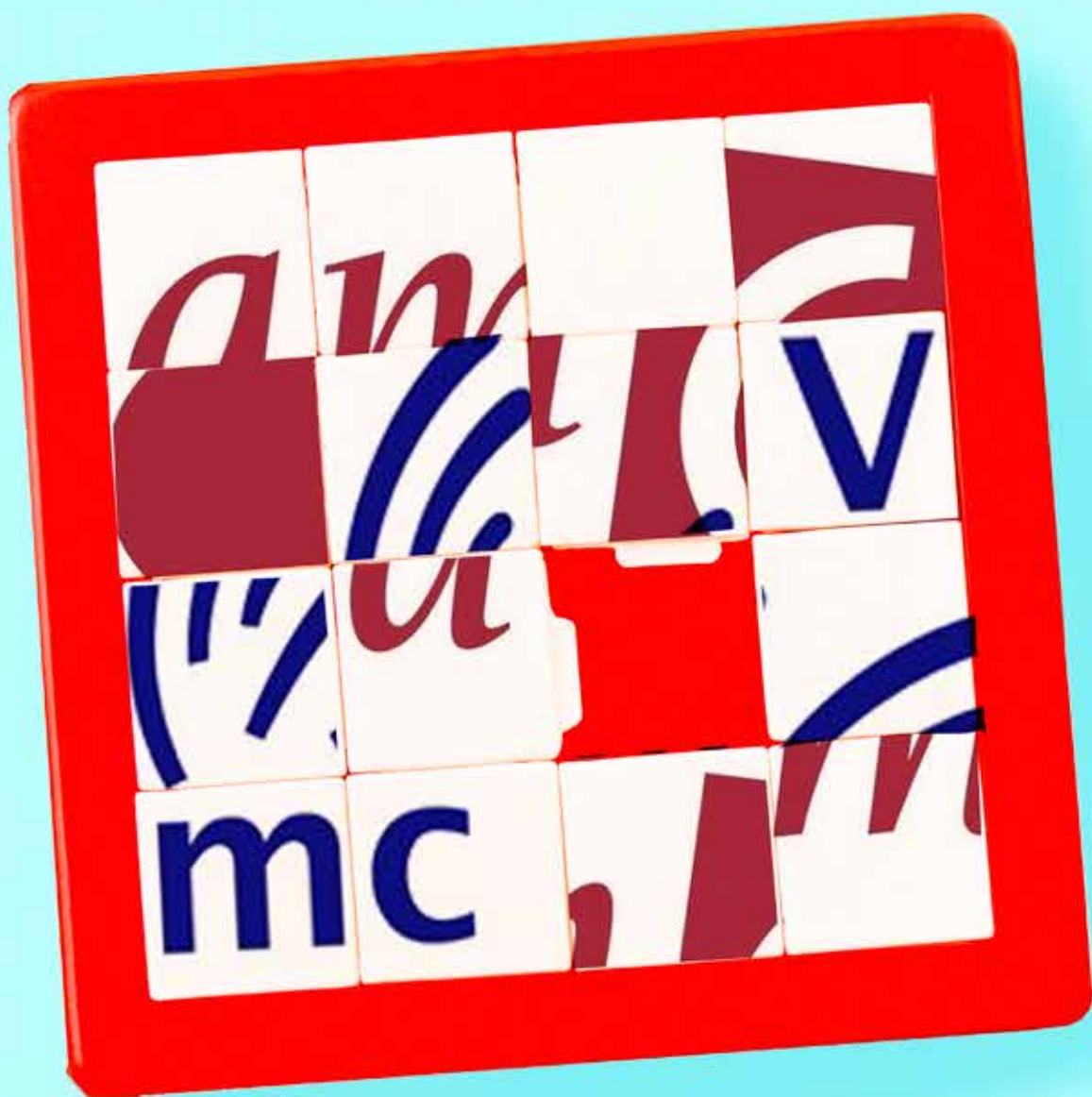
Tot slot is het medisch onderwijs nog een belangrijk punt. Hierin wordt nog nauwelijks tijd en aandacht besteed aan palliatieve zorg, zegt Onwuteaka-Philipsen. "In veel andere landen is dit een specialisme, maar

Vijf manieren van sterven

Mensen kijken verschillend aan tegen de dood. Uit onderzoek blijkt dat je hierbij vijf typen mensen kunt onderscheiden: de proactieve, de onbevangene, de sociale, de vertrouwende en de rationele. Op stichtingstem.info staat een test. Nuttig voor zowel burgers als zorgprofessionals. Wim Jansen van het EPZ VUmc: "Als je als professional bewust bent van die verschillen én weet hoe je zelf tegen de dood aankijkt, maakt dat de communicatie met patiënten gemakkelijker. Zit je wel of niet op dezelfde golflengte?"

dat is het feitelijk niet. Het moet dus verweven worden in de vakinhoud. Dat vereist wel een omslag in het denken. Studenten kiezen hun studie nu eenmaal omdat ze mensen willen *genezen*. Palliatieve zorg lijkt in hun ogen wat soft, misschien is het zelfs een beetje taboe. Maar voor de studenten die onze minor palliatieve zorg volgden, was het een ware eyeopener."

Met dank aan: Wim Jansen, coördinator Expertisecentrum Palliatieve Zorg (EPZ) VUmc, netwerkcoördinator regio Amsterdam.



Zo houd je een log cruiseschip toch wendbaar

De zorg kampt in toenemende mate met ernstige financiële en personele problemen. Hoe stuur je in die omstandigheden een grote zorginstelling aan? Dat één centrale figuur niet zaligmakend is en dat de aansturing vooral een kwestie is van analytisch vermogen, lef, geduld, openheid en gezamenlijke kennis en ervaring, blijkt uit een gesprek met Wouter Bos, voorzitter van de Raad van Bestuur van VUmc en Pauline Meurs, voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) en lid van de Raad van Toezicht van AMC.

tekst: Marianne Meijerink
beeld: Hollandse Hoogte

Leiderschap in de zorg is het thema van vele seminars, leergangen, cursussen en congressen. Leiderschapsconcepten komen en gaan. Is het zo'n issue in deze sector?

PM: "Er wordt een issue van gemaakt. En dan gaat het al snel over de vraag welk type leiderschap het beste is, dienend of juist dicterend. Ik ben niet zo enthousiast over dat onderscheid, alsof het het één of het ander is. Bovendien zijn er veel meer stijlen dan dienend of dicterend. Leidinggeven is per definitie interactief, je doet het samen. Ik heb veel moeite met het 'boegbeelden-denken': iemand *at the top* die lijnen uitzet, sturing geeft en zorgt dat er resultaten worden geboekt. De praktijk is veel minder romantisch: weinig heldendaden en hard ploeteren. Het gaat steeds om de kleine stappen die op verschillende plaatsen in de organisatie worden gezet. En dat in een tijd van schaarse middelen, waarbij het niet alleen gaat om het belang van de eigen organisatie, maar ook om goede en toegankelijke zorg voor iedereen. Hoe belangrijk het is om samen op te trekken en het maatschappelijk belang in het vizier te houden, hebben we gezien met de alliantievorming tussen VUmc en AMC. En het gaat minder snel dan we dachten..."

WB: "Uit onderzoek blijkt keer op keer dat mensen hun gezondheid het belangrijkste vinden. We willen dus de beste zorg, maar die moet zo min mogelijk kosten. Dus dan is de vraag al snel: wie geeft daar leiding aan? Want dat realiseren is natuurlijk best wel een klusje. Toch weet ik niet of die aandacht voor leiderschap zo specifiek is voor de zorg. In alle secto-

ren waar grote veranderingen gaande zijn, komen zulke vragen op. Dat is niet vreemd. Wat ik wel bijzonder vind aan de zorg, zeg ik als iemand zonder medische achtergrond, is het idee dat het de medici zelf zouden moeten zijn die aan het roer staan. Paradigma's als *professional in the lead* zijn heel dominerend. Méér dan in andere sectoren is men wat wantrouwend, soms bijna vijandig, ten opzichte van inzichten uit andere disciplines, waaruit je kunt leren hoe je vorm geeft aan veranderingen, hoe je dat organiseert. Ik ben met Pauline eens dat ook in de zorg de toekomst ligt bij teams. En niet bij dat ene schaap met de vijf of zes poten: die ene ideale leider, die arts is en ook nog eens alles snapt van juridische zaken, ICT, human resources, groepsprocessen, de buitenwereld, het verzekeringswezen en organisatiedynamiek. Ik weet niet of je zulke mensen zult vinden en ook niet of je op die manier het beste gebruikmaakt van competenties die iemand heeft."

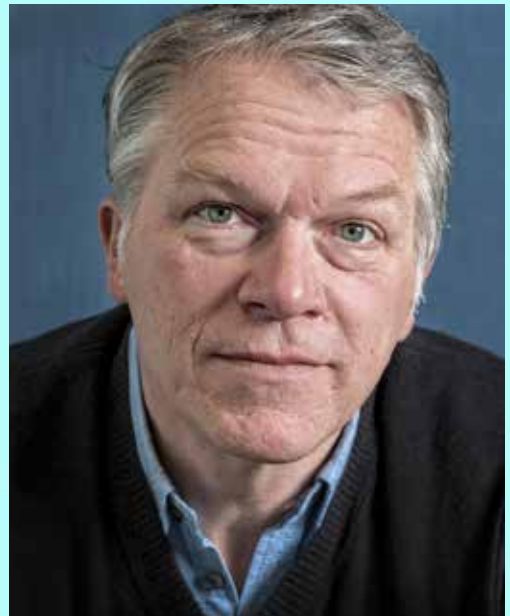
U vindt dus dat er een onjuist beeld bestaat van leiderschap: de ideale leider bestaat niet, het is altijd teamwork?

PM: "Leidinggeven is altijd situationeel. Wat de bestuurder te doen staat, is afhankelijk van de fase van ontwikkeling van een organisatie. Er is niet één ideale figuur, waar alles in past. In tijden van crisis heb je iemand anders nodig dan wanneer je probeert continuïteit te garanderen."

WB: "Inderdaad, het hangt af van de omstandig-

'Meer dan in andere sectoren is men wantrouwend, soms bijna vijandig, ten opzichte van inzichten vanuit andere disciplines'

Wouter Bos



heden, de ontwikkelingen binnen een organisatie. Dienend leiderschap was hier jarenlang een begrip. Maar je merkte dat mensen het na verloop van tijd een beetje zat waren. Het was plat gesleten, deed nog weinig. Er was behoefte aan andere taal, een andere lading, een andere emotie. Door de fusie misschien nog meer, want dat is een heel ingewikkeld proces met talloze onzekerheden. Dan is er meer behoefte aan richting geven. Maar over vijf jaar is het misschien weer heel anders."

U hebt twijfels over de roep om *professionals in the lead*. Toch zei u in een interview ook: "ik heb medici nodig in mijn team".

WB: "Natuurlijk! Je hebt mensen met verschillende competenties nodig. Niet één persoon aanspreken op alles, maar benutten waar mensen goed in zijn. Ik ben ervan overtuigd dat een team meer kan dan één persoon. Ik kan een aantal dingen niet, die mijn collega's gelukkig wel kunnen. En andersom."

PM: "*Professional in the lead* was een reactie op een tijdperk waarin de bedrijfskundige kant domineerde en er steeds meer managementlagen ontstonden. Dan komt er een tegenreactie. Ik vind niet dat alleen zorginhoudelijke professionals in staat zijn om leiding te geven in de zorg, maar zij moeten er wel kennis van, en affiniteit mee hebben. Ook vind ik dat dokters moeten leren hoe organisaties werken. Een leidinggevende taak op je nemen als dokter betekent dat je iets moet weten van geld, van bestuur en van management, maar dat is iets anders dan al die

competenties in je mandje hebben. Er zit een gelaagdheid in. Hoe goed je precies op de hoogte moet zijn, hangt af van het niveau waarop je functioneert."

WB: "Leiders in de zorg moeten vooral weten van welke wereld ze deel uitmaken en wat daar gebeurt: de verzekeraar die bepaalde eisen stelt, de politiek die vragen stelt (en begrijpen dat die vragen niet per se illegitiem zijn, omdat jij de professional bent en zij niet), weten dat actoren verschillende belangen hebben en een eigen rol. Ik maak hier heel vaak mee dat artsen-in-opleiding maar zelf de modules gaan organiseren om het te leren. Want dat soort kennis zit maar heel mager in de opleiding. Hoe wordt zo'n huis gefinancierd? Waar gaat het over in gesprekken met verzekeraars?"

Is dat leiderschap of gaat het meer om het hebben van competenties die je in staat stellen de taal te spreken van degene met wie je samenwerkt?

PM: "Het gaat om het ontwikkelen van competenties en zienswijzen, begrijpen hoe





‘Leidinggeven is altijd situationeel. Wat de bestuurder te doen staat, is afhankelijk van de ontwikkelingsfase van een organisatie’

Pauline Meurs

organisaties functioneren, hoe de wet- en regelgeving en de financieringssysteem het beleid van het ziekenhuis mede bepalen. Dit alles zou – veel meer dan nu gebeurt – onderdeel moeten zijn van het curriculum. Ik vind het fantastisch dat studenten het nu oppakken met de *medical business school*. Als je een leidinggevende rol wilt vervullen, is het belangrijk die kennis tot je beschikking te hebben. In staat zijn om te beoordelen wat je wel en niet weet en wie je erbij moet halen.”

WB: “Leiderschap wordt spannend als je beslissingen moet nemen en richting moet geven, terwijl je niet alles snapt en niet alle informatie hebt. Dan gaat het erom hoe je je informatievoorziening regelt, competenties om je heen organiseert, hoe je met onzekerheden omgaat, draagvlak creëert, ook als je niet precies weet hoe het zal aflopen. Toen hier in 2015 die overstroming was, wist ik bij wijze van spreken waar de kraan zat, maar dat was het dan ook. Ik wist natuurlijk niks van overstromingen, maar het was een groot moment van herkenning om met de adrenaline

door mijn lijf spuitend, weer eens lekker aan crisismanagement te kunnen doen. Wat dat was en hoe dat moest, dát kende ik natuurlijk wel uit ervaring.”

De RvB-voorzitter van het UMCU vergeleek die manier van leidinggeven, refererend aan haar optreden bij een vertrouwenscrisis op de afdeling KNO, met het besturen van een cruiseschip.

PM: “Dat is een mooie metafoor. Zowel de noodzaak om te besturen en op de brug te staan en het feit dat grote organisaties niet zo wendbaar zijn. Het vraagt stuurmanskunst en geduld om de koers bij te stellen met behoud van het goede dat elke organisatie ook heeft.”

In hoeverre geldt dat ook voor toezichthouders?

PM: “Als lid van een raad van toezicht zoek je steeds naar een goede balans tussen nabijheid en afstand. Ik vind dat onze rol meervoudig is: kritisch meedenken, controleren, adviseren en ook een goede werkgever zijn voor de bestuurder. De bestuurder bestuurt en de toezichthouder houdt toezicht. Die rolvastheid is van groot belang voor beide partijen.”

Hoeveel transparantie vraagt dat van een leider?

WB: “Zo veel als maar zijn kan. Ik deel liever te veel dan te weinig. Mensen moeten zelf maar aangeven als het te veel wordt, maar dat hoor ik liever dan dat ze zeggen dat ze onvoldoende informatie krijgen. Hier werkt dat goed. Maar het hangt ook af van omstandigheden en bedrijfscultuur.”



**Zou je de rol van een arts ook kunnen zien als toezicht-
houder op zijn team; afstand houden, maar ook ruimte
geven, volgen wat er gebeurt?**

PM: “Een van de grote dilemma’s in de geneeskunde is dat tijdens de opleiding hiërarchische verhoudingen bestaan tussen opleider en artsen in opleiding. Eenmaal afgestudeerd geldt opeens het adagium van de gelijkwaardigheid tussen dokters. In zo’n situatie kan het moeilijk zijn om de leiding te nemen, en vooral om die rol gegund te krijgen. Leren omgaan met die verschillende rollen en posities zou wat meer aandacht kunnen krijgen in de opleiding.”

WB: “Het heeft mij altijd gefraspeerd hoe enorm terughoudend artsen onderling zijn om over elkaar te oordelen. Je moet elkaar niet altijd willen veroordelen of beoordelen, maar je moet elkaar wel durven aanspreken. Zeker als je in teams met elkaar samenwerkt. Dat vermogen mag niet ondersneeuwen in een egalitaire cultuur. Toen hier jaren geleden eens sprake was van een vertrouwenscrisis, had dat zeker te maken met sluimerende conflicten die aan de oppervlakte kwamen. Te laat en daardoor te moeilijk bespreekbaar. We voeren al jaren campagnes rond het thema ‘aanspreken’. En dat aanspreken mag best een scherp randje hebben. Maar welke verpleegkundige durft in de OK tegen de chirurg te zeggen dat die ketting toch echt af moet? Dan moet je echt een paar drempels over.”

PM: “Daarom is het belangrijk dat de *professional in the lead* het goede voorbeeld geeft. Voorleven, dat geldt ook voor de relatie tussen verpleegkundigen en dokters. Een wederzijdse aanspreekcultuur is belangrijk voor het onderling vertrouwen.”

Hoe houd je als bestuurder gezag en vertrouwen in tijden van schaarste en grote werkdruk onder de medewerkers?

WB: “Ik heb wel eens gezegd dat je over je schaduw heen moet kunnen springen. Goede leiders weten hoe ze draagvlak moeten creëren voor waar ze heen willen met hun teams. Tegelijkertijd moet

je af en toe een richting aangeven die een beetje schuurt. Dat is het mooie spanningsveld van leiderschap, het is niet alleen maar volgen wat je achterban of organisatie van je vraagt, maar af en toe ook zeggen: jongens, we zullen toch echt die kant uit moeten, al is dat misschien niet leuk of niet wat je verwachtte. Als je naar de verdeling van schaarste kijkt, arbeid, geld, dure medicijnen, dan gaat dat niet lukken door met elkaar voor de makkelijke antwoorden te kiezen. Dan moeten leiders standpunten durven formuleren die pijn doen, waar je toch mensen van weet te overtuigen. Hoe dat precies moet, daar is geen pasklaar antwoord voor. Voor mij begint het in elk geval met een goede analyse van het probleem. In deze omgeving, met veel ontzaglijk intelligente mensen, werkt dat goed. Maar het vraagt heel veel tijd. Om ideeën van anderen aan te horen en daar open voor te staan, om jezelf niet te vroeg op te sluiten in de eerste de beste oplossing die voorbijkomt. Het vergt overredingskracht op allerlei manieren, zichtbaarheid, aanraakbaarheid bijna. Grote veranderingen krijg je niet met leiderschap op afstand, dat vergt *walking around*. Dat bedoel ik ook letterlijk: als iemand mij een mail stuurt en vraagt om langs te komen, dan kom ik ook. En dan schrikken ze zich rot, hè, haha. Maar zo kom je nog eens ergens en je hoort nog eens wat.”

PM: “Je zag het ook bij de alliantievorming, voor sommigen is het een grote stap voorwaarts en biedt het volop kansen, voor anderen is dat minder het geval.

Voor deze laatste groep moet veel aandacht zijn. Het is de kunst om die kritiek serieus te nemen en te denken: wat levert dat aan informatie en inzichten op die gebruikt kunnen worden om het proces beter te laten verlopen? Open staan voor zorgen die leven, en kunnen zeggen: dat weet ik ook niet, maar ik ben bereid om met jou te kijken hoe we het kunnen oplossen.”





Rianne Poels, internal auditor Radboudumc en docent training Horizontaal Toezicht Zorg

Training Horizontaal Toezicht Zorg

‘Wederzijds begrip en vertrouwen’

Wederzijds begrip en vertrouwen; twee zeer belangrijke uitgangspunten van Horizontaal Toezicht Zorg (HTZ). Niet zo gek dus dat interprofessionele samenwerking centraal staat tijdens de vierdaagse opleiding HTZ voor onder meer controllers, zorgadministrateurs en auditors van ziekenhuizen, umc's en zorgverzekeraars. Rianne Poels, zelf werkzaam als internal auditor bij Radboudumc en lid van het Platform HTZ, is docent. We lopen met haar mee tijdens de derde dag die in het teken staat van risicobeheersing.



“Het juiste antwoord is B”, zegt Cornelis Jan Diepeveen, voorzitter Platform HTZ en op dit moment discussieleider na afloop van de eerste applicatieopdracht. “Nee!”, roept een deel van de zaal. “Antwoord A is juist”, vindt ook Rianne Poels, die zich direct bij binnenkomst in de discussie mengt. Na wat heen-en-weer komt Cornelis Jan tot de conclusie dat in dit geval zowel A als B juist zijn. “Dank je Rianne, dat je de discussie aangaat. Dat is waar het om gaat bij de training HTZ.” Rianne Poels, internal auditor Radboudumc en docenttraining HTZ, legt uit: “Er is vaak geen eenduidig antwoord. Die discussie is juist goed, want samen kom je tot betere inzichten en komt het onderwerp tot leven.”

Leren met en van elkaar

Dat is precies wat de initiatiefnemers van de training, Platform HTZ en VUmc Academie, voor ogen hadden. Daarom kozen zij voor de leervorm *team based learning* (TBL), een relatief nieuwe vorm waarbij deelnemers in teams werken en vooral met en van elkaar leren. In dit geval zijn er tien groepjes van zes met een mix aan medewerkers

van zowel zorgaanbieders als zorgverzekeraars. “Dat werkt heel goed”, zegt Rianne. “Straks in de praktijk moeten zorgaanbieder en zorgverzekeraar ook met elkaar in gesprek tijdens de implementatie van HTZ en voeren ze waarschijnlijk dezelfde discussies. Hoe fijn is het dan als je al meer inzicht hebt gekregen in de andere partij?”

Een goede registratie in minder stappen

De lesmethode TBL is door de praktijkgerichte thuisopdrachten en het werken in kleine groepen uitermate geschikt om de enigszins droge materie van HTZ tot leven te brengen en de stof goed te laten beklijven. En door aan tafel te zitten met andere partijen uit de keten krijgen deelnemers inzicht in elkaars werk en ontstaat wederzijds begrip en vertrouwen. Rianne: “Dat is wat er nodig is om processen beter te laten verlopen, het doel van Horizontaal Toezicht. Een van de grootste problemen in de zorg zijn de administratieve lasten die zorgen voor hoge werk- en regeldruk. Dit kan gemakkelijker, effectiever en efficiënter. Ziekenhuizen zijn nu bijvoorbeeld erg veel tijd kwijt om controles uit te voeren, omdat het bij de bron, de registratie door de artsen, vaak





**‘De opdrachten
leidden tot veel
nieuwe inzichten én
een hoop hilariteit’**



mis gaat. Zij weten vaak niet hoe ze goed moeten registreren. Die controles en correcties daarna kosten tijd en geld. Voor zorgaanbieders is het dus heel belangrijk om meer in processen te denken, de risico's in beeld te hebben en de interne organisatie zo in te richten dat er correct geregistreerd en gedeclareerd wordt. En dus de juiste factuur tijdig naar de zorgverzekeraar kan. Dat betekent betere instructies voor artsen, maar ook een beter systeem dat het voor hen makkelijker maakt om juist, tijdig en volledig te registreren. In minder stappen. Het ziekenhuis is hier zelf verantwoordelijk voor. Het Platform HTZ kan hierbij ondersteunen, dient als vraagbaak en organiseert onder meer bijeenkomsten en nu dus ook de opleiding.”

De docent als begeleider

In de maanden januari tot en met maart zijn heidagen georganiseerd met onderwijskundige collega's en opleiders van VUmc Academie en



‘Artsen weten vaak niet hoe ze goed moeten registreren’

Opleiding Horizontaal Toezicht Zorg

Horizontaal Toezicht Zorg (HTZ) is een samenwerking tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars, gericht op de rechtmatigheid van zorguitgaven. Het doel van HTZ is een effectiever en efficiënter proces van registreren en declareren, beginnend bij de bron. Dus minder controles en correcties achteraf. Zorgaanbieder en zorgverzekeraar zorgen gezamenlijk voor het juist besteden, maatschappelijk verantwoord en zeker stellen van deze uitgaven en informeren alle ketenpartijen hierover.

Eén of vier dagen

Speciaal voor medewerkers van (academische) ziekenhuizen en zorgaanbieders organiseren het Platform HTZ en VUmc Academie een vierdaagse opleiding HTZ. Hierin staan het belang van HTZ, de impact ervan op de organisatie, riskmanagement en beheersing centraal. Ook is er veel aandacht voor samenwerking en communicatie. Er wordt gewerkt in kleine, gevarieerde groepen om zo veel mogelijk met en van elkaar te leren. Naast korte plenaire presentaties is er ruimte voor reflectie en discussie. Voorafgaand en tussen de lesdagen in werken de deelnemers in een digitale leeromgeving aan individuele opdrachten. Voor directie en management is er een eendaagse introductie cursus.

Zie ook: horizontaaltoezichtzorg.nl (HTZ) en vumc.nl/afdelingen/vumc-academie (de opleidingen).



inhoudelijke experts vanuit het platform HTZ. In eneroverende sessies zijn daar de eindtermen geformuleerd. Het unieke aan deze samenwerking is dat het platform de inhoud en de experts (docenten) leverde en VUmc Academie de inhoud tot een didactisch ontwerp vormde. Rianne en de andere docenten komen zelf uit het veld en waren nauw betrokken bij de opzet en het bedenken van de vragen. “Dat was leuk en erg leerzaam”, zegt Rianne. “De inzichten die we in het voortraject opdeden, geven we nu mee aan de groep. Bovendien, alles wat ik hier geleerd heb, neem ik, net als de deelnemers straks, mee in mijn werk.” De rol van de docent is nu vooral die van begeleider. “Deelnemers leren door samen te zoeken naar antwoorden”, vertelt Rianne. “Niet door les te krijgen. Wij zenden dus niet, maar introduceren bijvoorbeeld wel de opdrachten en leiden de discussies die hierop volgen. Desnoods gooien we daarbij soms wat olie op het vuur om de tongen los te krijgen.”

Enthousiaste deelnemers

Van de deelnemers wordt dus behoorlijk wat verwacht. Riep dit de eerste dag nog enige weerstand op, vandaag zien we enkel enthousiaste deelnemers. Zelfs na de lunch, wanneer bij menig training de energie wat is weggezakt, wordt hier vol overgave meegedaan aan De hoeden van de BONO. Een ‘spel’ waarbij je steeds met een andere pet op een situatie bespreekt. Het levert, naast de beoogde inzichten en het doorbreken van denkpatronen, een hoop hilariteit op. De derde dag wordt afgesloten met een barbecue en veel deelnemers en docenten hebben ook een overnachting geboekt in het conferentiecentrum, dat prachtig gelegen is in de bossen bij Baarn. De vierde en laatste opleidingsdag is morgen. Rianne: “Omdat de opleiding een pilot was, zullen we uiteraard goed evalueren. Uit de reacties tot nu toe maken we in ieder geval op dat we goed op weg zijn. Dat belooft wat voor de tweede editie in oktober.”

Baas over eigen levenseinde

‘Iedere inwoner van Nederland is vanaf 2020 verzekerd van goede palliatieve zorg op de juiste plaats, het juiste moment en door de juiste zorgverleners.’
Komt deze VWS-doelstelling een stuk dichterbij met het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland? Twee betrokkenen geven hun reactie.

tekst: Liesbeth Kuipers
beeld: Jelle Hoogendam

Wat is goede palliatieve zorg? Het Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en beroepsvereniging Palliactief namen in 2015 het initiatief om samen met zorgverleners, zorgverzekeraars, patiënten en hun naasten een antwoord te formuleren op deze vraag. Dit leidde eind 2017 tot het Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland, dat nu leidraad is voor het verbeteren van de palliatieve zorg in Nederland. Het kader is opgebouwd uit tien domeinen, waaronder ‘Kernwaarden en principes’, ‘Structuur en proces’ en ‘Stervensfase’. De domeinen beschrijven de fysieke, psychische, sociale en spirituele dimensie van palliatieve zorg. Elk domein geeft onderbouwde standaarden voor de beste manier van handelen.

Verbinding is nodig

“Het Kwaliteitskader is het resultaat van een uniek proces waarin vele zorgdisciplines hebben samengewerkt om vanuit het

perspectief van cliënten en hun naasten te beschrijven wat goede palliatieve zorg inhoudt. En dat is een goede zaak”, aldus Winny Toersen, senior-beleidsmedewerker bij de Patiëntenfederatie Nederland. De palliatieve zorg in Nederland is volgens haar nu nog heel divers. “De thuiszorg, huisartsen, ziekenhuizen, verpleeghuizen, hospices; zij delen dezelfde waarden, maar de uitwerking is overal anders. Voor patiënten en naasten is dat lastig: wanneer krijg je palliatieve zorg en wat kun je dan verwachten? Ook de verbinding en samenwerking tussen zorgverleners zou nog veel vanzelfsprekender moeten worden. Het Kwaliteitskader is hierbij een mooi vertrekpunt, om op terug te vallen of te reflecteren op je handelen. En niet te vergeten, om je handelen bij te stellen als daar aanleiding voor is.”

Individueel zorgplan

Voor patiënten betekent goede palliatieve zorg dat zij zich veilig

‘De palliatieve zorg is nu nog heel divers’

WINNY TOERSEN

‘Bij ons staat voorop: de regie terug naar de patiënt’

ANJA GULDEMOND



en gehoord voelen, weet Toersen. “Het ideaalplaatje is dat je je laatste levensfase doorbrengt waar, hoe en met wie je wilt. Dat je snel duidelijke informatie kunt vinden en dat je geholpen wordt om te kiezen wat het beste bij je past. Bijvoorbeeld wat je nog wilt doen, hoe je wilt omgaan met afscheid nemen, maar ook welke behandelingen je wel of niet wilt, hoe je tegen euthanasie aankijkt of wie er voor jou beslist als je het zelf niet meer kunt. En tot slot zou je wensen dat de voor jou passende zorg gemakkelijk te regelen is. En als je niet thuis kan blijven, dat er dan een soepele overgang is naar een zorginstelling.” Volgens Toersen biedt het Kwaliteitskader hiervoor twee belangrijke instrumenten: het individueel zorgplan (alle afspraken tussen zorgverleners en patiënt) en de centrale zorgverlener (het vaste aanspreekpunt voor de patiënt en diens naasten).

Eigen regie

Ook voor Anja Guldemond, voor-

zitter van de afdeling Palliatieve zorg bij Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN), is het individueel zorgplan een belangrijk punt in het Kwaliteitskader. “Dat staat bij ons voorop: de regie terug naar de patiënt. Onderzoek laat zien dat dat voor patiënten op één staat. Dit betekent aandacht voor gezamenlijke besluitvorming, met respect voor de waarden, wensen en behoeften van de patiënt. Dan vraag je als verpleegkundige bijvoorbeeld wat de ziekte betekent voor de patiënt, hoe diens thuissituatie is, wat zijn levensverhaal is en wat maakt dat hij bepaalde beslissingen neemt. Je benadert de zorg dan veel meer vanuit de vier dimensies en werkt meer samen met andere zorgverleners. De Palliatieve Thuiszorg (PaTz)-bijeenkomsten in de eerste lijn zijn hiervan een goed voorbeeld.”

Eerder beginnen

Het individueel zorgplan volgt op de *surprise question* ‘zou het mij verbazen wanneer deze patiënt in

de komende twaalf maanden komt te overlijden?’. Anja Guldemond: “Die vraag is heel belangrijk. Palliatieve zorg zou namelijk vaak veel eerder moeten beginnen dan in de laatste weken van iemands leven. Stel dat een kwetsbare oudere voor de derde keer in twee maanden wordt opgenomen in het ziekenhuis. Als het antwoord op de ‘verrassingsvraag’ bij die persoon dan ‘nee’ is, kun je al aan de slag met *advance care planning*. Dat start met een gesprek met de patiënt: wat is op dit moment voor ú belangrijk en hoe wilt ú nu verder? Verpleegkundigen hebben daarvoor al vele competenties in huis. Niet alleen om goed met de patiënten in gesprek te gaan en te achterhalen wat zij precies bedoelen, maar ook om hen te coachen in de richting die ze op willen.”

Op opiknl.nl download je het complete document Kwaliteitskader palliatieve zorg Nederland.

Docenten én studenten. Ze dragen elk op hun eigen manier bij aan goed en innovatief onderwijs. In elke editie van IO vertellen drie mensen over hun rol hierin. Daarbij kijken we bewust naar de interactie tussen generaties. We onderzoeken ook of de clichés kloppen. Gaan oudere docenten inderdaad niet genoeg met hun tijd mee? Maken hun jongere collega's beter gebruik van de moderne onderwijsmethoden? Weten studenten zelf het beste hoe en wat ze willen leren? En werken oud en jong, docent en student, überhaupt goed samen?

tekst: Petra ter Veer
beeld: Mats van Soelingen



‘Waar zijn de rolmodellen?’

Dina Bousbaa (20), tweedejaars geneeskundestudent, voorzitter van studievereniging DOCS (Diversiteit, Openheid, Cultuur en Studenten)

“Bij DOCS dragen we bij aan beter onderwijs door te kijken wat studenten nodig hebben en daarop in te spelen. Over een generatiekloof hoor ik zelf weinig. Je merkt soms dat het taalgebruik van oudere docenten anders is of dat ze minder gebruikmaken van Canvas, maar dat zegt niets over hun kwaliteiten. Veel belangrijker zijn passie en enthousiasme. Studenten willen dat er tijdens de les een vonk overslaat! Ook willen ze ruimte om hun stem te laten horen en handvatten om hun eigen plek binnen het onderwijs te vinden. Diversiteit is daarbij essentieel. Helaas ontbreken de rolmodellen. De meeste docenten en patiënten waarmee we in aanraking komen zijn blanke mannen van achterin de veertig. Je merkt wel dat verbetering eraan komt: het curriculum past steeds meer bij de hedendaagse samenleving door verschillende initiatieven en onderzoeken. Veel tutoren staan gelukkig open voor een gesprek. Zo komen tijdens een jaarlijkse tutorbijeenkomst belangrijke onderwerpen aan bod als discriminatie of seksisme. De student en tutor horen en vergelijken dan elkaars visie en ervaringen. DOCS organiseert ook ‘Eten bij de arts’. Vooral jongeren die geen arts in hun familie of naaste omgeving hebben, vinden dat vaak bijzonder. Zo verkleinen we de verschillen tussen studenten en slaan we bruggen tussen oudere en jongere generaties.”





'Ik zie vooral veel positieve interactie'

Gerda Croiset (61), voormalig opleidingsdirecteur bij VUmc, sinds kort werkzaam bij UMC Groningen.

"Goed onderwijs stimuleert studenten het beste uit zichzelf te halen. Bij VUmc gebeurt dat met een goed curriculum, oog voor diversiteit, de juiste tools (veel iBooks!) én inspirerende docenten.

Verschillen tussen oud en jong zijn er steeds minder. Oudere docenten die eerst niet geloofden dat studenten echt zélf aan het werk gaan, beseffen inmiddels ook dat een motiverende rol beter werkt dan een sturende. Dat ouderen minder goed overweg kunnen met moderne middelen, vind ik een vooroordeel. Ze hebben hoogstens koudwatervrees. Weten ze hoe iets werkt, dan zijn ze prima in

staat ermee te werken of inhoud aan te dragen bij het bouwen van tools.

Elke generatie heeft in mijn ogen haar voordelen. Jonge(re) docenten staan dicht bij de studenten; en docenten op leeftijd kunnen weer meer over de praktijk vertellen. Zo kan iederéén een rolmodel zijn. Binnen bepaalde kaders moeten docenten dus vooral zichzelf blijven, anders gaat de ziel uit het onderwijs.

Kortom, in plaats van een kloof zie ik vooral veel positieve interactie. Zo ervaren oudere docenten de omgang met jongeren vaak als een aangename afwisseling tijdens hun drukke werkweek. En het is altijd leuk om te zien als jongeren gefascineerd raken door de complexe zorgvraagstukken die spelen bij oudere patiënten."

'Generaties leren van elkaar'

Donna Döpp (56), opleider verpleegkundige vervolopleidingen geriatric.

"Mijn studenten zijn een mix van oud en jong, variërend van 24 tot 62 jaar. Omdat het samen actief bezig zijn een trend is in het onderwijs, leren de diverse generaties automatisch veel van elkaar. Niet alleen over hoe Powerpoint werkt, maar ook over hoe het er in de wijk of in het verpleeghuis aan toegaat. De hele keten zit namelijk in de klas.

Door de dubbele vergrijzing is de helft van de patiënten tegenwoordig 65-plusser. Kies je voor de zorg, dan kies je dus per definitie voor ouderen – tenzij je op de kinderafdeling wilt werken.

Mijn studenten gaan bewust voor de geriatric: ze willen de zorg voor ouderen graag verbeteren en hebben veel aandacht voor kwetsbaarheid en functieverlies. Net als ik houden ze ervan dat de casussen bij geriatric vaak zo'n puzzel zijn; je moet je écht in iemand verdiepen.

Als docent doe ik extra moeite om aan te sluiten bij de moderne tijd. Heb ik een nieuwe werkvorm opgepikt die me aanspreekt, dan bouw ik mijn lessen om. Ik roep regelmatig: 'Jongens, zijn jullie in voor een experiment?'

De oudere leerlingen zijn soms wat huiverig als het gaat om het digitale leren. Daarom heb ik de introductiedag vervroegd: dan hebben ze iets meer tijd om aan de systemen te wennen."



De mens achter de moleculen

Een van de rampzaligste ontmoetingen in de moderne geneeskunde is die van een zwakke, weerloze oudere aan het einde van zijn of haar levensweg en een jonge enthousiaste dokter aan het begin van zijn of haar carrière. Aldus Bert Keizer, specialist ouderengeneeskunde, filosoof en columnist.

"Een mevrouw kan bijvoorbeeld niet meer alleen thuisblijven na een val, maar de jonge dokter treedt haar tegemoet met een diagnostisch apparaat dat zoekt naar somatische problemen. De uitkomsten van de scans, X-foto's en bloedbepalingen brengen het zorgprobleem niet in kaart en lossen dus niks op.

Geestloze aanbedding

Er is flink wat mis met onze houding ten opzichte van de gebeurtenissen in ons lichaam. Of om het wat scherper te stellen: er is sprake van een geestloze aanbedding van de wetenschappelijke analyse van die gebeurtenissen. Daardoor is elke morele of maatschappelijke betekenis uit ziekteprocessen verdwenen. Het lichaam wordt nog slechts gezien als een bio-

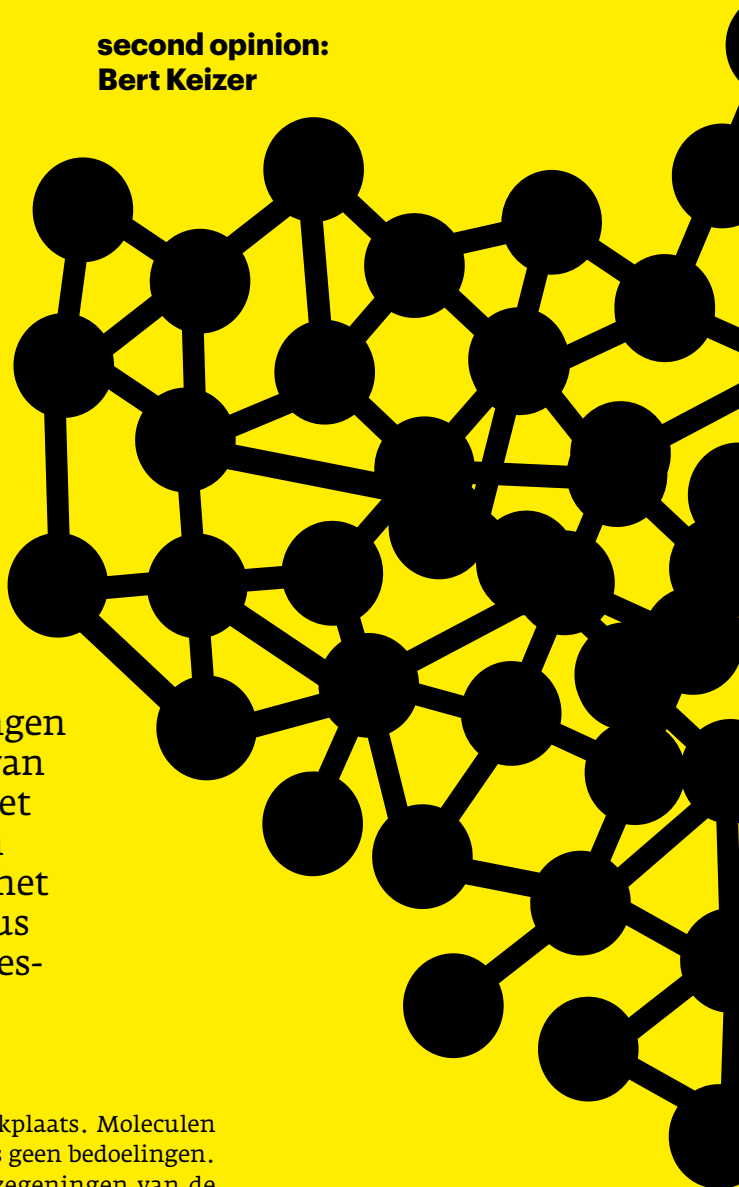
chemische werkplaats. Moleculen hebben immers geen bedoelingen. Zo hebben de zegeningen van de moderne geneeskunde – anesthesie, antibiotica, insuline, chirurgische ingrepen, psychomedicatie, openhartoperaties, chemo, immunotherapie – geleid tot de hedendaagse diagnoseverslaafde, op interventie gerichte dokter.

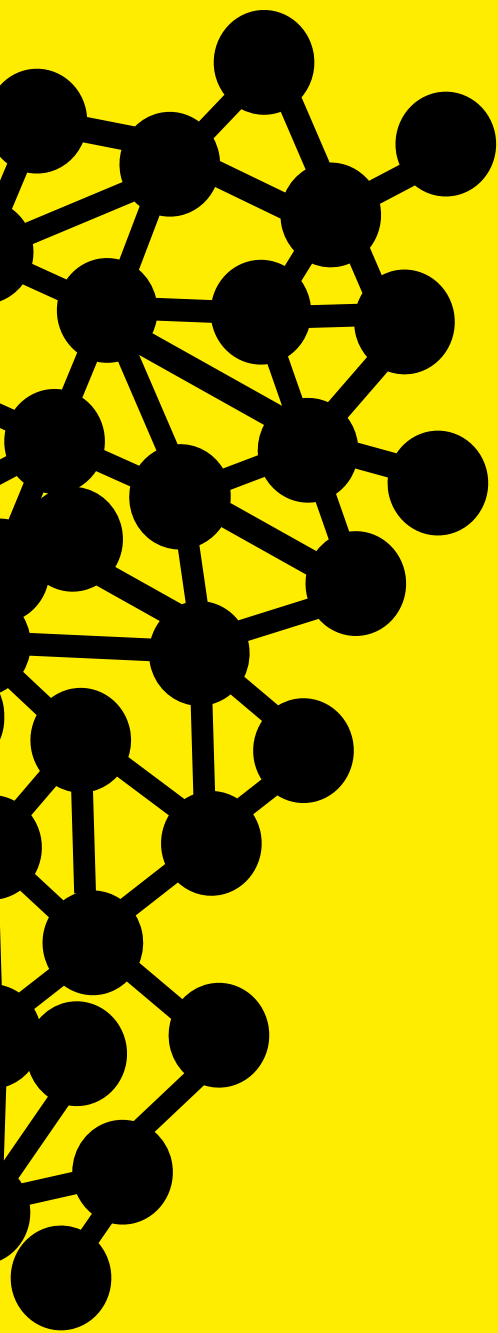
Het ziekenhuis is een diagnosefabriek geworden, waar men zich slechts schoorvoetend zorgend opstelt. Kijk eens naar de bouw van onze ziekenhuizen: tien verdiepingen diagnostiek en (de illusie van) therapie. Alles gericht op: wat is het, wat is het? En op de begane grond één stiekeme ruimte, eufemistisch weggemoffeld onder de naam STILTECENTRUM, waar een mens zich eindelijk kan plaatsen tegenover die andere vraag: en hoe is het voor mij om dit te hebben?

Geest en lichaam zijn in ons vak volkomen uiteengedreven.

Verwongen vorm van aandacht

De biochemie (als verzamelterm voor alle somatische interventies) heeft steeds meer de plaats ingenomen van aandacht (als troost voor de lijdende geest), ook als het niets oplevert. Artsen hebben geen idee hoezeer diagnostische manoeuvres in feite een verwongen vorm van aandacht zijn, die niets te maken heeft met rationele geneeskunde. Rationele geneeskunde vraagt zich immers bij elke handeling af: wat is de kans dat de patiënt hierdoor een beter leven krijgt?





voor doorgeleerd of liever, doorgeploeterd, en dat zou als resultaat moeten opleveren dat ik gevoelvold een hand weet vast te houden?” Mijn antwoord is: als je geen hand wilt vasthouden, dan blijf je scannen tot halverwege de crematie.

Ontsnappingsmogelijkheden

Is er een uitweg? Oudere artsen die een keer hebben gezien hoe een geliefde moest zien te sterven ondanks ernstige medische hinder, hebben dikwijls hun les geleerd en worden behoedzamer bij het inzetten van medische technologie. Maar zeker in de avond en nacht loopt er in het ziekenhuis veel te weinig grijs haar rond.

Een tweede oplossing is binnen het ziekenhuis één arts de baas te maken. Dat wil zeggen: iemand die diagnostiek kan inzetten of juist weigeren, niet alleen op basis van anamnese en lichamelijk onderzoek, maar ook op basis van het levensverhaal van de zieke mens.

Er is nog een derde ontsnapping mogelijk en dat is het uitdrukkelijke besef van wat palliatieve zorg inhoudt. Namelijk dat die zorg niet pas begint als de orgaangerichte geneeskunde een trieste ravage heeft aangericht die alleen nog met morfine en dormicum valt op te lossen. Palliatieve aandacht betekent dat je mensen zo veel mogelijk uit het ziekenhuis probeert weg te houden. Het vereist een helder en dapper besef van de armoede van somatische geneeskunde in sommige situaties.

De verkeerde plek om dood te gaan

De hospicebeweging is het summum van palliatieve zorg. Die beweging is ontstaan omdat je voor goede stervenszorg uit het ziekenhuis moet zien weg te komen. Ik hoor nooit dat specialisten in ziekenhuizen dat eigenlijk als iets schan-

daligs ervaren, wat het natuurlijk wel is. Ik vrees dat het ziekenhuis nog heel lang de verkeerde plek zal blijven voor mensen in de laatste levensfase. Dat is niet zo gek als je ziet wat mijn toekomstige collega's in hun opleiding aangeboden krijgen: *transcranial magnetic stimulation* tegen depressie, *minimally invasive surgery*, *neuro-imaging* van psychiatrische ziektebeelden, CRISPR-technieken om DNA te wijzigen enzovoorts. Jonge artsen willen met geneeskunde aan de haal om de mensheid te redden.

Ik sta nogal eens voor een collegezaal vol gedreven jonge collega's. Als ik daar probeer iets te zeggen over de beperkingen van het vak en dat alle mensen nu eenmaal een keer doodgaan en dat je daar wat mee moet, word ik verbijsterd aangekeken. Ik zie ze denken: 'Deze man heeft geen idee waar ons vak over gaat.'

Nee, ik ben niet optimistisch over de palliatieve aandacht in de hedendaagse geneeskunde. Daarom eindig ik met de paradoxale wens dat u wel oud mag worden, maar niet ziek. En mocht u wel ziek worden, dan hoop ik dat het ziekenhuis niet alleen maar een akelige hindernis is op weg naar uw graf."

Er bestaat geen enkel laboratoriumonderzoek met als uitslag: 'stop verdere diagnostiek'

Het probleem is vaak dat artsen op de verkeerde plek zoeken naar het antwoord op de vraag: hoe ver moet ik gaan? Er bestaat geen enkel laboratoriumonderzoek met als uitslag: 'stop verdere diagnostiek'. Op een longfoto lees je nooit: 'laat die man nou met rust' en op een hersenscan zie je niet: 'roep er alsjeblieft niet nog meer collega's bij'. De dokter moet in dit stadium weg durven blijven van diagnoses. Want het obsessieve vasthouden aan somatische diagnostiek betekent een even fanatieke vermijding van de persoonlijke ontmoeting. Een jonge internist zei hierover laatst tegen mij: "Ik heb hier vijftientig jaar

Innovatie & CO

A female healthcare professional with dark hair tied back, wearing a white lab coat, stands in a brightly lit hospital hallway. She is holding a tablet computer in her hands and looking towards the camera with a slight smile. Her lab coat has a name tag and a stethoscope around her neck. The background is a blurred hospital corridor with windows and lights.



Abdelkarim
El Idrissi

Ze lopen coschappen en zijn bijna basisarts. **Zeven masterstudenten, geïnteresseerd in innovaties, laten hun licht schijnen over de opmars van technologie in de zorg.**

Wat zien zij als de belangrijkste vinding in hun vak?



“Het klinkt absurd”, zegt Abdelkarim El Idrissi. “Een robot die in de patiënt zit, op afstand bestuurd door de chirurg. Ik heb het tijdens mijn coschap chirurgie in werking gezien bij het verwijderen van een milt. Het heeft veel voordelen. De robot kan preciezer te werk gaan dan de arts en bijvoorbeeld kleinere sneden maken. De chirurg hoeft niet steriel te staan en kan zelfs een kopje koffie drinken. Dat maakt lange uren opereren – nu vaak staand – een stuk comfortabeler. De arts houdt natuurlijk wel de regie, hij bestuurt het apparaat.”

3D-prints: serieuze optie

Robotisering is maar een van de vele technische innovaties die beschikbaar zijn voor de zorg. Het jaarlijks verschijnende rapport ‘Zorg Enablers’ laat zien dat het aanbod overweldigend is: van blaasstenen voor hoofd- en halskanker, via exoskeletten en apps die mentale aandoeningen diagnosti-

ceren tot geprinte weefsels en organen. Toch worden deze innovaties nog niet op grote schaal gebruikt. Studenten geneeskunde komen er sporadisch mee in aanraking, vaak pas tijdens hun coschappen. Zo was Hassana el Haddaoui onder de indruk van de robot die ze complexe operaties zag uitvoeren bij urologie. En tijdens haar afstudeerstage op de Intensive Care stuitte ze bij toeval op het 3D-printen van protheses. “Bij een patiënt moest een gedeelte van het bekken vervangen worden, maar er was geen standaardoplossing voor haar. Toen maakte iemand een grapje over een 3D-print. Uiteindelijk is dat grapje serieus uitgewerkt. Artsen denken nog niet snel aan dit soort innovatieve oplossingen, ze doorlopen vooral de ‘gewone’ protocollen. Ik denk dat we ons meer bewust kunnen zijn van wat er allemaal kan.”

Betrouwbare zorg op afstand

De afdeling gynaecologie van het OLVG is een voorloper als het gaat om zorg op



Geheel Links:
Rachid Rassir

Marie-Paule
van Engelen

afstand. Efraïm Hart is er semiarts en is enthousiast. “Zwangere vrouwen met één indicatie voor ziekenhuisopname kunnen vaak toch thuisblijven. Een wijkverpleegkundige monitort dan hun gezondheid en die van het kind via apparatuur voor vitale functies. Een arts beoordeelt de gegevens en krijgt meer een coördinerende rol, terwijl hij meer ruimte heeft voor patiënten die wél een klinische blik vereisen. Niet alleen technologieën en apps kunnen artsen, verloskundigen en wijkverpleging op een betrouwbare en gebruiksvriendelijke manier ondersteunen. Ik denk dat er ook een toekomst is voor eConsulten, en dat verzekeraars hierin mee moeten.”

Noor van Ginkel beaamt dit. Zij noemt het voorbeeld van het Amersfoortse ziekenhuis Meander. Daar worden astmapatiënten via beveiligde videogesprekken gecontroleerd en geïnstrueerd door verpleegkundigen. “Iedereen is er enthousiast over. En het maakt de zorg ook nog eens efficiënter en goedkoper.” Ze kan zich wel voorstellen dat

artsen moeten wennen aan zorg op afstand. “Natuurlijk kun je iemand met een gipsbeen heel goed vragen stellen via een videoverbinding. Maar toch, je wilt mensen de hand schudden, in de ogen kijken en zo hun vertrouwen winnen. Lichamelijk onderzoek blijft in veel gevallen ook nodig.”

Van VR-brillen tot anatomie-apps

Dat de *real time* artsensblik vaak onmisbaar is, staat als een paal boven water. Techniek is mooi, maar het is een toevoeging, geen vervanging. Marie-Paule van Engelen zegt: “De helft van je tijd als arts bestaat uit patiëntencontact, dat blijft heel belangrijk. Technische ontwikkelingen kunnen het ons hoogstens gemakkelijker maken, de veiligheid vergroten en behandelingen verlichten. Met de virtualrealitybril kun je bijvoorbeeld kinderen met brandwonden in een andere omgeving brengen. Bij verbandwisselingen leid je ze dan af van de angst voor pijn, waardoor ze écht minder pijn hebben. Of je laat ze voorafgaand aan een



Noor van
Ginkel



Hassana el
Haddaoui

Rechts:
Efraïm Hart

ingreep, via die bril, de operatiekamer zien. Ook dat remt de angst. Zo'n bril is verder toe te passen in de opleiding van artsen. Je kunt er zelfs geur en tast aan toevoegen."

Rachid Rassir noemt het nieuwe virtualreality-trainingscentrum voor chirurgen van VUmc en AMC, waar je virtueel kunt oefenen met operaties en andere inventies. Met zijn voorkeur voor orthopedie kijkt Rachid belangstellend naar dit soort opleidingsinitiatieven. Ook de iBooks zijn volgens hem breder inzetbaar dan alleen voor de opleiding. "Als specialist kun je daarmee in de dagelijkse praktijk razendsnel dingen opzoeken, mits je je tablet bij de hand hebt. Een anatomie-app laat heel inzichtelijk in 3D zien hoe op bepaalde plekken botten samenhangen met zenuwen. Ontzettend handig om voor de patiënt inzichtelijk te maken wat het ziektebeeld is en welke behandeling erbij hoort. Ik denk dat mobiele apparaten en apps de toekomst zijn."

Goed voor de patiënt?

Dat draagbare tablets straks tot de standaarduitrusting van artsen behoren, denken meer studenten. Zijn de bijbehorende privacyrisico's eenmaal opgelost, dan kunnen

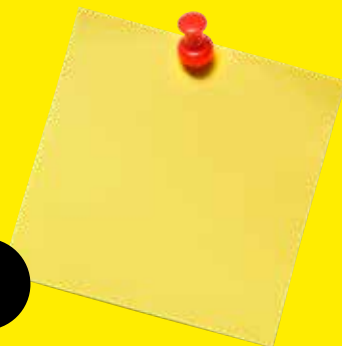
tablets de administratieve handelingen van artsen verlichten. Amber Hof: "Het elektronische patiëntendossier is een belangrijke technische innovatie. Het zet alle gegevens van de patiënt bij elkaar, waardoor er minder snel informatie verloren gaat en artsen elkaars handelingen zien. We kijken beter naar heel de mens, niet alleen naar één specialisme. Nog beter is het als je die dossiers altijd en overal kunt openen, bijvoorbeeld via tablets die je op verschillende plekken in laders kunt hangen."

Ze benadrukt nog maar eens dat al die middelen de relatie patiënt-arts niet mogen verstoren. "Je wilt niet een arts die alleen maar naar het scherm kijkt. Bij elke innovatie moet je je afvragen: is het bevorderend voor de behandeling, en dus goed voor de patiënt?" Moet elke arts in spé dus een technicus zijn? "Nee", zegt Hassana el Haddaoui beslist. "Het hangt van je specialisme af. Bij heelkunde kun je niet meer om de technische laparoscopie heen. Maar als je huisarts wilt worden, dan kun je zonder al te veel techniek heel goede zorg leveren."



11x Professionele ontwikkeling

Professionele ontwikkeling (PO) is het thema dit jaar op het NVMO-congres dat VUmc in november organiseert. Je blijvend professioneel ontwikkelen, als opleider, arts of student, past bij een leven lang leren.



1

Wat is het?

Professionele ontwikkeling staat voor groei in professionaliteit. En professionaliteit is hét kenmerk van een arts die over competenties beschikt zoals goed kunnen communiceren, reflecteren, organiseren, en verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen. "In ons vak gaat het over de ontwikkeling van een identiteit die past bij een dokter," aldus docent/onderzoeker Marianne Mak-van der Vossen die professioneel gedrag van studenten onderzocht.



2

Quote

"Het goede doen, ook als anderen niet kijken." Deze uitspraak over professioneel gedrag is van de Amerikaanse internist en professor Maxine A. Papadakis.

3

Pin op Pinterest

Persoonlijke ontwikkeling doe je zelf! Schrijft Jan Stevens. Zoek je inspiratie en wijsheden? Kijk dan eens op Pinterest: nl.pinterest.com.

4



Plaatje

Hoe word je een professional? George Miller legt het uit in zijn piramide over de vorming van een professionele identiteit: weten, toepassen, laten zien en doen. "En de absolute top van de piramide is *zijn*, als de Identiteit is verworven", stelt Marianne Mak-van der Vossen. "Dat is aan Millers piramide toegevoegd door Cruess en Cruess, een Canadees echtpaar dat het onderwijs van professionaliteit aan medisch studenten onderzoekt." (Bron: *Amending Miller's Pyramid to Include Professional Identity Formation, in Academic Medicine*)

5

Geeltje

Professionele ontwikkeling gaat niet alleen over studeren, leren en je blijvend ontwikkelen. Ook begeleiding (bijvoorbeeld van collega's of stagiairs), advies, (technische) ondersteuning, reflectie en supervisie, coaching en samenwerken met docenten en andere studenten horen erbij. Marianne Mak-van der Vossen: "De student gaat deel uitmaken van het samenwerkingsverband van artsen, doordat hij of zij de basiswaarden accepteert en integreert in het eigen handelen."

6

Regerakkoord 'Vertrouwen in de toekomst'

"Levenlang ontwikkelen en kunnen werken tot de AOW-gerechtigde leeftijd", schrijft het Regerakkoord Rutte III. "Het is de primaire verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers dat werknemers inzetbaar blijven. De overheid zorgt voor de noodzakelijke randvoorwaarden. Een belangrijke succesfactor daarbij is een doorbraak op 'levenlang leren'. Daarmee wordt verankerd dat toekomstige generaties werkenden productief en gezond kunnen werken, ook tot aan hun AOW-gerechtigde leeftijd."

7

Congres

'Professionele ontwikkeling, jong geleerd oud gedaan' is het thema van het NVMO-congres 2018. VUmc organiseert dit congres op 15 en 16 november in hotel Zuiderduin in Egmond aan Zee.

8

Proefschrift

Inge Pool (UMC Utrecht) onderzocht de professionele ontwikkeling van verpleegkundigen. In haar proefschrift (*Continuing professional development across the nursing career. A lifespan perspective on CPD motives and learning activities*, november 2015) concludeert zij dat voor verpleegkundigen in ziekenhuizen het vergroten van professionele kennis, het voldoen aan eisen en loopbaanontwikkeling de belangrijkste drijfveren zijn om zich te blijven ontwikkelen in hun vakgebied. Volgens Pool is professionele ontwikkeling meer dan deelname aan formele, door anderen georganiseerde leeractiviteiten. Ook de dagelijkse praktijk bij ziekenhuisafdelingen vormt een belangrijke trigger en bron om te leren.

9



Social media

Elke docent heeft zijn eigen leernetwerk om zich te blijven ontwikkelen. Zo gebruikt professor Wolter Mooi (pathologie) bijvoorbeeld Facebook en YouTube-kanalen om artikelen en 'kennisclips' te delen. "Het helpt je in het jezelf blijven ontwikkelen", aldus Mooi in een interview op Frankwatching. Het geeft de docent meer tijd voor reflectie en contextualisering.

10

Negen leerlijnen in PO

Bij VUmc is PO een belangrijk onderwijsdomein, naast kennis en vaardigheden. De competenties staan voor de acht rollen van een arts: medisch expert, communicator, academicus, gezondheidsbevorderaar, samenwerker, organisator, beroepsbeoefenaar en reflector. Deze rollen zijn met elkaar verweven in de leerlijnen die samen de onderwijslijn Professionele ontwikkeling vormen. Marianne Makvan der Vossen: "In die leerlijnen van Professionele ontwikkeling geven we onderwijs van jaar 1 tot jaar 6 van de geneeskundeopleiding. Vervolgens toetsen we of studenten op basis van het geleerde inderdaad professioneel gedrag vertonen. Het gaat om goed *zijn* en goed *blijven* in je vak. Als student maak je hiermee een begin, en als arts ontwikkel je dit verder tijdens je carrière. Niet alleen op medisch inhoudelijk vlak, maar juist ook waar het gaat om de andere competenties."

11



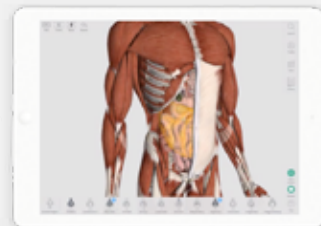
Boek

Intervisie leren van Mirabelle Schaub-De Jong (Boom Uitgevers) is de nieuwste methode over professionele ontwikkeling. Interessant voor wie op een gestructureerde manier aan kwaliteitsverbetering en deskundigheidsbevordering wil werken. En voor studenten die zich met behulp van intervisie verder willen ontwikkelen als persoon en als toekomstig professional.



Fracturen maken in je app

Vervolg van achterpagina



Zelf gebruikt Bretschneider de app dagelijks. Als KNO-arts in het gesprek met patiënten, als docent en als ontwikkelaar van digitale leermiddelen voor studenten. "Je voegt een fractuur toe en ontdekt zelf wat de impact daarvan is op de bloeddruk of de zenuwen." *Complete Anatomy* maakt niet alleen leren, maar ook doceren interactiever en spannender. Je kunt namelijk ook colleges en tentamenstof in de app plaatsen, zoals Bretschneider onlangs zelf deed met zijn college. Met de app tentamenstof leren en jezelf toetsen met quizvragen is aantrekkelijk voor studenten die opgroeien met smartphones en tablets. En vooral ook productief. "Volg je de stappen, dan haal je het tentamen." Maar wat de app helemaal de wow-factor geeft, is de toepassing van *augmented reality* (AR). Bretschneider tovert zo een hologram van het menselijk lichaam tevoorschijn in de collegezaal of operatiekamer. Wat André Hazes na zijn dood in de Ziggo Dome presteerde, is nu ook bij VUmc mogelijk.

Complete Anatomy is gratis te downloaden voor alle VUmc-studenten, verpleegkundigen en artsen. Geschikt voor Macintosh en Microsoft-devices via med.vu.nl.



Fracturen maken in je app

Negenduizend structuren, van losse botten tot een heel skelet, met of zonder spieren of zenuwen en elk lichaamsdeel kun je van alle kanten bekijken. Dissecties maken, het lymfeklierenstelsel uitlichten, fracturen toevoegen. Jochen Bretschneider raakt niet

uitgepraat over de eindeloze mogelijkheden van de 3D-app *Complete Anatomy*. "Van platte plaatjes naar 3D-beelden is een enorme vooruitgang. Zo vaak heb je als student niet de kans om in een lichaam te snijden." Lees verder op pagina 47.

