

BOLS expert meeting 27 januari 2016

Generalistische zorg in het ziekenhuis

Verslag, antwoorden op de gestelde vragen en conclusies voor het vervolg

Inhoud:

- 1. Samenvattingen van de inleidingen**
- 2. Antwoorden op de gestelde vragen**
- 3. Conclusies voor het vervolg**

1. Samenvattingen van de inleidingen

Ingrid Augustin, bestuurder van CIRO+, licht toe hoe in haar organisatie patiënten met hoog complexe chronische ziekten - in het bijzonder longziekten - gediagnosticeerd en behandeld worden. Van een hiërarchische organisatie waarin een gefragmenteerde behandeling wordt geboden is CIRO getransformeerd naar een organisatie waarin zowel het assessment als de behandeling gebeurt door geïntegreerde teams. Op deze manier worden programma's op maat aangeboden die zijn afgestemd op de wensen en de situatie van de patiënt. Op basis van klinische data en het analyseren van de resultaten wordt er voortdurend aan verbetering gewerkt. Interdisciplinair werken wordt gestimuleerd door gezamenlijke scholing (zodat beroepsbeoefenaren zich kunnen verdiepen in elkaars vakgebied) en onderlinge coaching (elkaar feedback geven). De patiënt wordt overal bij betrokken om de motivatie voor herstel te bevorderen en om maatwerk te kunnen leveren.

Paetrick Netten, lid van de Commissie Innovatie Zorgberoepen & Opleidingen, licht toe welke medische generalistische zorgtaken toenemen door de veranderde zorgvraag. Door de vergrijzing komen er steeds meer patiënten met meerdere ziektebeelden met een chronisch karakter. Deze patiënten krijgen te maken met veel verschillende sterk gespecialiseerde behandelaren. Het gevaar bestaat dat er daardoor sprake is van onvoldoende regie en continuïteit. De commissie geeft aan dat het daarom belangrijk is dat niet de aandoening centraal staat maar het functioneren van de patiënt met de aandoening. Dit vraagt om meer generalistische zorg die wordt gekenmerkt door samenwerking met andere professionals, het kennen van de maatschappelijke context van de patiënt maar ook kennis van technologische mogelijkheden om de patiënt thuis te kunnen behandelen. Paetrick Netten haalt het voorbeeld aan van een orthopeed die in de toekomst niet alleen snel een knie moet opereren, maar ook samen met andere behandelaren moet bekijken wat het beste is voor de patiënt. Dit vraagt dat de medisch specialist over generalistische bekwaamheden moet beschikken. Voor de zittende specialisten vraagt dit een cultuurverandering en bijscholing van generalistische klinische vaardigheden. Voor de artsen in opleiding is het belangrijk dat zij tijdens de opleiding al getraind worden in samenwerking met andere professionals en oog krijgen voor de bredere zorgvraag van de patiënt.

Bart Berden, voorzitter van de raad van bestuur van ETZ, benoemt enkele relevante issues vanuit het perspectief van het ziekenhuis. Hij geeft aan dat het belangrijk is dat een ziekenhuis het bestuursmodel aanhangt waarbij het van buiten naar binnen kijkt en de waarden van de patiënt als vertrekpunt neemt. Naast goede patiëntenzorg (*saving lives*) is ook kostenbeheersing van belang (*saving cost*). Ook sluit het uitvoeren van een complexe ingreep niet altijd aan op het functioneren van de patiënt (waarde van de patiënt). Aan de hand van het voorbeeld van de Martini-Kliniek uit Hamburg, een gespecialiseerd centrum voor behandeling van prostaatkanker, laat hij zien wat er voor nodig is om de zorg af te stemmen op de waarde van de patiënt. Het analyseren van klinische data, *outcome* meting en het voortdurend werken aan verbetering zijn daarbij de *key words*. Het creëren van een gezamenlijke cultuur (zo werken wij) door alle geledingen heen is essentieel. De bestaande regelgeving (ZVW 2006, omzetplafonds, integrale bekostiging en het MSB) maakt het de ziekenhuisbestuurder niet gemakkelijk om de gewenste kanteling mogelijk te maken. Bart Berden breekt ook een lans voor de medicus in het management. Hij constateert echter dat een '*Doctors owned hospital*' nog ver weg. Hij weet niet of de ziekenhuisarts de oplossing is voor het oppakken

van meer generalistische taken. Het gevaar bestaat immers dat er weer een nieuwe autonome kaste wordt gecreëerd. Er is behoefte aan generalistische klinische vaardigheden bij alle specialisten. Hier ligt een geweldige uitdaging. Het is wel belangrijk om eerst iets te doen aan de negatieve klank die de generalist oproept.

Jan van Lith, voorzitter van de werkgroep Visie van de Federatie, constateert dat de complexiteit toe neemt. Zowel de vakinhoudelijke complexiteit als de complexiteit van de patiënt in zijn omgeving. In het verlengde hiervan komen er steeds meer sub-specialisten die experts zijn in aandachtsgebieden binnen het specialisme. Tegelijkertijd vervagen de grenzen tussen aanpalende sub-specialismen. Daarnaast is er behoefte aan de generalist specialist die kennis heeft van de basiszorg en op kan treden als regiehouder (ook naar *public health*). Dit vraagt van de specialist heel andere vaardigheden, zoals communicatie en onderhandelvaardigheden, over de grenzen van je eigen vakgebied heen kunnen kijken, inlevingsvermogen in de patiënt en netwerkbekwaamheden. Zowel de sub-specialisten als de generalisten zijn hard nodig. Wat betekent dit voor de opleiding? Jan van Lith constateert dat de huidige medisch vervolgopleiding een sterke focus legt op sub-specialisme, dat er beperkte sturing is op behoefte en dat opleidingen erg gestuurd worden vanuit het eigen vakgebied. Zijn aanbeveling is om meer aandacht te besteden aan generalistische vaardigheden tijdens de opleiding (dit betekent niet dat het eenvoudiger wordt of korter kan). Versterk de samenwerking binnen opleidingen c.q. kijk of je sub-specialismen kunt samenvoegen. Verbeter de capaciteitsraming binnen de specialismen en besteedt meer aandacht aan het adaptief vermogen van de aios. Richt trajecten in om ook het adaptief vermogen van zittende specialisten te onderhouden en te ontwikkelen.

2. Uitkomst van de expert meeting: antwoorden op de gestelde vragen

a. Welk medisch generalistische zorgtaken nemen toe door de veranderde zorgvraag?

Doordat er steeds meer patiënten komen met meerdere ziektebeelden met een chronisch karakter wordt vakoverstijgend denken en werken steeds belangrijker. De aandoening komt minder centraal te staan en de focus verschuift naar de vraag hoe de patiënt kan blijven functioneren met zijn of haar aandoeningen. Hiervoor is het nodig om met de patiënt de behandeling te bepalen (*shared decision making*) in aansluiting op de wensen en de situatie van de patiënt. Verbinding en samenwerking tussen professionals wordt belangrijker en er is behoefte aan een generalist die op kan treden als regiehouder tijdens de behandeling in het ziekenhuis en die zorgt voor een goede aansluiting met andere zorgverleners (1^e en 1,5^e lijn). Aan welke generalistische zorgtaken invulling gegeven zal moeten worden, is sterk afhankelijk van de context (streekziekenhuis versus topklinisch ziekenhuis). In het algemeen geldt dat de generalist zich richt op de medische basiszorg en de context waarin de patiënt zich bevindt.

b. Welke zorgconcepten zijn denkbaar?

Om invulling te geven aan generalistische taken worden verschillende oplossingsrichtingen genoemd. Het doorbreken van de schotten tussen vakgroepen en het beter laten samenwerken van

professionals in het multidisciplinaire proces van chronisch en acuut zieke patiënten wordt als een essentiële stap hierin gezien (kanteling).

Een andere oplossingsrichting die wordt genoemd, is het aanstellen van een generalist specialist (bijvoorbeeld een internist), die verantwoordelijk is voor de medische basiszorg van chronisch en acuut zieke patiënten, die daarnaast ook zorg ontvangen van een of meer andere specialisten. De generalist specialist is verantwoordelijk voor de klinische basiszorg en het verbindend element tussen de specialisten. Als belangrijke voorwaarde wordt genoemd dat er gewerkt wordt aan een cultuurverandering waarbij sprake is van een herwaardering van generalistische vaardigheden in het ziekenhuis. Daarnaast zullen goede afspraken gemaakt moeten worden over de eindverantwoordelijkheid voor de patiënt.

Bij deze organisatievorm is het mogelijk dat een groot deel van de logistiek en administratie van de patiëntenzorg wordt gedaan door een casemanager (VS of PA) die tevens het eerste aanspreekpunt is voor de patiënt. De generalist specialist kan zich op deze manier meer concentreren op de medisch inhoudelijke zorg.

Een ander zorgconcept is het aanstellen van een ziekenhuisarts die verantwoordelijk is voor de algemene medische basiszorg (en tot zekere hoogte voor medisch specialistische zorg onder supervisie), zodat de medisch specialist zich kan concentreren op het eigen specialistische domein. Daarnaast kan de ziekenhuisarts zich richten op patiëntveiligheid en kwaliteitsverbetering van het medisch proces. Sommige ziekenhuizen zien de ziekenhuisarts als een welkome vervanger van de anios (of soms ook aios) die een hoog verloop kennen en niet voldoende onderlegd zijn om gedurende 24/7 medisch verantwoorde zorg te verlenen aan de patiënt.

Een andere oplossing die genoemd wordt om het dilemma van generalist /specialist op te lossen is multidisciplinaire samenwerking van specialisten. Dit kan bijvoorbeeld door professionals te laten werken in geïntegreerde teams of samen te laten werken binnen een afdeling.¹ Iedere specialist levert vanuit zijn/haar afgebakende expertise een bijdrage aan een deel van de complexe zorgvraag.² Dit maakt het ook mogelijk dat de patiënt door huisarts of de SEH-arts niet meer wordt doorverwezen naar een vakgebied maar naar bijvoorbeeld de beschouwende afdeling waar meerdere specialisten samenwerken.

¹ Een voorbeeld is het Karolinska University Hospital in Stockholm. Hier zijn 300 zorglijnen georganiseerd, waarbij professionals rond zorglijnen fysiek bij elkaar zijn gegroepeerd (ook voor verantwoording en data analyse). Zij kijken actueel naar wat goede zorg is. Een ander voorbeeld is CIRO waar professionals die de zorg leveren aan patiënten die meerdere aandoeningen hebben of een specifieke aandoening op één kamer zitten om gemakkelijk te kunnen overleggen.

² Uit een casuonderzoek uitgevoerd naar het ParkinsonNet door RVZ en de Universiteit van Utrecht blijkt dat de drijfveer van specialisten om in het multidisciplinaire ParkinsonNet samen te werken juist ligt in het versterken van hun beroepsgrenzen en profilering als specialist. Het gaat dan niet om het verdedigen van het eigen domein maar om het bijdragen vanuit een afgebakende expertise aan een deel van de complexe zorgvraag. Dat blijkt voor specialisten heel motiverend te werken (Medisch Contact, april 2011).

c. Aan welk type dokter is behoefte met welke kerncompetenties?

In de workshop komt het volgende beeld naar voren. Een *hands on* dokter die voldoende generalistische kennis en kunde heeft om brede basiszorg te leveren aan klinische patiënten en in staat om gedurende 24/7 medisch verantwoorde zorg te verlenen aan de patiënt. Een dokter die de organisatie en coördinatie van het klinische proces op zich kan nemen en kan optreden als casemanager voor de patiënt. Hij heeft oog voor behoud van functioneren en de eigen verantwoordelijkheid van de patiënt. Voor dit doel stemt hij af met de patiënt, huisarts en de 1,5^e lijn en met specialisten en andere professionals in het ziekenhuis. Hij voelt zich verantwoordelijkheid voor de veiligheid en kwaliteitsbewaking rondom het klinische zorgproces. Kortom een generalist die zich richt op de basiszorg en de context waarin de patiënt zich bevindt.

Dit vraagt van de dokter dat hij een teamplayer is. Dat hij beschikt over uitstekende communicatieve vaardigheden. Dat hij zich bewust is van de maatschappelijke context van de patiënt en beschikt over netwerk vaardigheden. Verder is het belangrijk dat hij kan inspelen op veranderingen in de zorgvraag maar ook rondom thema's als infrastructuur en technologie (voldoende adaptief vermogen).

Wie deze rol het beste op zich kan nemen, zal afhangen van het soort ziekenhuis en welk zorgconcept het ziekenhuis kiest. Het zal duidelijk zijn dat hier geldt: *géén one-size-fits all*.

d. Wat betekent dit voor de opleidingsstructuur?

Allereerst wordt opgemerkt dat het belangrijk is om de behoefte van de patiënt als vertrekpunt te nemen. Het is belangrijk de zorg anders te organiseren, uitgaande van de zorgvraag. De opleiding volgt de zorg ('Vertrekken vanuit een duidelijke gemeenschappelijke visie binnen het ziekenhuis'). Betrek hierbij ook de stakeholders als de patiënt en de aios.

Er is meer aandacht nodig om generalistische bekwaamheden (kennis en kunde van medische basiszorg, maatschappelijke context en netwerkbekwaamheden, kennis van technologie, patiënt-veiligheid en kwaliteitsverbetering) te ontwikkelen en te onderhouden (adaptief vermogen). Aandacht voor deze generalistische bekwaamheden is niet alleen van belang bij de start van de opleiding. De generalistische bekwaamheden moet ook terug komen in de laatste fase van de opleiding (waarin de aios zich verder specialiseren), zodat aios beter voorbereid worden op hun toekomstige beroepspraktijk. Ook op een later moment in de carrière blijft het onderhouden van deze generalistische bekwaamheden van belang.

Doordat er steeds meer patiënten komen met meerdere ziektebeelden met een chronisch karakter is het belangrijk dat aios meer over de grenzen van individuele specialismen heen worden opgeleid en multidisciplinair leren werken.

Het is belangrijk dat de aios tijdens de opleiding ook kennis neemt van andere disciplines zoals de huisarts, public health of verpleegkundige disciplines. Op deze manier worden de interdisciplinaire vaardigheden gestimuleerd.

Denkbaar is om met een gemeenschappelijk basisdeel te starten, voordat aios kiezen voor een specialisme. En aangrenzende sub-specialismen kunnen mogelijk samengevoegd worden in een opleiding.

Binnen bestaande vakken kunnen aios ook opgeleid worden tot generalist specialist, welk profiel op hetzelfde voetstuk staat als het profiel van de (sub)specialist ('generalistische zorg op specialistisch niveau neerzetten'). Dit vraagt wel om een cultuurverandering binnen de verschillende wetenschappelijke verenigingen en ziekenhuizen en umc's.

Naast de bestaande medische vervolgoopleidingen kan ook voor een generiek profiel worden opgeleid (bijvoorbeeld de ziekenhuisarts), dat zich helemaal richt op het verlenen van algemene medische zorg en de coördinatie van de klinische patiëntenzorg.

De capaciteitsplanning baseert haar ramingen te veel op de bestaande specialismen en heeft te weinig oog voor de behoefte aan sub-specialismen. De vraag is of de huidige ordening van vakken voldoende aansluit bij de zorgvraag en of de keuzen van aios voor sub-specialismen voldoende aansluit bij de behoeften in de samenleving.

Het ontwikkelen van generalistische vaardigheden en adaptief vermogen is niet alleen belangrijk voor aios maar ook voor de zittende specialisten. Hiervoor is een nascholingsprogramma nodig. Belangrijk is dat hieraan wordt gekoppeld dat de herregistratie mede wordt gebaseerd op 'generalistische kwaliteiten' die toetsbaar worden onderhouden.

e. Wat betekent dit voor het toewijzingsproces?

Wanneer gekozen wordt voor een gemeenschappelijk basisdeel zonder dat de aios al een keuze heeft gemaakt voor een specialisme, kunnen instroomplaatsen niet meer toegekend worden op basis van het beschikbare instroomkader per specialisme. BOLS zal hiervoor een aangepaste toewijzingssystematiek moeten bedenken.

Ziekenhuizen en/of OOR's kunnen andere keuze maken voor de invulling van meer generalistische profielen. Dit vraagt wellicht maatwerk voor het toewijzen van opleidingsplaatsen met een beschikbaarheidsbijdrage voor deze profielen. Binnen een OOR kan er bijvoorbeeld voor gekozen worden om maximaal in te zetten op de (opleiding tot) ziekenhuisarts. Een ander OOR kan er voor kiezen in te zetten op de (opleiding tot) generalist specialist.

Flexibilisering van de opleidingsstructuur betekent dat de beschikbaarheidsbijdrage niet alleen geldt voor reguliere opleidingstrajecten, maar ook voor trajecten met een modulaire opbouw waardoor switchen van opleiding of het vervolgen van een opleiding op en later moment mogelijk wordt.

BOLS zal moeten overwegen of een deel van de beschikbaarheidsbijdrage bestemd kan worden voor de nascholing van zittende specialisten in generalistische bekwaamheden.

3. Conclusies van de expert meeting en BOLS voor het vervolg

Hoofdconclusies vanuit de expert meeting:

1. In de expert meeting is duidelijk geworden dat de toenemende behoefte aan generalistische zorg in de nabije toekomst voor een substantieel deel ingevuld kan worden binnen de huidige medisch specialismen. Hoe en in welke mate de ziekenhuisarts hierin een rol kan vervullen moet blijken uit de evaluatie van het nog lopende experiment.
2. Om invulling te geven aan (generalistische) zorgtaken worden verschillende oplossingsrichtingen genoemd. Rode draad hierbij is de patiënt en diens zorgvraag leidend te laten zijn voor de te verlenen zorg en het loslaten van domeinen (ontschotting, multidisciplinaire samenwerking).

In vervolg op de expert meeting, stelt BOLS de volgende acties voor:

3. Vanuit de Raad Opleiding is aangegeven dat deze conclusies aansluiten bij de visie van Wetenschappelijke Verenigingen en het Visiedocument³ dat vanuit De Federatie is opgesteld. De Raad Opleiding biedt aan de handschoen op te pakken en deze conclusie mee te nemen in een op te stellen agenda voor de toekomst. Hierin zal onder meer aandacht worden besteed aan aanpassing van de opleidingsstructuur (meer focus op de generalist; generalistische aspecten binnen het specialisme) en aan “om- en bijscholing” van zittende specialisten.
4. De conclusies van de expert meeting impliceren ook een agenda voor de toekomst voor ziekenhuizen en universitaire medisch centra. BOLS zal deze hiervoor bij de NVZ en de NFU neerleggen.
5. Aan alle betrokken partijen verzoekt BOLS om terug te rapporteren, hoe dit door de betrokken partijen is opgepakt. BOLS biedt aan hierin een faciliterende rol vervullen.
6. BOLS zal met VWS afstemmen over mogelijkheden voor het aanwenden van de ruimte van 33 niet ingevulde plaatsen voor medisch vervolgopleidingen bij de toewijzing 2016. De aanleiding voor het organiseren van de expert meeting was het benutten van deze ruimte voor nieuwe initiatieven met het oog op de veranderende zorgvraag en de behoefte aan meer generalistische zorg. In overleg met VWS zal worden nagegaan wat hierin mogelijk is.

³ Visie op opleiding tot medisch specialist, “Opleiden is vooruit zien”, De Federatie Medisch Specialisten, 2016