

DISCLAIMER



Onafhankelijke informatie is niet gratis. Het NTVG investeert veel geld om het hoge niveau van haar artikelen te waarborgen, door een proces van peer-review en redactievoering. Het NTVG kan alleen bestaan als er voldoende betaalde abonnementen zijn. Het is niet de bedoeling dat onze artikelen worden verspreid zonder betaling. Wij rekenen op uw medewerking.

5 jaar ziekenhuisgeneeskunde

Wat is de meerwaarde van de 'helikopterdokter'?

Jeanne Heijnen

Vijf jaar geleden ging de eerste ziekenhuisarts aan het werk in Nederland. Er werd veel verwacht van dit nieuwe specialisme, en nog steeds ziet de medische wereld de potentie ervan in. Toch staat de financiering van de opleiding nu op losse schroeven.

Ergens rond 2010 kreeg Paetrick Netten, internist in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, een telefoontje van UMCG-bestuurslid Frans Jaspers. Deze bleek al een aantal jaar met het idee te spelen om een nieuwe specialisatie te introduceren in Nederland: dat van de ziekenhuisgeneeskunde. Hij vroeg Netten of hij met een paar collega-internisten wilde werken aan een opleidingsplan. De gedachte achter het nieuwe specialisme was dat het alomvattende zorg zou leveren aan de patiënt in de tweede lijn, zoals de huisarts dat doet in eerste lijn. Netten: 'Jaspers zag dat er een groeiende behoefte was aan een generalist tussen de superspecialisten, doordat ziekenhuispatiënten steeds ouder worden en een toenemend aantal comorbiditeiten vertonen.'

Ook instanties als de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU), de Raad van Volksgezondheid en het Zorginstituut Nederland bleken die behoefte waar te nemen.¹⁻³ Zo deed de NFU het voorstel om generalistisch opgeleide artsen basiszorgtaken te laten overnemen van de duurdere medisch specialist. Van daaruit groeide het idee om dit breder aan te pakken, vergelijkbaar met de SEH-artsen: een generalist die op de ziekenhuisafdeling – in Nederland meestal georganiseerd rondom een specialisme – voor de héle patiënt zorgt. Zo kwam het dat Jaspers een aantal collega's in het land benaderde en dat Netten betrokken raakte bij de vroege plannen voor de Nederlandse ziekenhuisarts. Inmiddels is Netten conciliumvoorzitter van de Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde (VvZG).

Het voorbeeld van Jaspers en Netten was de 'hospitalist', zoals de generalistische ziekenhuisarts in Amerika wordt genoemd. In Amerika wordt de ziekenhuisarts al sinds de jaren 90 volop ingezet. In twintig jaar tijd groeide het aantal ziekenhuisartsen daar naar zo'n 50.000. Drie kwart van de Amerikaanse ziekenhuizen kent ze nu, en meerdere studies lieten zien dat de kwaliteit van de zorg verbetert door de inzet van hospitalisten; zo ging de patiënttevredenheid omhoog en werd de opnameduur korter.⁴⁻⁷ Deze resultaten zijn helaas niet zonder meer te vertalen naar de Nederlandse situatie, doordat het Amerikaanse zorgstelsel wezenlijk anders is.

In september 2012 begonnen de eerste ziekenhuisartsen in opleiding (aiossen ziekenhuisgeneeskunde, ook wel aiosz) aan de 3-jarige KNMG-profielopleiding (figuur). Ze gingen aan de slag in 4 Nederlandse ziekenhuizen, te weten het VU Medisch Centrum, het Jeroen Bosch Ziekenhuis, het UMCG en het Catharina Ziekenhuis. Inmiddels zijn er 9 opleidingscentra en 54 afgestudeerde ziekenhuisartsen (tabel). De eerste ziekenhuisarts is al 5 jaar aan het werk en de eerste Effectevaluatie in 2018 was overwegend positief over het nieuwe specialisme.⁸ Toch is de financiering van de opleiding sinds voorjaar 2020 onzeker (kader).

instelling	type instelling	aantal aioz'	aantal ziekenhuisartsen
Haaglanden Medisch Centrum, Den Haag	ziekenhuis	4	13
Amsterdam UMC, locatie VUmc	ziekenhuis	6	5
Jeroen Bosch Ziekenhuis, Den Bosch	ziekenhuis	5	2
Deventer Ziekenhuis	ziekenhuis	3	2
UMCU, Utrecht	ziekenhuis	2	2
St. Jansdal Ziekenhuis, Harderwijk	ziekenhuis	2	1
LUMC, Leiden	ziekenhuis	6	
Catharina Ziekenhuis, Eindhoven	ziekenhuis	5	
Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis, Tilburg	ziekenhuis	4	
Bernhoven Ziekenhuis, Uden	ziekenhuis		8
Spaarne Gasthuis, Haarlem	ziekenhuis		2
Horacio Oduber Hospitaal, Aruba	ziekenhuis		2
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein	ziekenhuis		1
Antonie van Leeuwenhoek Ziekenhuis, Amsterdam	ziekenhuis		1
Fundashon Mariadal, Bonaire	ziekenhuis		1
Sint Maartenskliniek, Nijmegen	zelfstandig behandelcentrum		3
Basalt revalidatiecentra, Den Haag/Leiden	revalidatiecentrum		2
Laurens, Rotterdam	woonzorginstelling ouderen		2
International Health Center, Den Haag	gezondheidscentrum		1
Korsakovcentrum Slingedael, Rotterdam	woonzorginstelling Korsakov-patiënten		1
Saffier Groep, Den Haag	woonzorginstelling ouderen		1
Totaal		37	50*

* In totaal zijn er 59 ziekenhuisartsen opgeleid (stand augustus 2020); 4 zijn werkzoekend en 5 niet praktiserend.
Bron: VvZG.

Tabel
Werkplekken van ziekenhuisartsen en aiossen Ziekenhuisgeneeskunde

jaar 1	jaar 2	jaar 3
'clinical governance'-programma (loopt door de hele opleiding heen mee)		
Interne Geneeskunde 12 maanden	Anesthesiologie (peri-operatief proces) 4 maanden	Klinische Ouderengeneeskunde 4 maanden
	Neurologie 4 maanden	extramuraal stage 2 maanden
	Chirurgie 4 maanden	keuzestage op 1 plek of meerdere plekken 6 maanden

Bron: Opleidingsplan Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG, 2012).

Figuur
Opleidingsplan van de KNMG-profielopleiding tot ziekenhuisarts

Volgens het landelijk opleidingsplan volgt de aioz 7 stages. Het plan omschrijft de rol van de toekomstige ziekenhuisarts als volgt: 'Het verbeteren van de kwaliteit van zorg voor de individuele klinische patiënt' en 'Het verbeteren van de organisatie van de zorg op afdelings- en ziekenhuisniveau'. Voor die laatste rol loopt er door de hele opleiding heen een 'clinical governance'-programma mee. Hierin verwerft de aioz competenties voor het uitvoeren van patiëntveiligheids- en kwaliteitsverbeterprojecten. De opleider is een internist en de plaatsvervangend opleider een anesthesioloog. Uiteindelijk zullen deze taken worden overgenomen door vakgenoten.

Continue aanwezigheid en brede expertise

Een van de ziekenhuisartsen van het eerste uur is Marjolein de Boom. Ze begon haar carrière in het Haaglanden Medisch Centrum (HMC), waar de verpleegafdelingen van de oncologische locatie inmiddels grotendeels door ziekenhuisartsen worden bemenst. De Boom herinnert zich een casus die tekenend is voor hoe de continue aanwezigheid en brede expertise van ziekenhuisartsen de patiëntenzorg ten goede kan komen. Het betrof een patiënte die nog maar 25 was toen ze uiteindelijk toch overleed, na maanden van complicaties en opnames. Het begon bij haar met een rectumcarcinoom, waaraan ze werd geopereerd door een oncologisch

chirurg. Ze kreeg eerst uitzaaiingen in de vaginatop, waarvoor de gynaecoloog betrokken werd. Vervolgens veroorzaakte een abdominale metastase afvoerproblemen van de urine en kwam de uroloog aan zet. Ook de plastisch chirurg kwam in beeld, en de internist-oncoloog was al die tijd betrokken vanwege de chemotherapie die ze kreeg. De Boom: 'Hoewel deze patiënte steeds door een andere specialist werd opgenomen, kwam ze telkens onder onze hoede en hadden wij regie. We wisten bijvoorbeeld dat ze geen enkel invasief onderzoek wilde ondergaan zonder overleg met de anesthesist. Toen een anios die de plaatsing van nefrostomiekatheters wilde regelen hierop vastliep, kwam onze bemiddeling goed van pas.'

Hoewel deze casus De Boom is bijgebleven vanwege de intensiteit ervan, is hij niet representatief voor de alledaagse ziekenhuiszorg. Daarin gaat het vooral om oudere, multimorbide patiënten. Denk aan een 84-jarige, licht dementerende vrouw met diabetes mellitus en COPD die haar heup breekt. Thuis redt ze het nog net met mantelzorg en 3 keer per dag thuiszorg. Ze wordt opgenomen op de afdeling Orthopedie voor plaatsing van een heupschroef. Het is dan fijn als één en dezelfde arts na de operatie niet alleen de wondcontrole doet, maar ook de glucosewaarden reguleert, waar nodig polyfarmacie saneert en een pneumonie vroegtijdig herkent en behandelt. Dit kan lastig zijn voor onervaren aniossen, die vaak relatief kort ergens blijven en door onregelmatige roosters ook wisselend op de afdeling staan. Ziekenhuisartsen kunnen wel die helikopterrol vervullen. Bovendien houden ze 'randzaken' in de gaten. Bijvoorbeeld of de verpleging adequate preventieve deliermaatregelen neemt. Ook zetten ze samen met de fysiotherapeut en de verpleging een passend nazorgtraject in gang en zien ze bij ontslag toe op een juiste medicatielijst en volledige medische overdracht aan de huisarts.

In 2018 kwam uit een Effectevaluatie (zie kader) naar voren dat medisch specialisten en hoofdverpleegkundigen zien dat de ziekenhuisarts positieve effecten heeft op de kwaliteit van zorg.⁸ Zo rapporteerden zij meer continuïteit van de behandeling, een gestructureerde visite en betere medische informatieoverdracht in en buiten het ziekenhuis.

Ziekenhuisbreed of op een vaste afdeling?

Maar deze Effectevaluatie benoemde ook een aantal aandachtspunten. Zo blijken ziekenhuisartsen nu op heel verschillende manieren te worden ingezet. Op sommige plekken, zoals in het Spaarne Gasthuis, het VUmc en het UMC Utrecht, werken ze betrekkelijk solitair op een vaste afdeling. Andere ziekenhuizen, zoals Bernhoven, het Deventer Ziekenhuis en het HMC, zien meer in een ziekenhuisbrede inzet, als vakgroep met roulerende artsen of als groep op een algemene, multispecialistische afdeling als de acute-opnameafdeling.

Marjolein de Boom denkt dat ziekenhuisartsen het best tot hun recht komen in een ziekenhuisbrede inzet. 'Als je een pool hebt die multispecialistisch werkt, blijft de brede algemene kennis van elke arts op peil en zijn er meer kansen om kwaliteitsprojecten grootschalig uit te voeren. Een individuele ziekenhuisarts op een afdeling is ook maar "gewoon" een zaaldokter met iets meer kennis.'

Paetrick Netten ziet dat anders. Volgens hem kan juist een goede uitvoering van zaalwerk een enorme meerwaarde hebben. In zijn eigen Jeroen Bosch Ziekenhuis zag hij dat de verpleging de solistische ziekenhuisarts 'heel erg miste toen die 3 weken op vakantie was'.

Een multispecialistische invulling past het best in een perifere setting, denkt De Boom. Maar Maarten van der Laan, die als vaatchirurg in het UMCG en lid van het Consortium Kwaliteit van Zorg van de NFU bekend is met de ziekenhuisarts, ziet ook mogelijkheden in academische centra. 'Ziekenhuisartsen zouden er een superviserende rol kunnen aannemen, en de reguliere zaalarts of een physician assistant op afroep ondersteunen bij patiënten met complexe problematiek die buiten het kennisveld van de hoofdbehandelaar ligt. Zo beperk je versnippering en het aantal intercollegiale consulten.' Een van de suggesties in de Effectevaluatie betreft een dergelijke rolinvulling als 'hybride medisch generalist' met een medische coördinatierol.

Verder is het volgens de Effectevaluatie nog niet goed duidelijk op welke afdeling je ziekenhuisartsen het beste kunt inzetten en hoe vaak ze tussen afdelingen moeten rouleren. De voor de evaluatie ondervraagde medisch specialisten en hoofdverpleegkundigen zien de meeste toegevoegde waarde op snijdende afdelingen, waar algemene basiskennis van beschouwende vakken minder is; waarde toevoegen op een interne afdeling blijkt moeilijker. Wanneer ziekenhuisartsen rouleren tussen afdelingen, is het zoeken naar continuïteit enerzijds (een langere periode op één afdeling draagt daaraan bij) en het onderhouden van een brede basiskennis van verschillende vakgebieden anderzijds (iets wat juist gemakkelijker gaat als de ziekenhuisarts regelmatig op een andere afdeling staat). De Effectevaluatie adviseert raden van bestuur daarom om van meet af aan meerdere ziekenhuisartsen tegelijk in te zetten. Het is dan voor de ziekenhuisartsen makkelijker om het verschil te maken, stelt het rapport.

Kinderziektes en concurrentiedrang

Er studeren steeds meer ziekenhuisartsen af, maar de toekomst van de opleiding en het vak is nog onzeker. Een aantal factoren

speelt daarin een rol.

Allereerst is er de heersende cultuur. Een nieuwe plek in de gevestigde orde veroveren gaat niet zonder slag of stoot. De Effectevaluatie benadrukt dat het aanpassing vereist van het hele systeem: 'Iedereen moet wennen.'⁸ Vaatchirurg Van der Laan herkent dit: 'Elk nieuw specialisme vertoont kinderziektes; de SEH-artsen moesten daar destijds ook doorheen. Voor kersverse ziekenhuisartsen is het zaak om niet de concurrentie aan te gaan met medisch specialisten in opleiding. Ze moeten zich profileren als méér dan een goede zaalarts.' Van der Laan ziet wat dat betreft vooral kansen op het gebied van 'de kwaliteitsportefeuille'. De opleiding tot ziekenhuisarts besteedt daar ook veel aandacht aan (zie figuur).

Verder is er het aspect van werving en selectie. Zowel voor de basisarts die een vervolgopleiding moet kiezen als voor opleidingsziekenhuizen die geschikte kandidaten moeten selecteren is het nu vaak nog aftasten. De uitval is daardoor hoog. Uit de administratie van de VvZG blijkt dat van de 120 aioz' die aan de opleiding begonnen, er tot nu toe 25 zijn uitgevallen. Soms bleek het vak niet te voldoen aan de verwachtingen van de aioz, soms was de aioz niet geschikt voor het vak. Door de kleine aantallen telt voor de positionering van de ziekenhuisarts elk individu, meent Paetrick Netten. 'Het disfunctioneren van één arts straalt al snel af op het hele vakgebied.' Ook in de Effectevaluatie geven kritische respondenten aan dat individuele persoonskenmerken de meerwaarde kunnen ondermijnen.

Tot slot zijn er nog financieringskwesties. Begin 2020 wees het ministerie van VWS structurele financiering van de opleiding tot ziekenhuisarts voorlopig af, omdat de meerwaarde van dit nieuwe specialisme niet kon worden aangetoond. Ziekenhuizen moeten de opleiding sindsdien geheel zelf betalen (zie kader). Desondanks groeit het aantal ziekenhuizen dat de opleiding wil aanbieden, meldt de VvZG. Maar of er voor alle afgestudeerden straks ook een baan is? Het salaris van een ziekenhuisarts is hoger dan dat van een basisarts. Ziekenhuizen zullen die investering eerder doen als er de belofte van een kostenreductie tegenover staat. Volgens de Amerikaanse beroepsvereniging kan de ziekenhuisgeneeskunde tot 20% kostenreductie opleveren.⁹ Maar Nederlandse cijfers ontbreken; het lukte de opstellers van de Effectevaluatie door de kleine onderzoekspopulatie nog niet om de baten – die ze vanwege de kwalitatieve resultaten wel verwachten – in kosteneffectiviteit uit te drukken.

Toch ziet Paetrick Netten van de VvZG het niet somber in. 'Die geldkwesties zijn hinderlijk, maar tegelijkertijd zie ik dat ziekenhuizen meer stabiliteit willen in het afdelingswerk en dat ze denken dat ziekenhuisartsen daaraan een bijdrage kunnen leveren. Steeds meer ziekenhuizen melden zich bij de VvZG met interesse in de opleiding of in klare ziekenhuisartsen.'

- Online artikel en reageren op ntvg.nl/D5149
- Jeanne Heijnen schrijft op freelancebasis voor het NTvG
- Contact: J. Heijnen (heijnenjeanne@gmail.com)
- De auteur is ziekenhuisarts KNMG en volgde haar opleiding aan het HMC.
- Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld.
- Aanvaard op 19 mei 2020
- Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2020;164:D5149

Literatuur

1. [De medisch specialist van straks](#). Utrecht: NFU; 2010.
2. [Numerus fixus geneeskunde: Loslaten of vasthouden](#). Den Haag: Raad van Volksgezondheid; 2010.
3. [Naar nieuwe zorg en zorgberoepen: de contouren](#). Diemen: ZIN; 2015
4. Nelson J. [Hospitalists working hard to improve patient care](#). The Hospitalist, 2014.
5. Wachter R, Goldman L. [The hospitalist movement 5 years later](#). JAMA. 2002;287:487-94. DOI:10.1001/jama.287.4.487
6. Southern WN et al. Hospitalist Care and Length-of-stay in Patients Requiring Complex Discharge Planning and Close Clinical Monitoring. [Arch Intern Med. 2007;167:1869-74](#). DOI:10.1001/archinte.167.17.1869
7. Pinzur MS et al. [Hospitalist-Orthopedic Co-Management of High-Risk Patients Undergoing Lower Extremity Reconstruction Surgery](#). Orthopedics. 2009;32:495.
8. Van Offenbeek MAG, Bakker MAG, Regts-Walters AG, Roemeling OP, Vos JFJ. [Effectevaluatie ziekenhuisarts pilottraject II](#). Groningen: Rijksuniversiteit; 2018.
9. [What is a Hospitalist?](#) Philadelphia: Society of Hospital Medicine; geraadpleegd op 24 augustus 2020.

Info

Overheidsfinanciering onzeker

In februari 2020 wees het ministerie van VWS structurele financiering van de opleiding tot ziekenhuisarts vanuit de NZA-

beschikbaarheidsbijdrage af. Deze beschikbaarheidsbijdrage is de geldpot waaruit medische vervolgoopleidingen worden betaald. Vanaf 1 april 2020 is het daarmee geheel aan de ziekenhuizen zelf om de opleidingsplaatsen voor een aios ziekenhuisgeneeskunde (aios) te bekostigen. In 2019 was al afgesproken dat het ziekenhuis op iedere gesubsidieerde aios zelf een aios betaalt. De Stichting Opleiding Ziekenhuisgeneeskunde (SOZG) ontving sinds de start van de opleiding in 2012 financiering voor aios' in de vorm van projectsubsidies. Daartegenover stond de opdracht aan de SOZG en de Vereniging voor Ziekenhuisgeneeskunde (VvZG) om de meerwaarde van de ziekenhuisarts aan te tonen; alleen dan zou de opleiding in aanmerking komen voor de beschikbaarheidsbijdrage. Deze Effectevaluatie werd in 2018 uitgevoerd door onderzoekers van de Rijksuniversiteit Groningen en leverde overwegend positieve resultaten op. Harde cijfers konden echter niet worden gegeven, doordat de evaluatie noodgedwongen op kleine aantallen was gebaseerd.

Het ministerie van VWS baseert zich in zijn besluit over de beschikbaarheidsbijdrage op het advies van de veldpartijen. De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Federatie Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen onderschreven in het voorjaar van 2019 in hun brief aan VWS de positieve bevindingen van de Effectevaluatie en gaven aan potentie te zien in de ziekenhuisgeneeskunde. In dezelfde brief gaven ze echter aan vooralsnog geen steun te verlenen aan een structurele opleidingsbekostiging. Ze willen de 'financiering van de opleiding tot ziekenhuisarts [niet] ten koste laten gaan van de medisch specialistische vervolgoopleidingen' en vragen om een nog uitgebreidere evaluatie.