

COLUMN

Wat moeten of kunnen we met het plan voor een nieuw specialismenlandschap?

Belachelijk! Wat is dit nu weer voor plan? Wat zijn de kernspecialismen? Is de radiologie er daar één van? Dan heten wij toch zeker diagnostisch/beeldgestuurd specialist? Voor de term *ondersteuner* moeten we echt passen! En met onze opleiding wordt toch al voorgesorteerd op deze ontwikkeling? Jet, hoe zie jij dit voor je? Wat kunnen wij als NVvR hieraan doen?



In juli heeft het College Geneeskundig Specialismen (CGS) van de KNMG een houtskoolschets voor het specialismenlandschap 2035 gelanceerd. Hierin staat het perspectief beschreven dat er meer generalistische specialisten nodig zijn voor de veranderingen die de komende jaren optreden in patiëntbehoeften, maatschappij, technologie en zorg. Het CGS stelt daarom kernspecialismen voor, die samen zorg leveren in de breedte. Curatieve zorg en preventieve zorg. Zij staan grofweg voor ongeveer 75 procent van de zorg (= laagcomplexe/veelvoorkomende zorg).

Anderzijds blijven specialisten nodig met expertise op een specifiek (onderdeel van een) vakgebied. Zij staan voor de resterende 25 procent (= hoogcomplexe zorg), én moeten daarnaast ook een zekere mate van generalistisch denken of generalistische kennis behouden. Welke sub-specialismen er zijn, wordt bepaald met inbreng van bijvoorbeeld werkgevers, zorgverzekeraars, Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en patiënten, zodat het sub-specialisme aansluit bij de behoefte in de zorg. Verdere specialisatie is in ieder geval niet meer het ultieme doel, schrijft het CGS. Deze aanpassing van het huidige stelsel van specialismen en profielen zal volgens het CGS bijdragen aan een oplossing voor de geschetste problemen.

Mijn antwoord op de vraag hoe ik dit geschetste nieuwe specialismenlandschap voor me zie is: *niet*. Het leest als een papieren oplossing voor een maatschappelijk probleem. Ook enige toelichting op

het gekozen aantal en de invulling van de kernspecialismen ontbreekt volledig. Waar worden we nu eigenlijk op gevraagd te reageren? De kern van het probleem gaat over het behoud van voldoende medisch specialisten met generalistische kennis. Dat gebeurt nu kennelijk onvoldoende en dit probleem wordt nog zeer slecht omschreven en gekwantificeerd. Zou de aandacht dan niet juist daarnaartoe moeten gaan? Want dit kennen wij uit de praktijk: een patiënt die hoogcomplexe zorg nodig heeft, heeft juist ook de generalistische blik nodig (en andersom komt ook voor). Deze brede blik is kenmerkend voor de radioloog, die meer dan eens degene is die het complete ziekteverloop van de patiënt kent en de verbinding legt tussen de verschillende bij de patiënt betrokken specialisten.

bovenop een aanzet in (sub)specialistische vaardigheden. Het samengaan met de opleiding tot nucleair geneeskundige draagt hier ook aan bij. En doordat tijdens de opleiding meer dan één differentiatie mogelijk is, blijft de generalistische basis beter behouden.

De kracht van de radiologie zit juist in de brede kennis met passende inzet van (alle) verschillende beeldvormende technieken en het beoordelen van de mens als geheel, niet in fragmenten of alleen specifieke aandoeningen. Dat is de belangrijkste reden voor de radiologie om kernspecialisme te zijn. Daarbinnen kun je grofweg kiezen voor breed diagnostisch, nucleaire of interventieradiologie. De acute radiologie is misschien wel de voornaamste generalistische vaardig-

‘Mijn antwoord op de vraag hoe ik dit geschetste nieuwe specialismenlandschap voor me zie is: niet’

Generalist vs (sub)specialist

De volgende vraag is: hoe verhoudt de houtskoolschets zich tot de opleiding en strategische visie van de NVvR, inclusief de rollen (het ABCD)? Nou, het opleidingsplan radiologie (ORANGE) neemt al een voorschot op de oplossing van het door de CGS geschetste probleem. ORANGE kent een brede robuuste generalistische basisopleiding met daar

heid die een radioloog levenslang onderhoudt. De acute radiologie is bewust in de basis van de opleiding geplaatst in verband met de holistische blik, inzet van juiste middelen en beperktere bemensing (niet voor elk ziektebeeld een aparte radioloog) tot gevolg. Op de spoedeisende hulp (SEH) van ons ziekenhuis krijgt circa 70-75 procent één of meerdere vormen van beeldvormende diagnos- ►

tiek, waarvan het merendeel laagcomplexe veel voorkomende aanvragen zijn. Spoedaanvragen voor SEH of opgenomen patiënten moeten dan ook niet onnodig complexer gemaakt worden dan ze zijn: de toegevoegde waarde van de radioloog zit 'm er juist in de mogelijke hoogcomplexe aandoeningen te (her)kennen.

Maar met alle technische ontwikkelingen binnen de radiologie, zoals bijvoor-

dan moet afvallen zal niet makkelijk, laat staan onmogelijk, blijken. Er zullen hoe dan ook keuzes gemaakt moeten worden. Sterker nog, doordat diagnostiek in steeds meer nieuwe richtlijnen een grotere rol inneemt, is de lucht geleidelijk uit het systeem geperst en zijn we als radiologie al beland in de situatie dat we ons de vraag moeten gaan stellen: "Moet alles wat kan als niet meer alles kan wat moet?"

wie verplichte vinklijstjes en registratie van handelingen een steeds groter deel van hun tijdsbesteding is geworden. Deze administratielast sterk terugbrengen kan het werk weer voornamelijk vullen met datgene waar de intrinsieke motivatie en het werkplezier ligt: patiëntenzorg en direct persoonlijk contact.

Samenwerking intensiveren

Een andere oplossingsrichting is het intensiveren van de samenwerking en loskomen van concurrentie of jezelf beter vinden dan de rest. Dit geldt zowel voor de radiologie als voor de samenwerking met andere collega's. Als radioloog zijn wij als geen ander gewend om samen te werken en te communiceren met onze collega's in het ziekenhuis en daarbuiten met huisartsen, zelfstandige behandel- en diagnostische centra, VVT- en revalidatiezorg. Elkaar kennen en (digitaal) vinden helpt om laagdrempeliger intercollegiale vragen te stellen en daarmee onnodige onderzoeken en verwijzingen te voorkomen. Goede *pre-hospitale* triage, waarvoor beeldvormende diagnostiek kan worden ingezet, voorkomt onnodige verwijzingen en onnodige druk op het systeem. Dit vraagt ook om bijsturen van afspraken met zorgverzekeraars wanneer ziekenhuizen hierdoor in de problemen komen.

Daarnaast kan intensivering van samenwerking tussen ziekenhuizen de continuïteit van (radiologische) zorg borgen, door zogenaamde *cross-hospital workflow*. Tijdens de avond-, nacht- en weekenddiensten ontstaat steeds meer de behoefte om samen te kunnen werken, doordat het door het toenemend aantal en de complexiteit van de aanvragen steeds belastender wordt. Een radioloog die voor meerdere ziekenhuizen beschikbaar

'Het opleidingsplan radiologie neemt al een voorschot op de oplossing van het door de CGS geschetste probleem'

beeld de mogelijkheid om steeds kleinere bloedvaatjes in beeld te brengen met hieruit voortvloeiende (en door onszelf opgelegde) richtlijnen en uitbreiding van acute beeldgestuurde interventies, wordt het bijhouden en naleven hiervan steeds ingewikkelder. Daar ligt een duidelijke parallel met wat beschreven staat in de houtskoolschets.

Want mede door deze fantastische ontwikkelingen is het aantal overlegmomenten (tussen collega-radiologen onderling en met collega zorgprofessionals) net als de hoeveelheid diagnostiek en acute beeldgestuurde interventies afgelopen jaren sterk toegenomen. En dat is niet alleen overdag het geval, maar ook tijdens de diensturen. Het doorwerken na een nachtdienst is, zeker voor de interventieradiologen in drukke praktijken, langzamerhand niet meer verantwoord en creëert een toenemende capaciteitsdruk (op zowel de betrokken radiologen als de laboranten en de apparatuur). Het zal in de praktijk steeds lastiger haalbaar blijken om als verschillende subspecialisten 24/7 bereikbaar en beschikbaar te zijn en 24/7 de beste kwaliteit van zorg te leveren. Dus ook voor radiologie is het de uitdaging om het generalisme te behouden en te versterken.

Om als radiologie zelf *in the lead* te blijven, zullen in de toekomst *alle* radiologen meer generalistisch moeten gaan werken. Tot daar loopt de parallel met de oplossingsrichting van het CGS. Want hoe vervolgens bepaald zal gaan worden welk subspecialisme aansluit bij de behoeften in de zorg en binnen de 25 procent hoogcomplexe zorg valt en wat

Team en werkplezier

Wat zijn andere mogelijke (en wellicht meer voor de hand liggende) oplossingsrichtingen? Het valt buiten het specialismenlandschap, maar zonder onze collega's als doktersassistenten, administratief medewerkers, radiodiagnostisch laboranten en natuurlijk vele andere zorgprofessionals, zou de radiologie niet kunnen functioneren. Breder getrokken geldt dit natuurlijk ook voor de samenwerking van medisch specialisten met verpleegkundigen, collega's van de planning en administratie, van patiëntenvervoer, telefonisten en vele anderen. Wij vormen een team. Zonder deze collega's kunnen wij als medisch specialisten nauwelijks iets, of we nu generalist of subspecialist zijn. Het is niet voor niets dat het tekort aan verpleegkundigen vaak de doorslag geeft voor afdelingen of ziekenhuizen om te (moeten) gaan samenwerken of zelfs fuseren. Een ander verbeterpunt dat al jarenlang aan-

gegeven en breed gedragen wordt, is het omlaag brengen van de administratielasten. Dit geldt voor het hele team en met name voor de verpleegkundigen, voor

is voor overleg om spoedonderzoeken te beoordelen en verslaglegging te verzorgen, kan de werkdruk (en werkbalans) verbeteren. Nu zijn alle ziekenhuizen los

'De administratielast sterk terugbrengen kan het werk weer voornamelijk vullen met datgene waar de intrinsieke motivatie en het werkplezier ligt: patiëntenzorg en direct persoonlijk contact'

van elkaar bezig deze ballen in de lucht te houden. Ook voor de meer subspecialistische vragen zou een intensivering van samenwerking de werkdruk doen afnemen. Bovendien kan de kwaliteit van zorg behouden blijven en vaak zelfs verbeteren (door het makkelijker met elkaar kunnen meekijken en van elkaar kunnen leren).

Het digitale tijdperk

Juist nu, in een tijd met tekort aan menskracht, ontstaat een momentum om echte innovaties en veranderingen door te voeren. De verwachtingen met betrekking tot toepassingen met kunstmatige intelligentie (AI) in de zorg zijn hooggespannen. De radiologie is onder de specialismen het vak met de meeste expertise op dit onderwerp. In de praktijk blijkt AI zeer langzaam en versnipperd te worden toegepast, door allerlei oorzaken.

Een landelijke infrastructuur voor beschikbaarheid van medische gegevens in ieders eigen werkomgeving biedt een belangrijke oplossingsrichting voor de huidige knelpunten in de zorg. Door te beginnen met de radiologiebeelden, op een manier dat daarna andere medische gegevens zijn toe te voegen, is een eerste grote slag te maken. Deze stap draagt direct bij aan het verminderen van administratielast (immers geen versturen

door de jongste ai's gekochte bastog- nekoeken) dat eigenlijk ieder aandachts- gebied binnen de radiologie de vijf tot tien meest voorkomende acute presentaties zou moeten bijhouden en delen met alle collega-radiologen. Zodat wij als radiologen onze kennis over de acute radiologie in de breedte (generalistisch)

een belangrijke stap naar passende zorg worden gezet. Ook voor samenwerking tussen regio's en slagen van het IZA is dit een essentiële voorwaarde.

Duidelijke stempel

Natuurlijk zijn dit drie oplossingsrichtingen die niet nieuw zijn en zeker geen

‘Een landelijke infrastructuur voor beschikbaarheid van medische gegevens in ieders eigen werkomgeving biedt een belangrijke oplossingsrichting voor de huidige knelpunten in de zorg’

in deze tijd up-to-date houden. Dit is te ondersteunen met digitale leermidde- len en ook multidisciplinair in te zetten voor (bij)scholing, zoals voor opvang van patiënten met verdenking op een acuut CVA. Up-to-date kennis waar in de toekomst mogelijk alle radiologen behoefte aan zullen hebben wanneer ieder van ons (weer) meer generalistisch zal (moeten) gaan werken.

Beschikbaarheid van medische gegevens, inclusief beelden, kan naast bovenge-

rocket science. Mogelijk was de druk tot nu toe nog niet hoog genoeg om dingen echt te veranderen. Laten we deze houts- koolschets van het CGS vooral gebruiken als *wake-up call* en ervoor zorgen als NVvR zelf in de lead te blijven in plaats van dat het voor ons wordt bedacht.

Radiologie is één van de grotere speci- alismen binnen het landschap en het is goed te realiseren dat zowel onze op- leiding als de strategische visie, inclu- sief het ABCD, al een voorschot hebben genomen op deze houtschoolschets en op wat van ons als radiologie in de toe- komst wordt verwacht. Als NVvR moeten wij ons via de de Federatie Medisch Spe- cialisten (FMS) dan ook laten horen en ons inzetten om een duidelijke stempel te drukken op de vervolgversie van deze houtschoolschets. En laat onze stempel dan eens lekker met een dikke klodder inkt gezet worden, in plaats van dat ge- veeg met houtschool.

‘Laten we deze houtschoolschets van het CGS vooral gebruiken als *wake-up call* en als NVvR zelf in de lead te blijven’

van beelden/medische gegevens meer nodig) en afname van onnodige onder- zoeken door de kennis van eerder onder- zoek. Beschikbaarheid van medische ge- gevens kan daarnaast de cross-hospital workflow faciliteren. Deze werkwijze kan ook toepassingen van software onder- steuning/AI in de aangesloten zorg- instellingen versnellen, doordat het wiel niet afzonderlijk uitgevonden en gefinancierd hoeft te worden, maar via de landelijke infrastructuur uitgerold en verder ontwikkeld kan worden. Op deze manier kan samenwerking echt de *boost* krijgen die zo nodig is.

noemde voordelen, ook de samenwerking tussen zorgprofessionals buiten de zie- kenhuizen vergemakkelijken, zoals met de huisartsen, VVT- en revalidatiezorg en zbc's. Diagnostiek speelt hierin vaak een rol, dus door te beginnen met een landelijke infrastructuur voor beschik- baarheid van beelden en verslagen, kan

Jet Quarles van Ufford

Houtschoolschets specialismenlandschap 2035

De houtschoolschets van het CGS is te lezen via: https://www.knmg.nl/download/houtschoolschets-van-het-specialismenlandschap-2035_cgs-juli-2023.

Mijn promotor zei jaren geleden al (tij- dens het dagelijkse koffiemoment met