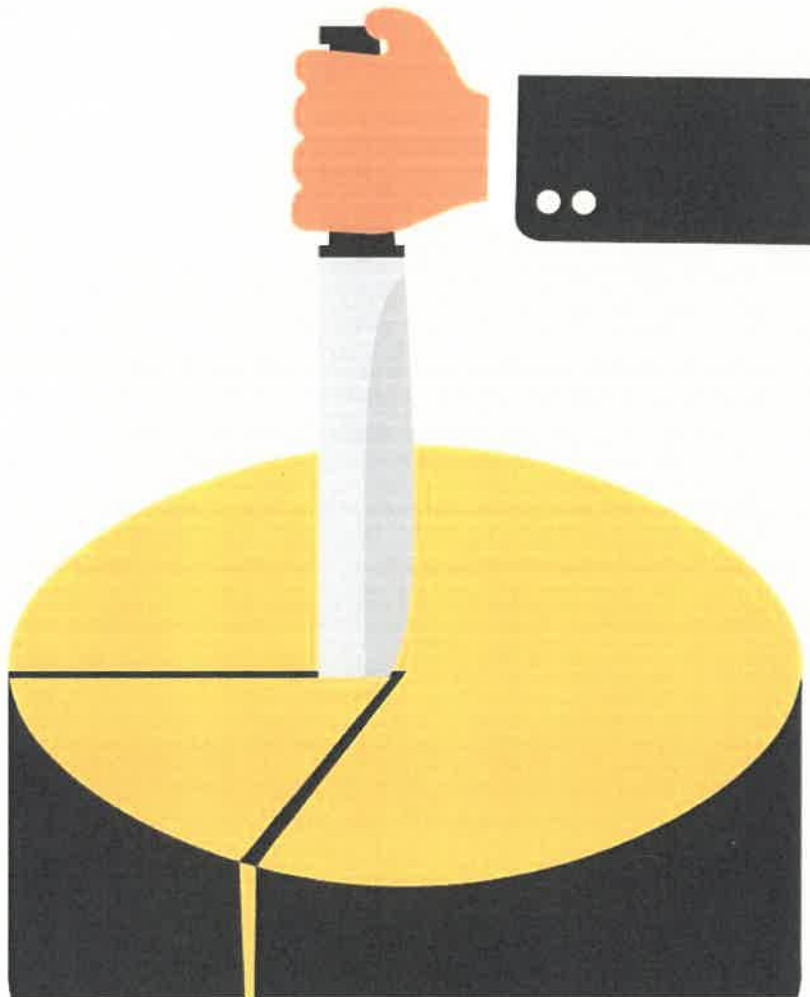


[< ONDERZOEKSJOURNALISTIEK](#)

Hoe de basiszorg het UMC verlaat (1)

6 DECEMBER 2021

Citeer dit artikel als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2021;165:D6423

Pierre de Winter

Afgelopen decennium is veel basiszorg verplaatst van de universitaire ziekenhuizen naar algemene ziekenhuizen en zelfstandige behandelcentra. Zorgverzekeraars zijn er blij mee, maar geldt dat ook voor artsen en patiënten? ‘De foutgevoeligheid is vergroot.’ Deel 1 van een serie.

Gerelateerd: [Hoe de basiszorg het UMC verlaat \(2\)](#)

[Informatiekader](#)Dit artikel is gepubliceerd in het dossier [Huisartsgeneeskunde](#), [Journalistiek](#)

Het Huid Medisch Centrum is gevestigd in een anoniem kantoorpand in Amsterdam-Zuidoost, schuin tegenover wat voorheen het AMC heette. Het is een joint venture tussen het Amsterdam UMC en Centrum Oosterwal, een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) in Alkmaar.

Het centrum werd opgericht in januari 2018 en kende een vliegende start. 'We doen de volledige tweedelijns dermatologie', vertelt Menno Gaastra, een van de 3 oprichters-directeuren van Huid Medisch Centrum en medisch directeur namens Centrum Oosterwal. 'Dat doen we deels met academische medisch specialisten en aiossen die hier gedetacheerd zijn vanuit het Amsterdam UMC, deels met dermatologen in dienst van Huid Medisch Centrum zelf. Alle huidproblemen kunnen we hier behandelen, met de beste mensen, tegen prijzen die 30 tot 40 procent lager liggen dan bij de academie, in een omgeving waarin we ook nog eens betere service kunnen bieden.'

Alleen de echt complexe gevallen stuurt Huid Medisch Centrum door naar de overkant van de straat, voor derdelijns en topreferente zorg. Dat komt neer op zo'n 5 procent van de patiënten. 'De zorgverzekeraar vond het fijn dat te horen', vertelt Rick Hoekzema, hoogleraar Dermatologie en medisch directeur namens het Amsterdam UMC. 'Het was het eerste wat hij wilde weten toen hij ons kwam opzoeken. Toen ik hem vertelde dat we 95% van onze patiënten hier behandelen, haalde hij opgelucht adem.'

Publiek geheim

Want dat is de belangrijkste reden dat Nederlandse umc's de afgelopen 10 jaar actief op zoek zijn gegaan naar mogelijkheden om basiszorg af te stoten. Tweedelijns zorg kan elders in het zorglandschap goedkoper plaatsvinden dan bij hen; in algemene ziekenhuizen, in ZBC's of zelfs in de eerste lijn. Met het oog op de houdbaarheid van het zorgstelsel dringt de overheid dan ook aan op deze zorgverplaatsing, en heeft ze zorgverzekeraars opdracht gegeven haar zo veel mogelijk te stimuleren.

In principe onderschrijven umc's die wens. Allemaal hebben ze het afstoten van basiszorg ten faveure van topklinische en topreferente zorg de afgelopen 10 jaar in hun beleidsplannen gezet. Maar die beweging heeft hen ook met een probleem opgezadeld. Het is een publiek geheim dat de enorme medische en onderzoekscentra die de Nederlandse umc's zijn geworden, nog altijd voor een deel afhankelijk zijn van juist die tweedelijns zorg.

Een lastig dilemma, dat de umc's zelf mogen oplossen. Discreet, zonder dat ze in dat proces al te veel worden lastig gevallen door zorgverzekeraars of toezichthouders. In het openbaar althans.

Zo is er geen gezamenlijke doelstelling op dit gebied geformuleerd, is er geen 'marsroute' en is ook geen eindpunt vastgesteld door bijvoorbeeld koepelorganisatie NFU. Verder waren er tot voor kort nergens cijfers met betrekking tot dit proces te vinden en geeft bijvoorbeeld Zorgverzekeraars Nederland niet thuis bij de vraag naar een visie op dit onderwerp.

Pas september vorig jaar publiceerde zorgtoezichthouder NZa op verzoek van CDA-Tweede Kamerlid Joba van den Berg voor het eerst de [Monitor basiszorg umc's](#), met daarin een nulmeting (zie kader). Opvallend laat voor een proces dat al een jaar of 8 op de agenda staat.

Daarbij: de discussie over wat nou tweedelijns basiszorg is en wat niet, wordt nog volop gevoerd. 'Een gebroken been is basiszorg, maar lijdt de eigenaar van dat been aan ALS, dan wordt het beeld een stuk complexer', legt hoofd Interne Oncologie bij het Erasmus MC Stefan Sleijfer uit. 'Idem bij zwangerschappen. Normaal gesproken zijn die natuurlijk niet derdelijns, maar bij een flinke complicatie zomaar weer wel.'

Andersom wordt sommige derdelijns zorg na verloop van tijd tweedelijns. Sleijfer: 'Wij doen hier nauwelijks meer ingrepen bij patiënten met darmkanker die niet is uitgezaaid. Dat is een standaardbehandeling geworden die patiënten elders in deze regio kunnen ondergaan. Pas als die behandeling niet volstaat, komen wij weer in beeld.'

Potentiële nadelen

Met andere woorden: als de umc's zeggen dat je niet even de tweedelijns zorg uit het ziekenhuis kunt snijden, dan hebben ze een punt. Of, zoals CFO Paul Boomkamp van het Erasmus MC het zegt: 'Het gaat om accentverschuivingen, waarbij wij ons positioneren als derdelijns centrum voor onze bredere regio. Maar het optimum is in onze ogen echt niet 0 procent basiszorg.'

Ook Abbey Schepers, vaatchirurg en voorzitter van de Centrale Opleidingscommissie (COC) aan het Leidse UMC, denkt dat het goed is als tweedelijns basiszorg niet geheel uit de umc's verdwijnt. 'Dat kan namelijk ten koste gaan van efficiënt gebruik van middelen', zegt ze. 'Complexe tertiaire zorg gaat veelvuldig gepaard met lange opnameduur, frequente noodzaak tot IC-opname en lange operaties. Met tweedelijns zorg kun je dan bijvoorbeeld een bed op de verpleegafdeling dat over 3 dagen vrij moet zijn voor een volgende patiënt, vullen. Of de capaciteit van een niet volledig volgeplande OK beter gebruiken.' Ze illustreert: 'Je kunt niet 2 robotgeassisteerde buismaagreconstructie op één dag doen, maar na zo'n operatie kun je bijvoorbeeld nog wel een schildklierverwijdering doen, ook al is dat bij de meeste indicaties tweedelijns zorg.'

Een ander punt dat ze noemt is de belasting voor het verzorgend personeel. 'Topreferente zorg is fysiek en emotioneel belastend voor onze mensen. Een patiënt die na een kort ziekbed zonder complicaties weer blij naar huis gaat, is dan af en toe een welkome afwisseling.'

Nieuwe samenwerkingen

Ondanks die potentiële nadelen gebeurt er van alles. Zo hebben behalve het Amsterdam UMC ook andere umc's de tweedelijns dermatologie elders ondergebracht; het UMC Groningen deed dat bij perifere ziekenhuizen in de regio, het Rotterdamse Erasmus MC bij de kliniek DermaHaven – een volle dochter.

Verder worden overal samenwerkingen aangegaan waarbinnen voor de tweedelijns zorg in een behandeltraject geen plaats meer is in het umc. 'De belangrijkste drijfveer achter deze beweging is bij ons de begrensde capaciteit binnen de eigen muren', benadrukt bestuurder Mark Kramer van het Amsterdam UMC, alsof er geen druk van overheid en zorgverzekeraars bestaat. 'Dat heeft behalve samenwerkingen met ZBC's ook samenwerkingen opgeleverd met

algemene en topklinische ziekenhuizen in de regio.' Hij noemt verregaande samenwerking in de hemato-oncologische keten, op het gebied van borstkanker en van de interarteriële trombolysen bij beroerte.

Tot slot heeft het proces aanzienlijke gevolgen voor de opleiding van medisch specialisten – kerntaak van de universitair medische centra (meer daarover in deel 2 van deze mini-serie).

Tegelijkertijd gebeurt er ook van alles nog níet. Zo leveren de umc's nog veel tweedelijns chronische zorg die elders echt goedkoper en voor de patiënt beter – want dichterbij – kan. De diabeteszorg bijvoorbeeld kan in het kader van 'De juiste zorg op de juiste plek' nog wel een duwtje in de goede richting gebruiken, zo blijkt uit de Monitor basiszorg umc's.

Gedwongen winkelnering

Belangrijke vraag is ondertussen wat deze beweging betekent voor de patiëntenzorg. Een rondgang langs een zestal grote patiëntenverenigingen leert dat het gesprek over de afgestoten tweedelijns basiszorg bij de umc's daar niet heel hoog op de agenda staat, wat zou betekenen dat er weinig klachten uit voortkomen.

Maar er zijn patiënten die er last van ondervinden. Zoals organisatieadviseur Eddy Out. In 2012 komt hij wegens chronische lymfatische leukemie onder behandeling bij het AMC. Zware chemo- en immuunbehandelingen trekken een wissel op zijn lichaam. In 2015 wordt een additioneel hartprobleem geconstateerd waarvoor hij naar de cardioloog moet. Er blijkt goed met de klacht te leven, maar Out is vanaf dat moment chronisch cardiologiepatiënt. In 2019 laat hij een stamceltransplantatie uitvoeren, met zeer goed gevolg. Maar zeker in de begintijd is hij enorm kwetsbaar voor virale en bacteriologische dreigingen. In dat eerste halfjaar moet hij wekelijks naar het ziekenhuis voor controle, waarbij alle optredende fysieke ongemakken en de bloedwaardes worden bekeken en besproken.

Mei 2021 ontvangt Out een brief van het (inmiddels) Amsterdam UMC, met het bericht dat hij voor zijn hartprobleem voortaan behandeld zal worden bij het nieuw opgezette Cardiologie Centrum Nederland. Hij zal worden begeleid door dezelfde mensen als bij het umc. Of hij even wil tekenen voor de overgang. 'Een nieuwe juridische entiteit', zegt Out. 'Dat betekent dat mijn hematoloog mijn dossier niet meer aan mijn cardioloog kan laten zien zonder expliciete toestemming, en andersom. Zeer onwenselijk.' Hij tekent niet. 'Ik krijg ook geen keuze om niet over te gaan, of alsnog te kiezen voor een ander ziekenhuis. Wat mij betreft is dit gedwongen winkelnering. En ik vind dat niet kunnen als niet op z'n minst is geregeld dat mijn medische gegevens op beide plaatsen probleemloos kunnen worden ingezien. Mijn zorg gaat erdoor achteruit.'

Precaire balans

'Patiënten moeten eraan wennen', constateert Katinka Prince, hoofd van de Universitaire Huisartsenpraktijk van het Amsterdam UMC, locatie VUmc. Ze vertelt over een oudere vrouw die altijd bij het VUmc was behandeld maar nu voor een staaroperatie naar het Amstelland moest. 'Formeel was dat helemaal juist, want zo'n ingreep hoort niet meer in het umc thuis en het Amstelland is daar hoogwaardig op ingericht. Maar die vrouw ging er toch met een slecht gevoel naartoe. Is dat dan betere zorg?'

Prince deelt ook de zorgen van patiënt Eddy Out over diens dossier. 'Het kan namelijk mis gaan.' Ze vertelt over een oudere man met een pacemaker, als hartpatiënt bekend in het VUmc, die aldaar op de SEH binnenkwam met buikpijn

maar voor een blindedarmontsteking werd doorverwezen naar een nabijgelegen ziekenhuis. Daar werd tijdens de operatie ontdekt dat de man ook aan nierkanker leed. De erbij gehaalde nefroloog zette gedurende de betreffende behandeling het antistollingsmedicijn van de man stop en vergat dat door te geven aan de cardioloog. 'Geen arts die moedwillig een dergelijke fout maakt', zegt Prince, 'maar dit had echt mis kunnen gaan. Uiteindelijk liep het goed af omdat men er tijdig achter kwam waardoor de man verslechterde.'

Nog een voorbeeld van de mogelijke gevolgen van het concentreren van complexe zorg: het Amsterdam UMC kan van een diabetespatiënt die tertiaire zorg bij hen krijgt maar de diabeteszorg bij een ander ziekenhuis, niet direct inzien of daar bijvoorbeeld goed wordt gecontroleerd op diabetische retinopathie. Prince: 'Los van het feit dat dit behandelingstechnisch gezien suboptimaal is, voegt het complexiteit toe en dat vergroot de gevoeligheid voor fouten.'

De voordelen zijn er heus, zegt ze. 'Dus ik begrijp dat we die beweging met zijn allen maken. Maar de balans is precair. We willen ontwikkelen naar goedlopende netwerkzorg, maar ik mis het gesprek over hoe we daar op een goede manier met z'n allen gaan komen. Ook onder collega's. Dat zou veel meer gevoerd moeten worden.'

Gebrek aan regie

Door al die complexiteit vraagt het proces volgens Prince dus om goede afstemming. Overigens ook tussen Amsterdam UMC en eerste lijn. 'In Amsterdam zijn huisartsen zich mede om die reden de afgelopen jaren gaan organiseren, zodat we ons perspectief meer naar voren kunnen brengen. We zitten nu mee aan de tafel waar dit soort beslissingen genomen worden.'

Huisartsen snappen heus dat dit primair een academische kwestie is en dat er financiële belangen spelen, zegt ze. 'Maar als er een plan opkomt om alle dialysepatiënten naar één plaats in de stad te verplaatsen, kunnen wij als eerste lijn aangeven dat dat met de gemiddelde leeftijd en kwetsbaarheid van die patiënten een minder goed idee is. Bij een nieuw zorgpad voor bijvoorbeeld borstkanker speelt dat probleem veel minder.'

Ook in Rotterdam is er inmiddels structureel overleg tussen het Erasmus MC en de verzamelde eerste lijn, vertelt de Rotterdamse huisarts Kristel Fraaij. 'Maar ik mis eenduidige regie vanuit het umc. Elke vakgroep heeft eigen ideeën over welke zorg tweedelijns basiszorg is, dus vaak is het toch een verrassing wat er wel of niet bij het Erasmus wordt gedaan.'

Zo ziet Fraaij dat de afdeling Heelkunde van het ziekenhuis heel duidelijk maakt dat ze alleen nog derdelijns zorg doen, terwijl bijvoorbeeld Orthopedie de indruk wekt dat zij er als huisarts nog naar kan doorverwijzen – het Erasmus MC is voor haar praktisch het dichtstbijzijnde ziekenhuis – maar in de praktijk regelmatig 'nee' zegt tegen haar patiënten. 'En bij Neurologie kan ik voor een typische tweedelijns aandoening als het carpaletunnelsyndroom weer wél altijd terecht.'

Fraaij heeft dus last van het gebrek aan helderheid. De beweging an sich is volgens haar een goede. 'Maar ik zou er meer structurele regie op willen zien, zodat je als huisarts weet waar je aan toe bent.'

ARTIKELINFORMATIE



AUTEURSINFORMATIE



GERELATEERDE ARTIKELEN



ONDERZOEKSJOURNALISTIEK

Hoe de basiszorg het UMC verlaat (2)

6 DECEMBER 2021



ONDERZOEKSJOURNALISTIEK

Akte 3: Een on

1 DECEMBER 2021

REACTIES

[Login om een reactie te plaatsen](#)

Hein Muller 7 JANUARI 2022 - 13:02 [Login](#) om te reageren
of hoe de generalisten uit Nederland zullen verdwijnen!

De twee bijdragen van Pierre de Winter in de NTVG getiteld "Minder basiszorg in UMC,s en "Waar blijft de Generalist?" van 10 en 17 december zijn belangwekkend en verontrustend om te lezen. Dat een aloud probleem weer in de belangstelling staat is zeer nuttig. Nuttig omdat het concentreren van topzorg een hele reeks gevolgen heeft positief, maar vooral ook negatief.

In essentie gaat het om concentratie van complexe zorg in de academische ziekenhuizen en enkele topreferente STZ ziekenhuizen waardoor de basiszorg in de academische centra in het gedrang komt. Als gevolg hiervan ontstaan

problemen in de opleiding tot basis arts, maar ook de vervolg opleiding tot specialist moet worden aangepast. Een onbenoemd risico is echter ook de attitude verandering van zittende specialisten in dit administratief gedomineerde systeem.

De twee bovengenoemde artikelen vragen om een reactie, niet vanwege stijl of inhoud van de stukken. Integendeel er wordt duidelijk weergegeven waar de problemen liggen en het leest vlot. Het probleem van de “toppreferente trukendoos” (redactioneel commentaar NTVG) en het verdwijnen van generalistisch denkende specialisten verdient meer discussie, opdat externe partijen (overheid en verzekeraars) een meer genuanceerd beeld krijgen van het werk in gespecialiseerde ziekenhuizen.

Als motivatie voor de toppreferente zorg wordt vaak gewezen naar de juiste zorg op de juiste plaats. Het idee is duidelijk: concentreer complexe zorg in de academische centra en wellicht in enkele toppreferente ziekenhuizen, waardoor zorgverleners door regelmatig gecompliceerde diagnostiek en behandeling te verrichten een betere zorguitkomst halen. Tegelijkertijd kan dan ook klinisch relevant onderzoek plaatsvinden om verbetering van zorg te bewerkstelligen. De inhoud is mooi, maar de uitvoering daarvan is in handen van rekenmeesters (NZA ea) waarbij patiënten via een DBC gelabeld worden om het financiële plaatje rond te krijgen. Met als resultaat zonder DBC label geen opbrengst. Het programma om dat uit te rekenen luistert naar de naam ROBIJN, dat staat voor Rijks Overheids Bijdrage IJverig Nageplozen. Dat klinkt als een kafkaïens doolhof en is geen garantie voor goede zorg. Het motto van “de Juiste Zorg Op de Juiste Plaats” lijkt dan meer op “de Juiste Euro Op de Juiste Plaats”!

Door zo kunstmatig een scheiding aan te brengen tussen toppreferente zorg en basiszorg wordt de mindset van specialisten beïnvloed. Het gevaar bestaat dat alleen problemen van het eigen superspecialisme worden (h)erkend en dat klachten van andere orgaansystemen worden genegeerd dan wel doorgeschoven naar andere (kokerkijkende) specialisten ofwel terugverwezen naar de huisarts. Met allerlei onnodige patiënt bewegingen tot gevolg.

Dat staat in schril contrast met de essentie van het nieuwe kwaliteitsdenken van “Waarde gedreven zorg”. Daarbij gaat het hier meestal om oudere patiënten, met regelmatig multimorbiditeit naast de gepresenteerde klacht.

Als oud-internist begeleid ik met enige regelmaat familie en vrienden naar het ziekenhuis. Daarbij komt het voor dat bij bijkomende klachten als bijvoorbeeld dyspnoe wordt verwezen naar de cardioloog of dat een pijnlijke rib na een klein trauma bij een patiënt met een dubbeltumor naar de eerste lijn wordt verwezen. Een PSA controle na lokale radiotherapie op de prostaat is aan de uroloog om te bepalen en niet de oncoloog. Wat wel uitgebreid aan bod komt is tweede lijns chemotherapie. Max Verstappen is ook in staat om in een gewone auto rond te rijden en ook oncologen moeten in staat geacht worden de oorzaak van een pijnlijke rib uit te zoeken, dan wel een oud infarct als oorzaak van de dyspnoe te herkennen.

Het probleem van de opleiding tot specialist in een omgeving van toppreferente zorg, waar onvoldoende exposure met “gewone basis zorg” aanwezig is wordt herkend en er worden ook maatregelen genomen om dat tegen te gaan. De vraag is of dat wel voldoende effect zal hebben.

Attitude verandering van zittende specialisten is een hardnekkig probleem. Dat specialisten onder druk gezet worden door ingewikkelde statistieken, waarvan de basis bestaat uit de opbrengst en kostprijs van het zorgproduct is even hardnekkig. (zie Monitor Basiszorg UMC,s NZA september 2020) Het systeem maakt hen tot kokerkijkende

superspecialisten. Per saldo zijn de patiënten dan slechter af ondanks de verfijnde ROBIJN reken methodes, omdat ze vaker dan nodig is van het kastje naar de muur worden gestuurd. De patiënt met een complex probleem zonder diagnose label wordt helemaal door het systeem gemangeld. (zie column Marcel Levi MC 20 juli 2021)

Op twee fronten zou de oneigenlijk scheiding tussen topzorg en basiszorg moeten worden doorbroken, zonder dat een verstandige concentratie van gecompliceerde diagnostiek en behandeling wordt verlaten.

1) De topzorg centra moeten een voldoende hoeveelheid basis zorg leveren zonder in de problemen te raken met de opleiding van jonge dokters.

2) Superspecialisten moeten en kunnen zich meer opstellen als generalist, waarbij de context van de patiënt meer tot zijn recht komt en er inderdaad waarde wordt toegevoegd aan de behandeling.

Daarbij dienen de rekenaars zich te realiseren dat de praktijk van ziek zijn en beter worden en heel divers spectrum beslaat.

Hein Muller,

Oud-internist

Voormalig voorzitter NIV

Jeanne Heijnen 21 MAART 2022 - 12:54 [Login](#) om te reageren

De ziekenhuisarts KNMG verschijnt, waar de generalistisch specialist verdwijnt

Zoals u schetst is er een trend gaande waarbij basiszorg wordt afgestoten en kennis en ervaring steeds specialistischer worden. Vanzelfsprekend resteert er minder ruimte om kennis en ervaring over algemeen geneeskundige problemen buiten het eigen vakgebied op peil te houden. Terwijl de almaar ouder wordende patiënt met toenemende comorbiditeit(1) vraagt om een generalist. Een dokter die, net als de SEH-arts KNMG, de patiënt vanuit generalistisch perspectief benadert. Het is daarom tijd de ziekenhuisarts KNMG(2) een centrale positie te geven als mogelijke oplossing voor dit hiaat in de basiszorg.

Deze worsteling met integratie van basiszorg is niet nieuw. In 2010 deed de NFU al de suggestie om profielregistraties (waar de SEH-arts en de ziekenhuisarts onder vallen) een prominentere plek te geven in de medische vervolgopleidingen en basiszorgtaken over te laten nemen van de duurdere medisch specialist(3). Maar de roep is breder en nog altijd actueel. De FMS haalt in het visiedocument 'Juiste zorg op de juiste plek'(4) uitdagingen aan die naadloos aansluiten op het profiel van de ziekenhuisarts. Zo is 'kwaliteit en veiligheid' een centraal onderdeel in de opleiding ziekenhuisgeneeskunde en ook voor transmurale verbinding is er expliciete aandacht.

Naast het vraagstuk rondom generalisme biedt de ziekenhuisgeneeskunde ook potentie voor het actuele capaciteitsvraagstuk van de medische vervolgopleidingen. Het [Capaciteitsorgaan](#) heeft samen met de beroepsgroep besloten om minder chirurgen op te gaan leiden(5). Hopelijk sluit [Stichting BOLS](#), verantwoordelijk voor de verdelingsvoorstellen voor de instroom van arts-assistenten in medische vervolgopleidingen, daarbij aan. Als ze gehoor geven aan de vraag om reductie van opleidingsplaatsen voor medisch specialisten, is dat een uitgelezen kans

om de opleiding tot ziekenhuisarts een plek te geven in de beschikbaarheidsbijdrage van het NZA. Dit helpt dan eveneens de generalistische zorg op de verpleegafdeling te bestendigen. De ziekenhuisarts is breed inzetbaar en kan rouleren. Ook met acuut veranderende behoeftes kan de generalist probleemloos meebewegen, zo getuigen de inspanningen van ziekenhuisartsen tijdens de pandemie in Bernhoven en het JBZ(6).

Wij zien daarnaast nog een ander voordeel van de aanwezigheid van ziekenhuisartsen op de verpleegafdeling. Vanaf de werkvloer zijn er al langere tijd zorgen over het veranderende opleidingsklimaat binnen de universitaire centra(7). Er is te weinig blootstelling is aan basale geneeskundige casuïstiek en de verantwoordelijkheid voor complexe problematiek in een (super-)gespecialiseerde setting weegt voor beginnend assistenten soms zwaar. De aanhoudend hoge werkdruk en gebrek aan supervisie betreffende de generalistische basiszorg maken dit extra belastend(8). De aanwezigheid van een ziekenhuisarts kan zorgen voor de nodige ondersteuning van arts- en co-assistenten, zoals op meerdere plekken in het land al wordt ervaren.

De ziekenhuisartsen KNMG, generalisten pur sang, kunnen (een deel van) het antwoord zijn op de zorgvraag en de beoogde wens tot taakherschikking. Wij zijn een groeiende beroepsgroep met tientallen ziekenhuisartsen KNMG en er zijn op verschillende plekken (perifeer, academisch en in zelfstandige behandel en revalidatieklinieken) al prachtige uitwerkingen van het concept. Graag doen wij een oproep om samen te onderzoeken waar de ziekenhuisarts meer ruimte en regie kan krijgen.

Laat de ziekenhuisarts verschijnen, opdat de generalist in het ziekenhuis niet zal verdwijnen.

Jeanne Heijnen

Esmée Beers-Vural

Cornelie Renckens, allen ziekenhuisarts KNMG

Literatuur

(1) NTvG. 2017;161(34):D1429

(2) NTvG. 2020;164:D5149

(3) NFU. 2010. De medisch specialist van straks.

(4) [FMS. Implementatie Juiste Zorg op de Juiste Plek](#)

(5) Medisch Contact. 07-02-2022. Overschot? Jullie blijven lekker opleiden

(6) Medisch contact. 26-03-2021. Hoe de coronacrisis leerde dat samenwerken loont.

(7) NTvG. 2021;165:D6424

(8) Medisch Contact. 12-09-2018. 'A(n)ios-bestaan kan uitputtingslag zijn'.