

Toekomst profiel medisch oncoloog in een algemeen ziekenhuis

Kwaliteit en kwantiteit hand in hand

Samenstelling werkgroep

Frans Erdkamp (voorzitter), Maasland Ziekenhuis, Sittard

Monique Bos, Reinier de Graaf Groep, Delft

Marten Nijziel, Maxima Medisch Centrum, Eindhoven

Monique Niemer-Tucker, Maas Ziekenhuis, Boxmeer (tot 2008)

Definitieve versie november 2009

Inhoud

	Blz
Inleiding	3
Randvoorwaarden	6
Gehanteerde uitgangspunten	9
Beschouwing	11
Rekenvoorbeeld werkschema med.oncoloog	13

Inleiding

De vele maatschappelijke ontwikkelingen in het medisch specialistische werkveld, o.a. het bieden van multidisciplinaire zorg, toenemende werkdruk, financieringsaspecten en marktwerking, heeft het bestuur van de NVMO er medio 2007 toe gebracht om de commissie "Erdkamp" samen te stellen, met de opdracht een leidraad te maken voor de werkzaamheden van de medisch oncoloog, nu en in de toekomst, voor de Nederlandse situatie. De leden van deze commissie zijn allen werkzaam in perifere ziekenhuizen. Vertegenwoordiging uit zowel de grote opleidingsziekenhuizen als de kleinere ziekenhuizen zonder opleiding was gewaarborgd. Bewust werd ervoor gekozen om geen academisch werkzame oncoloog in commissie te vragen, daar het academisch takkenpakket op onderdelen wezenlijk anders is.

De commissie heeft zich de volgende vragen gesteld:

- Hoe zien de kernwerkzaamheden van een medisch oncoloog (m/v) eruit?
- Zijn deze werkzaamheden te kwantificeren?
- Zijn er variabelen in een organisatie die invloed hebben op de hoeveelheid werk die een oncoloog kan verrichten?
- Is er een optimum te definiëren waarmee een medisch oncoloog in zijn organisatie adequaat kan functioneren?
- Met andere woorden wat is de kwantiteit die een medisch oncoloog aan kan?
- Waar ligt het plafond aan werkzaamheden als ook de kwaliteit belangrijk is?
- Hoe kan de kwaliteit worden gehandhaafd met een toename van de hoeveelheid werk?

De voorliggende nota kan benut worden om de leden van de NVMO een kader te bieden om hun eigen inzetbaarheid in een perspectief te plaatsen. Deze nota kan eveneens gebruikt worden om binnen de ziekenhuisorganisatie de optimale samenstelling van een oncologisch team te onderbouwen en benoemt de randvoorwaarden die nodig zijn om goede kwaliteit te waarborgen van geleverde oncologische zorg.

Hoe is de commissie te werk gegaan en welke bronnen zijn benut?

De oncologische zorg in Nederland is voor een belangrijk deel voorspelbaar. Het aantal medisch oncologen ligt vooralsnog vast. Het aantal ziekenhuizen eveneens. In Nederland zijn per jaar 74.500 nieuwe oncologische diagnoses. Per centrum zijn dit er circa 350 -1500 (*bron: Kanker Registratie IKO*). Het aantal nieuwe gevallen van maligniteiten neemt gemiddeld toe met ruim 1000 per jaar. Dit komt met name door de groei van het aantal ouderen met kanker (*Bron: IKC 2005*). De verwachting is dat in 2015 het aantal nieuwe patiënten per jaar gestegen zal zijn naar 95.000. Omdat meer patiënten na de diagnose kanker langer blijven leven zal de totale groep oncologische patiënten zijn verdubbeld in 2015 ten opzichte van 2000. De schatting is dat de totale groep oncologische patiënten in 2015 uit circa 692.000 mensen zal bestaan (*Bron: Visiedocument NVMO 2007*).

Behoudens het visiedocument van de NVMO zijn het "raamplan interne geneeskunde 2002" en de "eindtermen medische oncologie" gebruikt als bron om de taken van een medisch oncoloog te kunnen benoemen. Hierbij is ook rekening gehouden met de kwaliteitseisen van de wetenschappelijke vereniging. Een voorbeeld in deze: de minimale tijdsbesteding per medisch oncoloog om zich te kunnen herregistreren is 12-16 patiëntgebonden uren per week en participatie aan tenminste één tumorwerkgroep. Overigens is de werkgroep van mening dat deze eisen uit 2002 krap zijn in het licht van bovenstaande ontwikkelingen, vooral de aanwezigheid binnen regionale overlegstructuren zou in kwantitatief opzicht kunnen toenemen.

Met behulp van de DBC registratie werd inzicht verkregen in de aantallen nieuwe en vervolg consulten per centrum en vervolgens per fte medisch oncoloog. Hiervoor werd gebruik gemaakt van de DBC-registratie van een 8-tal ziekenhuizen van verschillende grootte verdeeld over het land.

Uit deze DBC registratie kan herleid worden dat een medisch oncoloog in 2007 circa 200 nieuwe oncologische patiënten per jaar zag. Dit getal varieerde van 150-250 nieuwe oncologische patiënten per jaar afhankelijk van de praktijksamenstelling, de verdeling van de oncologische werkzaamheden binnen een maatschap en de aanwezigheid van ondersteunend personeel.

De referentieziekenhuizen betreffen:

- Isala Klinieken (Zwolle)
- Maasland Ziekenhuis (Sittard)
- Maas Ziekenhuis (Boxmeer)
- Maxima Medisch Centrum (Eindhoven)
- Medisch Centrum Alkmaar (Alkmaar)
- Medisch Centrum Rijnmond-Zuid (Rotterdam)
- Reinier De Graaf Groep (Delft)
- St. Antonius Ziekenhuis (Nieuwegein)

De werklast van de medisch oncoloog wordt beïnvloed door een aantal parameters. Deze parameters verschillen per ziekenhuis. Deze verschillen zijn deels voorspelbaar door de variatie in grootte tussen de diverse ziekenhuizen en de consequenties hiervan voor het volume van de oncologie. Er zijn echter ook lokale omstandigheden die uniek zijn per ziekenhuis en zich niet laten voorspellen. Voorbeelden hiervan zijn: de aanwezigheid van nurse practitioners, de aanwezigheid van oncologieverpleegkundigen, de aanwezigheid van arts-assistenten al dan niet in opleiding, het aantal uren multidisciplinair overleg en de participatie aan klinische trials. Deze verschillen leiden tot “meer” of “minder” werk per patiënt voor de medisch oncoloog. De optie om via een rekenmodel dit “meer” of “minder” werk zichtbaar te maken is door de commissie verlaten. Zo leidt de aanwezigheid van veel multidisciplinaire besprekingen tot “meer” werk per patiënt voor de medisch oncoloog. Omgekeerd kan de aanwezigheid van een adequaat opgeleide nurse practitioner leiden tot “minder” werk per patiënt voor de medisch oncoloog. Dit “minder” werk zou ertoe kunnen leiden dat de oncologische productie per fte medisch oncoloog (i.e. de hoeveelheid patiënten die behandeld worden onder verantwoordelijkheid van de oncoloog) kan toenemen.

Tevens is rekening gehouden met het aantal werkuren per week per full-time medisch specialist, zoals die gelden in de AMS regeling. Daarnaast is uitgegaan van een gemiddelde werkdag in het ziekenhuis van 10 uur. Bewust is niet gekozen voor een rekenmodel zoals dat van de nefrologen. (In 1986 hebben de nefrologen een kwantitatieve praktijknorm geformuleerd van 40 dialysepatiënten per nefroloog. Er is toen gekeken naar het aantal dialysepatiënten en het aantal nefrologen in Nederland, waarbij is uitgegaan van een 40-urige werkweek en een benodigde tijdsinvestering van circa 60 minuten per dialysepatiënt per week. Tweemaal heeft een tijd investeringsmeting plaatsgevonden, respectievelijk in 1986 en 1992 en sindsdien is deze praktijknorm blijven bestaan. Wel staat deze praktijknorm, met name vanwege uitbreiding van het ondersteunend personeel, op dit moment onder druk en zal naar beneden worden bijgesteld.) (Bron: Hans Mak Instituut, Dr. Els W. Boeschoten, voorzitter)

Getracht is om in deze nota niet teveel in detail te treden omdat dit de bruikbaarheid niet ten goede zou komen. Per oncologische praktijk is er uiteraard verschil in zwaarte. Maar toch is een grootste gemene deler wel te definiëren. Met name het aantal nieuwe oncologische patiënten per jaar per medisch oncoloog is een redelijk vast gegeven (bron: DBC registratie).

Tot slot wordt de werklast van de medisch oncoloog beïnvloed door de te verwachten nieuwe en verbeterde technische ontwikkelingen. Deze ontwikkelingen leiden tot een betere kwaliteit van patiëntenzorg maar betekenen een intensivering van het werk van de medisch oncoloog. Immers, meer complexe multidisciplinaire strategieën behoeven frequenter en intensiever overleg. De medisch oncoloog en de instellingen waar de oncologische zorg plaatsvindt zullen met deze trend rekening moeten houden.

De randvoorwaarden

Wat doet een medisch oncoloog?

Formeel wordt door de NIV het volgende gesteld:

De internist-medisch oncoloog (m/v) is gespecialiseerd in de diagnostiek en de intern geneeskundige behandeling van patiënten met kwaadaardige aandoeningen. Hij heeft gespecialiseerde kennis van de klinische presentatie van en de diagnostische mogelijkheden tot opsporing van kanker en tot vaststelling van de uitgebreidheid hiervan. Daarbij komt hij in aanraking met een grote diversiteit van ziektebeelden. Hij heeft kennis van chirurgische en radiotherapeutische interventies en specifieke deskundigheid op het terrein van de indicaties tot en de complicaties van farmacotherapeutische mogelijkheden en onmogelijkheden van de behandeling van kanker. Ook is hij deskundig op het gebied van de gevolgen van kanker op korte en langere termijn, zowel medisch, als psychologisch en sociaal, daarbij gericht op de patiënt zowel als zijn/haar familie. Hij is in staat een coördinerende rol te spelen bij het opstellen van een, in het algemeen multidisciplinair, behandelprotocol. Hij heeft daarbij een goed begrip van de mogelijkheden en beperkingen van protocollaire geneeskunde. Hij heeft vaardigheid zowel op het gebied van wetenschappelijke protocolontwikkeling als op het gebied van management en statistiek. De internist-medisch oncoloog werkt met vrijwel alle specialisten samen. Hij heeft specifieke specialistische kennis van de volgende ziektebeelden: het mammacarcinoom, het colorectaal carcinoom, het oesophaguscarcinoom, het maagcarcinoom, het pancreascarcinoom, het galwegcarcinoom, de overige darm- en levermaligniteiten, het longcarcinoom, de hoofd-halstumoren, de mediastinumtumoren, het prostaatcarcinoom, het niercelcarcinoom, het blaascarcinoom, het uretercarcinoom, het testiscarcinoom, het ovariumcarcinoom, het endometriumcarcinoom, het cervixcarcinoom, het melanoom, het schildkliercarcinoom, de bot- en wekedelensarcomen, het choriocarcinoom, het vagina- of vulvacarcinoom, het peniscarcinoom, de maligniteiten van het centraal zenuwstelsel, de carcinoïd tumoren, de metastasen van een onbekende primaire tumor, hersenmetastasen, acute oncologische complicaties (zoals hypercalciëmie, pericardtamponnade, dwarslaesie, tumorlysis syndroom, ureterobstructie) en palliatieve en terminale zorg (*Bronnen: 'Raamplan Interne Geneeskunde 2002', 'Eindtermen Medische Oncologie'*).

Aan welke eisen van de NIV/consilium moet een medisch oncoloog voldoen?

Een internist-medisch oncoloog blijft opgenomen in het register wanneer aan de volgende punten wordt voldaan:

- a. Hij/zij is werkzaam in een centrum met voldoende poliklinische en klinische faciliteiten voor diagnostiek en behandeling van patiënten met oncologische ziekten.
- b. Hij/zij is werkzaam in een centrum waarvan de afdelingen radiotherapie, pathologie en chirurgie actief de ontwikkelingen binnen de Medische Oncologie volgen en deelnemen aan landelijk overleg.
- c. Hij/zij heeft blijk gegeven van voldoende nascholingsactiviteiten in de Medische Oncologie; naast het volgen van postacademisch onderwijs is hier te denken aan het bijwonen van refereerbijeenkomsten in universitaire opleidingsklinieken of het bijvoorbeeld eenmaal per 5 jaar gedurende enkele dagen weer actief participeren in een universitaire opleidingskliniek.
- d. Om voor herregistratie in het aandachtsgebied in aanmerking te komen, dient men ingeschreven te zijn als internist in het Medisch Specialisten Register en bovendien minimaal aan de volgende criteria te voldoen: ten minste 20 uur per jaar geaccrediteerde nascholing, ten minste 12 patiëntgebonden uren per week werkzaam in aandachtsgebied Medische Oncologie of ten minste 16 patiëntgebonden uren per week werkzaam in het gecombineerde aandachtsgebied Medische Oncologie/Hematologie en participatie aan ten minste één IKC-tumorwerkgroep. (*Bron: Raamplan interne geneeskunde 2002*)

Een internist-oncoloog dient zich te realiseren dat er randvoorwaarden nodig zijn voor behandeling van patiënten met minder frequent voorkomende maligniteiten. Verwijzing van patiënten naar een gespecialiseerd centrum is aangewezen als in het betreffende ziekenhuis de betrokken specialismen onvoldoende expertise/ervaring hebben met behandeling van zeldzaam voorkomende tumoren of wanneer de continuïteit van de behandeling in het desbetreffende ziekenhuis niet gewaarborgd kan worden.

Wat heeft een medisch oncoloog hiervoor nodig?

Om het vak van medisch oncoloog goed te kunnen uitoefenen, de kennis en vaardigheden van een medisch oncoloog te behouden en zo mogelijk uit te bouwen, om te voldoen aan steeds striktere kwaliteitseisen van patiënten en zorgverzekeraar en om de kwantitatieve groei in het aantal oncologische patiënten te kunnen opvangen, stelt de commissie een aantal randvoorwaarden waaraan de oncologische praktijk in een ziekenhuis dient te voldoen:

- a. De medisch oncoloog dient de beschikking te hebben over een goed geoutilleerde herkenbare afdeling met voldoende bedden inclusief een oncologische dagbehandeling
- b. Op de afdeling medisch oncologie en dagbehandeling oncologie zijn alleen gespecialiseerde oncologie verpleegkundigen werkzaam
- c. Er dienen minimaal twee geregistreerde medisch oncologen werkzaam te zijn
- d. De medisch oncoloog dient minimaal 70 % van zijn tijd te besteden aan de medische oncologie. Bij een deeltijdbetrekking dient dit percentage naar boven te worden bijgesteld
- e. Er dient 24 uur service te worden verleend aan de oncologische patiënt, bij voorkeur door middel van een 24-uurs dienst
- f. Alle nieuwe oncologische patiënten dienen binnen 1 week te worden gezien door de medisch oncoloog, die zich hierbij kan laten assisteren door een nurse practitioner oncologie
- g. De praktijk dient een multidisciplinair karakter te hebben in samenwerking met chirurgisch oncologen, radiotherapeuten, longartsen, gynaecologen, urologen, maag-darm-leverartsen, neurologen en andere specialismen
- h. Het ziekenhuis dient de beschikking te hebben over tenminste een klasse 2 Intensive Care
- i. Het ziekenhuis dient de beschikking te hebben over adequate ondersteunende afdelingen radiologie, pathologie, klinische chemie, apotheek en medische microbiologie.
- j. Er dient een radiotherapeutisch spreekuur te worden ingesteld in het eigen ziekenhuis
- k. Er dient actief te worden geparticipeerd in wetenschappelijk onderzoek, waarbij participatie in klinisch wetenschappelijk onderzoek (trials) structureel onderdeel dient uit te maken van de aangeboden zorg
- l. Er dienen adequate ICT voorzieningen te zijn bij voorkeur door middel van een elektronisch patiëntendossier
- m. De medisch oncoloog dient in de gelegenheid te worden gesteld te voldoen aan de eisen voor scholing en nascholing.

De commissie realiseert zich dat de medisch oncoloog werkzaam is in ziekenhuizen met een verschillend profiel: de academisch oncoloog (heeft meer tijd nodig met veel tumorgerichte besprekingen en tertiaire verwijzingen van elders met complexe pathologie), de (vrijwel) fulltime oncoloog in de topklinische ziekenhuizen met verregaande subspecialisatie en de perifere oncoloog in andere ziekenhuizen die naast de algemene interne geneeskunde een deel van zijn tijd steekt in de medische oncologie. Ook voor deze laatste categorie is het van

essentieel belang te voldoen aan bovengenoemde randvoorwaarden, teneinde de oncologische zorg kwalitatief en kwantitatief goed te kunnen blijven uitoefenen.

Gehanteerde uitgangspunten

Het bleek noodzakelijk een aantal algemene uitgangspunten te definiëren om in een vastgesteld kader de successievelijke elementen van het takenpakket in te passen:

1. Het werkschema dient alle elementen te bevatten die een medisch oncoloog zou moeten doen.
2. Het werkschema dient niet te gedetailleerd te zijn, alle tijden zijn daarom gemiddelden.
3. De werkweek bestaat uit 5 werkdagen per week en een werkdag loopt van 08.00 tot 18.00 uur. Hierin moet ook eventuele compensatie voor diensten verwerkt worden.
4. In het werkschema moet behalve de kwantiteit van zorg ook de kwaliteit verwerkt worden. Dat laatste wordt uitgedrukt in uren die de medisch oncoloog extra inzet levert om de door de beroepsvereniging, zorgverzekeraars en patiënten gewenste kwaliteit te kunnen garanderen.
5. Sommige elementen worden in blokken van een gemiddeld aantal uren werk per week aangegeven waarbij onderdelen wel benoemd worden, maar het zo zal zijn dat de medisch oncoloog de ene week meer tijd kwijt is dan de andere week.
6. Het werkschema moet zo worden opgebouwd dat als de medisch oncoloog een meer superviserende rol heeft (zoals bij het begeleiden van een nurse practitioner) hij de patiënten minder frequent zelf ziet. Hierdoor is de tijdsbelasting van de medisch oncoloog per patiënt minder. Inhoudend dat samen met de nurse practitioner of anderszins ondersteunende medewerker een hogere productie per medisch oncoloog mogelijk is.
7. Er zal een taakverdeling tussen de verschillende medisch oncologen dienen te zijn, zodat binnen een groep ruimte in tijd gecreëerd kan worden.

Het werkschema bevat de navolgende elementen.

In tabel 1 zijn hiervan enkele rekenvoorbeelden gegeven. (blz 16)

- Overdracht: 0,5 uur per dag = 2,5 uur/week.
- Poli: 4 of 5 dagdelen:
 - Medisch oncoloog: tijd voor nieuwe patiënt 45 minuten, controle 15 minuten
 - Arts-assistent/fellow: nieuwe patiënt 45 minuten en controle 15 minuten
 - Nurse practitioner: nieuwe patiënt 45 minuten en controle 20 minuten
 - Telefonische consultatie: 5 minuten
- Poli bespreking c.q. patiëntenbespreking kliniek/polikliniek: 1 uur per week.
- Kliniek: 5-6 uur per week:
 - dagelijkse leiding medisch oncoloog
 - visite 1-2 maal per week 3 uur
 - supervisie van het leerproces van arts-assistenten, co-assistenten en semi-artsen
 - uitwisseling van kennis met collegae (gezamenlijke grote visite wekelijks verplicht in opleidingsziekenhuizen)
 - palliatieve zorg: indien een aparte unit waar de medisch oncoloog extra werkzaam is wordt hiervoor in het kader van de kwaliteit van zorg apart tijd voor ingeruimd; indien substitutie van zorg binnen eigen afdeling dan horend bij kliniek tijd
- multidisciplinair overleg (MDO): 2,5 uur per week per oncoloog.
- overleg met collegae: gemiddelde tijd per week 1 uur buiten polikliniek en MDO om.
- Consulten medische oncologie: supervisie tijd 1 uur per week.
- Participatie in regionale tumorwerkgroepen, en wetenschappelijk vereniging, voordrachten. Actieve betrokkenheid bij opleiding AIO's, ANIO's, verpleegkundigen etc. : 4 uur per week. Goed om te realiseren dat als een medisch oncoloog lid is van

4 tumorwerkgroepen, die elk 4 keer per jaar bijeenkomen, hij op jaarbasis ongeveer 1 uur per week hiermee bezig is.

- Studieprotocollen uitvoeren, trial bespreking: 2 uur per week. Voor grote studies in veel voorkomende tumortypen, zoals bijvoorbeeld de CAIRO-studies van de DCCG, is participatie van veel perifere ziekenhuizen essentieel. Deelname aan dergelijke studies heeft de kwaliteit van de oncologische patiëntenzorg op meerdere punten sterk verbeterd. Om op een verantwoorde wijze aan dit soort klinische oncologische studies te kunnen meedoen, is een tijdsbesteding van twee uur per week voor deelnemende specialisten een absoluut minimum.
- Administratie (exclusief poli): 2 uur per week.
- Vakgroepvergadering: 1 uur per week.
- Opleiding arts-assistenten: patiëntenbespreking/refereren/PA bespreking: 2 uur per week.
- Supervisie arts-assistenten, nurse practitioner en verpleegkundig specialisten oncologie indien functioneel op poli: 3 uur per week.
- Compensatie diensten: 5 uur per week.
- Pauze
- Het werkschema is exclusief commissies ziekenhuis, medisch managerschap etc. Hiervoor dient in principe, zeker voor de meer tijd rovende functies zoals maatschappijvoorzitter, stafbestuur, medisch manager, tijd vrij gemaakt te worden.
- In de tabel zijn een 3-tal varianten verwerkt: 1 met en een zonder compensatie-uren en 1 als er geen ondersteunend personeel (verpleegkundigen, arts-assistenten, nurse practitioners) op de poli werken die supervisie behoeven.

Beschouwing

De werkzaamheden van een medisch oncoloog worden steeds complexer als gevolg van de toenemende intensivering van de oncologische behandelstrategieën, leidende tot een verbeterde overleving van de patiënten met kanker. Deze intensivering blijkt met name uit een langere behandelduur, met gecombineerde medische therapieën naast een verdere uitbreiding van de multidisciplinaire benaderingen zoals we o.a. zien bij de behandeling van patiënten met mammacarcinoom, colorectale maligniteiten, prostaatacarcinoom, ovariumcarcinoom, en hoge tractus digestivus maligniteiten. De snijdende specialisten, radiotherapeuten en medische oncologen werken nauw samen om een optimale behandeling te garanderen rekening houdende met de specifieke karakteristieken van de individuele patiënt. Kennis van nieuwe middelen, ervaring in begeleiding van en uitleg over de medicamenteuze behandeling is een vereiste voor de medisch oncoloog.

Diagnostiek en therapie dienen binnen een beperkte tijdspanne plaats te vinden en vereisen daarom een efficiënte logistiek. De betreffende specialisten behoren voldoende geschoold te zijn in de verschillende behandelstrategieën en geïnformeerd te zijn over de wetenschappelijke onderzoeken die een behandeling een zekere waarde geven. Daarnaast streeft de beroepsvereniging van de medische oncologie in Nederland (NVMO) naar een optimale participatie in verschillende nationale en internationale klinische studies. Intensieve samenwerking met de ondersteunende specialismen zoals laboratorium, pathologie en apothekers zijn onontbeerlijk voor het handhaven van de dagelijkse hoog kwalitatieve zorg.

Toch zullen nog vele kankerpatiënten uiteindelijk aan de gevolgen van hun ziekte overlijden. Begeleiding van deze laatste palliatieve fase is tevens een belangrijk en tijdsintensief onderdeel van de dagelijkse werkzaamheden van een medisch oncoloog. Participatie in multidisciplinaire besprekingen, garanderen van een goede logistiek voor de patiënten, betrokkenheid bij wetenschappelijke studies en inrichten van de palliatieve zorg kosten tijd. Deze tijd laat zich niet goed vertalen in aantal traditionele meetbare patiëntcontacten c.q. budgetparameters. Ook de huidige DBC systematiek zal (voorlopig) tekort schieten om de actuele werkbelasting van een medisch oncoloog in een Nederlands ziekenhuis te beschrijven en op te nemen.

Ingegeven door verdergaande eisen van kwaliteit en transparantie van overheidswege en van de beroepsverenigingen, naast een toenemende mondigheid van de patiënten vertegenwoordigd door belangrijke platforms en vertegenwoordigers heeft de NVMO zich de vraag gesteld in hoeverre deze kan bijdragen aan een duidelijke kwalitatieve en kwantitatieve omschrijving van het subspecialisme “medische oncologie”. De uitvoering van dit beroep anno 2009 moet aan de verschillende bovenbeschreven eisen voldoen. Daarnaast dient rekening gehouden te worden met de bestaande infrastructuur van de Nederlandse Gezondheidszorg (zoals de verhouding intra-extramurale zorg, opleidingscapaciteiten en financiering) en van de ziekenhuizen (maatschapstructuren, afrekening op budgetparameters en productieafspraken, aanwezige voorzieningen, geografische ligging) in het bijzonder. Ook de verdergaande onderlinge concurrentie als gevolg van een vrije marktwerking, veranderde rol van de zorgverzekeraars en de progressieve instelling ten behoeve van verdere centralisatie van de oncologische zorg in Nederland zal zijn stempel drukken op de te besteden uren van een medisch oncoloog. Bijvoorbeeld door de ontwikkeling van extramurale activiteiten die een belangrijke uitstraling hebben naar de regio en verwijzers, actieve betrokkenheid bij opleidingsprogramma’s voor de verschillende specialistische verpleegkundigen (oncologie) en het opzetten en leiden van een oncologische unit met alle verantwoordelijkheden daaraan verbonden.

Bijgaande notitie, opgesteld door de zogenaamde “commissie Erdkamp”, op verzoek van de NVMO, kan op verschillende manieren bijdragen aan de discussie hoeveel medisch oncologen er werkzaam behoren te zijn en wat diens takenpakket dient te zijn in een bepaald

ziekenhuis. Enerzijds zal het voor de maatschappen en/of ziekenhuisorganisaties een richtlijn zijn welke activiteiten er van een medisch oncoloog verwacht mogen worden naast de directe patiëntenzorg. Anderzijds kan dit een leidraad zijn met betrekking tot het haalbare patiënten quotum per jaar voor een medisch oncoloog.

Afhankelijk van de setting en soort ziekenhuis waarin de medisch oncoloog werkzaam is, zal het accent van de dagelijkse activiteiten veranderen. Echter de randvoorwaarden zoals in deze notitie weergegeven blijven onvoorwaardelijk bestaan. Kort samengevat zal er voor een medisch oncoloog steeds minder ruimte zijn voor patiëntcontacten in specialistische sfeer naast de oncologie (de hematologie uitgezonderd). Introductie van andere hulpverleners ter ondersteuning van de medisch oncoloog, zoals specialistische verpleegkundigen en nurse practitioners, hebben een drietal significante gevolgen: 1) de medisch oncoloog zal in toenemende mate een superviserende rol krijgen waarin hij/zij de medewerkers aanstuurt en bij (onverwachte) problemen ingrijpt; 2) tevens zal hij/zij mede verantwoordelijk zijn voor een goede opleiding en up-to-date houden van de medewerkers en het toetsen van kwaliteit; 3) door het wegvallen van de zogenaamde “low end” taken zal de complexiteit van de restpopulatie toenemen, waardoor zorgzwaarte van poliklinische spreekuren e.d. stijgen.

De specifieke kennis van zaken van een medisch oncoloog maakt het noodzakelijk dat een 24 uren bereikbaarheid, ook in het weekeinde, gerealiseerd wordt (meerdere grotere ziekenhuizen hebben al een achterwachtfunctie oncologie). In de toekomst zal wellicht de mogelijkheid van gezamenlijke regionale bereikbaarheidsdienst voor de oncologie georganiseerd kunnen worden. Indien we vanuit ons beroep als medisch oncologen bewust zijn van deze ontwikkelingen kan in de nabije toekomst gewerkt worden aan een ziekenhuis-overstijgende regionale organisatievorm, toegankelijk voor alle patiënten met een maligne ziekte in een bepaalde regio.

Wij verwachten dat deze zorgvuldig opgestelde notitie een meerwaarde zal hebben in de dialoog tussen medische oncologen van de verschillende type ziekenhuizen, management, bestuur en overheid.

Frans Erdkamp
Monique Niemer
Marten Nijziel
Monique Bos

Voorjaar 2009
Vaststelling door NVMO-bestuur : november 2009

Tabel 1**Rekenvoorbeelden werkschema medisch oncoloog**

	Totaal	.	
	Tijdsbesteding		Effectieve werktijd
Overdracht	2,5	2,5	2,5
poli	16	16	16
kliniek/consult-supervisie	6	6	6
poli bespreking	1	1	1
MDO bespreking	2,5	2,5	2,5
Overleg collegae	1	1	1
Literatuur etc	4	4	4
protocollen/trials	2	2	2
administratie (excl poli)	2	2	2
vakgroep vergadering	1	1	1
opleiding arts-ass	2	2	2
supervisie poli	3	3	
compensatie diensten	5		
pauze	2		
Totaal (uren per week)	50	43	40