

Personeelstekort
**Help, ik krijg
mijn team niet rond**

Maroeska Rovers, hoogleraar
Medical Technology & Innovation
**Innovatie levert niet altijd
een verbetering op**

Dossier Europese dokter
**Europese regelgeving
steeds minder vrijblijvend**

Medisch Specialist

september
2022

Psychiater en neurowetenschapper Iris Sommer

**‘Dat vrouwen soms
andere medicijnen nodig
hebben, is niet uniek
voor de psychiatrie’**



Federatie
**Medisch
Specialisten**



2 miljoen

podcasts zijn er (minstens) wereldwijd, waarvan zo'n 85.000 actieve

49%

van de Nederlanders luistert in 2022 weleens naar een podcast (in mei 2019 was dit nog 28%)

7%

luistert dagelijks, 16% wekelijks, 12% maandelijks



1 op de 3

luisteraars luistert een podcastaflevering helemaal af, een ongeveer even groot deel doet dat bijna

2021

is het geboortjaar van het eerste professionele zorg-podcastplatform in Nederland, Medfeed. Je hebt een BIG-registratie nodig om je aan te melden

10-tallen

podcasts voor vakgenoten zijn vrij beschikbaar, bijvoorbeeld via Spotify. Goed beluisterd zijn: KoffieCo (door Utrechtse co-assistenten), Artsen Podcast (KNMG in samenwerking met BNR) en Medisch Contact

6

afleveringen zijn inmiddels verschenen van Stem van de dokter, de podcast van de Federatie Medisch Specialisten. Deze is voor iedereen toegankelijk via demedischspecialist.nl/podcast



8.000

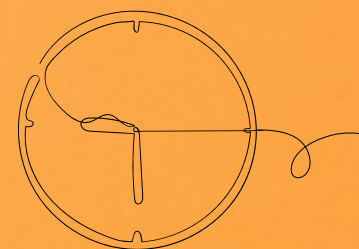
keer zijn deze podcasts inmiddels beluisterd

1.900

keer is de aflevering 'Geef me een baan' gestreamd, de meest beluisterde

40%

van de ondervraagden in een Amerikaans onderzoek uit 2019 vindt podcastafleveringen te lang



68%

van de Nederlandse automobilisten zet nog steeds het liefst de radio aan

OP DE SNIJTAFEL



Ben je een beetje handig, dan kun je al met goede zin en wat basale apparatuur een leuke podcast maken. Ook over de zorg verschijnen er steeds meer, en soms gericht op betrekkelijk kleine vakgebieden. In 2020 voorspelde futurist Igor Beuker al: 'Soms is klein heel goed: go niche, go big or go home.' Enkele belangrijke trends in getallen.

TEKST FRED HERMSEN



BRONNEN:

- Frankwatching, Mirjam Hegger, De 10 belangrijkste podcast-trends voor 2022
- Podcastsinsights.com
- Markteffect Podcastmonitor 7e editie mei 2022
- Edison Research
- Markteffect Podcastmonitor 6e editie december 2021

NR.3
september
2022



12

Personeelstekort?

Oogarts Nicole Naus en kinderarts Malika Chegary knopen de eindjes aan elkaar

Dossier Europese dokter

‘Voorkom dat je ineens beleid moet slikken zonder je stem te hebben laten horen’



15



28

Klinisch geriater Michiel Voet neemt de tijd

‘Ik ga naast het bed van een patiënt zitten’

EN VERDER

4 Column Peter Paul van Benthem: integraal akkoord van zorgprofessionals?

5 Federatienieuws: acute zorg en oproep Wetenschaps- en innovatieprijs

6 Hoofdartikel: Iris Sommer ijvert voor seksespecifieke behandeling

11 Gouden regel van Henri Marres: 'Neem je tijd om je blik te verbreden'

24 In balans: rugbyteam als inspiratiebron voor chirurg Mark van Berge Henegouwen

26 Pleidooi: Maroeska Rovers koppelt innovatie aan evaluatie



OP DE COVER

Psychiater en neurowetenschapper Iris Sommer
Pagina 6

32 & nu verder: ok-afval als grondstof

COLUMN

INTEGRAAL AKKOORD VAN ZORGPROFESSIONALS?

Bij het ter perse gaan van dit nummer weten we nog niet wat de laatste stand van zaken is rondom het integraal zorgakkoord (IZA). Sinds april van dit jaar zijn er onder leiding van het ministerie van VWS met partijen uit diverse sectoren in de zorg gesprekken over dit akkoord, dat de huidige hoofdlijnenakkoorden moet vervangen. Nu ik deze column schrijf, is het begin september, een paar weken voordat deze editie van ons magazine Medisch Specialist op de mat valt. Er ligt een conceptakkoord voor bij alle veertien partijen, en dus ook bij de Federatie.

Het begrip ‘passende zorg’ loopt als een rode draad door het IZA. Ik zeg altijd maar ‘dokters leven en ademen passende zorg’. Voor ons is passende zorg dat patiënt en arts gebaseerd op het best beschikbare bewijs, samen vanuit een gelijkwaardige positie, besluiten over diagnostiek en behandeling. Rekening houdend met de context van het leven van de patiënt, zodat eventueel (medisch) handelen echt waarde toevoegt aan het leven van die patiënt. Aan de onderhandelingstafel brengen wij in dat passende zorg, hoe we het uiteindelijk met elkaar ook definiëren, alleen tot leven komt wanneer het wordt vormgegeven op de werkvloer door al die bevlogen professionals. Diezelfde professionals die nu al de toenemende druk op de zorg ervaren.

Zoals gezegd proberen we tot een integraal zorgakkoord te komen met vertegenwoordigers van veertien partijen. Dat betekent dat je vanuit veertien verschillende invalshoeken de problemen bekijkt. Het verbaast ons dan ook niets dat het conceptakkoord 135 pagina's telt. Het proces is complex. Dat is de prijs die we met elkaar betalen vanuit het gezamenlijke besef dat we zo niet door kunnen in de zorg. Dat als we de financiële middelen al hebben in dit land, we de arbeidskrachten missen om de zorg te kunnen leveren. Alle partijen aan de onderhandelingstafel zijn ervan doordrongen dat we de zorg overeind moeten houden, ook in de toekomst. De vraag is wel; wordt het een mooi compromis of wordt het een compromis dat zo weerbarstig is dat de achterbannen van diverse zorgpartijen zich er niet in kunnen vinden? De kunst van het compromissen sluiten is het eerlijk verdelen van de pijn. Maar, hoe goed je de pijn ook verdeelt, het blijft pijn.

Aan de onderhandelingstafel zeggen wij continu: ‘Pas op dat er niet een papieren werkelijkheid wordt geschapen.’ Wie van al die zorgprofessionals op de werkvloer heeft tijd om 135 pagina's integraal zorgakkoord te lezen? Daar hebben we het veel te druk voor. Wat het akkoord ook wordt, als zorgprofessionals er niet geraakt, bevlogen of gepassioneerd door worden, dan wordt het akkoord nooit méér dan een papieren werkelijkheid. Medisch specialisten zijn broodnodig bij de transitie die het IZA beoogt. Net zoals huisartsen, verpleegkundigen, verzorgenden en alle andere zorgprofessionals. Hoe dan ook: de toekomst van de zorg moet worden geïnitieerd, gedragen en mede vormgegeven door de vakmensen op de werkvloer.



Peter Paul van Benthem
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

Oproep Wetenschaps- en innovatie- prijs 2023

Word jij de winnaar van de Wetenschaps- en innovatieprijs 2023? Elke twee jaar reikt de Federatie Medisch Specialisten deze prijs uit om goed en relevant wetenschappelijk onderzoek door medisch specialisten een podium te geven. De aanmelding is deze maand van start gegaan. Lees de voorwaarden op onze website en stuur je publicatie uiterlijk 1 december 2022 in bij je wetenschappelijke vereniging.



Wetenschappelijke verenigingen beoordelen de voorstellen en selecteren uit de inzendingen het beste onderzoek voor deelname aan de volgende ronde. Deze inzendingen worden vervolgens beoordeeld door een onafhankelijke en deskundige vakjury. Deze jury maakt in het voorjaar bekend welke drie onderzoeken als beste beoordeeld zijn. Tijdens een feestelijke uitreiking in de zomer van 2023 wordt de winnaar bekendgemaakt. Deze ontvangt, naast de eer, een blijvend aandenken en een geldbedrag van 5.000,- euro (te besteden aan vakgerelateerde activiteiten).

Meer informatie:
[demedischspecialist.nl/
wetenschapsprijs](https://demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs)



Acute zorg

financiering en optimale gegevensuitwisseling.

Input voor Tweede Kamerdebat Acute zorg

Op 9 november 2022 vindt het commissiedebat Acute zorg plaats. Als input voor dit debat heeft de Federatie aangegeven: acute zorg is netwerkzorg die regionaal georganiseerd is op basis van maatwerk. Om acute zorg ook in de toekomst toegankelijk, van hoge kwaliteit en betaalbaar te houden, roept de Federatie op om een brede visie neer te leggen, gericht op de hele keten van instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten.

EPA's als nieuwe normering voor inzet op seh?

Het Kwaliteitskader Spoedzorgketen hanteert sinds 1 juli 2022 de norm dat op elke spoedeisende hulp tenminste

één arts aanwezig moet zijn met minimaal één jaar klinische ervaring. De Federatie zet hier tegenover dat niet de ervaring in jaren bepalend zou moeten zijn, maar ervaring gemeten in competenties. Tot en met maart 2023 experimenteren drie umc's en zes algemene ziekenhuizen met een nieuwe normering om de inzetbaarheid van basisartsen op de seh te kunnen vaststellen. Dit gebeurt aan de hand van competenties, samengevat in EPA's. De uitkomsten van de pilots zullen uitwijzen of deze norm de 'één jaar ervaring-norm' kan vervangen.



[demedischspecialist.nl/
acutezorg](https://demedischspecialist.nl/acutezorg)

Meer informatie op onze themapagina
Acute zorg:

Visiedocument Federatie

Het visiedocument Acute zorg van de Federatie Medisch Specialisten benadrukt dat medisch specialisten over de ultieme inhoudelijke kennis beschikken voor de inzet van acute zorg binnen het eigen vakgebied. Daarom zijn zij bij uitstek degenen die doelmatige acute zorg kunnen vormgeven, voor iedere patiënt, binnen en buiten het ziekenhuis. Het visiedocument beschrijft de rollen en ambities waarmee dat zou moeten gebeuren. Ook benoemt het document de cruciale randvoorwaarden: passende

PODCAST

De zevende podcast 'Stem van de dokter' van de Federatie gaat over de vraag hoe we de acute zorg toegankelijk en betaalbaar houden. Federatievoorzitter Peter Paul van Benthem gaat hierover in gesprek met Peter van der Meer, bestuurder in het Albert Schweitzer ziekenhuis, internist acute geneeskunde Marjolein Kremers en seh-arts Heleen Huisman.

Beluister de podcast
[demedischspecialist.nl/
podcast](https://demedischspecialist.nl/podcast)





IRIS SOMMER
PSYCHIATER EN
NEUROWETENSCHAPPER



‘We moeten een beetje opschieten’

Psychiater Iris Sommer ijvert voor sekse-specifieke behandeling van patiënten. Haar onderzoek naar het vrouwenbrein en psychosezorg laat zien dat dit geen overbodige luxe is.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD TRYNTSJE NAUTA

Psychiater en neurowetenschapper Iris Sommer (Universitair Medisch Centrum Groningen) vindt dat medisch specialisten beter kunnen werken als ze meer oog hebben voor verschillen tussen man en vrouw. Ze onderzocht in het licht van sekse/gender vrouwen met een psychotische stoornis. Met deze overzichtsstudie, die verscheen in The Lancet Psychiatry, is ze genomineerd voor de Huibregtsprijs voor Maatschappij en Wetenschap 2022.

Je onderzocht het vrouwenbrein en psychosezorg. Wat waren je belangrijkste bevindingen?

‘Dat er nogal wat aanpassingen nodig zijn voor een goede diagnose en behandeling van vrouwen. Mannen voldoen meer dan vrouwen aan het bekende ziektebeeld van apathisch gedrag, wanen en hallucinaties. Voor jonge mannen van rond de 25 jaar die vaak ook blowen, is de huidige zorg optimaal ingericht. Bij mannen worden psychotische stoornissen ook eerder onderkend dan bij vrouwen, gemiddeld na twee jaar. Bij vrouwen is dat pas na gemiddeld 6,6 jaar. Het is lastig dat bij vrouwen een eerste psychose zich vooral uit in depressie, chaotisch gedrag en focusverlies, en minder in wanen en hallucinaties. De behandeling richt zich om die reden vaak op stemmingsklachten. Vrouwen kunnen op elke volwassen leeftijd psychotisch raken, ook rond de middelbare leeftijd of daarna. Dat maakt de juiste diagnose complexer. Daarnaast hebben zij ook andere doses medicatie of andere medicijnkeuze nodig.’

Geldt dit alleen voor jouw vakgebied?

‘Dat vrouwen soms andere doses of medicijnkeuze nodig hebben, is zeker niet uniek voor de psychiatrie. Vooralsnog wordt doorgaans niet seksspecifiek behandeld, wat de kans op overdosering voor vrouwen vergroot. Vrouwzijn is ook een van de belangrijkste risicofactoren voor bijwerkingen van medicijnen in het algemeen.’

‘Er zijn toch mensen die hangen aan de politiek correcte gedachte dat het mannen- en vrouwenbrein precies hetzelfde zijn’



Bernadet Santema, een collega uit het UMCG, liet met onderzoek naar hartfalen en de effectiviteit van medicatie zien dat de dosis bètablokkers en de gecombineerde groep medicijnen ACE-remmers/ARB's voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd eigenlijk gehalveerd moet worden. Het verbaast me niet als dit soort verschillen in effectiviteit van medicijnen ook voor andere specialismen geldt. Eind jaren negentig leerde ik in mijn artsopleiding dat ik kinderen en ouderen anders en lager moest doseren. Over vrouwen anders doseren leerde ik niets.’

Wat levert meer onderzoek naar sekse- en genderverschillen op?

‘Aandoeningen zijn daarmee sneller te herkennen en beter op maat te behandelen. Daarin zit ook een urgentie,



want veel ziekenhuisopnames komen door medicatiebijwerkingen. Dat de medische wereld weinig oog had voor seksespecifieke farmacotherapie is geen slordigheid, desinteresse of misogynie. We dachten dat het voor de positie van vrouwen goed was om ook uit te gaan van biologische gelijkheid. Biologische verschillen, vooral in hersenen en gedrag, werden niet politiek correct bevonden. In sommige psychologische boeken is zelfs beweerd dat ze niet zouden bestaan. Aparte vrouwenziekenhuizen en mannen- en vrouwenafdelingen zijn verdwenen. Daar hebben we het kind met het badwater weggegooid. Ik denk dat het niet zo gek is om meisjes en vrouwen apart te bekijken, rekening houdend met hun hormonale status en met wat er rond de menopauze gebeurt. Want dat heeft effect op bijna alles. Dat mag best extra aandacht krijgen.'

'Dat vrouwen soms andere doses of medicijnkeuze nodig hebben, is zeker niet uniek voor de psychiatrie'

Wat moet er dan veranderen?

'Met meer onderzoek naar man-vrouwverschillen zijn we al een eind op weg. Dat is belangrijk voor bijvoorbeeld neurologen, longspecialisten, reumatologen, orthopedisch chirurgen en allergologen. Over medicatieonderzoek vragen The Lancet en andere wetenschappelijke tijdschriften al dat we per sekse analyseren en de resultaten apart aanleveren. Ook voor registratie van nieuwe geneesmiddelen is dat een vereiste. Maar het gaat om meer. De pathogenese tussen de seksen kan ook verschillen. Observatieel onderzoek zou gebaat zijn bij verplichte vermelding van de seksespecifieke resultaten. En ook op andere terreinen verdient sekse-specificiteit aandacht. Werken met artificial intelligence paradigma's bijvoorbeeld, vraagt alertheid of een aandoening wel goed wordt herkend bij beide seksen.'

Terug naar jouw onderzoek, waarin de invloed van geslachtshormonen een grote rol blijkt te spelen...

'In het onderzoek naar de biologische c.q. seksverschillen zie je dat geslachtshormonen een grote invloed hebben op de hersenen en dus op gedrag. Vrouwen in de vruchtbare leeftijd maken oestrogeen aan, dat hen een zekere bescherming biedt tegen verschillende psychiatrische en neurologische aandoeningen, zoals psychose. Als het oestrogeengehalte afneemt, kortdurend rond de menstruatie en definitief tijdens de menopauze, vermindert die bescherming. Daardoor ontstaan veel heftigere symptomen.'

Dat kan nogal wat gevolgen hebben...

'Als een psychose niet wordt herkend, en daarmee niet behandeld, kan iemand blijven handelen vanuit zijn wanen. De periode dat iemand psychotisch is, moet zo kort mogelijk zijn. Hoe langer iemand onbehandeld blijft, hoe moeilijker het wordt zijn rol in de samenleving te blijven vervullen. We noemen dat duration of untreated psychosis. En dat is een negatieve voorspeller. Dit - maatschappelijke - verlies is vaak niet meer te



herstellen. Vrouwen raakten zo bijvoorbeeld de voogdij over hun kind kwijt, heel traumatisch.’

Wat vraagt goede behandeling dan vooral?

‘Antipsychotica zijn - net als andere medicijnen - vooral getest op mannen tot 45 jaar. Nu zien we dat doseringen voor mannen vaak veel te hoog zijn voor vrouwen. Bij veel antipsychotica gaan de afbraak en uitscheiding bij vrouwen langzamer dan bij mannen, waardoor te hoge concentraties in het bloed kunnen ontstaan. Dat oestrogeen grote invloed heeft op leverenzymen die veel medicijnen afbreken, is voor mijn vak heel relevant. Het antipsychoticum quetiapine bijvoorbeeld wordt sneller afgebroken bij een hoog oestrogeengehalte. Van veel andere antipsychotica remt oestrogeen juist de afbraak door leverenzymen. Voor bepaalde medicijnen hebben vrouwen dus een andere dosis nodig dan mannen, en die moet worden bijgesteld rond de menopauze. Nu dit nog niet gebeurt, worden vrouwen vaak te hoog gedoseerd. Meldingen over bijwerkingen voor antipsychotica en anti-depressiva bij het Lareb komen veel vaker van vrouwen.’

Wat kunnen medisch specialisten zelf doen?

‘Onderzoeken bijhouden die nu verschijnen. Doe nascholing en organiseer regelmatig congressen over dit thema, zodat iedereen weer goed bij de les is. En als je data hebt die zich goed lenen voor dit soort onderzoek, is het fantastisch er iets mee te doen. We weten nog lang niet genoeg. Gelukkig zien we steeds meer belangstelling. We zitten niet te slapen. De Federatie Medisch Specialisten is heel actief via het initiatief Gender en Gezondheid, dat kennis op dit terrein wil vergroten.’

En de houding naar patiënten. Speelt dat ook een rol?

‘Ik was zwanger van mijn eerste kind en mijn gynaecoloog, een oudere heer uit het Gooi, sprak alleen met mijn man: “Uw vrouw zus, uw vrouw zo”. Dat mijn verbaasde man de bal terugkaatste, hielp niet. Dat vond ik wel eh... Ik ging natuurlijk naar een andere gynaecoloog. Dit was lang geleden en deze specialisten zijn vast van een uitstervende soort. Ons vak is bij uitstek een contactueel beroep. Empathische bejegening van patiënten is een niet te onderschatten factor. Mannelijke en vrouwelijke specialisten kunnen dat allebei, maar hun bejegening is anders. Het onderzoek van hoogleraar Professional Performance Kiki Lombarts liet zien dat het geslacht van de specialist uitmaakt. In een studie van mijn team onder psychiaters bevestigden we dat.’

Krijg je ook tegengeluiden?

‘Jazeker, niet iedereen is laaiend enthousiast. Zeker in mijn vakgebied. De titel van mijn boek Het vrouwenbrein wekte ook wrevel op. Er zijn toch mensen die hangen aan

‘Observationeel onderzoek zou gebaat zijn bij verplichte vermelding van de seksespecifieke resultaten’

de politiek correcte gedachte dat het mannen- en vrouwenbrein precies hetzelfde zijn. Vanuit de historie willen we vrouwen niet het zwakkere geslacht laten zijn. Dat zijn ze ook niet, maar wel anders dan mannen. Om Frans de Waal aan te halen: “Je hoeft niet hetzelfde te zijn om gelijkwaardig te mogen zijn”.’

Wanneer ben jij tevreden?

‘Geneeskunde is nooit af. Zeker in mijn nog jonge vak psychiatrie. Voor optimale behandeling van vrouwen kunnen we nog grote stappen zetten. Dat moet ook echt. We gaan steeds verder richting zorg op maat. Personalized medicine is een soort heilige graal. Sommige vakgebieden, zeker de oncologie, zijn daar al ver mee. In de psychiatrie staan we er nog ver van af. Dus we moeten opschieten, de schouders eronder zetten en doorpakken. Seksespecifieke behandeling is een stapje op weg naar personalized medicine. En dat is heel haalbaar. We kunnen dat best in een jaar of drie voor elkaar hebben.’

Jullie hebben al een mooi initiatief.

‘Sinds februari 2021 bestaat de Alliantie Gender en GGZ, een samenwerkingsverband met ggz-professionals, cliënten, Women Inc. en wetenschappers. Ons manifest mochten we aan de koningin aanbieden. We timmeren enorm aan de weg door meer aandacht te vragen voor sekse- en genderdiversiteit, meer gendersensitief wetenschappelijk onderzoek en onderwijs en meer bewustwording over genderverschillen bij professionals en publiek. Ik ben trots op deze stoere club. Begin november hebben we het hele MECC in Maastricht afgeboekt voor het negende World Congress on Women’s Mental Health. Genderspecifieke psychiatrie krijgt hiermee een grote internationale impuls.’



Meer info over het congres:
iawmh2022.org

de
gouden
regel

‘Neem de tijd om je blik te verbreden’

‘**A**ls hoofd van de afdeling kno-heelkunde kan ik de zorg voor een hele groep patiënten verbeteren, in plaats van voor afzonderlijke patiënten. Dat vind ik heel waardevol. Toen ik de vraag kreeg of ik fulltime aan de slag zou willen gaan als professioneel bestuurder, dacht ik: hiermee kan ik nog meer invloed uitoefenen. Maar ik twijfelde ook. Mijn vaardigheden en achtergrond als klinicus verschillen van de organisatorische vaardigheden die je als bestuurder nodig hebt. En hoeveel invloed heb je eigenlijk met nog maar weinig bestuurlijke ervaring?’

Om die twijfel te onderzoeken heb ik in overleg met de raad van bestuur een sabbatical van vijf maanden genomen. Een belangrijk onderdeel van de zoektocht vormden mijn stages bij het ministerie van VWS, zorgverzekeraar CZ en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd. Dat bleek een enorme verrijking. Ik verbreedde mijn blik op de zorg en onze maatschappelijke verantwoordelijkheid als arts daarin. Dat ik ook de gremia beter heb leren kennen, heeft de drempels in het contact voor mij enorm verlaagd.

Ik zou iedere collega dan ook willen aanraden: neem een moment in je carrière echt de tijd om te kijken waar je staat en richt je blik daarbij naar buiten. Of ik uiteindelijk voor het voltijds besturen heb gekozen? Nee. Ik ben nog steeds bestuurlijk actief, maar ik sta ook wekelijks op de ok. Ik heb nu eenmaal een fantastisch vak, en ik weet nu: daar kan besturen niet tegenop.’

Henri Marres is hoofd-hals-chirurg en hoogleraar keel-, neus- en oorheelkunde, in het bijzonder in de hoofd-halsoncologie. Naast zijn werk als afdelingshoofd in het Radboudumc was hij tot voor kort voorzitter van de raad van advies van de Patiëntenvereniging HOOFD-HALS (PVHH), commissaris bij Thuisziekenhuis Nederland en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Keel-Neus-Oorheelkunde en Heelkunde van het Hoofd-Halsgebied.





Help, ik krijg mijn team niet meer rond

Meer en meer patiënten,
vertrekkend personeel,
niet ingevulde vacatures en
als het echt tegenzit: een
afdeling die moet sluiten.
Wat doet dat met een team?

‘Het gevolg is dat we afspraken moeten verzetten’

Nicole Naus Oogarts

- SINDS: 2006
- WAAR: Erasmus MC
- TEAM: zo'n 50 collega's, inclusief vrijwilligers

‘Ik voel me wel eens een keeper zonder team; ik sta in de goal en probeer nog alle ballen tegen te houden. Het personeelstekort is echt dramatisch. We hebben vooral een tekort aan doktersassistenten, technisch oogheekkundig assistenten of ‘TOA’s’ en optometristen. Ik zag dit een paar jaar geleden niet aankomen, maar sinds COVID-19 zitten we hier echt met buikpijn.

Het is een samenloop van allerlei omstandigheden. Het ziekteverzuim is hoog, sommige collega's gaan minder werken, anderen willen doorstromen naar andere functies. Denk aan een assistent die wil doorgroeien naar de operatiekamer of een collega die de verpleegkunde-opleiding gaat doen. Dat is ook goed, maar het tekort is wel zorgelijk. Je kunt met elkaar in een negatieve spiraal komen: de werkdruk bij de achterblijvers wordt hoger, waardoor het ziekteverzuim ook toeneemt.

Ondertussen komen er weinig TOA's en optometristen van de opleidingen. Sommige vacatures staan maanden open. De animo voor het vak wordt minder, terwijl de behoefte toeneemt. Mensen worden ouder en steeds meer aandoeningen zijn te behandelen. Als we ervoor kunnen zorgen dat mensen blijven zien als we ze eens per maand een oogprik geven, dan doen we dat natuurlijk, ook al verhoogt dat het aantal poliklinische contacten. We vissen in dezelfde vijver als de opticiens in de winkelstraten, die soms beter betalen. We moeten opletten dat die verschillen niet groter worden. Het werk in het ziekenhuis is prachtig en hard nodig. Ik snap niet dat niet méér mensen het willen doen.

Het gevolg van het personeelstekort is dat we afspraken moeten verzetten. Voerden we voorheen controles om de zes maanden uit, nu proberen we dit te rekken naar zeven maanden. We wegen voortdurend af wat verantwoord is. En tegelijk proberen we onze collega's meer pauzes te gunnen, juist omdat de werkdruk toeneemt. Ja, dat is dubbel, maar het moet. We hebben onlangs besloten de telefoons uit te zetten tijdens de lunchpauze. Even ademhalen en rustig eten.

Het goede nieuws: de laatste weken gaat het iets beter. We zoeken samen naar oplossingen, met andere teams en met de opleidingen. En onlangs hadden we een leuk afdelingsuitje – samen koken – dat soort dingen moeten ook doorgaan. Het is een wankel evenwicht en aan een nieuwe COVID-golf moet ik even niet denken. Maar er zal een keer een positieve omslag komen. Tot die tijd koester ik mijn team, zeker ook de vrijwilliger aan de balie. We hebben gewoon iedereen nodig.’



'We moeten het gaan doen met minder en anders-geschoold personeel'

'Dat er een probleem is, is duidelijk. Op onze locatie OLVG Oost hebben we een prachtige kinderafdeling moeten sluiten door gebrek aan personeel. Daar gingen veel emotionele discussies aan vooraf. Maar niet alles kan meer op alle locaties, we moeten keuzes maken.

Een groot deel van de kindergeneeskunde bestaat uit de zorg voor de pasgeborenen, de neonatologie. Die is nauw verbonden met de zorg voor zwangeren en vrouwen die net zijn bevallen. Dat maakt ons team heel groot en het beheersen van het personeelstekort complex. Een tekort op de ene afdeling heeft direct gevolgen voor de andere. We krijgen de roosters regelmatig niet rond. Wekelijks – of vaker – is er overleg over de krapte en alle zorgverleners draaien bovengemiddeld veel diensten. In het uiterste geval worden er bevallingsstops afgekondigd. Dan kan er even geen patiënt meer bij en moeten we doorverwijzen naar een ander ziekenhuis.

Er zijn landelijk grote tekorten aan neonatologieverpleegkundigen. Er komen er simpelweg te weinig van de opleiding en Amsterdam is voor net-afgestudeerden een dure keuze; denk aan de huizenprijzen. Ik werk hier met zeer gepassioneerde mensen die vaak al tientallen jaren in de zorg werken. Maar eerlijk is eerlijk, de hoge werkdruk heeft impact op het werkplezier. In vakantieperiodes loopt de druk verder op. Dan gaan mensen zich onveilig voelen en worden bang om fouten te maken. Daar zijn we heel alert op, want de kwaliteit van zorg moet overeind blijven. Toch ben ik niet negatief. Ik zie namelijk ook dat de personeelscrisis iets oplevert. Na de sluiting van de kinderafdeling in OLVG Oost zijn we

kritisch gaan kijken naar de klinische opnames van kinderen. We zijn doelmatiger geworden en de verpleegdagen op de kinderafdeling zijn significant gedaald. We kijken nu welke zorg voor pasgeborenen echt in het ziekenhuis moet plaatsvinden en welke zorg door andere zorgverleners, zoals kraamverzorgers, overgenomen kan worden. Taakdifferentiatie, opleidingen en innovaties gaan een belangrijke bijdrage leveren in het verlagen van de werkdruk. De zorg wordt niet meer zoals die was, daar ben ik zeker van.

We moeten het gaan doen met minder en anders-geschoold personeel. En we moeten positief staan tegenover innovaties.'




Malika Chegary

Kinderarts en unitleider
kindergeneeskunde

- SINDS: 2014 en unitleider sinds 2021
- WAAR: OLVG Amsterdam
- TEAM: voor vrouw-moeder-kindzorg; +/- 650 mensen

DOSSIER

Europese dokter



De Europese Unie heeft zich decennialang nauwelijks tot niet bemoeid met het medisch beleid van de afzonderlijke landen. Langzaam begint daar verandering in te komen. Met name op het terrein van opleidingen lijkt de focus te verschuiven van leidraden naar richtlijnen, om de Europese zorgkwaliteit te verbeteren en de uitwisseling van artsen te vereenvoudigen. Tijd om als medisch specialist je blik wat nadrukkelijker op Europa te richten. Collega's die dat al doen delen hun inzichten en voorspellingen.

TEKST FRED HERMSEN, JOB DE KRUIFF, FIEKE WALGREEN
BEELD MATERS EN HERMSEN

‘Deze Europese Commissie wil luisteren naar medisch specialisten’

Anesthesioloog en opleider in het Radboudumc Christiaan Keijzer is ‘onze man in Brussel’. Als lid van de Europese artsenfederatie CPME (Comité Permanente des Médecins Européens) roept hij medisch specialisten op: ‘Kijk binnen jouw vakgebied wat daar gebeurt om invloed te hebben op het Europese beleid.’

Is er veel Europees medisch beleid? ‘Nu nog vooral op het terrein van medicatie. Op het gebied van de zorg in bredere zin is er decennialang niets gedaan. Maar de huidige Europese Commissie is de eerste die in bepaalde zorgkwesties echt een gezamenlijke aanpak nastreeft. Daarom is het juist nu belangrijk om namens de artsen mee te praten en te adviseren.’

Wat kan elke specialist doen?

‘Mijn oproep zou zijn: kijk over je grenzen heen. Elk specialisme heeft zijn eigen Europese organisatie. Kijk binnen jouw vakgebied wat daar gebeurt en onderzoek op welke punten samenwerken verstandig zou kunnen zijn om invloed te hebben op het Europese beleid. Je kunt ervan profiteren dat deze Europese Commissie belang hecht aan de stem van medisch specialisten.’

Wordt alle zorg dan straks centraal vanuit Brussel geregeld?

‘Nee, zo ver gaat het niet. En voor ons staat bovendien het subsidiariteitsbeginsel voorop: we bemoeien ons niet met dingen die om medische, en soms ook om politieke redenen beter per land geregeld kunnen worden. Laatst kregen we als CPME vragen over de specifieke abortuswetgeving in een land; daarvan blijven we weg. Dat onderwerp bespreken we niet op Europees niveau.’

Aan welke onderwerpen werken jullie wel?

'De eerste stap op weg naar uitwisseling van gegevens is gezet, een soort Europees patiëntendossier. Dat kan heel nuttig zijn als het werkt, maar we weten allemaal hoe moeilijk dat binnen één land al is. Wij letten in elk geval streng op de aspecten van privacy en beroepsgeheim. Rond corona zag je dat samenwerking in een crisis ook heel snel vorm kan krijgen. Eerst legde elk land nog zijn eigen voorraad geneesmiddelen en beschermingsmiddelen aan, ten koste van de buurlanden. Toen is er een aparte club opgericht voor de centrale inkoop van beschermingsmiddelen en voor de samenwerking met de farmaceutische industrie. Nu gaan de gesprekken over een volgende stap: in een volgende pandemie artsen internationaal op die plekken inzetten waar de nood het hoogst is. Maar dan moeten we eerst de lastige discussie voeren over de vraag hoeveel mensen je eigenlijk nodig hebt in elk land.'

Waarom is dat zo'n moeilijke discussie?

'Door de enorme verschillen per land. Roemenië leidt bijvoorbeeld veel meer mensen op dan het zelf nodig heeft, maar het heeft vervolgens een tekort aan zorgpersoneel. Dit komt doordat de Fransen te weinig personeel opleiden en mensen uit Roemenië met een hoger salaris, huisvesting en kinderopvang verleiden om naar Frankrijk te komen. Ook het Verenigd Koninkrijk leunt op import en heeft nu een serieus probleem. Sinds de Brexit worden diploma's van elders niet meer erkend.'

Het zal vast ook over financiën gaan...

'Natuurlijk. Het begint ermee dat je voor een goede vergelijking eerst regels moet opstellen en ervoor moet zorgen dat ieder land op dezelfde manier data aanlevert. Daar spelen wij als CPME ook een rol in, vooral in het beginstadium van dit soort processen. Inmiddels blijkt dat Polen 6 procent van zijn BNP aan zorg uitgeeft en Nederland volgens het CBS zo'n 14 procent, en dat is niet eens het hoogste percentage. Er zijn dus ook op dit vlak grote verschillen. Door dergelijke verschillen staat de afstemming op veel terreinen nog in de kinderschoenen.'

Heeft CPME ook al successen geboekt?

'Zeker, bijvoorbeeld rondom de nieuwe normen voor luchtkwaliteit, daarbij zitten wij aan tafel en hebben

'Wij pleiten voor een centraal inkoopbeleid om de prijzen te drukken'

veel invloed. We nemen er een puur medisch standpunt in en dat is aan de strenge kant. Er is immers steeds meer bewijs voor de schadelijke effecten van bijvoorbeeld fijnstof. Ons standpunt is in zo'n geval gebaseerd op een club experts uit heel Europa; het is geen afweging van nationale standpunten. De Europese Commissie neemt ons hierin heel serieus, al wordt vervolgens natuurlijk ook een economisch belang meegewogen. Iets anders is dat de regelgeving op het gebied van geneesmiddelen in 2025 gaat veranderen. Wij pleiten op dat terrein krachtig voor een centraal inkoopbeleid om de prijzen te drukken. Vooral nieuwe medicamenten in de oncologie dreigen anders onbetaalbaar te worden.'



Is het weleens gebeurd dat jullie een onderwerp misten?

'Dan denk ik aan het antibioticabeleid, bedoeld om resistentie te bestrijden. Daar gingen wij te laat mee aan de slag, terwijl de veterinaire sector zich wel liet horen. Nu is er weliswaar een lijst vastgesteld met antibiotica die alleen voor humaan gebruik zijn toegelaten en niet voor dieren, maar die lijst had van ons wel wat langer mogen zijn. Want minder ruim gebruik van antibiotica is de enige oplossing om het probleem van resistentie te beperken. Daar valt in het gebruik bij dieren nog forse winst te halen. Dit illustreert dat je goed moet blijven opletten.'

Zien jouw Nederlandse collega's het nut van die Europese activiteiten?

'We hebben hier in Brussel allemaal dezelfde ervaring, uit alle landen, op alle terreinen: pas gaandeweg kom je erachter hoeveel onderwerpen hier spelen. Mijn collega's in Nederland zijn gefocust op hun eigen omgeving. Wat er in Brussel en Straatsburg gebeurt lijkt een ver-van-mijn-bedshow. Maar als je er op die manier mee omgaat, kan het zomaar gebeuren dat je ineens beleid moet slikken zonder dat je ooit je stem hebt laten horen.'

EUROPEES BELEIDSNIVEAU
Het CPME (Comité Permanente des Médecins Européens) is sinds 1959 de Europese artsenfederatie. Artsenverenigingen van 32 Europese landen zijn erbij aangesloten. Christiaan Keijzer is sinds januari voorzitter. 'We proberen de belangen te behartigen van specialisten op het Europese beleidsniveau. Van werkomstandigheden, opleidingen en arbeidsvoorwaarden tot zorgbeleid en kwaliteit van zorg.'

Vier vragen aan
Rijk Gans, voorzitter
van de sectie interne
geneeskunde UEMS.
Gaan we de komende
jaren meer merken
van Europa?

Is Europese samenwerking op het terrein van opleidingen alleen een kwaliteitskwestie?

'Er is ook een andere harde reden: eenduidigheid in opleidingen legt de basis voor vrij verkeer van medische professionals. De Europese regelgeving schrijft dat dwingend voor via directive 205/35/EC. Regelen we niets, dan kan een individuele arts bezwaar aantekenen bij het Europese Hof als een sollicitatie in Nederland stukloopt op een op inhoud niet erkende opleiding, terwijl het specialisme op Europees niveau wel erkend is. En bij een pandemie of andere hulpbehoefte kun je dan niet zomaar specialisten uitwisselen.'

Wordt de soep al zo heet gegeten?

'De UEMS geeft op Europees niveau alleen aanbevelingen voor de inhoud van opleidingen, maar ik verwacht dat

de vrijblijvendheid eraf gaat. Europese uniformiteit wordt belangrijk. Nu al zijn

landen afhankelijk van import van medisch personeel, zoals Frankrijk, het Verenigd Koninkrijk en Zweden. Zwitserland haalt zelfs de meerderheid van zijn medisch personeel uit het buitenland. Die landen willen op kwaliteit kunnen rekenen. Ik denk ook dat, met de huidige krapte op de arbeidsmarkt, jonge Nederlandse artsen probleemloos in het buitenland aan het werk willen kunnen. Ik overzie niet alle specialismes, maar doorgaans moet dat wel lukken. Hoewel internisten met de differentiatie allergologie-immunologie een probleem kunnen tegenkomen; hun opleiding duurt bij ons nu twee jaar, dat is te kort vanuit Europees perspectief.'

'Nu al zijn landen afhankelijk van import van medisch personeel'

Wat betekent het verder voor de interne geneeskunde?

'Besef allereerst dat de Europese Unie een medisch specialisme erkent wanneer dat in 3/5 van de aangesloten landen het geval is. Interne geneeskunde is in

Nederland een bij wet erkend medisch specialisme. De zestien differentiaties die we daartoe rekenen, zoals hematologie, infectieziekten en oncologie, zijn bij ons echter géén zelfstandig medisch specialisme. In veel Europese landen is dat wel zo, waarbij de opleiding inhoudelijk sterk verschilt. Met name het deel interne geneeskunde is vaak aanzienlijk minder. Na een korte basisopleiding begint de specialisatie al, terwijl je daar in Nederland vier jaar interne geneeskunde voor achter de rug moet hebben. Daardoor kan het gebeuren dat wij in Nederland een oncoloog die elders is opgeleid niet erkennen, terwijl een oncoloog die in Nederland is opgeleid in het buitenland wel wordt erkend. Het Nederlandse opleidingsplan voldoet namelijk ook aan de op Europees niveau gestelde eisen voor de opleiding tot medisch oncoloog.'

Hoe faciliteer je de harmonisatie van opleidingen?

'Een mogelijkheid is de opleidingsduur in nieuwe afspraken niet meer voorop te stellen, wat in het buitenland vaak nog wel gebeurt. In plaats daarvan komen dan competenties centraal te staan, zeg maar de benodigde kennis, vaardigheden en attitude. Die trend is nu ingezet, ik heb mijzelf daar als voorzitter van de sectie interne geneeskunde UEMS hard voor gemaakt. Harmonisatie in de duur van opleidingen zou trouwens voor veel landen ook simpelweg te kostbaar zijn. Veel landen eisen omgekeerd wel een Europese eindtoets of examen en dat wordt des te belangrijker wanneer de duur van opleidingen ten faveure van competenties zou worden losgelaten. Zo'n examen kennen de meeste Nederlandse opleidingen nog niet.'



EUROPESE CIJFERS



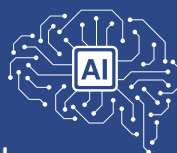
'Artsen zijn eigenlijk overal hetzelfde.

De 73-jarige Mareb, patholoog in Zagreb, de 28-jarige Oostenrijker, fotomodel en orthopeed in wording, de Zweedse huisarts Ylva, dermatoloog Maria in Boekarest, de cardioloog in Nicosia en die in Madrid: het zijn altijd hoogopgeleide, verantwoordelijke en (bijna) altijd hardwerkende mensen.'

Uit *Dit is Europa*, Mark Schalekamp, Maven Publishing

5X

ZORGERELATEERDE
EUROPESE UITDAGINGEN
VOLGENS DE KNMG:



E-health en
artificiële intelligentie



Kindermis-
handeling

Klimaat



Gunstbetoon

Alcohol
en tabak



8,3%

is het gemiddelde aandeel van gezondheidszorg als percentage van het bbp in Europese landen, Nederland neemt met 10% een middenpositie in op de lijst.



Meer weten over
medisch-specialistische
zorg in Europees
perspectief?



Nederlandse zorgkosten in perspectief →

In een vergelijking van dertig landen wereldwijd die zich verenigen in de OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) staat dat Nederland met 10,0% van het bbp een middenpositie inneemt. Bij Luxemburg is dat 5,4% en bij Zwitserland 12,1%. Binnen Europa geven 8 landen meer, en 25 landen minder uit. Ons eigen Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) neemt overigens ook kosten voor welzijn, jeugdzorg en

kinderopvang mee, en komt op een hoger percentage uit voor 2020: 14,2%.

Er zijn meerdere definities van zorguitgaven. Voor de Nederlandse trend wordt de brede definitie van het CBS gebruikt, voor de internationale vergelijking van de OESO wordt de internationale definitie gehanteerd. Het grootste verschil is dat de brede CBS-definitie ook uitgaven uit welzijn, jeugdzorg en kinderopvang meeneemt.

‘Het draait allemaal om de opleiding’

De aanpak van de coronapandemie, maar ook behandelingen waarvoor patiënten de grens over gaan: de zorg wordt steeds internationaler. Daarvan hoeft chirurg Huib Cense niet te overtuigen. Hij vertegenwoordigt Nederland in de Council van de UEMS, de Union Européenne des Médecins Spécialistes.

Als je iets wilt bereiken in de zorg draait het allemaal om de opleiding, stelt Cense. Dáár wordt de norm gesteld, daar kun je samen aan een hoger zorgniveau werken. De UEMS richt zich daarom vooral op harmonisatie van de medische opleidingen en de beroepsuitoefening in Europa.

Heeft dat streven naar een gelijk niveau ook voordelen voor Nederland? ‘In het algemeen brengen de West-Europese landen iets meer en komen de Oost-Europese landen wat meer halen’, erkent Cense. ‘Maar we kunnen allemaal van elkaar leren. En het is voor ons gunstig als je weet dat specialisten uit een aangesloten land op een bepaald niveau een opleiding hebben gevolgd. Voor steeds meer vakken zijn er Europese examens waarmee kennis eenduidig getoetst kan worden. Zo weet je dat iemand uit bijvoorbeeld Oekraïne die hier aan het werk gaat, capaciteiten heeft die aansluiten op onze zorg.’

Wapenfeiten

Een van de recente wapenfeiten waar de vruchten al bijna van te plukken zijn, is de aansluiting van Nederland bij EACME, het Europese systeem voor de erkenning en registratie van nascholings- en congrespunten. ‘Niet alleen praktisch en prettig voor

specialisten, het biedt ook een belangrijk strategisch voordeel. Doordat we zijn aangesloten zitten we aan tafel, praten en denken we mee over de eisen die aan nascholing en congressen worden gesteld.’

Een voorbeeld van iets dat Nederland al meepratend inhoudelijk heeft bereikt – met name door toedoen van professor dr. Rijk Gans – noemt Cense ‘aandacht voor competenties en toevertrouwde handelingen in opleidingsplannen’. ‘Competentiegericht opleiden gaat erom dat je niet alleen kijkt naar medische kennis en opleidingsduur maar naar wat iemand daadwerkelijk kan en dát dan erkent. Het niveau van functioneren vinden we in Nederland minstens zo belangrijk als medisch-inhoudelijke kennis en hoe lang je in opleiding bent.’

Verschillen tussen landen in de dagelijkse ziekenhuispraktijk hoeven volgens Cense geen probleem te zijn. ‘Dat een bepaalde behandeling in het ene land door orthopeden wordt gedaan en in een ander land door

‘De manier waarop kno-artsen, kaakchirurgen en plastisch chirurgen samenwerken geldt als een voorbeeld in Europa’



Chirurg Huib Cense

is opleider in het Rode Kruis Ziekenhuis in Beverwijk en hoogleraar Health System Innovation in Groningen. Huib vertegenwoordigt Nederland in de Council van de Union Européenne des Médecins Spécialistes en is voorzitter van de raad van toezicht bij Dutch Institute for Clinical Auditing.

‘Een wapenfeit is de aansluiting bij het Europese systeem voor nascholing en congrespunten’

chirurgen, is niet iets waar wij per se van af willen. Door zulke ontdekkingen leer je van elkaar. Zo geldt de manier waarop in Nederland kno-artsen, kaakchirurgen en plastisch chirurgen samenwerken in de hoofd-halsoncologie als voorbeeld in Europa.’

Corona

Tot voor kort hadden de Europese instituties nog als beleid om zich weinig met de zorg te bemoeien. Vooral door corona is dat veranderd, maar ook andere factoren zoals de wachttijden en de concentratie van specialistische behandelingen op één plek zorgen ervoor dat de zorg internationaler wordt. Cense heeft om die reden samen met de Federatie Medisch Specialisten een halfjaarlijks Netwerk Europa ingesteld: voorafgaand aan de Brusselse vergadering is er een bijeenkomst voor alle Nederlandse artsen die bij de internationale instituties en Europese vakverenigingen betrokken zijn. ‘Heel inspirerend om daar te zien hoe actief we namens Nederland zijn. Als je vindt dat wij het in Nederland goed voor elkaar hebben, wil je dat dat zo blijft, en liefst ook dat anderen dat overnemen.’





Een vuist tegen kanker

In 2020 kregen 2,7 miljoen mensen in de Europese Unie een kankerdiagnose. Nog eens 1,3 miljoen mensen, waaronder 2.000 jongeren, overleden dat jaar aan de ziekte. Gelukkig groeit ook het aantal mensen dat kanker overleeft. Europa telt daar nu ruim 12 miljoen van, waaronder ongeveer 300 duizend overlevenden van kinderkanker. Zij hebben geprofiteerd van de vooruitgang op het gebied van vroegtijdige opsporing, behandelingen en ondersteunende zorg. Blijft daadkrachtig ingrijpen nu achterwege, dan zal het aantal kankergevallen tegen 2035 desondanks met 24% toenemen. Kanker wordt dan doodsoorzaak nummer 1 in de EU. Het Europees kankerbestrijdingsplan stelt zich hiertegen teweer en krijgt 4 miljard euro aan financiering, waaronder 1,25 miljard uit het toekomstige EU4Health-programma. Het plan biedt een paraplu aan veel doelstellingen en kerninitiatieven, die zich onder meer richten op:

- een generatie van niet-rokers: met als doel dat tegen 2040 minder dan 5% van de bevolking rookt;
- terugdringing van schadelijk alcoholgebruik, een relatieve vermindering met ten minste 10% tegen 2025, en de verminderde blootstelling van jongeren aan alcoholmarketing;
- vermindering van milieuvuiling door de luchtkwaliteitsnormen van de EU af te stemmen op de richtsnoeren van de Wereldgezondheidsorganisatie;
- vermindering van de blootstelling aan kankerverwekkende stoffen en straling;
- verbetering van de kennis over gezondheid, met het oog op een gezondere levensstijl;
- meer vroegtijdige opsporing van kanker door middel van screening, waarbij gevochten wordt tegen grote verschillen in de EU-landen;
- gelijke toegang tot diagnose en behandeling van kanker (nu variëren de overlevingspercentages na behandeling van borstkanker bijvoorbeeld nog met 20%, na 5 jaar voor darmkanker varieert de overlevingskans van 49% tot 68%);
- betere levenskwaliteit van kankerpatiënten en -overlevenden;
- een EU-platform voor betere toegang tot kankergeneesmiddelen;
- steun voor degenen die zich beroepsmatig met kanker bezighouden, in de vorm van een interspecialistisch opleidingsprogramma;
- passende nazorg, toegang tot sociale bescherming en gelijke toegang tot financiële diensten, zoals verzekeringen.

Europese krachtenbundeling bij orgaantransplantaties

Als er één terrein is waarvan je kunt zeggen 'Big is better', dan is dat wel de wereld van orgaantransplantaties. De stichting Eurotransplant helpt 79 transplantatiecentra, laboratoria en donorziekenhuizen in acht Europese landen om het aanbod van donororganen af te stemmen op de vraag eraan. Alle lidstaten profiteren van democratische besluitvorming; er is een governancestructuur met een general assembly, een raad van bestuur, een raad van toezicht, twee adviesraden en acht adviescommissies.

De lidstaten België, Duitsland, Hongarije, Kroatië, Luxemburg, Nederland, Oostenrijk en Slovenië huisvesten zo'n 137 miljoen mensen. Die enorme massa heeft voordelen: per jaar worden ongeveer 7.000 donororganen verdeeld, waarbij de ontvangers geselecteerd worden uit een centrale wachtlijst van ongeveer 14.000 patiënten (op 1 januari 2022 telde de actieve wachtlijst in Nederland 1.297 patiënten).

De schaalgrootte zorgt voor de perfecte match, bijvoorbeeld tussen de bloedgroep en het weefseltype van ontvanger en patiënt. Met gunstige resultaten en een betere levenskwaliteit van patiënten tot gevolg. De onderlinge solidariteit pakt ook gunstig uit voor speciale groepen, zoals kinderen en patiënten met een zeldzame bloedgroep en een weefseltype dat weinig voorkomt. Nog een voordeel: de krachtenbundeling van wetenschappelijk onderzoek met de ervaring van medisch specialisten in alle lidstaten zorgt voor optimale regelgeving ten behoeve van de allocatie van donororganen. Aan de basis van iedere transplantatie liggen een uitgebreide database, een complex computerprogramma dat zorgt voor de matching en goed getrainde medewerkers. 24 uur per dag, 7 dagen per week regelen zij een snelle toewijzing van de organen aan het transplantatiecentrum van de eerste patiënt op de wachtlijst. Na de acceptatie door de behandelend specialist worden de uitname en het vervoer in gang gezet. Nederland telde 867 transplantaties in 2021.

COLUMN
ELKE STENVERS



‘Ik zie hoe goed we het in Nederland geregeld hebben’

‘Aggressie tegen medisch specialisten en andere hulpverleners, de kwaliteit en minimumeisen van de medische vervolgopleiding of de werkomstandigheden van jonge artsen binnen Europa. Er zijn genoeg onderwerpen waarover we als European Junior Doctors (EJD) met elkaar discussiëren. Zo leren we van elkaar en kunnen we de belangen van jonge specialisten in Europa nog beter behartigen. We stellen regelmatig statements op om collega's in verschillende Europese landen te steunen. Het statement over de veiligheid van medisch personeel in Oekraïne bijvoorbeeld, of die over boetes voor artsen in Noorwegen die bepaalde (chronische) medicatie willen voorschrijven. Samen staan we sterker: de EJD bestaat nu uit 22 verschillende landen en hiermee vertegenwoordigen we meer dan 300.000 jonge artsen binnen Europa.

Het netwerk biedt ook kansen voor a(n)ios in ons land. Binnen de EJD wordt er per specialisme één a(n)ios aangewezen als vertegenwoordiger van alle Europese a(n)ios binnen dit specialisme. Zo kunnen ze een bijdrage leveren aan bijvoorbeeld het Europese opleidingsplan binnen hun eigen specialisme. Met zeven Nederlandse a(n)ios is ons land goed vertegenwoordigd.

Mede door mijn zitting in de EJD zie ik hoe goed we het in Nederland geregeld hebben. We dienen vaak als voorbeeld. Zo kijken andere landen met veel interesse naar ons verdelingssysteem als het gaat om opleidingsplekken. De toegevoegde waarde van deze Europese samenwerking zit hem er voor Nederland in dat het voor ons belangrijk is dat alle Europese landen op hetzelfde hoge niveau komen. En dan is het goed dat we bijvoorbeeld dezelfde opleidingseisen hanteren en veel connecties hebben in Europa. Ik ben daar graag onderdeel van.’

Elke Stenvers is aios orthopedie en bestuurslid van De Jonge Specialist. Ook vertegenwoordigt ze de Nederlandse a(n)ios binnen de European Junior Doctors (EJD), de belangenbehartiger van 300.000 jonge Europese artsen.



WERK Mark's oratie in 2018 over operaties van slokdarm en maag stond in het teken van rugby. Hoe verbeter je de gastro-intestinale zorg? Door je multidisciplinaire team optimaal te laten functioneren, net als bij rugby, hield hij de toehoorders voor. Gastro-intestinale zorg is complex en vaak risicovol. Daarin schuilt de uitdaging. Steeds houden hij en zijn team de zorgpaden tegen het licht: kan het beter, efficiënter? Een operatie duurt vaak acht, negen uur en vereist mentale en fysieke fitheid. Soms heeft chirurg Mark een butts, buil of blauw oog; rugby kun je nu eenmaal niet half doen. Net als opereren.

LANSS

THUIS

THUIS Vlammen in een sport die je 'pas' op je 17e gaat beoefenen? Dat is mogelijk, bewijst gastro-intestinaal chirurg en hoogleraar Mark van Berge Henegouwen. Sinds zijn studententijd rugbyt hij bij de Amsterdamse studenten rugbyvereniging Ascrum en speelde hij 15 jaar in de eredivisie. Het is de ultieme teamsport, vindt Mark, je hebt elkaar echt nodig om te kunnen scoren. Een faire sport ook; respectvol, op het veld en langs de lijn. Hij speelt nog steeds met de eredivisiejongens van toen in de zondagse competitie. Ouwjongens-krentenbrood. Vijftigers inmiddels, maar ze spelen op ervaring gerust nog twintigers van het veld.

BEELD SARAH MUIRHEAD



Innoveer!

(maar bezint eer ge begint)

Innovatie van medische hulpmiddelen levert lang niet altijd een verbetering op, ziet Maroeska Rovers, hoogleraar Medical Technology & Innovation aan het Radboudumc. Ze pleit voor meer samenwerking en grondige evaluatie vanaf de start.

TEKST FRED HERMSEN BEELD MONIQUE WIJBRANDS

Het risico van dure en zinloze zorginnovaties herken je niet zomaar aan de voorkant van innovatieprojecten. Maar doelmatigheids-

onderzoek achteraf spreekt wel boekdelen: 50% van de innovatieprojecten levert hulpmiddelen op die niet

aantoonbaar beter zijn dan het bestaande alternatief. In Europa gaat het daarbij om miljarden euro's verspilling. Onacceptabel in een tijd dat we allemaal streven naar passende zorg. Het goede nieuws is dat deze verspilling vermijdbaar is door er juist aan de voorkant meer energie in te steken, met vragen als: hoeveel mag de innovatie kosten om een bepaalde effectiviteit te genereren en - cruciaal om projecten niet te laten ontsporen of verzanden - hoe organiseren we de evaluatie, zodat we goed en tijdig kunnen bijsturen?

Ik heb het bewust over "we", want zulke vragen beantwoord je met een brede groep stakeholders: zorgverzekeraars, collega-specialisten, bestuurders, de industrie en patiënten. Dat is ongebruikelijk; artsen bedenken doorgaans zelfstandig plannen

voordat ze bestuurlijk en financieel draagvlak organiseren. Markttoegang wordt daarbij als de heilige graal gezien, maar het gaat natuurlijk echt om wat daarna in de praktijk gebeurt met je vondst: sterven in schoonheid of tot leven gekust worden door arts en patiënt. Continue glucosemonitoring door diabetespatiënten is zo'n succesverhaal. Begrijpelijk, want die innovatie kwam tot stand door een intensief samenspel tussen dokters, industrie en patiënten.

Innoverende medisch specialisten doen er dus goed aan al vroegtijdig de kritische blik van buiten te organiseren. En dat gaat verder dan directe stakeholders. Wat te denken van methodologen die kunnen helpen met een stevige wetenschappelijke basis, inclusief monitoring en evaluatie. Het kan ook andersom, artsen die actief participeren in wetenschappelijk onderzoek. Of in initiatieven van commerciële marktpartijen, veruit de grootste leverancier van zorginnovaties. Het levert veel op als medisch specialisten hun kennis en ervaring delen met de originele denkers van startups, die daardoor hun ideeën gedegen en snel kunnen ontwikkelen en toetsen in de praktijk.

Een ander advies betreft de versnippering. Er lopen ontzettend veel initiatieven. Het "not invented here"-syndroom en wellicht de ambitie om de eerste te zijn weerhoudt medisch specialisten ervan hun licht op te steken buiten hun eigen ziekenhuis of regio. Het bestaan van nuttige kennis, ook over mislukte innovaties waarbij soms veel is geleerd van tragische uitkomsten, wordt daardoor genegeerd. Bovendien

'Met onze korte lijntjes en ons unieke zorgstelsel hebben we het in ons om wereldwijd innovatieleider te worden'



Maroeska Rovers

heeft een achtergrond in de biomedische wetenschappen, is hoogleraar Medical Technology & Innovation aan het Radboudumc en sinds 1 september als wetenschappelijk directeur verbonden aan het TechMed Center van de Universiteit van Twente.

ontstaan vaak gelijktijdig innovatieprojecten die op elkaar lijken. Toegegeven, dit is niet zomaar op te lossen. Maar artsen kunnen wel vooraf “horizon scans” uitvoeren, heel simpel door op internet te speuren naar vergelijkbare initiatieven. En wat weerhoudt hen van een belronde langs vakgenoten, op zoek naar de huidige evidence, om te toetsen of hun plannen werkelijk iets nieuws toevoegen? Je kunt ook aan de institutionele hoek denken. Momenteel zijn doelmatigheidsstudies van ZonMw met name gericht op uitkomsten en veel minder op de start van projecten. Onderzoekers geven een stimulerend signaal af aan de medische sector als ze dat wel zouden doen. Je kunt ook denken aan de rol van kennismakelaar op regionaal of ziekenhuisniveau, of bij het Zorginstituut. De Federatie zou zich hard kunnen maken voor de komst van zo'n rol. Maar het komt uiteindelijk op medisch specialisten zelf aan, die bereid moeten zijn hun kennis en ervaringen in heldere rapportages te delen.

Een kenmerkende casus zijn robots in de chirurgie. Mensen denken weleens dat ik tegen robotica ben, het tegendeel is waar. Wel zie ik dat deze zorginnovatie in Nederland niet vlekkeloos is verlopen. Zo had goed initieel denkwerk al gelijk een coherent beeld kunnen opleveren van de uitkomsten die werkelijk belangrijk zijn. Nu lag in het begin de focus vooral op opbrengsten als het lagere bloedverlies door robotchirurgie. Ook denk ik dat te snel is opgeschaald. Al vroeg in dit traject is de techniek bepaald, gepatenteerd en naar tientallen ziekenhuizen uitgerold. Waren de kosten en effecten al aan de start helder tegen elkaar afgezet, met een grondig evaluatie- en bijsturingmechanisme en leermomenten in een paar proeftuinen, dan was er meer flexibiliteit geweest en stonden er nu andere robots in de ziekenhuizen met een langere toekomst voor zich.

Met onze korte lijntjes en ons unieke zorgstelsel hebben we het in ons om wereldwijd innovatieleider te worden. Maar dat vergt dus wel vanaf de vroegste fase van innovatie intensieve samenwerking, evaluatie en bijsturing.'



Klinisch geriater Michiel Voet neemt als betrokken arts de tijd: 'Ik klap altijd een stoeltje uit en ga dan naast het bed van een patiënt zitten.'

Waarom koos je voor de geriatrie? 'Ik was anios in de ouderenpsychiatrie en een klinisch geriater vroeg me of geriatrie iets voor mij zou zijn. In eerste instantie was ik terughoudend. Ik was bang dat één specifieke leeftijdsgroep te beperkt zou zijn. Maar het is heel veelzijdig.'

Waar zit dat 'm in?

'Het generalistisch aspect – patiënten hebben vaak verschillende problemen – in combinatie met de verdieping. Je vraagt zelf scans aan, interpreteert beelden.'

Welk 'type' patiënt maakt jou blij?

'Het fascineert me dat sommige patiënten op een vitale manier oud worden. Als iemand al ver in de negentig is en het tot die tijd gerooid heeft, vind ik dat bijzonder.'

Bij oudere patiënten is samenwerking tussen specialisten extra belangrijk. Hoe is dat?

'Het is een fijn gevoel dat je er niet alleen voor staat als je bijvoorbeeld een ethisch lastig besluit moet nemen. Denk aan de vraag of je nog een ingrijpende behandeling moet starten als je een nieuw probleem ontdekt bij een kwetsbare oudere patiënt.'

Waar liggen de uitdagingen in jouw vakgebied?

'Ik werk in België en hier houdt een maatschappelijk werker zich bezig met de sociale problematiek rondom een patiënt: kan diegene naar huis, is een verpleghuis noodzakelijk? In Nederland ligt dat vraagstuk bij de geriater en mede daardoor is de werkdruk hoger. Ik vind: leg de vraagstukken bij degene die er het best voor is opgeleid, want het zorgt voor efficiënte en kwaliteitsvolle zorg.'

Je wordt vaak geconfronteerd met het eindige leven, hoe is dat?

'Het komt voor dat ik me instel op het

beter maken van een patiënt, maar dat het toch niet lukt – of dat iemand zelf de behandeling wil stoppen. Op die momenten pink ik een traantje weg. Maar zorgen voor een humaan levens-einde is ook kwaliteitsvolle zorg.'

Hoe zouden collega's jou omschrijven?

'Je moet altijd positief beginnen, dus ik denk als empathisch en sympathiek, maar ik ben ook nogal verstrooid. Soms neem ik me voor iets te gaan doen – een longfoto bekijken, een recept voorschrijven – en vergeet ik het. Met name de verpleging moet me geregeld ergens aan herinneren.'

En patiënten?

'Als een betrokken arts die goed luistert en de tijd neemt. Dat laatste komt ook omdat ik tijdens mijn ochtendronde altijd een stoeltje uitklap en bij een patiënt aan bed ga zitten. Het duurt net zo lang als wanneer ik zou blijven staan, maar patiënten waarderen het enorm.'

Wanneer was er iemand boos op jou?

'Soms hoor ik van de verpleging dat de familie boos is. In de geriatrie heb je meer dan gemiddeld te maken met familieleden, bijvoorbeeld wanneer een patiënt zelf niet meer in staat is een gesprek te voeren. Ik ga dan in gesprek en meestal valt die boosheid reuze mee. Ze zitten alleen met vragen of begrijpen sommige zaken niet. Na wat uitleg is het al snel weer goed.'

Als je één ding kon veranderen aan de geriatrie, wat zou dat zijn?

'Huisartsen zouden meer ondersteuning van de klinisch geriater kunnen gebruiken. Zij hebben weinig tijd om uitgebreid lichamelijk onderzoek te doen of kritisch naar de medicatie van een patiënt te kijken, maar een ziekenhuisverwijzing is ook niet altijd nodig. Er is dus nog wel een rol weggelegd voor de anderhalvelijnszorg – denk aan een geriater in een medisch-diagnostisch centrum.'



Michiel Voet

- GEBOREN op 15 februari 1990 in Terneuzen
- STUDEERDE geneeskunde in Nijmegen van 2008 tot 2015. Volgde de opleiding tot geriater van 2016 tot 2021 in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven.
- WERKT in Ziekenhuis Oost Limburg (ZOL) in Maaseik (België)
- VERWACHT in januari met zijn vrouw zijn eerste kind
- HOBBY'S muziek, slagwerk
- KIJKT GRAAG naar fantasy series, waaronder Game of Thrones

EEN LEVEN LANG LEREN

Hoe kun je optimaal functioneren, presteren en 'een leven lang blijven leren'? Je vindt bij De Academie voor medisch specialisten kwalitatief hoogstaande opleidingen en trainingen voor medisch specialisten op het gebied van bestuur en management, leiderschap en vaardigheden, en intercollegiale coaching. Het aanbod van De Academie is actueel, toegespitst op de medische praktijk en ABAN-geaccrediteerd.

Bestuur en management



Behoeftte aan basis-kennis over bestuur en management van een zorgorganisatie? De Academie biedt diverse basistrain-

ningen, bijvoorbeeld op het gebied van management en beleid of een inleiding in de ziekenhuisfinanciën.

Heb je de wens om diepgaander inzicht te krijgen? Bij De Academie vind je verdiepende leergangen op het gebied van bestuur en management. En opleidingen speciaal voor medisch managers en (staf-, MSB- en VMSSD-) bestuurders.

Leiderschap en vaardigheden



Ook op het gebied van leiderschap, persoonlijke ontwikkeling en het versterken van relevante, concre-

te vaardigheden bieden wij diverse trainingen. Denk daarbij bijvoorbeeld aan de training krachtig persoonlijk leiderschap of aan de praktische vaardigheidstrainingen op het gebied van effectief communiceren en onderhandelen.

Intercollegiale coaching



Een coachende omgeving draagt bij aan een betere kwaliteit. Intercollegiale coaching is een vorm van

werkgerelateerd leren op basis van gesprekken met een gelijkwaardige collega. Wanneer je je wilt bekwalmen in het coachen van collega's, kun je bij De Academie terecht voor vier opeenvolgende levels medisch coach-trainingen.

COLOFON

Jaargang 8, september 2022

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialististen en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 28 duizend exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en aan artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Sjef van der Lans: hoofdredactie, Mirjam Siregar, Vanessa Cruz: eindredactie, Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek): concept en redactiecoördinatie.

M.m.v. Magriet Bakker, Hanneke Bos, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialististen)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lanckeren (radio- loog), Nicole Naus (oogarts), Tessa Noijons (bestuurslid De Jonge Specialist), Shahrzad Sepehrkhoy (patholoog), Joost van der Sijp (chirurg-oncoloog), Margot Wagendorp (psychiater)

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving)

Fotografie cover: Tryntsje Nauta

Lithografie: Studio Boon

Druk: Puntgaaf drukwerk

Redactieadres:

Federatie Medisch Specialististen, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht, 088 505 34 34
communicatie@demedischspecialist.nl

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een adreswijziging kunt u sturen aan het secretariaat van uw wetenschappelijke vereniging.

Via www.demedischspecialist.nl/magazine kunt u alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).
© Medisch Specialist 2022.
ISSN 2451-9952
e-ISSN 2666-9234

Via de wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten bij de Federatie Medisch Specialististen.

Wij staan voor 23 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 32 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

Want er gebeurt ontzettend veel in de zorg. De uitdagingen zijn groot. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen tekort.

Veel partijen beïnvloeden het werk van de medisch specialist: verzekeraars, politiek, managers, farmaceuten, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialististen. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 17 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor u doen:

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk. De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijk voortvloeien uit het lezen van deze uitgave. De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de Federatie. De redactie behoudt zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via communicatie@demedischspecialist.nl.

Is het handig om goodwill in delen te laten uitbetalen?

Internist Vincent treedt uit het Medisch Specialistisch Bedrijf. De toetreders wil een vast bedrag aan goodwill afspreken en verspreid over een aantal jaren betalen. Voor Vincent ongunstig: hij krijgt het bedrag niet in één keer uitbetaald maar moet in het eerste jaar wél over de volledige goodwill-omslag belasting betalen. Onze jurist vertelt dat hij een uitverdienregeling kan voorstellen. Het bedrag is dan afhankelijk van het jaarlijkse resultaat van de toetreders en op basis daarvan betaalt Vincent belasting. Vincent gaat met dit voorstel het gesprek aan.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Federatie
Medisch
Specialisten

Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialististen en de Landelijke Vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.





& nu
verder

De operatiekamer als goudmijn

Ziekenhuizen worden steeds meer grondstoffenleverancier voor hun eigen producten. Zo zijn wetenschappers van TU Delft en Maastricht Ziekenhuis in Rotterdam er als eersten ter wereld in geslaagd om van ziekenhuisafval een nieuw medisch product te maken. Een instrumentenopener (in maart 2022 officieel geregistreerd volgens CE MDR) die scharnierende instrumenten tijdens het reinigen en desinfecteren op de Centrale Sterilisatie Afdeling in een open positie houdt. Dit zorgt voor een betere reiniging van het instrument.

De opener is gemaakt van polypropyleen inpakpapier dat ziekenhuizen gebruiken om medische instrumenten in te pakken en te steriliseren. Bart van Straten van TU Delft die met collega Tim Horeman het instrument ontwikkelde:

‘Van dit papier belandt 1,3 miljoen kilo per jaar bij het afval, maar door het inpakpapier om te smelten kun je er medische producten van maken. En dat loont, want uit studies blijkt dat de basismaterialen in de operatiekamer van hoge kwaliteit zijn. Waarom zou je dan nog grondstoffen uit verre landen halen, die steeds duurder en schaarser worden? En er zijn meer toepassingen. Denk aan labels voor instrumentennetten en beschermhoesjes voor scherpe instrumenten of handvatten van instrumenten. Zo groeit de operatiekamer volgens Van Straten uit tot een goudmijn van grondstoffen. Ook het buitenland toont interesse, want onlangs bestelde een ziekenhuis uit Denemarken drieduizend instrumentenopeners.