

Hoogleraar Psychosomatiek  
Judith Rosmalen over ALK  
**'Ik denk dat we veel  
eerlijker moeten zijn'**

Dossier Patiëntveiligheid  
**'In tien jaar is het  
echt een vakgebied  
geworden'**

De lessen van én voor  
opleider Marc Hermans  
**'Ik neem soms even  
afstand van mijn werk'**

# Medisch Specialist

september  
2023

Psychiater Audrey van Schaik  
combineert het dokteren met besturen:

**'Het is mooi om in  
deze complexe tijd  
bestuurder te zijn'**



Federatie  
Medisch  
Specialisten

## COLUMN

# DE BOUWERS VAN ONZE ZORG

---

**O**nlangs las ik in Het Financieele Dagblad een interessant artikel over de hervorming van de zorg in Denemarken. Zij hebben 'al' vijftien jaar geleden hervormd en gespecialiseerde ziekenhuizen ingericht. De krant maakt in één zin een snelle vergelijking met Nederland en daarin komen we er niet best af, want: 'hier discussiëren we al tijden over de concentratie van ziekenhuiszorg'. De ondertoon is dat we op dit punt ver achterlopen. Maar dat is niet terecht. Want wie goed kijkt, weet beter.

Die concentratie en specialisatie hebben we hier voor een belangrijk deel namelijk allang voor elkaar, al is zoiets nooit helemaal af. Kijk naar gespecialiseerde kankercentra het Antoni van Leeuwenhoek en het Prinses Máxima Centrum, maar ook vergaande concentraties in bijvoorbeeld de gynaecologische en urologische oncologie, al vallen die minder op. En als het om de omvang van onze ziekenhuizen gaat, (het Deens streefgetal bij de hervormingen is 200.000-500.000 adherente inwoners) dan zijn die allang op 'Deens' niveau. Ziekenhuizen als het OLVG, Jeroen Bosch Ziekenhuis, Rijnstate of Isala hebben 400.000-500.000 adherente inwoners en onze 'kleine' ziekenhuizen zitten rond de 200.000. Precies zoals in Denemarken! Daarbij, in vergelijking met andere landen in Europa liggen het aantal bedden en de gemiddelde verblijfsduur in Nederland onder het Europese gemiddelde, sterven er in ons land minder mensen door vermijdbare of behandelbare oorzaken, geven we net als Zweden het kleinste percentage van de totale zorgkosten uit aan ziekenhuiszorg, en leveren we hier meer zorg buiten het ziekenhuis dan andere landen.

We staan er dus eigenlijk heel goed voor. Als je de kranten openslaat dan lijkt dat beeld soms anders; 'het moet beter, dokters werken onvoldoende mee aan nieuwe ontwikkelingen, zijn behoudend, wen maar aan minder zorg.' Nu loop ik als bestuurder al langer mee en ik zie voortdurend dat we innoveren, verbeteren, kritisch naar onszelf kijken: we verschuiven onze aandacht van ziekte naar gezondheid, preventie en leefstijl zijn belangrijker geworden in de spreekkamer, we werken steeds vaker samen met collega's buiten het ziekenhuis, werken groener en meer digitaal. Al die ontwikkelkracht zit in de zorg zelf; de professionals. Wel jammer dat dat niet wordt benoemd. Want het is stimulerend om uit te gaan van een goed zelfbeeld en je eigen kracht, weten we. En het werkt demotiverend als je voortdurend geconfronteerd wordt met geluiden over donkere wolken boven de zorg. Dus uitgaan van vertrouwen is niet alleen terecht, maar werkt ook beter! Dat neemt niet weg, dat er ook zorgen zijn onder dokters over de gezondheidszorg, vooral over de omstandigheden waarin we nu werken om het beste voor de patiënt te doen. Als je je team niet rond krijgt of regelmatig opnamestops hebt door tekort aan personeel. Of misgrijpt bij een geneesmiddel of medisch hulpmiddel door oplopende tekorten. Of nog steeds te maken hebt met slechte beschikbaarheid van patiëntgegevens bij doorverwijzingen. In dat licht moeten we de boodschappen zien van honderden medisch specialisten aan de politiek waar we uitgebreid bij stilstaan in dit magazine. Als de bouwers van de zorg zeggen dat er vraagstukken zijn waardoor ze hun werk niet goed kunnen doen, luister daar dan naar en doe er wat aan. Dan behoud je de ontwikkelkracht die in alle zorgprofessionals zit als fundament van de huidige én toekomstige goede zorg in Nederland.



**Piet-Hein Buiting**  
Voorzitter Federatie Medisch Specialististen



15

Resultaten enquête  
Wat is jouw boodschap aan de politiek?

## ‘Het personeels- tekort is het grootste probleem’

Dossier over patiëntveiligheid

## ‘Improviseren hoort geen business as usual te zijn’

19



26

Klinisch chemicus Yvonne Henskens  
heeft ook thuis een laboratorium

## ‘Koken is verbinden’

### EN VERDER

**4** **Nachtuielen**  
Gynaecoloog Rob Mooij  
uit het Beatrixziekenhuis

**6** **Interview Judith  
Rosmalen**  
Hoe om te gaan met  
Aanhoudende Lichamelijke  
Klachten (ALK)?

**10** **Drie medisch  
specialisten**  
vertellen hoe zij hun  
vak met besturen  
combineren

**14** **De Opleider**  
Internist-nefro-  
loog Marc Hermans

**19** **Dossier  
Patiëntveiligheid**  
Wat zijn de lessons  
learned van het afgelopen  
decennium?

**25** **Nieuws van  
de Federatie**  
Dit kwartaal opgeleverd

**28** **Aan de start**  
Vooral de vari-  
atie spreekt oogarts  
Steffi Rombouts aan

**32** **& nu verder**  
Een kunst-  
alvleesklier op  
broekzakformaat



### OP DE COVER

Psychiater Audrey  
van Schaik combi-  
neert het dokteren  
met besturen

Pagina 13

# NACHTUILEN



Gynaecoloog Rob Mooij is bepaald geen nachtuil, maar een nachtdienst draaien hoort er nu eenmaal bij. Hij woont vlakbij Gorinchem en doet meestal vanuit zijn huis dienst, want binnen tien minuten staat hij op de verlosafdeling in het Beatrixziekenhuis. Soms reserveert hij een piketkamer. Als het niet druk is, werkt hij aan het bureau naast het bed zijn administratie bij. Ondanks de nadelen – zo'n dienst hakt er soms toch wel in – heeft nachtelijk werken ook z'n charme. De donkerte, de stilte, de rust. De tijd die je dan wél hebt voor een gesprekje met collega's, zoals met verloskundige Anke, een echt avondmens die graag nachtdiensten draait. Maar het fijnst aan werken in de nacht: de patiënten. Ook al zijn ze aan het bevallen, 's nachts zijn ze vriendelijker en milder. 'Sorry dokter, dat ze u wakker moesten maken.'





HOGLERAAR PSYCHOSOMATIEK EN  
ALK-SPECIALIST **JUDITH ROSMALEN** PLEIT VOOR EEN  
ANDERE OMGANG MET AANHOUDENDE KLACHTEN

---



# ‘Ik denk dat we veel eerlijker moeten zijn’

Medisch specialisten willen patiënten behandelen en genezen, maar dat lukt niet altijd bij mensen met Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK). ‘Soms diagnosticeer je namelijk niets, soms heb je geen behandeling te bieden en soms houden mensen last van klachten na een adequate behandeling’, zegt ALK-specialist Judith Rosmalen. Toch kunnen artsen deze patiënten wel helpen.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MARIEKE KIIK IN DE VEGTE

**J**udith Rosmalen is hoogleraar Psychosomatiek aan het UMCG, gespecialiseerd in Aanhoudende Lichamelijke Klachten (ALK) en voorzitter van NALK (Netwerk Aanhoudende Lichamelijke Klachten). Als Rosmalen vroeger tijdens een lezing artsen verzocht om hun eerste associatie met SOLK – Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten – in te tikken op hun mobiel, verschenen in de digitale woordwolk termen als ‘moeilijk’ en ‘complex’, maar ook ‘zeur’, ‘vermoeiend’ en ‘klagen’. ‘Dergelijke associaties leven niet alleen bij zorgprofessionals, maar ook bij andere mensen.’ ALK is de opvolger van SOLK. Rosmalen zet zich met hart en ziel in om die stigmatisering van mensen met ALK te voorkomen.

#### **Kunt u uitleggen waarin ALK en SOLK verschillen?**

‘ALK is een wezenlijk ander concept dan SOLK. ALK houdt in dat we bij alle mensen met aanhoudende lichamelijke klachten ‘biopsychosociaal’ moeten kijken, of we de oorzaak van die klachten nu kunnen verklaren of niet. Het gaat bij ALK dus om de geïntegreerde blik. Want alle aanhoudende klachten hebben een psychische en een somatische kant, en hebben invloed op je sociale leven, op hoe en of je je werk kunt doen, en op je stemming. Dat moet je allemaal meenemen.’

#### **En dat gebeurt in uw optiek te weinig?**

‘Inderdaad. En hoewel het inmiddels heel ouderwets is om te denken: “Als we geen somatische oorzaken kunnen vinden, dan zal het wel psychisch zijn”, komt dat nog steeds voor. Bij elke lichamelijke klacht bepaalt de beleving hoeveel last je ervan hebt; bij geen enkele bekende chronische ziekte bestaat er een lineair verband tussen objectief meetbare afwijkingen en het aantal klachten van mensen. Artsen moeten dus beseffen dat ALK een spectrum is. Sommige mensen binnen dit spectrum lijken gevoeliger om klachten te ontwikkelen dan andere. Mogelijk door hun genetische

aanleg en eerdere medische problemen, maar ook jeugdervaringen en de manier waarop je hebt geleerd om te gaan met pijn kunnen een rol spelen.’

#### **Dat klinkt ingewikkeld voor artsen met één specialisme.**

‘Patiënten met ALK zijn bij artsen dan ook doorgaans niet populair. Ze hebben geleerd de klachten weg te nemen door een diagnose te stellen en een behandeling te geven. Maar zo werkt het in de praktijk heel vaak niet. Soms diagnosticeer je namelijk niets, soms heb je geen behandeling te bieden en soms houden mensen last van klachten na een adequate behandeling.’

#### **Zijn medisch specialisten in hun opleiding niet goed voorbereid op patiënten met ALK?**

‘Toen ik hoogleraar werd, werd gevraagd naar mijn ideeën over onderwijs. Ik zei dat er een doorlopende leerlijn moest komen, waarbij studenten elk jaar bij elk vakgebied iets over symptomen zouden leren. We kijken nu alleen naar symptomen als symptomen *van iets anders*, maar je moet ook symptomen als verschijnsel op zichzelf bestuderen. Ik kreeg als reactie: “Tja, iedereen wil wel meer aandacht voor zijn eigen vakgebied”. Precies door die houding leren geneeskundestudenten nu van alles over zeldzame genetische aandoeningen die ze vrijwel nooit in hun klinische praktijk zullen tegenkomen. Terwijl ze wél elke dag opnieuw mensen met lichamelijke klachten zullen spreken. Over de omgang met die klachten hebben ze nauwelijks onderwijs gekregen.’

#### **Maar als je deze mensen op je poli krijgt, wil je toch vooral kunnen helpen?**

‘Niemand wordt medisch specialist uit een voorliefde voor aanhoudende klachten. Maar in de praktijk maken mensen met – vaak langdurige – klachten wel een belangrijk deel uit van je patiëntengroep. Mijn advies? Neem een positieve houding tegenover hen aan, toon oprechte interesse. Luister goed, doe adequate diagnostiek. Neem iemand met klachten serieus en geef net zo veel uitleg als je aan elke andere patiënt zou geven.’  
‘Als mensen ernstige klachten blijven houden en de arts heeft voor zijn of haar gevoel steeds niets te bieden – ik heb het nu niet over mensen met chronische ziekten waarvan de oorzaken wél bekend zijn – dan voelen arts en patiënt zich machteloos. Ze hebben beiden een geloofwaardigheidsprobleem: de patiënt houdt ernstige klachten zonder afwijkingen en de arts is niet geloofwaardig omdat die voor deze klachten geen ernstige afwijkingen kan vinden. Allebei worstelen ze met die spanning.’

‘ALK houdt in dat we  
bij alle mensen met  
aanhoudende lichamelijke  
klachten “biopsychosociaal”  
moeten kijken’



### **Is daarvoor een oplossing?**

'Ik denk dat we veel eerlijker moeten zijn. Op een bepaald moment weet je niet waardoor er klachten zijn, of waardoor klachten bij mensen met chronische ziekten voortduren terwijl er wél iets is gevonden en behandeld. Je zou dan kunnen zeggen: "We weten helaas de oorzaak van de klacht niet, maar dat weten we van heel veel klachten niet. Neem hoge bloeddruk. Daarvan weten we de oorzaak ook vaak niet, terwijl mensen er wel medicatie voor nemen en hun leefstijl aanpassen. We kunnen samen bekijken hoe we de last van uw klachten kunnen verminderen".'

### **Ik kan me voorstellen dat medisch specialisten iets heel anders doen: de patiënt doorsturen naar een collega.**

'Je kunt een heel concrete verdenking hebben. Bijvoorbeeld de internist die vermoedt dat iemand een neurologische stoornis heeft of denkt dat een reumatoloog kan helpen. Dan is doorverwijzen een logische stap. Het gevaar hiervan is wel dat de neuroloog vervolgens denkt: "Nee, dat is het ook niet, misschien weet de allergoloog raad". En zo begint het grote doorschuiven. In het algemeen zou de coördinatie daarom bij de huisarts moeten liggen.'

'Huisartsen kennen hun patiënten namelijk meestal goed. Zij zijn de aangewezen persoon om een heel duidelijke verwijfsbrief naar de specialist te sturen. In die brief moet een heldere vraag staan, zodat de specialist weet of alles uit de kast moet worden getrokken, of niet. De specialist moet dan wel goed terug rapporteren aan de huisarts, en daarbij ook vertellen hoe de klacht aan de patiënt is uitgelegd. Dan blijft het verhaal consistent en raakt de patiënt niet verstrikt in de terminologie en diagnoses van verschillende specialismen.'

### **U legt de oplossing nu bij de huisarts. Kunnen medisch specialisten niet méér doen?**

'Ik zou zeggen: die kunnen ook veel doen. En daarbij draait het om samenwerking. In de regio Deventer hebben we een regionaal netwerk opgericht dat bestaat uit medisch specialisten van het Deventer Ziekenhuis, de huisartsencoöperatie, fysiotherapeuten, psychologen, ergotherapeuten, diëtisten, en een topggz-centrum voor mensen met ALK die ook psychische zorg nodig hebben. In dat netwerk streven we ernaar dat iedereen dezelfde taal spreekt, dezelfde concepten en uitgangspunten hanteert. We gaan uit van een duidelijke rol- en taakverdeling, en bieden helderheid over waar je voor wat terecht kunt. En we houden pitches waarin mensen van elkaar leren. Dat netwerk vind ik best practice. We

## **'Niemand wordt medisch specialist uit een voorliefde voor aanhoudende klachten'**

doen onderzoek om dit netwerk te verbeteren en maken een toolbox die we op de NALK-website plaatsen na afronding van het project, eind 2024. Ook andere regio's kunnen er dan de vruchten van plukken.'

### **Is niet ook binnen het ziekenhuis meer afstemming nodig?**


'Interne geneeskunde, neurologie en gynaecologie hebben het vaakst te maken met mensen met ALK. In het UMCG hebben wij weleens – als we op basis van de verwijfsbrief vermoedden dat het belangrijk was om breed te kijken – mensen met ALK een gecombineerd consult aangeboden: met een internist of neuroloog en een psychiater. Dat is vaak heel zinvol. En de patiënt wordt goed in kaart gebracht én de specialisten leren van elkaar. De financiering is hierbij wel heel moeilijk, want voor zo'n combiconsult krijg je niet dubbel geld.'

### **Ten slotte: u doet ook onderzoek naar long-COVID, een specifieke vorm van ALK.**

'Wat long-COVID heeft opgeleverd, is dat ook mensen van wie medisch specialisten het niet verwachtten long-COVID kregen. Hun eigen collega's zelfs. Het is hoopgevend dat daardoor het beeld van ALK kantelt.'

'We nodigen nog steeds mensen met long-COVID op onze poli's uit. Daar krijgen ze een kantelafeltest, een inspanningstest en bloedafname. Er zijn weliswaar verschillende verklaringsmodellen in de literatuur, maar hét antwoord is nog niet gevonden. Tot die tijd kunnen we niets anders doen dan mensen helpen om te gaan met hun klachten. Daarbij leren we trouwens van mensen met andere ALK, zoals chronische pijn. Ons uitgangspunt is: als je er beter mee kunt omgaan, heb je er waarschijnlijk ook minder last van. En dan zijn de omstandigheden voor natuurlijk herstel beter.'

**Meer weten? Ga naar [nalk.info](http://nalk.info). Hier vind je ook meer informatie over het zesde landelijke congres dat het netwerk organiseert op 29 september.**

A woman with shoulder-length brown hair, wearing a bright blue short-sleeved dress, is standing in a room. She is holding a red and black thermos in her right hand and a tan leather bag in her left hand. She is looking down at the bag with a slight smile. In the background, there is a red leather sofa and a vase of flowers, including red and white flowers and some dried greenery. The lighting is soft and focused on the woman.

# Genezen en besturen, gouden combinatie?

Sommige medisch specialisten hebben de energie en passie om hun bevoegdheid over twee disciplines te verdelen: dokteren en bestuurswerk. Wat vergt het van hen en wat levert het op? Drie collega's vertellen hoe zij van de som der delen 3 maken.




**Desirée Creemers,  
voorzitter raad van bestuur  
Deventer Ziekenhuis  
en kinderarts/nefroloog**

## ‘Als bestuurder moet ik meer op mijn handen zitten’

**T**ijdens mijn studie geneeskunde wilde ik maatschappelijke verdieping en verbreding. Daarom studeerde ik daarnaast bestuurs- en organisatiewetenschappen. Ik combineerde het ook: tijdens mijn opleiding als kinderarts in het Rijnstate zat ik in het hoger management. In 2013 werd ik als medisch directeur toegevoegd aan het bestuurlijk platform, waarin ook de raad van bestuur en een financieel directeur waren opgenomen. Sinds 2020 ben ik in het Deventer Ziekenhuis voorzitter van de raad van bestuur. Eén dag in de week werk ik als kinderarts op de polikliniek. Daar werk ik op microniveau, gericht op het kind, de ouders, de omgeving, meer op detail. Ik analyseer, overweeg, besluit en zorg dat het snel beter gaat met mijn patiënt.

Als bestuurder is het voortraject van besluitvorming veel langer, moet ik wikken en wegen. In deze andere rol zit ik meer op mijn handen en luister naar tegenkrachten, andere meningen, argumenten en perspectieven. Tegelijkertijd moet het besluitvormingsproces niet een te lange doorlooptijd krijgen, zodat je als ziekenhuis wendbaar blijft. Besturen is overstijgend denken; intern en in verbinding met externe partijen waarmee we samenwerken. Het is de maatschappelijke opdracht om hoogkwalitatieve en betaalbare zorg te leveren door gedeeld leiderschap, bijvoorbeeld met de andere regionale zorgaanbieders in Salland United. Dat strategische nadenken en vormgeven - met een ethisch kompas en compassie - vind ik ontzettend leuk. En dokter zijn vind ik ook een prachtig vak. Ik weet wat zorgprofessionals belangrijk vinden en mijn kennis van de ziekenhuiscultuur gebruik ik aan de bestuurstafel. Besturen is voor mij vooral learning on the job. Regeren is vooruitzien, ja, maar de handvatten daarvoor krijg ik door te dóen. Daarbij vind ik zelfreflectie belangrijk, even stilstaan om te zien of alles klopt. Als strateeg en verbinder is het keihard werken om zaken geïmplementeerd te krijgen. Daarnaast ben ik het boegbeeld dat af en toe ook ‘lintjes doorknipt’. Het kost me veel vrije tijd. Gelukkig heb ik een uitstekende medebestuurder en kan ik hoofd- en bijzaken goed onderscheiden. Ook de jongere collega’s met bestuursambitie en al wat jaren werkervaring kan ik het vak aanbevelen. Als bestuurder ga je er qua inkomen niet op vooruit, eerder wat op achteruit, maar daarvoor krijg je rijke kennis, ervaring en een brede visie terug.





**Martin Schali,  
cardioloog en bestuurder  
bij LUMC**

## ‘Feedback die ik op de poli als arts krijg, gebruik ik als bestuurder’

‘**A**ls bestuurder met onder meer patiënten-zorg en -veiligheid in mijn portefeuille houd ik graag voeling met de werkvloer. Ik wil mijn rol niet al te gewichtig maken. Daarom werk ik op de poli en doe ik nog steeds interventies. Goede zorg leveren is de kern van mijn bestaan. Het is mooi om vanuit mijn dubbele perspectief als arts en bestuurder te zien hoe dynamisch de organisatie is. Ik ben vanaf de basis tot en met de raad betrokken. Het helpt me te ontdekken waar het knelt en tegelijkertijd het grotere plaatje te bekijken. Toen ik hier twee jaar geleden als bestuurder kwam, vond de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd nog dat we onze patiëntenzorg niet goed hadden georganiseerd: die was te verdeeld. We hebben er hard aan gewerkt. De patiëntenzorg is nu één geheel en beter van kwaliteit. Als ik de poli doe, hoor ik van patiënten hoe ze zijn behandeld. Die feedback gebruik ik weer als bestuurder. Ik kan me daardoor beter inzetten voor veilige en innovatieve zorg, voor de goede voorwaarden en opleidingen die daarbij horen. Soms ben ik wel geneigd om meteen wat te doen; ik pak graag door. Dat is misschien kenmerkend voor medisch specialisten. Maar als bestuurder kan ik natuurlijk niet overal zomaar doorheen fietsen.

Steeds meer medisch specialisten pakken een rol als bestuurder. Dat is niet altijd zo geweest. Ik vind dat goede dokters daadwerkelijk goede bestuurders kunnen zijn. Ik zou wel graag meer jongere kandidaten zien. Het idee dat je voor deze rol veel vlieguren gemaakt moet hebben, vind ik achterhaald. We kunnen de spirit en nieuwe ideeën van jongeren goed gebruiken. De inrichting van onze toekomstige zorg is immers een belangrijke en brede maatschappelijke verantwoordelijkheid. Om deze transitie goed te laten verlopen, zijn medisch specialisten in een raad van bestuur cruciaal, ook de jongere. De medisch specialisten en verpleegkundigen in huis die interesse tonen in de bestuurlijke kant moeten we dus stimuleren, ook in het licht van hun zelfontplooiing en talentontwikkeling.’

**Audrey van Schaik,  
bestuurder en psychiater  
bij GGZ Rivierduinen**

## ‘Soms geef ik mezelf dan maar een schouderklopje’

‘H et is mooi om in deze complexe tijd bestuurder te zijn, omdat het zo nadrukkelijk over samenwerken gaat, over kijken naar gemeenschappelijke belangen. Je kunt niet meer alleen maar met je eigen toke bezig zijn. Die verantwoordelijkheid dragen, daaruit haal ik mijn lol. Ik vind dat veel spannender en uitdagender dan *old school* besturen, waarbij je alleen naar je eigen organisatiebelang kijkt. Dat maakt dat je in de besluitvorming steeds verschillende en bredere perspectieven meeweegt. Niet alleen meer in het belang van mijn patiënten en de organisatie, maar vooral in het belang van de regio, de zorgcontinuïteit en de toekomst. En, hoe helpen en versterken we elkaar? Het Integraal Zorgakkoord (IZA) zie ik vooral als een middel om organisaties tot meer samenwerking te prikkelen. Of het akkoord nu in gevaar komt na de val van het kabinet is natuurlijk de vraag. Maar we zouden het feitelijk niet eens nodig moeten hebben. In mijn vorige rol als bestuursvoorzitter bij een ouderenzorgorganisatie was die samenwerking tussen partijen goed geregeld. De zorgbestuurders van de ouderenzorg, huisartsen en ziekenhuis handelden en dachten allemaal vanuit hetzelfde nieuwe idee van onderlinge samenwerking. Hierdoor kregen we enorm veel voor elkaar. In mijn nieuwe werkregio en bij GGZ Rivierduinen kunnen we daarin nog een slag maken. Ik zie lastige situaties voorkomen die om een bestuurlijk antwoord vragen. Kun je als ggz, huisarts en bijvoorbeeld ouderenzorg zo samenwerken dat de huidige knelpunten worden opgelost? Opnieuw zoek ik daarbij naar partijen die vooral verder willen kijken dan hun eigenbelang, die ik kan prikkelen tot collectieve aspiraties.

Als bestuurder komt mijn praktijkervaring als psychiater goed van pas: meer dan de gemiddelde medisch specialist zijn psychiaters gericht op de buitenwereld en de sociale context van de patiënt. Wat helpt is dat ik ook enthousiast, helder en direct ben, me graag met zaken bemoei en van verandering houd. Je loopt bij mij niet snel het risico op een wollig bestuurlijk verhaal. Bovendien zijn enig idealisme en maatschappelijke bevlogenheid me niet vreemd. Die moet je ook hebben, want bestuurder worden is verre van populair. Je verdient minder dan de gemiddelde medisch specialist en de waardering ervoor is gering. Waar je als dokter veel bevestiging en waardering krijgt, geef ik me als bestuurder soms zelf dan maar een schouderklopje.’



DE OPLEIDER  
MARC  
HERMANS

# ‘Ik neem soms even afstand van mijn werk’

## WAT GEEF JE MEE?

‘Allereerst dat je een patiënt niet beter maakt met labonderzoek of een ct-scan: goed luisteren naar het verhaal in de specifieke context en een goed lichamelijk onderzoek vormen de basis van ieder fatsoenlijk onderzoek en het uitgangspunt voor een diagnose. Het is leerzaam om met anderen mee te kunnen kijken. Dat versterkt je observerend vermogen: hoe reageren patiënten op het handelen van de arts? Hoe reageren zij op de stijl van communiceren? Wat wekt het vertrouwen? Vraag je af welke dokter jij aan je bed zou willen hebben en waarom.

We kunnen niet iedereen beter maken. Als het niet lukt, staan we voor de opdracht mensen op een juiste manier te begeleiden. Nog steeds word ik gegrepen door deze uitspraak - toegeschreven aan Ambroise Paré (1510-1590): “Geneeskunde is soms genezen, vaak verzachten en altijd troosten.” Je hebt dus altijd iets waardevols te bieden, al is het maar begrip.’



Internist-nefroloog **Marc Hermans** (1972) is sinds 2016 opleider interne geneeskunde bij VieCuri Medisch Centrum in Noord-Limburg. Als telg van een onderwijzersfamilie kreeg hij het opleiden met de paplepel ingegoten.

## WAT KRIJG JE TERUG?

‘Vakinhoudelijk kan ik onmogelijk alles weten als opleider, inzichten wijzigen bovendien. Het motiveert mij enorm als arts-assistenten zelf ergens hun tanden in hebben gezet en mij nieuwe informatie voorschotelen. Deze onderlinge wisselwerking tussen arts-assistent en opleider is nu trouwens véél groter dan tijdens mijn eigen opleiding. Wat ik ook van hen heb geleerd is om soms even afstand te nemen van mijn werk. De intensiteit en veelomvattendheid van ons werk is beter vol te houden als je zaken even parkeert en er rustig op terugkijkt. Ik zie dat de jonge collega’s hun balans vinden in uiteenlopende dingen zoals mindfulness, sporten of in muziek en sociale bezigheden. Zelf kan ik goed ontspannen in mijn tuin tussen het hoogstamfruit. Ik zie ook meer het belang van flexibiliteit om werk en privé te combineren. Te denken valt aan mogelijkheden om te schuiven met tijden op de poli. Mede dankzij het epd kunnen collega’s dan wat vaker bij hun kinderen zijn of een dag thuis werken. Dat zijn echt zaken waar we in mijn ogen naartoe moeten op termijn. Zelf ervaar ik dat ik prima thuis mijn administratie kan doen of werken aan mijn opleidingsplannen, alhoewel dat toch nog meestal in de avonduren gebeurt.’



# Verkiezingsagenda medisch specialisten 2023

Op 22 november vinden de Tweede Kamerverkiezingen plaats. De Federatie Medisch Specialisten heeft op basis van de resultaten van een enquête onder medisch specialisten een Verkiezingsagenda opgesteld en aangeboden aan alle politieke partijen. Namens 23.000 medisch specialisten vragen we om de volgende zeven punten bovenaan de politieke agenda te plaatsen:

## 1 **Het tekort aan personeel is het grootste probleem voor de zorg**

Behoud de verpleegkundigen, artsen en alle andere zorgverleners, zowel in de eerste en tweede lijn als in de ggz, voor het vak. Halveer daadwerkelijk de administratielast en zorg voor meer tijd voor de patiënt. Zorg voor adequate financiering van samenwerking tussen de eerste en de tweede lijn. Stimuleer en faciliteer innovaties zoals e-health en AI. Investeer in al die bevlogen vakmensen en hun werkplezier.

## 2 **Voorkom tekorten aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen**

De tekorten aan medicijnen en medische hulpmiddelen zijn een bedreiging van de patiëntveiligheid en staan het leveren van passende zorg in de weg. De overheid moet hier nu maatregelen op nemen om dit groeiende probleem structureel op te lossen.

## 3 **Investeer structureel in leefstijl en preventie**

Zonder gerichte wet- en regelgeving op voeding, alcohol en tabak blijft de zorgvraag onnodig stijgen. Dit voelt voor artsen als dweilen met de kraan open. Bovendien is het essentieel om ook de armoedekloof aan te pakken, omdat die direct leidt tot een kloof in gezondheid en welzijn.

## 4 **De klimaatcrisis evolueert steeds meer naar een crisis voor de volksgezondheid**

Het is essentieel de gezondheidsrisico's die klimaatverandering met zich meebrengt te erkennen. Daarom moet de klimaatcrisis een topprioriteit blijven in de politiek. Ook de zorgsector dient duurzamer ingericht te worden.

## 5 **Verminder de wachttijden voor de ggz en de ziekenhuiszorg**

De lange wachttijden leggen een grote druk op de zorg en de samenleving. Dit leidt bij patiënten tot toenemende klachten zowel fysiek, sociaal als mentaal, en daarmee tot hogere zorgkosten.

## 6 **Patiëntgegevens moeten altijd en overal toegankelijk zijn**

Wij willen een gebruiksvriendelijk epd dat in elk ziekenhuis hetzelfde werkt. De gebrekkige beschikbaarheid van patiëntgegevens is een gevaar voor de patiëntveiligheid en een showstopper voor het leveren van passende zorg.

## 7 **De spreekkamer moet het domein zijn van de patiënt en de arts**

Verminder de bemoeienis en de regeldruk van overheid, zorgverzekeraars en instituten. Herstel het vertrouwen in de zorgverleners. De Federatie Medisch Specialisten vindt het maken van keuzes voor het leveren van passende zorg van groot maatschappelijk belang en levert daar graag haar bijdrage aan, maar in de spreekkamer moet het belang van de individuele patiënt centraal staan.

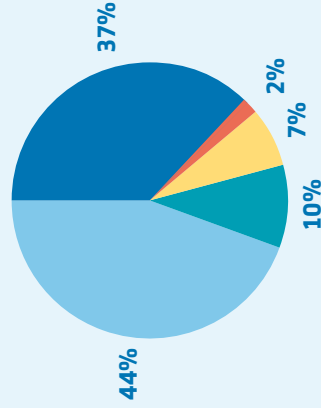
## RESULTATEN ENQUÊTE

# Wat is jouw boodschap aan de politiek?

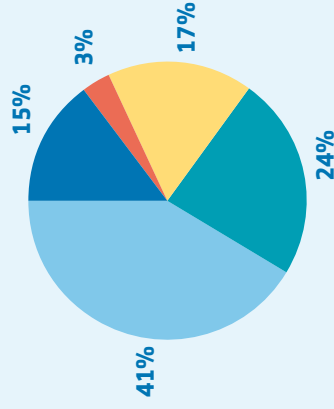
Op de enquête die de Federatie Medisch Specialisten heeft uitgezet onder medisch specialisten en aios reageerden 911 respondenten. Dit zijn de resultaten:

■ Helemaal mee eens   ■ Mee eens   ■ Neutraal/ Weet niet   ■ Mee oneens   ■ Helemaal mee oneens

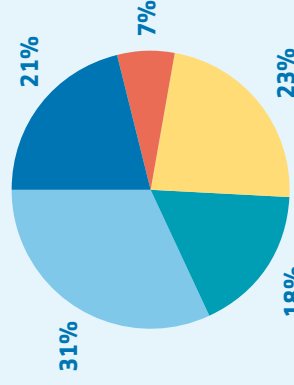
Het personeelstekort in de zorg is de grootste bedreiging voor de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg.



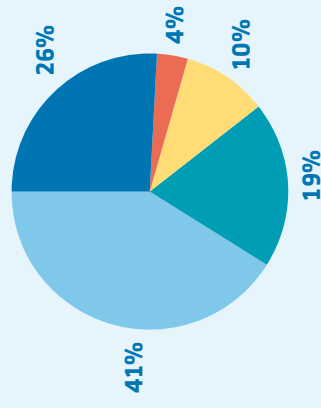
Het tekort aan zorgpersoneel gaat dagelijks ten koste van mijn werkplezier.



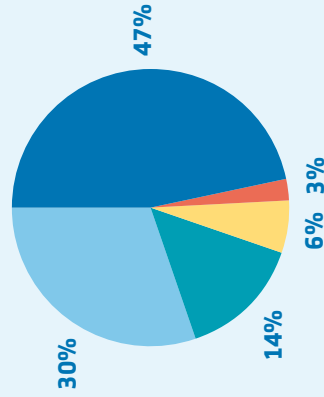
De slechte beschikbaarheid van patiëntgegevens is een dagelijks terugkerend probleem in mijn werk.



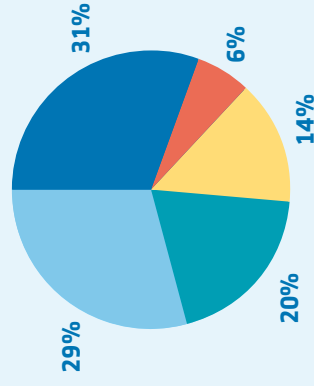
De slechte beschikbaarheid van patiëntgegevens levert risico's op voor de patiëntveiligheid.



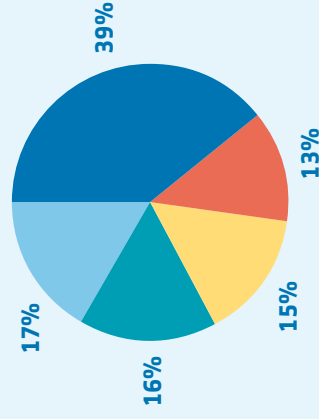
Er is dringend behoefte aan een gebruikersvriendelijk epd dat op elke plek en in elk ziekenhuis voelt als één en hetzelfde systeem.



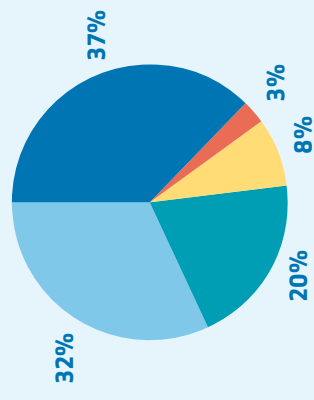
Als de overheid nu niet kiest voor strengere wet- en regelgeving op voeding, alcohol en tabak neemt de zorgvraag onnodig toe wat voor mij als medisch specialist voelt als 'dweilen met de kraan open'.



De discussie over verplicht dienstverband voor alle medisch specialisten is onnodig en leidt de aandacht af van de werkelijke uitdagingen die in de zorg spelen.

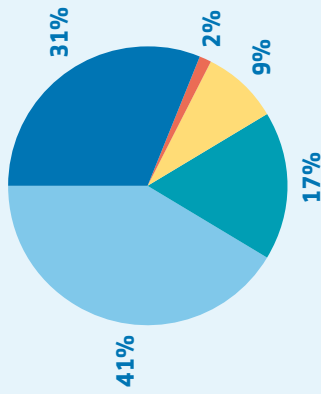


De klimaatcrisis leidt tot een gezondheidscrisis en moet dus hoog op de politieke agenda komen te staan.

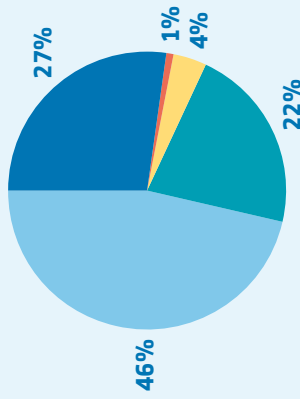




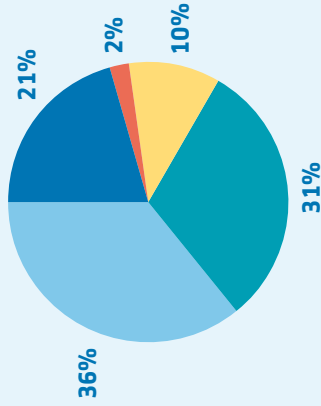
Ik merk dagelijks in mijn werk dat de tekorten aan medicijnen en hulpmiddelen toenemen.



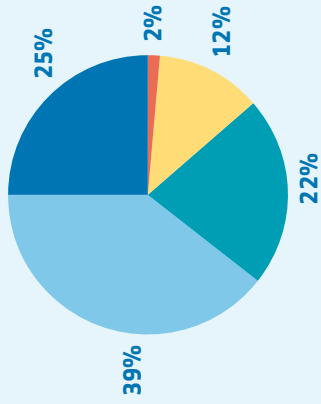
De tekorten aan medicijnen en hulpmiddelen staan het leveren van veilige en passende zorg in de weg. De politiek moet hier nu maatregelen op nemen.



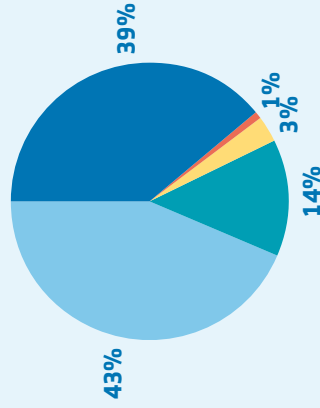
Ik merk in mijn werk dat de toenemende armoedekloof ook een toenemende gezondheidskloof veroorzaakt.



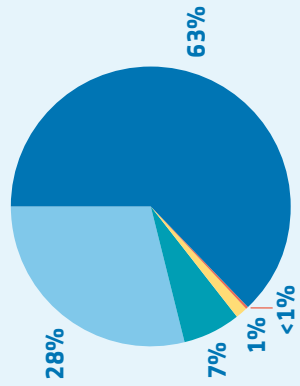
Ik ervaar dat de wachttijden in mijn ziekenhuis of instelling toenemen.



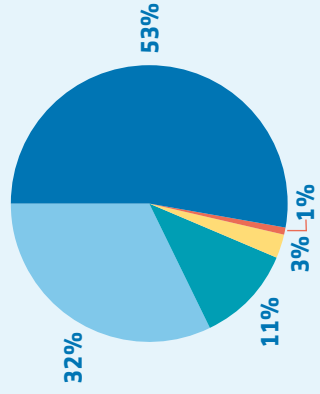
De lange wachttijden in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg leggen een grote druk op de zorg en de samenleving. Dit leidt bij patiënten tot toenemende klachten, zowel fysiek, sociaal als mentaal, en daarmee tot hogere zorgkosten.



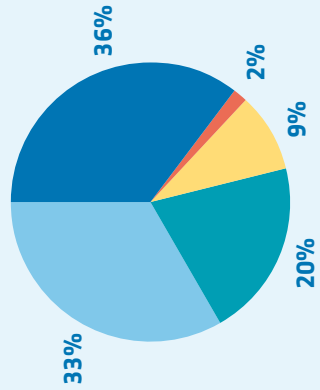
De toenemende regeldruk van overheid, zorgverzekeraars en managers gaat ten koste van het geven van passende zorg aan de patiënt.



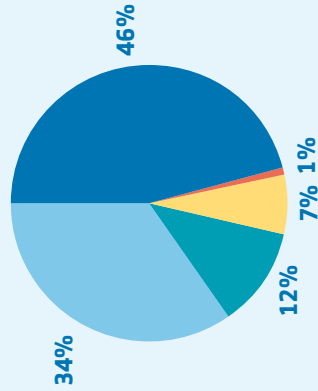
De 40% van mijn tijd die ik nog steeds dagelijks aan administratie moet besteden, moet nu echt omhoog zodat ik meer tijd heb voor mijn patiënt.



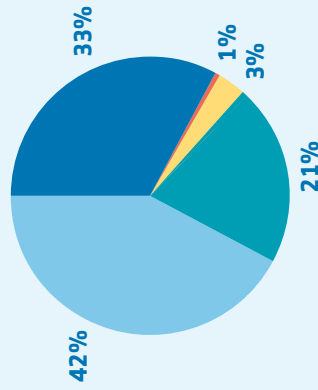
Ik ervaar een toenemende invloed van overheid, zorgverzekeraars en managers op het gesprek met mijn patiënt in mijn spreekkamer.



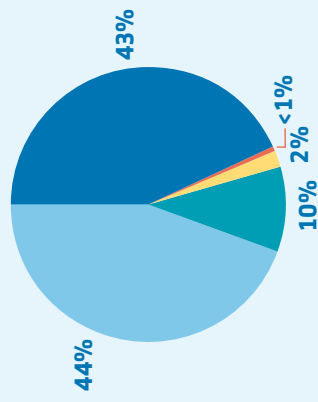
De spreekkamer moet het exclusieve domein blijven van de patiënt en dokter.



Ik zie meer dan vroeger dat jonge dokters het vak vaarwel zeggen.



Er moet beleid komen om jonge dokters te behouden voor het vak, want zij zijn de vormgevers van de toekomst van de zorg.



Download de resultaten en een selectie van de reacties:



De allergrootste bedreiging voor de zorg is de maatschappelijke tendens dat alles wat kan, ook daadwerkelijk moet. • Ik kies ervoor om werkplezier te halen uit wat nog wel goed gaat, en dat is heel veel! • Een goed werkend epd is mijn droom en zou het leven van personeel en patiënten veel beter maken. • In de oogheekunde hebben we lang geen probleem met medicijntekorten gehad, maar nu vrijwel elke werkdag. • In de huidige tijd kan het toch niet zo zijn dat ik informatie moet overtypen, ja echt waar, overtypen! • Zorg voor een goede beloning en goede secundaire arbeidsvoorwaarden, anders vertrekken diegenen die we niet kunnen missen in de zorg. • Als kinderarts maak ik met grote zorgen over het gewicht van kinderen. Eerst laten we iedereen vrijuit eten en computeren, en dan zou de dokter iets aan het gewicht kunnen doen? • Dat jonge dokters het vak vaarwelzeggen is zonde van zo'n mooi vak! • Ik zou veel prioriteit willen geven aan het overeind houden en goed functioneren van de huisartsenzorg als spil in ons zorgsysteem. • Telkens zijn er producten niet leverbaar. Naalden, stents, katheters, spuiten. • De klimaatcrisis is de allergrootste bedreiging voor ons aller gezondheid. • Bellen, faxen, mailen, overtypen: het lijken kleine handelingen maar ze vreten bij elkaar tijd en vooral energie. • Met name de trage doorstroming naar verpleeghuizen en ggz zorgt voor een te hoge belasting in de eerste- en tweedelijnszorg. • Als we niet inzetten op het terugbrengen van de armoedekloof vrees ik een nog grotere gezondheidskloof. • Ik heb vaak geen tijd om te lunchen en voel de interne wachtlijst drukken op mijn verantwoordelijkheidsgevoel. • Het is hoog tijd voor een landelijk epd waar alle zorgverleners en patiënten toegang tot hebben. • Maak werk van het preventie-akkoord: voer suikertaks in, geen btw op gezonde voeding. Maak van lichaamsbeweging prioriteit, als eerste door het veel nadrukkelijker in te bedden in het onderwijs en op het werk. • Ik ervaar regelmatig zeer hoge werkdruk en weet niet of ik tot mijn pensioen zo door wil gaan. • Alle verschillende ict-systemen kosten handenvol geld maar gegevens zijn niet te vinden. • Ik maak mij nog grotere zorgen over de belasting van huisartsen. • Ik vrees dat zo'n grote transitie voor een landelijk epd enorm veel geld en gedoe gaat kosten, en veel verloren tijd van zorgverleners. • De overheid is niet voor alles verantwoordelijk. Het bespreekbaar maken van een gezonde leefstijl hoort bij je werk als medisch specialist. • Ik ben voorstander van alles in dienstverband, maar denk dat met de huidige ontwikkeling waarbij veel msb's één aan het worden zijn met de vmsd's de discussie al een heel stuk minder is. • Excessief alcoholgebruik aan banden leggen is belangrijk, maar het bestrijden van softdrugs en pepmiddelen bij jongeren moet veel harder aangepakt worden. • Ik heb mijn hele leven nog nooit zo'n lange wachtlijsten gehad. • De interpretatie van privacywetgeving is doorgeschooten, er moet aparte wetgeving komen voor de zorg. • Zorg voor minder managers en meer verpleegkundigen en doktersassistenten. • Ik heb dagelijks te maken met tekorten aan genees- en hulpmiddelen, en dus patiënten die door alle vervangingen van regen in de drup komen. • In het ziekenhuis zijn de meeste gegevens beschikbaar. Maar door de registratiedrang is het een halve dagtaak om belangrijke zaken te filteren. • Het is schandalig hoeveel winst ict-leveranciers maken. De systemen zijn nu veel te duur. • Wachttijden zijn niet altijd ongunstig. Een deel van de gezondheidsproblemen lossen zichzelf op. We zijn in Nederland ook wel een beetje verwend en gewend dat alles snel kan en alles kan. • Eén epd voor de regio waarbij niet iedere regio iets voor zichzelf gaat uitvinden. Overheid: neem regie! • Ik ben chirurg en kan mijn patiënten niet behandelen door personeelsgebrek. Wachtlijsten brengen verdriet, ook bij de zorgverlener. • Het systeem werkt bewezen en dat veranderen met een verplicht dienstverband gaat tijd, frustratie en geld kosten, iets wat we nu beter in andere zaken kunnen steken. Daarbij is het juridisch niet haalbaar. • Ik zie meer complicaties door het te lang wachten, nog los van verdriet. • Er is en blijft (helaas) een rol voor managers en zorgverzekeraars om de zorg efficiënter te maken. • Ik ben internist en werk in een verpleeghuis omdat ik in het ziekenhuis geen baan kan vinden. Ik overweeg om naar het buitenland te gaan. • Een patiënt die afspraak maakte in april kon ik pas in juli helpen! • We ontkomen er niet aan om keuzes te maken over wat we wel en niet doen, omdat alles blijven doen niet haalbaar is. Het is niet alleen aan ons dokters om die keuzes te maken, maar ook aan de politiek en de maatschappij. • We moeten zorgen dat iedereen erbij blijft, jong én oud! • Wachttijden kunnen ook functioneel zijn, niet alles hoeft vandaag opgelost. • Het is niet de vrije vestiging die de problemen veroorzaakt maar de puur productie- en volumegedreven inrichting van het zorgstelsel. • Ik denk niet persé dat de klimaatcrisis een gezondheidscrisis is, maar het moet zeker hoog op de agenda van de politiek staan. • Het eigen risico werkt mijns inziens niet, mensen willen bepaalde zorg niet omdat het dan eigen risico kost en gaan zorg uitstellen met nog hogere kosten tot gevolg. • Obesitas is stress en armoede, de postcode bepaalt al jaren wie er het eerst dood gaat of een ernstige ziekte ontwikkelt. • Ik juich de discussie over een verplicht dienstverband zeer toe. • Het medicijntekort is een groot probleem, ook in de psychiatrie. Het mag van mij op nummer 1 van de verkiezingsagenda, want het is schrijnend, tijdrovend en werkt onnodige medicatiefouten in de hand. • Soms zijn wij zelf degenen die regeldruk veroorzaken, met de beste bedoelingen. • Door de privacyregels duurt het vaak lang voordat gegevens beschikbaar komen. • Waar is het vertrouwen gebleven dat we zijn opgeleid om zorg op maat te leveren en kritische afwegingen kunnen maken in het belang van patiënt en maatschappij? • We zijn ooit



## DOSSIER

# Patiëntveiligheid

Dit jaar bestaat het Platform Medisch Specialisten Patiëntveiligheid tien jaar. In hoeverre is de veiligheid in de zorg het afgelopen decennium verbeterd? Is er minder vermijdbare schade aan patiënten en waar komt dat dan door? En is vermijdbare schade eigenlijk wel te voorkomen? Drie medisch specialisten en een veiligheidsdeskundige reflecteren.

TEKST FRED HERMSEN, JOB DE KRUIF

# ‘Improviseren hoort geen business as usual te zijn’

**Jop Groeneweg, hoogleraar Veiligheid in de gezondheidszorg aan de Technische Universiteit Delft, weet waar Abraham de mosterd haalt: in de petrochemische industrie. Als experimenteel psycholoog liep hij de afgelopen jaren mee met tientallen medisch specialisten. Dat heeft een heldere boodschap opgeleverd: wees niet langer de held, zorg liever dat alles om je heen goed geregeld is.**

Experimenteel psycholoog Jop Groeneweg onderzoekt de invloed van de omgeving op het menselijk functioneren. En dat is precies waar patiëntveiligheid om draait: het voorkomen van vermijdbare schade aan patiënt en zorgverlener door omgevingsfactoren. ('Om die reden spreek ik ook liever van "zorgveiligheid".) Zijn omgevingsfactoren hier de sleutel? 'Ja, het gaat om afwijkingen in het dagelijkse werk, het hele zorgproces, en niet om vakmanschap of medische keuzes. Fouten die daaruit voortkomen zijn misschien vermijdbaar, maar komen niet voort uit omgevingsfactoren. Patiëntveiligheid draait daar wel om: de vraag hoe je processen samen zo inricht dat fouten worden voorkomen. En... wat je daarvan weerhoudt.'

## Hoogste niveau

Voorbeelden heeft hij te over, Groeneweg liep voor zijn onderzoek mee met tientallen medisch specialisten in diverse ziekenhuizen. 'Neem bacteriële infecties na een operatie. Bij een operatie die ik bijwoonde bleken instrumenten te missen, waardoor de operatieassistent meerdere keren de operatiekamer moest verlaten om ze elders te halen. Via openzwaaiende deuren kunnen schadelijke bacteriën de ruimte binnen komen. Als dan een infectie bij de patiënt was ontstaan, zou je kunnen

concluderen dat dat niet was gebeurd als de juiste instrumenten voorhanden waren geweest.' De vraag is dan volgens de gedragswetenschapper niet: 'Wie heeft de instrumenten klaargelegd?', maar: 'Hoe komt het dat niet geborgd is dat de juiste instrumenten klaarlag?'

## Heldendom

Een ander voorbeeld: 'Een vrouw meldt zich 's morgens voor een chemobehandeling, maar de chemo ligt niet klaar. Wat blijkt: de eerdere bloedtest was in een ander ziekenhuis afgenomen en de apotheker accepteerde die - geheel volgens de regels - niet. Op dat moment maakt de behandelend medisch specialist zich er hard voor om de chemo alsnog te laten maken, en die middag komt de vrouw terug voor de behandeling.' Over het probleem dat hier ontstaat, is Groeneweg helder: 'Laat me vooropstellen dat de inzet van de arts te prijzen is. Hij zag een probleem en kwam snel in actie om het zo goed mogelijk voor haar te regelen. Ik heb daar oprecht respect voor. Het probleem is echter ook dat we dit soort improvisaties zien als *business as usual*, waardoor een grondige evaluatie uitblijft. "Dit hoort erbij, en het is toch goed gedaan?", luidt dan de redenering achteraf. En zo mis je een kans om zo'n proces te verbeteren en te voorkomen dat het de volgende keer misschien wel fout gaat.' Het tweede kwalijke vindt hij dat de flexibiliteit van de arts als een soort 'natuurlijk heldendom' wordt beschouwd: het mooie oplossend vermogen dat als vanzelf aan het vak kleeft. 'Dat is een fundamentele denkfout. Het heldendom zou niet nodig moeten zijn. Het is een obstakel voor patiëntveiligheid.'

## Papierwinkels

Op een congres waar Groeneweg onlangs sprak, stak een cardioloog zijn hand op: 'Sorry hoor, maar *we have bigger fish to fry*. Ik wil vooral snel werken - dan maar iets minder veilig - want daarmee kan ik per dag meer patiënten behandelen. Hierdoor nemen wachtlijsten af en lopen per saldo minder mensen schade op dan wanneer ik in alle veiligheid minder patiënten



BEELD ARNO MASSEE

**Jop Groeneweg**  
 hoogleraar Veiligheid in de  
 gezondheidszorg aan de  
 Technische Universiteit Delft

kan helpen.' Heldere redenering toch? Groeneweg, fronsend: 'En toch was ik in de war. Want hoe kun je als medisch specialist ervoor kiezen minder veilig te werken en zo patiënten in gevaar brengen? Hoe kan de leiding van deze cardioloog dat blijkbaar niet weten, of zelfs gedogen? En ten slotte: hoe kun je zo'n fundamenteel verkeerd beeld hebben van veiligheid? Veiligheid is niet iets dat tegen je werkt, alles is erop gericht om zaken juist soepel te laten lopen. Heus, ik ben geen protocollen-fetisjist, en fervent tegenstander van papierwinkels. Het gaat erom dat je samen afspreekt hoe je dingen doet en verbetert, daar kun je toch niet tegen zijn?' Hij verwijst naar het voorbeeld van de operatiekamer: 'Als daar in de voorbereiding was geregeld dat de juiste instrumenten op tafel lagen, had dat niet alleen openslaande deuren gescheeld, maar ook de operatie versneld. Juist improviseren bij afwijkingen kost tijd.'

### Unleashed Potential

Groeneweg oordeelt dat afwijkingen niet voldoende serieus worden genomen. 'Collega's durven vaak niets te zeggen als ze het zien gebeuren, of achteraf. En als ze hun mond wel opentrekken, bestaat de kans dat de arts zich niet laat corrigeren, die zit in een flow en heeft de positie om zelf de koers te bepalen. En besprekingen achteraf van bijna-incidenten krijgen in de praktijk een te routinewijs karakter zonder systematische opvolging.' Openstaan voor signalen die collega's afgeven ziet

hij als een cruciale vaardigheid. 'Bij de Koninklijke Marine wordt ieder signaal opgepakt. Als daar een lagere in rang aangeeft dat er regelmatig onvoldoende voorraad is van een onderdeel, en dat dat kan leiden tot problemen in de operatie, wordt dat uiterst serieus genomen. In die cultuur spreken mensen zich ook vrij uit, voelt niemand het ego knakken als er vragen gesteld worden. Net als in de petrochemie staat niet de schuld-vraag, maar de verbetering voorop.' En - hij zet de stap terug naar de zorgwereld: 'Stel je voor dat verpleegkundigen niet alleen serieus genomen worden als ze afwijkingen aangeven, maar ook als ze met ideeën voor procesverbetering komen. Welk *unleashed potential* je dan ontketent in ziekenhuizen...'

### Subsidie-infuus

Hij heeft nog een ander advies: 'Petrochemische bedrijven laten zich hiervoor niet subsidiëren. Ze zien veiligheid als een cruciale randvoorwaarde, ze leren van elkaar en betalen er graag voor. In de zorg wordt veiligheid nog gezien als iets in de marge, iets waarvoor je projectmatig subsidie aanvraagt om het vervolgens bij de afdeling Kwaliteit te beleggen. De echte impact blijft dan uit, en dat is kwalijk bij het jaarlijkse aantal van elfhonderd vermijdbare overlijdensgevallen. Ga dus af van het subsidie-infuus en maak er als ziekenhuisbestuur zelf budget voor vrij. Dan zorg je er wel voor dat het in de praktijk iets gaat opleveren.'



# ‘In tien jaar is het een echt vakgebied geworden’

Vijf vragen aan anesthesioloog-intensivist en voorzitter van het Platform Medisch Specialisten Patiëntveiligheid Ralph So en voormalig kinderarts en oud-voorzitter Marjo Jager. Het Platform bestaat tien jaar. Wat gaat goed, wat kan beter?

**W**at zijn de belangrijkste stappen in de afgelopen tien jaar op het gebied van patiëntveiligheid?  
**Marjo:** ‘We hebben bereikt

dat het belang ervan op ieders netvlies staat. Vooropgesteld: de meeste mensen die tegenwoordig in het ziekenhuis liggen, mankeren meerdere dingen en ze krijgen dus ook veel zorgverleners aan hun bed. Iedereen snapt dat daar risico’s zijn in de communicatie en logistiek. Het management daarvan, transparante processen, dezelfde taal spreken: dat is patiëntveiligheid. Het is een echt vakgebied geworden. En het elektronisch patiëntendossier is een ongelooflijke verbetering. Je bent nooit meer een status kwijt.’

**Ralph:** ‘Vroeger was er alleen Amerikaans onderzoek en wij vonden onveiligheid ook echt een Amerikaans onderwerp. We dachten dat we het hier hartstikke goed deden. Tot er ook gegevens uit Nederland kwamen: wij specialisten gingen ontkennend, reactief en bureaucratisch om met veiligheidsissues. Dat is nu gemiddeld een stuk beter. We zien de zorg nu meer als een service-industrie, die gepersonaliseerd en veilig moet zijn voor zowel patiënten als zorgpersoneel. We zijn minder louter productiegericht.’

**Hoe ben je zelf in dit vakgebied beland?**

**Ralph:** ‘Onderzoek wees in 2004 uit dat in Nederland jaarlijks tweeduizend overlijdens door onbedoelde zorggerelateerde schade kwa-

men. Omgerekend was dat in mijn ziekenhuis, het Albert Schweitzer in Dordrecht, drie per maand. Die komt wel even binnen, als je je dat realiseert. Als lid van het stafbestuur was ik al bezig met ziekenhuismortaliteit en in 2009 werd ik medisch manager Kwaliteit, Veiligheid & Innovatie. Het platform is vervolgens ontstaan door met collega’s van verschillende ziekenhuizen regelmatig af te spreken. Het is organisch gestart, en omarmd door de Federatie.’

**Marjo:** ‘Ik werkte al twintig jaar als kinderarts toen ik in mijn ziekenhuis betrokken raakte bij onder meer de klachtencommissie en het Veilig Incident Melden mee hielp opzetten. Daar merkte ik hoe moeilijk dingen bespreekbaar waren. Mensen trokken het zich vaak persoonlijk aan. Maar als iets fout is gegaan wil dat niet zeggen dat het fout is gedaan. Elke dokter maakt ooit een verkeerde inschatting, ik heb ook een patiënt aan wie ik nog elke week terugdenk. Daarom moet je het hebben over de veiligste manier van werken. Ik ben me gaan inzetten als medisch specialist patiëntveiligheid.’

**Wat is de meest leerzame aanpak?**

**Marjo:** ‘Allereerst het bespreken van incidenten. Ervan uitgaan dat die niet op zichzelf staan. Niets onder





tafel vegen, niet die teneur van “waar gehakt wordt vallen spaanders”. Vervolgens ook leren van de bijna-incidenten. Als je bijna iemand een verkeerde pil gaf, moet je het ook dáárover hebben. Zodat je niet meer in die situatie komt. En ten slotte leren van wat goed gaat. Dat is de Safety 2-systematiek die nu wordt gepromoot. Aan het eind van elke dag of in teamoverleg ook benoemen wat er goed ging.’

**Ralph:** ‘Multidisciplinair leren van incidenten, zoals complicatiebesprekingen of debriefings van reanimaties en SIT-oproepen. En kijken wat goed gaat. Zoals een collega van me eens zei: “Stel dat je wilt weten wat de geheimen van een goed huwelijk zijn. Dan moet je niet alleen scheidingen analyseren, maar ook de relaties waarin het goed gaat.”’

#### Hoe houd je het onderwerp op de agenda?

**Marjo:** ‘Dokters willen feiten: “Behandeling x geeft betere uitkomsten.” Dus zijn er steeds onderzoek en data nodig. En soms moet je ook gewoon een regel instellen. Het belang van handhygiëne kenden we eigenlijk allang, maar je blijft mensen houden met bedenkingen. Dan kun je het beste afkondigen: de afspraak hier is iedere keer handen wassen.’

**Ralph:** ‘Met multidisciplinaire leer-netwerken, zoals de Federatie al benoemd heeft in haar beleidsplan. Een voorproefje daarvan kregen we tijdens de COVID-19 pandemie.’



## ‘Als iets fout is gegaan wil dat niet zeggen dat iets fout is gedaan’

Via sociale media en webinars werd snel kennis en research gedeeld. En ook kreeg de zorg voor zorgmedewerkers veel meer aandacht dan tevoren. Inmiddels is het dan ook logischer om over zorgveiligheid te spreken in plaats van patiëntveiligheid.’

#### Als je één ding mag noemen dat beter kan?

**Marjo:** ‘Multidisciplinair opleiden. Ik vind het altijd vreemd dat we allemaal samen in de collegebanken hebben gezeten, maar ineens bedoelen we iets anders als we het hebben over efficiëntie, veiligheid, kwaliteit van zorg. Zorg dat je allemaal dezelfde taal spreekt. Ook met bijvoorbeeld verpleegkundigen en fysiotherapeuten. Dat begint in de opleiding.’

**Ralph:** ‘Ik vind het een jeukwoord, maar toch: leiderschap. Wat je nodig hebt zijn leiders met een visie op kwaliteit en veiligheid die verankerd is in de strategie van een ziekenhuis. Raden van bestuur, stafbesturen, ook de Federatie kunnen allemaal helpen om dit onderwerp te blijven agenderen. Ons platform functioneert goed, maar met nog steeds één op tien van de klinisch opgenomen patiënten die zorggerelateerde schade ondervindt, is dat niet meer dan een eerste babystapje.’

### Lustrumcongres

Op maandag 13 november openen de Federatie en het Platform Patiëntveiligheid in Utrecht de week van de patiëntveiligheid 2023 met het lustrumcongres ‘10 jaar Medisch Specialisten Patiëntveiligheid.’ Wat zijn de lessons learned van het afgelopen decennium en welke stappen moeten we samen maken voor een patiëntveilige toekomst? Bekijk het programma en meld je aan:



### Tijd voor Verbinding

Het programma Tijd voor Verbinding heeft als doel om zorggerelateerde schade verder terug te dringen. Safety-2 is een van de uitgangspunten van het programma. Wil je bijdragen aan het agenderen van patiëntveiligheid op of rondom je werkplek? Meer informatie en een toolkit vind je op [www.programmatvv.nl](http://www.programmatvv.nl).

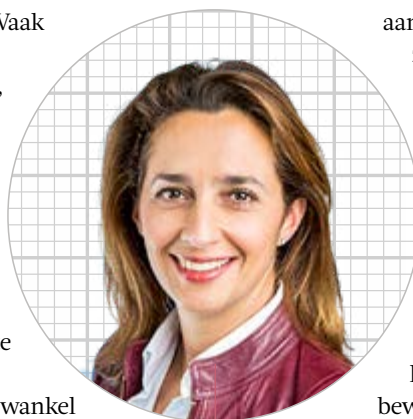


## Column

# Wees menselijk

**P**atiëntveiligheid is wat mij betreft nauw verweven met het gebod “Gij zult niet schaden”. Wij willen onze patiënten helpen, niet schaden. Om dat te kunnen, worden we opgeleid tot zelfstandig handelende en denkende medisch specialisten. Gedrevenheid en perfectionisme - toch al natuurlijke eigenschappen van een groot deel van onze beroepsgroep - worden daarbij omarmd en gestimuleerd.

Deze route kan ook een valkuil zijn. Vaak horen we weer dat stemmetje in ons hoofd: “Ik moet dit toch zélf kunnen, ook als het lastig wordt.” Dit stemmetje weerhoudt ons van het stellen van de simpele vraag: “Ik weet niet helemaal zeker of ik hier linksaf of rechtsaf moet. Normaal zou ik kiezen voor rechtsaf, maar nu twijfel ik. Wat zou jij doen?” En dat is begrijpelijk: door de vraag te stellen, erkennen we dat we een fout zouden kunnen maken. Dat kan een wankel gevoel geven, want ons is met de paplepel ingegoten dat je fouten te allen tijde moet zien te voorkomen. Soms komt daar de angst voor het kritische oordeel van de ander nog bij. Zo zit de angst voor fouten bij sommigen heel diep. In mijn loopbaan als cardiothoracaal chirurg, plaatsvervangend opleider en coach, heb ik de angst voor fouten leren zien als een belemmerende overtuiging, die de groei van mensen in de weg zit. Dat geldt in het bijzonder voor medisch specialisten. Leren van fouten is lastig, net als het delen van gevoelens van onzekerheid en kwetsbaarheid. En hoewel iedereen hier een eigen weg in heeft gevonden, zijn lang niet alle medisch specialisten zich bewust van hun eigen mechanismen, van hun omgang met de kans op fouten. Terwijl juist dit basale bewustzijn het raam openzet naar groei. Gelukkig kantelt het beeld. We zien steeds meer in dat



we geen robots zijn, maar mensen die er goed aan doen hun angsten en kwetsbaarheden te erkennen en door zelfreflectie te onderzoeken. Inclusief onze soms wat groot en gevoelig uitgevallen ego's, onze reflexen bij afwijkingen en onze reactie op collega's die ons - gevraagd of ongevraagd - op die reflexen wijzen. Dit proces is interessant en wijst ons de weg naar meer patiëntveiligheid.

Het simpele bewustzijn van onze menselijkheid wordt in het bijzonder gewaardeerd door de jonge generatie, de medisch specialisten in de dop die zich in een sneltreinvaart ontwikkelen. Ik raad hen altijd aan om iemand op de werkvloer te zoeken bij wie ze zich vertrouwd genoeg voelen om advies te vragen bij dilemma's en vraagstukken. Dat is voor velen geen makkelijke opgave. Dus als een aankomend medisch specialist zich bij jou meldt voor advies of hulp, omdat jij hun onzekerheden misschien al eens hebt meegemaakt en begrijpt, realiseer je dan dat die stap heel wat moed kan vergen. Wees je bewust van jouw potentiële oordeel en laat dat links liggen. Luister, reflecteer en ondersteun waar nodig. Kortom, wees menselijk en help hen op weg in ons mooie vak.'

**Shirin Bemelmans-Lalezari**  
cardiothoracaal chirurg in UMC Utrecht



Voor de podcast en het televisieprogramma **Over Leven** werd Shirin geïnterviewd door programmamaker **Coen Verbraak**.



# Dit Federatiekwartaal

## Producten

### ✓ Verkiezingsagenda Medisch Specialisten 2023

De Federatie vraagt namens 23.000 medisch specialisten aan politieke partijen om de zeventien punten van de Verkiezingsagenda Medisch Specialisten 2023 bovenaan de politieke agenda te plaatsen.



### ✓ Handreiking Implementatie Passende zorg

De handreiking Implementatie Passende zorg, bouwstenen voor de praktijk gaat in op goede voorbeelden, randvoorwaarden en aandachtspunten, en geeft adviezen om passende zorg mee te nemen in de verdeel-systeematiek.



### ✓ Praktijkvoorbeelden jzojp

Op de vernieuwde themapagina lees je meer over de transformatie naar passende zorg en juiste zorg op de juiste plek. Je vindt hier praktische informatie zoals de factsheet Transformatiegelden en veel praktijkvoorbeelden, video's en interviews.



### ✓ Brief aan Tweede Kamer

De IZA-partijen en betrokken overheidsorganisaties roepen in een brief aan de Tweede Kamer op om de grote uitdagingen in de zorg niet in de ijskast te zetten nu het kabinet demissionair is, maar samen door te gaan met de noodzakelijke transformaties.



### ✓ Veelgestelde juridische vragen

Het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD behandelt uiteenlopende juridische kwesties van aios en medisch specialisten. Op onze website vind je de antwoorden op veelgestelde juridische vragen.



### ✓ E-learning Integrale zorg

Deze e-learning is geschikt voor iedere aios die de patiënt wil benaderen vanuit een integrale aanpak en verder durft te kijken dan het eigen specialisme voor het leveren van de best mogelijke patiëntenzorg.



### ✓ Richtlijnen

Dit kwartaal zijn er dertien nieuwe of geactualiseerde richtlijnen gepubliceerd, onder meer op het gebied van astma en zwangerschap, septumcorrectie, obesitas, afstaande oren en geboortezorg. Wil je op de hoogte blijven van richtlijnen die voor jou relevant zijn? Abonneer je dan op updates in de Richtlijnen-database app (via Appstore of Playstore).



### ✓ Herzien: Handreiking Governance financiële relaties

De handreiking Governance financiële relaties zorgprofessionals en industrie is uitgebreid met aanbevelingen voor wetenschappelijk onderzoek. De Federatie, NVZ en NFU hebben deze handreiking ontwikkeld om transparantie over financiële relaties te optimaliseren.



## MEEST GELEZEN

### Thema op onze website:

Richtlijnen

1.145 keer bezocht

### Nieuwsbericht:

Overleg nieuwe AMS

binnenkort van start

1.743 keer gelezen

### Bericht op LinkedIn:

Verkiezingsagenda

Medisch Specialisten

2023 38.590 weergaven,

1.097 likes

## Agenda

### Rode Hoed Symposium

Op woensdag 4 oktober vindt het 24e Rode Hoed Symposium plaats met als thema: 'Gluren bij de burens'. De kernvraag: hoe staat het met de uitvoering van het IZA?



### DJS Congres

Op zaterdag 4 november staan tijdens het jaarlijkse congres van De Jonge Specialist (DJS) de thema's vitaliteit, duurzaamheid, innovatie, arbeidsmarkt en persoonlijke ontwikkeling centraal. Ook wordt de jaarlijkse Opleidingsprijs uitgereikt.



### Lustrumcongres Patiëntveiligheid

Op maandag 13 november openen de Federatie en het Platform Patiëntveiligheid de week van de patiëntveiligheid 2023 met het lustrumcongres '10 jaar Medisch Specialist Patiëntveiligheid: Veiligheid doe je samen'.



### MMV-Congres

Op woensdag 13 december organiseert de Federatie de vijftiende editie van het MMV-congres in Rotterdam. Het thema is dit jaar: Ruim baan voor de nieuwe dokter.





**PRIVÉ** Sluit hoogleraar klinische chemie Yvonne Henskens (57, Maastricht UMC+) een dagje op in de keuken en ze gaat los. Hoe maak je brood, kaas, yoghurt, mayonaise, worst? Gretig slurpt deze Limburgse dame haar kennis op uit binnen- en buitenland, om die vervolgens te delen op [ontroerendlekker.nl](http://ontroerendlekker.nl). Haar favoriete ingrediënt: eieren, want daarmee kun je eindeloos experimenteren. Ruim voorradig bovendien, dankzij vier krielkippen. Geen gerecht is taboe. Pas nog ging haar kookclubje met bloedworst aan de slag. Op haar wensenlijst staat poutine, naar authentiek Canadees recept ('opgepikt tijdens een congres in Montreal'). En dan moet het mooiste nog komen: na gedane zaken samen aan tafel. Want koken is verbinden.

# LANS

## WERK



**WERK** Ooit wil Yvonne een zondagsrestaurant voor haar dierbaren openen. Maar voorlopig gaat het lab voor. Daar analyseert ze lichaamstoffen die afwijkingen vertonen en overlegt ze met de behandelende specialisten. Haar expertise: bloed en bloedstolling, want 'daarmee is niets te vergelijken'. Behalve het koken van een ei dan weer. Aan sommige labtesten voor patiënten met bloedstollingsziekten of antistollingsmedicatie valt nog veel te verbeteren. Benodigde ingrediënten: creativiteit, durf (om buiten de richtlijnen te denken) en multidisciplinaire samenwerking van lab en kliniek. Met Yvonne als chef de cuisine. Samen een maaltijd bereiden of samen een goede labtest ontwikkelen, wat is het verschil?

TEKST JOKE VAN ROOYEN BEELD ARNOLD REYNEVELD



**Oogarts Steffi Rombouts:  
'De variatie spreekt me  
aan. Je doet alles, van  
het eerste gesprek tot  
en met de operatie'**

**W**aarom werd je oogarts? 'Ik ben goed met mijn handen. Eerst wilde ik HPB-chirurg worden, maar dat leek me niet goed te combineren met bestuurlijk werk, mijn andere ambitie. Dus werd het oogheelkunde, een specialisme dat me tijdens de coschappen erg beviel. Als oogarts kan ik direct de kwaliteit van iemands leven verbeteren. Mensen met staar die de angst hebben om blind te worden, kunnen met één operatie opeens weer goed zien. "De koolmezen zijn niet grijs meer, ze hebben weer kleur", zei een man laatst. Fantastisch toch? Ook de variatie spreekt me aan. Je doet alles, van het eerste gesprek tot en met de operatie.'

#### **Je was twee jaar lang voorzitter van De Jonge Specialist. Waarom?**

'Ik heb altijd al interesse gehad in bestuursfuncties, vind het belangrijk werk. We hebben artsen nodig die volledig toegewijd zijn aan hun vak, maar ook mensen die ervoor zorgen dat wij het vak goed kunnen uitoefenen. Ik werd actief bij DJS om me in te zetten voor de opleidings- en werkomstandigheden van jonge dokters. In 2021 heb ik als voorzitter van DJS in het acht uur NOS-journaal mijn zorgen mogen uiten over het grote aantal arts-assistenten in opleiding dat overweegt te stoppen. Aanleiding was toen een enquête van DJS. Dat leidde weer tot Kamervragen en uitnodigingen vanuit de belangrijke spelers in de gezondheidszorg, zoals Inspectie IGJ en directeur-generaal Curatieve Zorg.'

#### **Heb je zelf ook last van die werkdruk?**

'Hard werken is het probleem niet. Dit gebeurt ook bij andere beroepsgroepen. Als arts wil je de best mogelijke zorg leveren aan patiënten. Dit streven komt in gevaar doordat we veel patiënten per dag zien. Ook zijn de administratielast en de complexiteit van de zorgvraag toegenomen. Ik vind het belangrijk dat artsen meer tijd per consult krijgen en minder administratielast. Dat bevordert niet alleen de goede uitoefening van ons werk, maar ook het werkplezier en daarmee het behoud van onze zorgprofessionals. Dit geldt ook voor verpleegkundigen.'

#### **Je speelt hockey en tennis. Is dat inspanning of ontspanning?**

'Ik zie inspanning als een vorm van ontspanning. Waarbij teamsport mij het meest trekt. Samen strijden voor de overwinning. Door de volle focus op de bal en de goal vergeet je even alle drukte van de dag, terwijl je ook nog eens samen plezier maakt en buiten bent.'

#### **Je vader was Eerste Kamerlid en burgemeester van Den Bosch, zit het besturen in het bloed?**

'Ja, als je besturen ziet als jezelf inzetten voor de maatschappij. Mijn ouders hebben altijd veel vrijwilligerswerk gedaan. Bij ons thuis wordt veel gesproken over "de tweede berg". Op de eerste berg gaat het over jezelf. Op de tweede berg draait het om de vraag: wat kan ik voor een ander betekenen, wat kan ik bijdragen? Probeer zoveel mogelijk op die tweede berg te zitten, heb ik van mijn ouders meegekregen.'

#### **Twee jonge kinderen, lange dagen in het ziekenhuis en bestuurlijke ambities; hoe houd je het vol?**

'Alles wat ik doe vind ik ongelofelijk leuk, dat helpt enorm. Maar het blijft natuurlijk pittig, net als bij andere jonge ouders. Allebei werken is tegenwoordig de standaard en dat vraagt om een strakke planning. Soms loopt het mis en lukt het me niet om de kinderen op tijd op te halen. Gelukkig staat mijn man er dan. Wat ik echt mis is de tijd om boeken te lezen.'

#### **Ga je snel weer bestuurlijk werk erbij zoeken?**

'De komende vijf jaar wil ik me verder bekwamen als oogarts, want ik ben natuurlijk nog maar net begonnen. Daarna gaat het vast en zeker weer kriebelen.'

#### **En waar zien we je dan terug? Als toekomstig minister van Volksgezondheid?**

'Nee, hoor. Bestuurlijk actief zijn kan vaak ook dicht bij huis. In je eigen ziekenhuis. En het kan ook parttime, in combinatie met een functie als arts. Ik zie wel wat er op mijn pad komt.'



## Steffi Rombouts

- GEBOREN 3 december 1986 in Roosendaal
- DEED tot 2017 promotieonderzoek naar nieuwe behandelingen voor alvleesklierkanker bij UMC Utrecht en AMC Amsterdam
- WAS een van de lijstduwers van het CDA tijdens de Tweede Kamerverkiezingen in 2017
- WERKT sinds augustus 2022 in het JBZ in Den Bosch
- ZAT van 2018 tot 2022 in het bestuur van De Jonge Specialist, de laatste twee jaar als voorzitter
- REIST graag en hoopt dat met haar kinderen ook te kunnen gaan doen
- BAKT taarten, maakt haar eigen cruesli en is een enorme zoetekauw
- KLUST graag in huis en tuin

# VERGROOT JE KENNIS OP HET GEBIED VAN ZIEKENHUISORGANISATIE EN -FINANCIËN

Hoe een ziekenhuis is georganiseerd, heeft grote impact op het dagelijks werk van een medisch specialist. Hoe meer inzicht medisch specialisten hebben in de ziekenhuisorganisatie en -financiën, hoe actiever zij op alle fronten kunnen bijdragen aan het verder verbeteren van de kwaliteit van zorg. De Academie voor medisch specialisten biedt trainingsaanbod op het gebied van bestuur, medisch management en medisch leiderschap. Deze trainingen worden door de deelnemers hooggewaardeerd omdat ze toegespitst zijn op de actualiteit en dynamiek van het werkveld waarbinnen de medisch specialist (in opleiding) het vak moet uitoefenen. We lichten er hier vier uit.

## Basics van management en beleid

Startende en ervaren medisch specialisten bieden we een driedaagse training over de werking van de ziekenhuisorganisatie, medische staf en vakgroep. Je krijgt tijdens deze training meer inzicht in financiële stromen, de kaders van kwaliteitsbeleid en de complexiteit van veranderingen. Daarnaast gaan we uitgebreid in op het belang van medisch leiderschap en de vaardigheid onderhandelen. Er is volop ruimte voor casuïstiek en persoonlijke inbreng.

**Duur:** 3 dagen met enkele weken ertussen

**Accreditatie:** 15 punten (ABAN)

**Kosten:** € 1.895



## Inleiding Ziekenhuisfinanciën

Tijdens deze tweedaagse praktisch toepasbare inleiding behandelen we actuele bedrijfseconomische en financiële onderwerpen die voor medisch specialisten relevant zijn. Je krijgt onder andere antwoord op vragen als: Wat zijn de consequenties van de nieuwste regelgeving voor het ziekenhuis en de medische staf? Opeert onze afdeling bedrijfseconomisch verstandig? Hoe bepaal je het verschil tussen de kostprijs en de vraagprijs van een dbc? Hoe maak je een goede businesscase?

**Duur:** 2 dagen met enkele weken ertussen

**Accreditatie:** 12 punten (ABAN)

**Kosten:** € 1.370



## Leergang Ziekenhuisfinanciën

Deze zesdaagse leergang is ontwikkeld voor medisch specialisten met een rol als medisch manager, penningmeester, afdelingshoofd of (staf/msb/vmsd/stafconvent) bestuurder die een deskundige gesprekspartner voor financieel specialisten willen zijn. De training behandelt thema's als zorgstelsel, wetgeving, bekostiging en kostprijzen, jaarrekening, toezicht, honorering en transitie van zorg. De leergang is interactief van karakter en sterk praktijkgericht, mede door ingebrachte casussen van deelnemers.

**Duur:** 6 dagen verspreid over meerdere maanden

**Accreditatie:** 36 punten (ABAN)

**Kosten:** € 3.735



## Leergang Medisch management

Inzicht in de ziekenhuisorganisatie en -financiën is ook van belang voor (aankomend) medisch managers, vakgroepvoorzitters en afdelingshoofden in een ziekenhuis, revalidatie- of ggz-instelling. Tijdens de achtdaagse leergang Medisch management komen deze thema's uitgebreid aan bod, naast de thema's powerdynamics, leidinggeven en coachen, HR-verantwoordelijkheden, omgaan met digitalisering en administratieve lasten, en effectief vergaderen. Na afloop weet je alle ins en outs wat betreft leidinggeven en (dual) management in complexe zorgorganisaties.

**Duur:** 8 dagen verspreid over een aantal maanden plus 2

online intervisiebijeenkomsten

**Accreditatie:** 40 punten (ABAN)

**Kosten:** € 4.345



## COLOFON

Jaargang 9, september 2023

## Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 30 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

Hoofdredactie: Mirjam Siregar, Sjef van der Lans.  
Eindredacteur: Vanessa Cruz.  
Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek), M.m.v. Margriet Bakker, Hanneke Bos, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Carlijn van Trigt

en Lennart de Wit (Federatie Medisch Specialisten).

## Redactieraad

Cassandra Zuketto (psychiater), Johan Lange (chirurg), Mariëlle Bartholomeus (neuroloog, bestuurder Rivas Zorggroep), Nicole Naus (oogarts), Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden (internist), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Tessa Noijons (bestuurslid De Jonge Specialist, aios kindergeneeskunde), Winnifred van Lanckeren (radio- loog), Yee Lai Lam (dermatoloog).

## Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving) **Fotografie cover:** Merlijn Doornik **Lithografie:** Studio Boon **Druk:** Puntgaaf drukwerk **Redactieadres:** Federatie Medisch Specialisten, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie | Postbus 20057 3502 LB Utrecht, 088 505 34 34

mail: [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl)

## Abonnement

Vragen over je abonnement of een adreswijziging kun je sturen aan het secretariaat van jouw wetenschappelijke vereniging.

Via [www.demedischspecialist.nl/](http://www.demedischspecialist.nl/) magazine kun je alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).  
© Medisch Specialist 2023.  
ISSN 2451-9952  
e-ISSN 2666-9234

Heb je een tip voor een interessant verhaal voor medisch specialisten of voor verbetering van ons magazine? Stuur dan een e-mail naar [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl), dan nemen we zo spoedig mogelijk contact met je op.

Volg ons ook op:     
[@federatiemedischspecialisten](https://twitter.com/federatiemedischspecialisten)

## Via de wetenschappelijke verenigingen je aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

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 bedden en handen tekort.

Allerlei partijen beïnvloeden ons werk: verzekeraars, politiek, inspectie, farmaceuten, managers, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

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



Bekijk alles wat wij voor jou doen:

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden veelewoordig, 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](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl).

## Kan ik ook kiezen voor detachering binnen mijn opleiding?

Lisanne is aios gynaecologie. Ze maakt volgens haar opleidingschema de overstap naar een ander ziekenhuis maar dat pakt qua arbeidsvoorwaarden ongunstig uit. Onze jurist adviseert Lisanne daarom te onderhandelen over de arbeidsvoorwaarden. Lukt dat niet, dan kan detachering uitkomst bieden. Je behoudt dan de arbeidsvoorwaarden van het ziekenhuis waar je werkte vóór de overstap. Beide opleiders (dus zowel de 'uitlener' als 'inlener') moeten hier wel aan meewerken. Onze juristen kunnen de detacheringsovereenkomst beoordelen.

Juridische vragen? Bel:  
**088 - 134 41 12**



Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies aan medisch specialisten en andere artsen en zorgprofessionals.



Landelijke vereniging van  
Artsen in Dienstverband

& nu  
verder

## Kunstalvleesklier op broekzak- formaat

Dit is een alvleesklier. Een nieuwe, bihormonale kunstalvleesklier voor mensen met diabetes type 1 om precies te zijn. Het resultaat van vijftien jaar ontwikkeling tussen internist-endocrinoloog Hans de Vries van Amsterdam UMC en diabetespatiënt en ondernemer Robin Koops van het bedrijf Inreda. Met dit kastje op broekzakformaat hoeft de diabetespatiënt zelf niet meer te anticiperen op veranderingen in de bloedsuikerspiegel door eetmomenten en lichaamsbeweging. De automatisering behelst ook het monitoren van individuele reacties op insuline en glucagon, waarna het apparaat zelf de parameters bijstelt.

Voor de afsluitende studie is een zogeheten 'subsidieregeling Veelbelovende zorg' van 10 miljoen euro toegekend. Die start in de tweede helft van 2023 met 240 patiënten. Hiermee klopt de bihormonale kunstalvleesklier nadrukkelijk op de deur voor vergoeding in het basispakket. Wellicht al in 2025. De verwachting luidt dat het kastje een sterke afname van diabetes type 1-polibezocht tot gevolg zal hebben. Eerdere studie maakt aannemelijk dat dragers prima uit de voeten kunnen met een jaarlijkse screening, eventuele calamiteiten daargelaten. Op lange termijn zien De Vries en Koops ook mogelijkheden voor mensen met diabetes type 2.



**Retour: Federatie Medisch Specialisten**  
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

