

Speciaal gezant Passende
zorg Jan Kremer
**'Ik ga geen kookboek voor
medisch specialisten schrijven'**

Dossier Medicijntekorten
**'De systeemverandering
die we nodig hebben vergt
minstens acht jaar'**

Mdl-arts Rutger Quispel pleit
voor plantaardig voedsel
**'De oplossing voor allerlei
ziektes ligt op ons bord'**

Medisch Specialist

december
2023

Orthopedisch chirurg
Christiaan Albers over de
start van zijn loopbaan:

**'Lang niet al mijn
generatiegenoten hebben
het geluk te kunnen
vasthouden aan hun vak'**



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Long-COVID kenmerkt zich door aanhoudende symptomen na de initiële COVID-infectie. En die kunnen hardnekkig zijn. Ze stellen de zorg voor grote uitdagingen. Een greep uit recente onderzoeksresultaten.

TEKST FRED HERMSEN

10%

Meer dan 10% van de COVID-19 patiënten kampt ermee, waarvan ongeveer 45% specialistische zorg nodig heeft.

15%

Sinds de start van de pandemie zijn de wachttijden voor revalidatiebehandelingen met 15% gestegen.

30%

Meer dan 30% kampt met depressieve gevoelens of angststoornissen.

75%

meldt vermoeidheid, 50% heeft ademhalingsproblemen en 40% kampt met aanhoudende concentratieproblemen.

20-30%

Tot 20-30% van de mensen met long-COVID zou na zes maanden nog steeds niet in staat zijn om volledig te werken.

25%

van de long-COVID patiënten keert een jaar na hun initiële diagnose meerdere keren terug naar het ziekenhuis.

50-70%

Er is 50-70% lagere kans op long-COVID na een doorbraakinfectie als patiënten zijn gevaccineerd.

40-60%

van de deelnemers aan specifieke revalidatieprogramma's of behandelingen krijgen te maken met verbeterde symptomen.

(Bronnen zijn opvraagbaar bij de redactie)



NR.4
december
2023



6

Speciaal gezant passende
zorg Jan Kremer

'Passende zorg hééft geen vaste receptuur, het is een richting'

Startend reumatoloog
Caroline Aalbers

'Het grootste misverstand is dat mijn vak saai zou zijn'



24



Mdl-arts Rutger Quispel
pleit voor plantaardig
voedsel

'De oplossing voor allerlei ziektes ligt op ons bord'

26

EN VERDER

4 Column Piet-Hein
Buiting: de beste
wensen?

5 Nieuws van
de Federatie:
visie Medisch Specialist
2035

10 Nachtuilen: een
nacht meelopen
met anesthesioloog
Laura van Zeggeren

16 De Opleider:
opleiden is
volgens Elgun Zeegers
geen kunstje aanleren

17 Dossier Medicijn-
tekorten:
voorbeelden, oorzaken
en oplossingen

28 In Balans:
internist Cox
van de Weg hanteert
kruk, krat en knipschaar

in de familie-
wijngaard

32 & nu verder:
plasticdeeltjes
doorbreken de
placentabarrière



OP DE COVER
Orthopedisch chirurg
Christiaan Albers
heeft eindelijk een
vaste aanstelling
Pagina 12

COLUMN

DE BESTE WENSEN?

Mijn witte jas past me niet meer', zei onlangs een medisch specialist tegen me. Midden veertig, en toch besloten om het vak te verlaten. Deze medisch specialist was niet de eerste. In het gesprek dat je dan met elkaar hebt, gaat het natuurlijk primair over de persoonlijke afweging die onder dat besluit ligt. Maar het is niet alléén een kwestie van individuele keuzes. Het staat ook voor een dieperliggend probleem, namelijk dat de omstandigheden waarin medisch specialisten hun werk doen jaar na jaar geleidelijk zwaarder zijn geworden. En het zicht op verbetering achter de horizon verdwijnt.

Terwijl we het eigenlijk ontzettend goed doen. In de medisch-specialistische zorg blinkt Nederland in vergelijking met andere landen uit in het leveren van een hoge kwaliteit tegen een gemiddelde prijs. We hebben al jaren een solide toppositie in de Europese zorgranglijsten. Dat gaat natuurlijk niet vanzelf, zeker niet als je weet dat we stevige uitdagingen hebben door de (dubbele) vergrijzing, door het toenemende tekort aan collega-zorgverleners en de bureaucratische rompslomp. Te midden van al deze uitdagingen streven we dagelijks naar de beste zorg voor onze patiënten. En met succes. Want ondanks dat de totale zorgkosten stijgen, blijven de kosten voor ziekenhuiszorg als percentage van het bruto binnenlands product al jaren stabiel. En dit ondanks de vergrijzing. Onder toenemende druk en met soms beperkte middelen en mensen hebben we dit toch weten te bereiken. Daar mogen we terecht trots op zijn.

De kosten zijn echter niet het grootste probleem van de zorg, dat is wat mij betreft het aantal beschikbare zorgverleners. Daarom is het cruciaal om extra aandacht te besteden aan alle collega's uit ons team, aan elkaar. Dit geldt voor onszelf, maar ook voor de andere partijen in de zorg en de politiek. Als we dat nalaten, lopen we namelijk het risico nog meer collega's te verliezen.

In mijn eerste jaar als voorzitter ontmoette ik bij elk werkbezoek bevlogen medisch specialisten. Elk ziekenhuis heeft zijn eigen uitdagingen, maar steeds hoorde ik dezelfde vragen: Hoe houden we plezier in ons werk te midden van alle uitdagingen? Hoe kunnen we voorkomen dat meer collega's gedesilluseerd raken en de zorg vaarwelzeggen? Want als we één voor één het schip verlaten, wordt de last voor de achterblijvers steeds zwaarder.

Voldoende en leuke collega's vormen een essentiële energiebron. Het afgelopen jaar heb ik op verschillende podia het werken in de zorg vergeleken met topsport, maar om als topteam te functioneren moeten de basisfaciliteiten wel op orde zijn. Toegankelijke patiëntgegevens, uniforme werking van het epd in elk ziekenhuis - er zijn nog genoeg verbeteringen te wensen. Maar het allerbelangrijkste blijft een goed functionerend team, met voldoende collega's. Als we dat hebben, kunnen we niet alleen topzorg bieden, maar ook ervoor zorgen dat we met plezier blijven werken. Want hoe fantastisch zou het zijn als we volgend jaar met meer collega's rond de kerstboom zitten, met zowel de nieuwe aanwas als degenen die er nu al zijn?

Dát is onze beste wens.

Piet-Hein Buiting
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten



Dit kwartaal opgeleverd

Producten

✓ Podcast Patiëntveiligheid

Federatievoorzitter Piet-Hein Buiting en intensivist en co-host Ilse van Stijn gaan in gesprek met longarts en expert patiëntveiligheid Thomas Macken over het belang van openheid bij dwalingen en wat je moet doen als het resultaat van de behandeling anders uitpakte dan verwacht.



✓ MMV-congres

Op 13 december organiseerde de Federatie weer het jaarlijkse MMV-congres, met als thema 'Ruim baan voor de nieuwe dokter'. Zo'n 1.000 opleiders, aios, onderwijskundigen, leerhuismanagers, OOR-coördinatoren en bestuurders namen deel aan dit congres over de medische vervolopleidingen. Kijk een impressie van de dag terug.



✓ Landelijke uitkomstensets

Voor de aandoeningen CVA, hand- en duimbasisartrose, overactieve blaas en veneuze ziekten zijn landelijke uitkomstensets vastgesteld. Deze uitkomsten helpen patiënt en zorgverlener samen beter inzicht te krijgen in de mogelijke resultaten van de verschillende behandelopties (waaronder niet behandelen).



✓ Visie databeschikbaarheid

In dit visiedocument staat hoe toegankelijkheid van patiëntgegevens beter vorm zou moeten krijgen. De gebrekkige beschikbaarheid van patiëntgegevens is een gevaar voor de patiëntveiligheid en een showstopper voor het leveren van passende zorg.



✓ Portretten interprofessioneel opleiden

In de portretserie Leren van voorlopers laten we medisch specialisten aan het woord die ieder op hun eigen manier hun best doen om interprofessioneel samenwerken en leren in de praktijk te brengen en te professionaliseren.



✓ Richtlijnen

Dit kwartaal zijn er vijftien nieuwe of geactualiseerde richtlijnen gepubliceerd, onder meer op het gebied van postoperatieve pijn, stoppen met roken, stralingsbescherming, moleculaire tumordiagnostiek en COPD. 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). Bekijk alle updates.



MEEST GELEZEN

Themapagina: Richtlijnen
1.267 keer bezocht
Nieuwsbericht: Reactie
Federatie op Prinsjesdag
1.448 keer gelezen
LinkedIn: Nieuwe richtlijn
tabaksontmoediging
11.739 weergaven
Podcast: Patiëntveilig-
heid 741 keer beluisterd

Agenda

Loopbaanmonitor Medisch Specialististen

Vanaf 9 januari 2024 kunnen alle aios en medisch specialisten, klinisch fysici, klinisch chemici, ziekenhuisapothekers en sehartsen weer meedoen aan de loopbaanmonitor, het tweejaarlijkse onderzoek naar de loopbaanontwikkeling van (toekomstig) medisch specialisten.



Netwerk Europa

Op 11 januari organiseert de Federatie weer het Netwerk Europa, een fysieke bijeenkomst tussen 18.00 en 21.00 uur voor iedere medisch specialist die geïnteresseerd is in Europese samenwerking.



Visietraject Medisch Specialist 2035

Samen met (toekomstig) medisch specialisten, verpleegkundigen, huisartsen, patiënten en andere experts ontwikkelen we een nieuwe visie voor de rol en werkwijze van de medisch specialist in 2035.



Waarom?

Veel ontwikkelingen beïnvloeden het zorglandschap waarin de (toekomstig) medisch specialist opereert: technologische innovaties,

demografische verschuivingen, macro-economische invloeden, klimaatproblemen, krapte van de arbeidsmarkt en een exponentiële

toename van patiënten met een chronische ziekte. Het is belangrijk hierop te anticiperen en samen een gedragen toekomstvisie te ontwikkelen.

Doe je ook mee?

Je kunt als (toekomstig) medisch specialist een belangrijke inhoudelijke bijdrage leveren. Dit kan door deel te nemen aan landelijke en regionale bijeenkomsten (fysiek en

online) of door binnen je medische staf hierover na te denken. Wil je een actievere rol? Meld je dan aan via MS2035@demedischspecialist.nl.



**Meer informatie
vind je op**
[www.demedischspecialist.nl/
ms2035](http://www.demedischspecialist.nl/ms2035)



SPECIAAL GEZANT PASSENDE ZORG JAN KREMER VINDT DAT WE HET VAKER
MOETEN DURVEN HEBBEN OVER DE TRAGIEK VAN HET LEVEN



‘Ik ga geen kookboek voor medisch specialisten schrijven’

Jan Kremer is hoogleraar Zorg & Samenleving en speciaal gezant
Passende zorg namens het ministerie van VWS. Hij maakt zich hard
voor passende zorg als een brede beweging. Hoe stevig is zijn
geloof in échte verandering?

TEKST ILSE ARIËNS BEELD BRAM PETRAEUS

Passende zorg, wat is dat?

‘Dat is zorg die past bij zowel het leven van mensen als bij onze grote maatschappelijke opgaven. Lang stond de professionele kwaliteit voorop in de zorg, daarna gingen ook de waarden van de patiënt meewegen: wat vindt u belangrijk in uw leven? Inmiddels zijn daar maatschappelijke vraagstukken bijgekomen. Denk aan gezondheidsverschillen tussen rijk en arm, milieuvraagstukken, en niet te vergeten de druk op de zorg. Als we de zorg niet passend gaan inrichten, wordt deze steeds minder toegankelijk voor de kwetsbaren in onze samenleving. Harder en efficiënter werken is niet het antwoord. Anders werken wel.’

Is passende zorg niet een modewoord voor iets wat we allang doen?

‘Elke specialist wil het beste doen voor zijn patiënten, en de meesten doen dat met heel veel gevoel voor maatschappelijke waarden. We zijn er dus al mee bezig inderdaad. Alleen al in het Radboudumc hebben we 130 voorbeelden van passende zorg, door heel Nederland duizenden, maar het moeten er tienduizenden worden. Op veel plekken, bijvoorbeeld in de ouderenzorg, loopt het ons nu al over de schoenen. Passende zorg moet daarom snel voor iedereen topprioriteit worden.’

Vertel ons dan maar wat we moeten doen...

‘Dat hoor ik vaak. Maar medisch specialisten zijn deskundig genoeg, daar ga ik geen kookboek voor schrijven. Passende zorg hééft ook geen vaste receptuur, het is een richting om aan de slag te gaan met de opgaven van nu. Iedereen in de zorg heeft de morele plicht bij te dragen aan deze lerende beweging. Passende zorg kan niet meer vrijblijvend zijn.’

Hoe ziet die lerende beweging eruit?

‘In de kern gaat het om dingen uitproberen, daarop gezamenlijk reflecteren en de goede ideeën van elkaar overnemen. Zo kan een lokaal initiatief uitgroeien tot een landelijk succes. In opdracht van de minister heb ik met een klein team mensen van het Zorginstituut het Kader Passende zorg geschreven. Dat is de basis geworden van het Integraal Zorgakkoord (IZA). Het kader biedt geen oplossingen, maar wel 51 handreikingen aan alle partijen, van patiënten en verzekeraars tot aan zorgverleners en de overheid. Als we daarmee gepassioneerd aan de slag gaan, kunnen we enorme snelheid maken en door muren heen breken.’

Wat vraag je concreet van medisch specialisten?

‘Reflecteer op wat je doet. Kan mijn werk ook anders, zodat het passender is voor patiënt en samenleving? Wacht dus niet op Den Haag of op een nieuw stelsel. En ook niet tot de ict op orde is, want dan wacht je tot sint-juttemis. Kom zelf met initiatieven, ga samen aan de slag. Veel kleine dingen vormen samen een grote verandering.’

Klinkt dat niet wat te makkelijk?

‘Het is niet altijd rozengeur en maneschijn. Je zult echt moeilijke afwegingen moeten maken, en precies daarvoor zijn medisch specialisten uitstekend opgeleid. Een orthopeed vertrouwde me laatst toe: “Mijn werk bestaat steeds vaker uit wikken en wegen of

een operatie wel nodig is, dan uit de goede uitvoering van de operatie zelf”. Dat begrijp ik wel.’

Er zijn veel koplopers, zeg je. Kun je voorbeelden noemen?

‘Ik denk dan aan gynaecoloog Eric Steegers. Hij zag dat de perinatale sterfte in Rotterdam-Zuid veel hoger was dan in Hillegersberg en ging in gesprek met de Rotterdamse wethouder. Hierna voegde hij drie vragen toe aan de anamnese: heeft u schulden, hoe groot woont u, en heeft u een partner die mede voor het kind zorgt? Bij een rood vlaggetje werd via de gemeente het sociaal domein geactiveerd. Dat bracht verlichting voor de moeder en het kind, en hielp ook de zorg.’

‘Een ander mooi voorbeeld vind ik de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC), die werkt aan een passende indicatiestelling voor ic-opname. Wat is het beste voor de zorgverleners, voor de patiënt en de maatschappij? Als je die criteria aan Den Haag overlaat, dan krijg je een standaardregel als “niemand boven de 75 gaat naar de ic”. Je voelt dat dat niet gaat werken omdat er ook 77-jarigen zijn die nog heel goed naar de ic kunnen. Daarom is het zo mooi dat er een groep intensivisten aan de slag is gegaan die weet dat de context ertoe doet.’

Voor nieuw inzicht moet je vaak afstand kunnen nemen. Waar haal je de ruimte vandaan als je gestuurd wordt door een volle agenda, regeltjes en protocollen?

‘Natuurlijk kun je denken: ik ben zo hard aan het zagen dat ik geen tijd heb om de zaag te slijpen. Dan ga je alleen maar harder aan de zaag trekken, en word je alsmaar gestreter. Je kunt ook afstand nemen en zeggen: “Wacht even, kunnen we dit niet beter anders doen?” Grote kans dat zo’n benadering je uiteindelijk tijd oplevert. Bovendien maakt die beschouwing je werk als hoogopgeleide professional veel leuker, je gaat er zelf richting aan geven. Ook denk ik dat meedoen in een lerende beweging je het gevoel oplevert dat je niet alleen bent. Dat gevoel haalt wat van de last van je schouders.’

‘En natuurlijk, het klopt dat medisch specialisten gek worden van alle registraties. Overmatig registreren kan innovatie in de weg staan. Dat moet echt veranderen. Dit najaar schreef ik mee aan Is dit wel verantwoord?, een advies van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Ons advies is de administratieve lasten in vijf jaar tijd te halveren.’

Loop je als je wilt veranderen niet snel tegen muren aan, de bekostiging bijvoorbeeld?

‘Dat klopt. Neem een van de koplopers passende zorg in het Radboudumc, geriater Yvonne Schoon. Zij plaatste vraagtekens bij dure hartklepvervangings bij kwetsbare ouderen. Als opereren kan, ben je als arts geneigd het ook te doen. Maar het is niet altijd de beste keuze. Schoon ontwikkelde een methode waarmee je kunt achterhalen of een patiënt fit genoeg is voor een operatie en of die kan leven met de mogelijke risico’s ervan. Haar idee leidde tot een kwart minder klepvervangingen. Mooi, zou je zeggen, maar het bracht ook productieverlies voor de afdeling cardiologie, dus minder geld voor het ziekenhuis. Het kan niet zo zijn dat je nek op het hakblok komt als je mooie dingen verzint. Aan de financiering



‘Passende zorg hééft geen vaste receptuur, het is een richting’

‘Met medisch specialisten van het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis ben ik onlangs de straat opgegaan om met burgers te praten over de zorg. We komen handen tekort, hoe kijkt u daar tegenaan? Wat kunt u zelf doen, en wat wilt u ons meegeven? Burgers weten, willen en kunnen zelf ook veel. Neem de provincie Zeeland, waar ze een burgerberaad hebben gevormd omdat ze in 2030 7.500 mensen tekortkomen in de zorg. Of Austerlitz, waar geen enkele inwoner met de taxi naar het ziekenhuis gaat, onder het motto: “Wij rijden voor elkaar.” Iedere kwetsbare oudere krijgt daar dagelijks een dorpsgenoot op bezoek. Ik zie in mijn huidige functie heel veel dingen in de samenleving waar ik als gynaecoloog geen weet van had.’

De overheid wil concrete cijfers zien: wat leveren passende-zorg-initiatieven op aan euro's? Wat vind je daarvan?

‘Die benadering vind ik te plat. Zo blijf je bij de oude methode van plannen, implementeren en controleren. Plannen werkt niet, omdat niemand in Nederland weet wat het goede plan is om uit de problemen te komen. Implementeren en controleren impliceert dat je gaat afrekenen, straffen. We moeten naar een nieuwe methode toe van doen, reflecteren en leren. Dat vergt vertrouwen van de overheid. Natuurlijk is het legitiem om ook de euro's mee te nemen, het gaat om belastinggeld, maar het draait om meer.’

Waar staat de overheid zelf in dit geheel?

‘De overheid moet een visie hebben en leiderschap tonen: “Deze kant gaan we op.” Ze moet de regie nemen, de lerende beweging faciliteren en transparant maken wat zorgorganisaties bijdragen. Daarbij moet ze ruimte laten voor onze oplossingen; het kan niet zo zijn dat de overheid gaat voorschrijven hoe wij ons werk moeten doen.’

We krijgen een nieuw kabinet. Wat verwacht je dat dat doet met het zorgakkoord en passende zorg?

‘De grootste groep politici is voor een verantwoordelijkheid die gezamenlijk gedragen moet worden. Ook zie ik dat iedereen de urgentie voelt. Het enige waar ik me een beetje zorgen over maak, is de kans op platte bezuinigingen. Is onze lerende beweging dan sterk genoeg of valt iedereen terug in de oude reflexen van competitie en ruzie maken?’

Kunnen medisch specialisten ook politiek iets betekenen?

‘Als alle zorgverleners van Nederland naar het Malieveld trekken om te eisen dat ze niet langer alleen voor interventies betaald worden, dan wordt het snel anders, dat verzeker ik je. Mijn geuzenmotto is stoutmoedigheid. Wees niet volgzzaam, maar heb lef.’

moet dus ook wat gebeuren. Dat zie je nu trouwens ook beginnen. Het Radboudumc heeft al bijna acht jaar een alliantie met zijn grootste verzekeraar VGZ, die samen met CZ 60 procent van onze zorgkosten financiert. Hierbij is een gegarandeerd budget afgesproken om dit soort vernieuwingen te kunnen doen.’

Spreek je zelf ook met de verzekeraars?

‘Dit najaar ben ik in gesprek met zorgverzekeraars, de NZa en de ziekenhuiswereld over contractering. We bespraken een idee om verzekeraars en ziekenhuizen meer ruimte te geven zélf betaaltitels te bepalen. Het stelsel werkt nu nog niet passend omdat we geen betaaltitel hebben voor wijze besluitvorming. Als de Federatie Medisch Specialisten zegt: “Dit willen we passender gaan doen”, dan moeten ze op verzekeraars kunnen rekenen. We zitten met elkaar in hetzelfde schuitje. We moeten elkaar helpen.’

Passende zorg vraagt om soms scherpe maatschappelijke keuzes: niet alles wat kan, hoeft. Gaan burgers dat accepteren?

‘Ik denk dat wij als zorgverleners soms te veel beloven: kom bij mij en ik los uw probleem op. Anderzijds hebben mensen te hoge verwachtingen van de zorg. In het Kader Passende zorg roepen we politici op om het eerlijke gesprek te voeren met kiezers. Nu worden er beloftes gedaan in de Tweede Kamer en die arme zorgverleners moeten het allemaal maar zien waar te maken. We moeten het vaker durven hebben over de tragiek van het leven. Hoe je het ook wendt of keert, met al onze inzet kunnen we aftakeling en dood niet oplossen. Er zijn grenzen aan genezen en verbeteren. Dat betekent niet dat we dan maar alle ellende moeten accepteren, maar wel dat we bij kanker niet alleen moeten denken aan genezing, maar ook aan hoe we de laatste levensfase betekenisvol kunnen maken.’

NACHTUILEN



Een nachtdienst brengt anesthesioloog en pijn-specialist Laura van Zeggeren (1985) terug naar de essentie van haar vak, vindt ze. 'Je bent de hele avond in touw met een kleiner team en meer op elkaar aangewezen, dat is echt een ander dienstgevoel'. Tussen de vele telefoontjes door houdt ze met het team patiënten in de gaten op de recovery en de pacu, en heeft ze twee OK's onder haar hoede. Of het nu de patiënt is met een nekfractuur, met een geïnfecteerde knieprothese, de peuter met lipletsel of de zwangere die een ruggenprik krijgt, elke patiënt krijgt dezelfde behandeling; haar vriendelijke glimlach en geruststellende woorden. Pas tegen enen kan ze na het bijwerken van de administratie naar de piketkamer om te gaan slapen. Totdat de telefoon weer gaat.



**Bekijk de andere foto's
van Laura's nachtdienst:**
demedischspecialist.nl/nachtdienst



Jong in de zorg

We maken graag en vaak het onderscheid in generaties: de jongere en de oudere medisch specialist. Clichés liggen dan al snel op de loer. In deze editie vragen we door bij een aantal jongere artsen, en zien: de bevlogenheid is groot, en bij iedereen anders.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD MERLIJN DOOMERNIK



Christiaan Albers,
orthopedisch chirurg

‘Mijn toekomst in mijn vakgebied lag buiten mijn macht, zo voelde het’

‘O p verschillende plekken werken is niet erg, maar dan moet je wel perspectief hebben. Dat had ik niet. In mijn vakgebied is het erg moeilijk een vaste aanstelling te krijgen en subspecialisaties maken het nog lastiger. Gelukkig kon ik na mijn opleiding meteen beginnen als chef de clinique. Daarna kreeg ik een vergelijkbare plek in een ander ziekenhuis – die ook tijdelijk bleek. Ik wilde me verder specialiseren in hand-/polschirurgie en schouderchirurgie en was intussen aangenomen voor twee fellowships in Auckland, Nieuw-Zeeland. Mijn vrouw was gelukkig bereid haar werk als advocaat te onderbreken. Toen we vertrokken, was ze zwanger van ons tweede kind. We woonden daar erg prettig en ik had er kunnen blijven, maar aan een leven voor onbepaalde tijd in Nieuw-Zeeland zaten voor ons toch te veel haken en ogen. Terug in Nederland lukte het me ondanks vele sollicitaties niet om een vaste aanstelling te krijgen. Ik werkte buiten mijn eigen vakgebied - van GGD tot haartransplantaties - om maar bezig te blijven. Ik leerde veel maar het maakte me onzeker om lange tijd niet te kunnen doen waarvoor ik hard had gewerkt en was opgeleid. Mijn toekomst in mijn vakgebied lag buiten mijn macht, zo voelde het. Dat maakte het moeilijk optimistisch en positief te blijven. Ook mensen dicht bij me hadden daar last van. Na nog een tijdelijke functie en vergaande voorbereidingen om definitief naar het buitenland te vertrekken, was het na wéér een sollicitatie alsnog raak. Onwerkelijk omdat daarmee de onzekerheid waarmee ik meer dan vijf jaar had geleefd ineens was verdwenen. Die tijd heeft me sterker gemaakt, ja. Ik kan snel schakelen en zet in wat ik in de tussentijd heb geleerd. Desondanks zou ik het hele proces dat ik heb doorlopen niet willen aanbevelen. Mijn ontwikkeling - en die van mijn vrouw en gezin - hebben gevoelsmatig een tijd stilgestaan. Bovendien hebben lang niet al mijn generatiegenoten het geluk te kunnen vasthouden aan het gekozen vak. Om gedreven startend medisch specialisten te behouden voor hun vakgebied, zet ik me nu in voor een specialisme-overstijgend netwerk van de Federatie Medisch Specialisten. Dat maakt zich hard voor de belangen van deze specifieke groep.’



**Anne Koopmans,
psychiater**

‘Doordat ik werk en privé goed afbaken, kan ik mijn vak invullen zoals ik dat wil’

Met aandacht voor een goede werk-privébalans lopen wij psychiaters in ons vak vooruit. Ondanks de hoge werkdruk weten we hoe belangrijk het is te zorgen voor mentaal welzijn. Essentieel daarvoor

zijn goede arbeidsvoorwaarden, met plek voor een gezinsleven, rustmomenten, lichamelijke beweging en bezinning. Met mijn collega's hebben we de zorg zo ingericht dat we makkelijk voor elkaar kunnen waarnemen en informatie op een goede manier aan elkaar kunnen overdragen.

Als psychiater werk ik twee dagen per week, en een dag werk ik vanuit huis. Daarnaast ben ik twee dagen per week leidinggevende in de zorg, omdat ik in mijn werk voor GGZ Parnassia ook graag autonoom wil blijven. Ik wil iets te zeggen hebben over de koers van onze organisatie, blijven meedenken over de inrichting van de zorg voor grotere groepen en niet alleen bezig zijn op het niveau van casussen. Ook als jongere generatie specialisten moeten we betrokken en bevlogen blijven, onze stem laten horen. Dat is belangrijk, want in het nastreven van die goede balans tussen werk en privé ligt wel het risico dat je je betrokkenheid bij de organisatie verliest.

Bij de oudere generatie medisch specialisten zie je dat heilige vuur nog echt. Dat kan ook omdat voor hen thuis vaak alles nog werd geregeld. Onze generatie kent vooral tweeverdieners, en dat maakt de organisatie van een jong gezin lastig. Als er een kind ziek was, had ik wel eens discussie met mijn man, die orthopedisch chirurg is: "Zeg jij patiënten af of ik?" Nu loopt het volgens plan. In mijn vak wil ik tot het einde blijven leren, me ontwikkelen. De afwisseling in mijn werkzaamheden vind ik prettig. Daarom volgde ik ook een promotietraject. "Wat doe je veel en wat krijg je veel voor elkaar", hoor ik wel. Dat komt doordat ik werk en privé goed afbaken. Zo kan ik mijn vak invullen zoals ik dat wil en me daarin vrij voelen.'





Wardell Amerika,
neuroloog

‘Ik ben nou eenmaal een vreemde eend in de bijt, met een andere visie op gezondheidszorg’

Ik wilde neuroloog worden - voor mij de mooiste manier om anderen te kunnen helpen - en een wereldreis maken. Na anderhalf jaar werken als anios neurologie reisde ik twee jaar over de wereld. Ik leerde veel en zag hoezeer culturen, mensen en prioriteiten verschillen. Eenmaal terug solliciteerde ik opnieuw naar een opleidingsplek, maar ik werd vaak te eigenwijs gevonden. Veel aios zijn tevreden als ze hun opleiding succesvol kunnen doorlopen. Eenmaal afgestuurd proberen jonge specialisten in het perfecte reguliere plaatje te passen van het werken binnen een maatschap. Geef hen eens ongelijk; succes verzekerd. Waarom zou je risico willen lopen door buiten gebaande paden te gaan? Maar ik ben nou eenmaal een vreemde eend in de bijt, met een andere visie op gezondheidszorg. In het HagaZiekenhuis houden ze wel van eigenheid. Uiteindelijk kon ik daar aan mijn opleiding beginnen. De organisatie is sociaal, laagdrempelig en weinig hiërarchisch. In die periode ontdekte ik in wetenschappelijke literatuur dat hart- en vaatziekten, kanker en dementie met enorme percentages kunnen afnemen door evidence based leefstijlinterventies. Dat was een eyeopener. Veel patiënten weten dit niet. Ook mijn eigen weg daarin was een ontdekkingsreis.

Een ziekenhuis is echter niet bedoeld om aandoeningen te voorkomen, maar te behandelen. Toch kunnen ook hier - hoewel dat weinig bekend is - leefstijlinterventies effectief zijn. Om mensen met migraine te helpen de juiste leefstijl te vinden, startte ik een leefstijlgemeenschap genaamd Pacea. Sinds kort ben ik afgestudeerd neuroloog. Ik loop geen gebaand pad en pas ook niet in een maatschap. Mijn visie op integrale gezondheidszorg, zingevingsidee en creativiteit stop ik in mijn onlangs opgezette stichting Wardell's Health Solutions. Vanuit integrale zorgcentra zullen onze medisch specialisten verschillende aandoeningen binnen een holistische, multidisciplinaire en evidence based context behandelen. Ons eerste integraal zorgcentrum Zwolle opent haar deuren in januari 2024.

Hopelijk komen er meer gelijkgestemde collega's, nu de Federatie Medisch Specialisten preventie en leefstijlinterventies in het project Opleiden 2025 heeft opgenomen. We hebben andersdenkenden nodig voor een van de belangrijkste opgaves van onze tijd: de zorgtransformatie. Als jonge neuroloog speel ik daar graag een rol in. Ik heb de flexibiliteit om alternatieve benaderingen van zorg te ontdekken en op waarde te schatten. Deze frisse blik is onontbeerlijk; met oude wijn in nieuwe zakken gaan we het niet redden.'

DE OPLEIDER
ELGUN
ZEEGERS

‘Opleiden is geen kunstje aanleren’

WAT GEEF JE MEE?

‘Blijf nieuwsgierig. Het is niet een kunstje dat je leert, het moet iets van jezelf worden. Door tijdens je opleiding te kijken naar je opleiders en mee te nemen wat het best bij je past, vorm je je als medisch specialist. Binnen orthopedie is veel superspecialisatie. Technisch héél interessant, maar het gaat ook om de mens achter de aandoening. Ik leer studenten vooral ook te blijven kijken naar de gehele patiënt, de mens, en niet alleen naar de knie of heup. Niet iedere patiënt met een versleten knie heeft een knieprothese nodig, het moet ook echt waarde hebben voor de patiënt. Dergelijke overwegingen vormen onderdeel van value-based healthcare. Het gaat ook vooral over het bijdragen aan verbetering van kwaliteit van leven. Blijf kritisch, en niet alles wat kan, moet.’

WAT KRIJG JE TERUG?

‘Het geeft me energie om jonge mensen te prikkelen ons mooie vak op te pakken. Werken met andere generaties houdt me ook scherp en genereert nieuwe ideeën bij me. Er is een wisselwerking tussen aios en opleider. De aios opereren samen met alle leden van de opleidingsgroep en zo krijg je soms ook weer tips terug. Het is mooi om aios te zien groeien in hun vak en te zien wat hen bezighoudt. Binnen de centrale opleidingscommissie (COC) werk ik ook intensief samen met de aios, per slot van rekening willen we er samen voor zorgen dat we ook in de toekomst onze zorg in het ziekenhuis kunnen blijven leveren. Het is heel mooi te zien hoe het bundelen van onze krachten tot toekomstbestendige oplossingen en innovaties leidt. Daarbij moeten we vooral ook kijken wat de komende generatie nodig heeft en ook daar kan ik zelf weer wat van leren en meenemen. De werk-privébalans is duidelijk aan het veranderen en vraagt om meer maatwerk. Opleiden is nooit saai!’



Elgun Zeegers is de derde vrouwelijke orthopedisch chirurg die in Nederland werd opgeleid. Zij richt zich met name op kinderorthopedie en ingewikkelde voet- en enkelproblematiek. Elgun is voorzitter van de centrale opleidingscommissie bij Medisch Spectrum Twente in Enschede en zit in de programmacommissie van Onderwijs- en Opleidingsregio (OOR) Noord Oost Nederland.





DOSSIER

Medicijntekorten

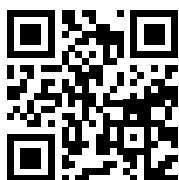
Medicijntekorten leiden in het beste geval tot een tijdelijk minder goed gevulde medicijnkast van apotheker en patiënt. Helaas blijft het daar niet bij. De laatste jaren is meermalen de continuïteit van cruciale behandelingen in het geding geweest. Waar komen tekorten vandaan, is er licht aan het einde van de tunnel en hoe houden we tot die tijd de controle zoveel mogelijk in handen?

Driekwart van de medisch specialisten zegt dagelijks te maken te hebben met medicijntekorten, en denkt dat de tekorten veilige en passende zorg in de weg staan. Een terechte vrees, want het aantal tekorten stijgt: apothekersvereniging KNMP meldde in 2022 1.514 tekorten, een stijging van 50% ten opzichte van 2021. Hoe komt dat? En belangrijker nog: wat doen we eraan?

Leverings- probleem?

Fabrikanten moeten voor 4 weken voorraad hebben. Bij (verwachte) leveringsproblemen moeten zij dit minimaal 2 maanden van tevoren melden bij het Meldpunt geneesmiddelen-tekorten en -defecten van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In 2022 waren er 5.921 meldingen. Meer dan de helft van de leveringsproblemen (55%) komt door vertraagde productie of kwaliteitscontrole van het medicijn, 26% ontstaat vanwege een toegenomen vraag, 14% door problemen met planning of distributie.

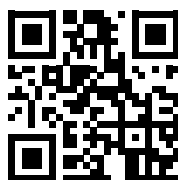
Actueel overzicht van leveringsproblemen:



Alternatief?

Om een tekort te ondervangen, zoekt het Meldpunt samen met artsen, apothekers, fabrikanten en andere betrokkenen in eerste instantie in Nederland naar een alternatief, soms in het buitenland. In 75% van de gevallen is er een alternatief geneesmiddel beschikbaar. Gemiddeld duurt een tekort 91 dagen en 57% van de tekorten is opgelost binnen 10 weken. In uitzonderlijke gevallen zijn er geen of onvoldoende alternatieven beschikbaar in Nederland of afkomstig uit het buitenland. Dan is sprake van een ernstig tekort en kijken het CBG en de IGJ met de beroepsgroepen of maatregelen nodig zijn. Dat kwam in 2022 6 keer voor.

Actueel overzicht van tekorten:



Tekort?

Bij ernstige tekorten van een intramuraal toegepast geneesmiddel onderzoekt het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) samen met de beroepsgroepen of extra maatregelen nodig zijn om de gevolgen voor patiënten te minimaliseren. Denk aan minder voorraad meegeven, een medicijn met een andere werkzame stof inzetten of de schaarse voorraad reserveren voor een bepaalde patiëntengroep. In 2022 is dit 6 keer voorgekomen, onder andere bij het middel Visudyne.

Flowchart van CBG:



Overheid?

Het ministerie van VWS wil een aantal maatregelen nemen om tekorten te voorkomen en op te vangen. Denk aan het stimuleren van de ontwikkeling en productie van medicijnen in Nederland, het optimaliseren van het Meldpunt geneesmiddelen-tekorten en -defecten, het verankeren van het LCG, en het opzetten van een operationeel team geneesmiddelen-tekorten. Het 'tekortenbesluit' is inmiddels ingevoerd, waardoor een geneesmiddel gemakkelijker en zonder individuele artsenverklaring uit het buitenland kan worden gehaald.

Kamerbrief met maatregelen:



‘Zelfs met een kleine voorraad komen we samen best ver’

Begin 2021 was het medicijn Visudyne van het ene op het andere moment niet meer leverbaar. Oogartsen van tien behandelcentra sloegen de handen ineen, op zoek naar een werkbare situatie, met minimale risico's voor de patiëntengroep. 'Inmiddels vinden weer sporadisch leveringen plaats, maar nog steeds onvoldoende om aan de vraag te voldoen', aldus oogarts Yvonne de Jong-Hesse van het LUMC.

Oogartsen kunnen niet om Visudyne - soortnaam verteporfine - heen. Het wordt als fotodynamische therapie intraveneus toegepast in combinatie met laseren van het netvlies. Bij centrale sereuze chorioretinopathie (lekkage van vocht onder de macula) en choroidea hemangioom (vaattumor) zijn geen effectieve alternatieven beschikbaar. Als het middel te lang niet wordt toegediend ligt blindheid op de loer. 'De communicatie rondom het tekort was al direct in 2021 zeer schimmig', herinnert Yvonne zich. 'De importeur verzekerde ons dat het maximaal een paar maanden zou duren. Beloofde leveringen bleven echter ook daarna uit, en niemand kon vertellen waarom. Tegelijkertijd hoorden we in de wandelgangen dat het middel in Japan nog wél beschikbaar was. De reden van dat verschil blijft tot op de dag van vandaag onduidelijk.' De oogartsen ontdekten al snel dat importeurs voor Visudyne op één fabriek in de Verenigde Staten waren aange-

wezen; de kleine afzetmarkt is niet bijzonder interessant voor potentiële andere producenten. CHEPLAPHARM is de vergunninghouder voor heel Europa. 'Door die structuur was het lastig voor ons om zelf met de bron van de productie, en dus ook van het tekort, te communiceren. Onze ziekenhuisapothekers hielpen ons met het speurwerk en de melding van dit tekort bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).'

De indicatiecommissie

Oogartsen van tien behandelcentra besloten hun krachten te bundelen, gecoördineerd door het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG). Die samenwerking was nodig: 'Visudyne wordt niet meer dan zevenhonderd keer per jaar voorgeschreven. Samen konden we onze stem krachtiger laten klinken dan ieder voor zich.' De speci-

aal in het leven geroepen indicatiecommissie bepaalt nu wanneer een oogarts Visudyne mag voorschrijven, waarbij de criteria worden aangescherpt zodra de beschikbaarheid afneemt. 'We evalueren patiënt na patiënt, en bepalen wie het middel binnen drie maanden moet krijgen, en wie nog zes tot acht maanden zou kunnen wachten.' Het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) is van grote waarde, benadrukt de oogarts. 'In goed overleg met IGJ, CBG en de European Medicines Agency (EMA) beheert en verdeelt het LCG de aanwezige voorraad Visudyne in Nederland, onderhoudt het contact met de importeur en levert het prognoses over de hoeveelheid mogelijke behandelingen op basis van de meest actuele gegevens. Je kunt je voorstellen hoe waardevol die inzichten voor ons zijn.'

Beschaamd vertrouwen

Inmiddels vinden weer sporadisch leveringen plaats. De importeur heeft toegezegd dat de levering eind 2024 weer op goed niveau zal zijn. 'Maar voor ons blijft dat een vraagteken', verzucht De Jong. Visudyne is een complex medicijn met een ontwikkelperiode van twee jaar. 'Als ik naar eerdere beloftes kijk, dan schat ik de kans in op 50 procent.

Zo zeer is ons vertrouwen beschaamd. Intussen maken we er maar gewoon het beste van. Het heeft geholpen dat we al direct onze wetenschappelijke vereniging bij het probleem hebben betrokken. Zelfs met een kleine voorraad komen we samen best ver.'



‘Voor medicijntekorten bestaan geen quick wins’

Directeur en apotheker Jan-Dietert Brugma van de poliklinische apotheek van het Erasmus MC leeft dagelijks met de gevolgen van medicijntekorten. Ook als bestuurder van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuisapothekers (NVZA) ziet hij: ‘De boel is vastgelopen. De systeemverandering die we nodig hebben vergt minstens acht jaar.’

Als ik vanavond een boek bestel, heb ik het morgen in huis... Hoe kan het dat de medicijntekorten oplopen terwijl de wereld kleiner wordt en technieken alsmaar verbeteren?

‘Globalisering heeft ervoor gezorgd dat de productie voor een groot deel naar China en India is verhuisd; we hebben onszelf daarmee te afhankelijk gemaakt. Bovendien ging dat gepaard met centralisering. Voor paracetamol zijn er bijvoorbeeld nog maar vier fabrieken wereldwijd. De distributietechnologie heeft ervoor gezorgd dat er minder in voorraad wordt gehouden. Grondstoffekorten en productieproblemen vertalen zich in deze context snel in wereldwijde tekorten.’

Wat was het effect van de COVID-periode?

‘De breekbaarheid van de keten werd ineens voelbaar en het probleem van tekorten kwam meer dan daarvoor bloot te liggen. Het urgentiegevoel groeide ook op het ministerie van VWS, tot in de hoogste regionen. Sindsdien staat het daar prominenter op de agenda. Het meest tastbare dat we aan deze periode hebben overgehouden is vooralsnog het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG), dat probeert tekorten zoveel mogelijk te mitigeren door spreiding van voorraden en productie van geneesmiddelen. Ziekenhuizen mogen nu onderling medicijnen delen in het landelijk belang als de Inspectie Gezondheid en Jeugd (IGJ) daarmee akkoord is, wat daarvoor nog onmogelijk was. Dit is helaas slechts voor een beperkt aantal middelen een tijdelijke oplossing.’

Waarom?

‘Grondstof-, productie- en kwaliteitsproblemen zijn hardnekkig. En de vraag naar medicijnen neemt alleen maar toe. Er zijn systeemoplossingen nodig om de boel los te trekken. Bovendien heeft Nederland ook nog een uitdaging in de bekostiging, onder meer door het huidige preferentiebeleid.

Zorgverzekeraars doen een aanbesteding voor een generiek label dat het goedkoopste is, waarna het geselecteerde label drie jaar wordt gevoerd. Van de generieke middelen die preferent worden aangeboden, zijn er door deze aanpak 39 goedkope producten waar alle grote zorgverzekeraars uitsluitend voor kiezen. Voor de resterende labels blijft uiteindelijk maar 10 procent van de markt over. Producenten die niet uitverkoren zijn om de preferente middelen te leveren, denken al snel: “Voor zo’n kleine markt die overblijft zet ik me niet in, ik vertrek uit Nederland.” Met monopolies van de preferente producenten tot gevolg. En als er dan een tekort ontstaat van het preferente label, blijft er maar weinig bewegingsruimte over en ontstaat er een algemeen tekort op het geneesmiddel. Zo’n tweehonderd producten zijn door drie van de vier grote zorgverzekeraars gecontracteerd.’

Zijn er landen waar dat beter is geregeld?

‘Ik denk dan aan het Verenigd Koninkrijk, dat in vier regio’s is opgedeeld. Iedere kwartaal is er een regio aan de beurt waar een nieuwe lijst met preferente middelen wordt aanbesteed. Producenten krijgen zo iedere keer weer nieuwe kansen om mee te dingen, waardoor het aantrekkelijk blijft om op de markt te blijven en de prijs laag blijft.’

Wordt de urgentie ook gevoeld op politiek niveau?

‘Zeker wel. Op 13 maart van dit jaar schreef de minister een brief naar de Tweede Kamer met een aanpak voor een toekomstbestendig stelsel voor de vergoeding - en daarmee de toegankelijkheid - van nieuwe dure geneesmiddelen. Daarbij zat een toelichting van acht pagina’s, waardoor de Tweede Kamer nu ook meer kennis heeft van de problematiek.’

Zijn er quick wins?

‘Eigenlijk niet, het is een complex samenspel van maatregelen tot op Europees niveau, en er zijn veel belangenafwegingen.



gen nodig, bijvoorbeeld in de sfeer van regelgeving en financiering.'

Hoe ziet de weg naar verbetering er dan uit?

'Ik denk aan een systeemverandering van acht jaar, met globaal drie fases. De eerste jaren moeten we de stijgende tekorten het hoofd bieden. Over een jaar of twee hoop ik dat we het eerste licht aan het eind van de tunnel zullen zien, met een beter preferentiebeleid, afschaffing van het huidige boetebeleid en een vergoedingenbeleid dat een brede toegankelijkheid waarborgt. In de derde fase zullen we productie van meer geneesmiddelen terug naar Nederland – of op z'n minst Europa – moeten halen. En ja, die laatste fase staat op gespannen voet met de milieuwetgeving, want die is in Europa strenger – en dus kostbaarder – dan in China of India. Daarbij denk ik dat we de milieulast beter hier kunnen regelen, in plaats van in een afgelegen gebied in China waar we geen zicht hebben op uitstoot en lozingen.'

Kunnen we die terugkeer aan fabrikanten overlaten?

'De geneesmiddelenproductie naar Europa halen is niet alleen een economische beslissing, maar ook een politieke. De milieueffecten vragen bijvoorbeeld om complexe afwegingen, en de kennis van geneesmiddelenproductie – die op zich nog voldoende aanwezig is – zal verder uitgebouwd moeten worden. We zullen ons daarbij altijd bewust moeten blijven van het feit dat een deel van de farmaceuten zich primair laat leiden door aandeelhoudersbelangen, niet door maatschappelijke verantwoordelijkheid.'

Kunnen apothekers op de korte termijn al beter inspelen op dreigende tekorten?

'Mijn apotheek in het Erasmus MC bedient achthonderd specialisten. De medicijnen die zij voorschrijven kan ik niet allemaal op de voet volgen. Van de in totaal 95 fte zijn er op dit moment vijf gericht op medicij-
nentekorten, denk aan de zoektocht naar alternatieven, importvergunningen, patiënten



'Grondstof-, productie- en kwaliteitsproblemen zijn hardnekkig'

informer en afstemmen met medisch specialisten. Dat sommige artsen om vroegtijdige informatievoorziening vragen bij dreigende tekorten, is begrijpelijk, maar niet mogelijk. Ten eerste weten wij vaak ook niet meer dan wat de Stichting Farmaceutische Kengetallen aangeeft over tekorten. Ten tweede stimuleert vroege informatievoorziening hamstergedrag, wat tekorten juist in de hand werkt. Wat we altijd vragen aan artsen, is dat ze gelijk aan de bel trekken bij hun ziekenhuisapothek zodra ze van tekorten horen. Uiteraard is het dan verstandig patiënten te weerhouden van hamsteren. Via het LCG kunnen we aan spreiding werken en mogelijk eigen productie starten. Samen kunnen we zo de tekorten deels voorkomen.'

**Meer weten
over het huidige
pakket overheids-
maatregelen, zie:**



'Ons draaiboek helpt echt'

De ontstekingsremmer Ro-actema - stofnaam tocilizumab - is een specialité voor reumapatiënten met ernstige klachten. Reumatoloog en voormalig bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Reumatologie (NVR) Inger Meek herinnert zich als de dag van gisteren dat er een run op het middel ontstond.

In juli 2021 adviseerde de World Health Organization om de ontstekingsremmer Ro-actema in te zetten tegen infecties bij COVID-patiënten. 'Dat was voor ons reumatologen schrikken, want de productie van dit biological ligt in handen van één fabriek in de Verenigde Staten en kon niet zomaar worden opgeschaald. Alles leek erop dat er pijnlijke keuzes gemaakt moesten worden tussen vijf- tot achthonderd reumapatiënten en COVID-patiënten op de intensive care.'

Lastige keuze

Waar voor COVID-patiënten op de ic één dosis tocilizumab levensreddend kon zijn, kregen ernstige reumapatiënten het middel maandelijks toegediend. 'Strikt genomen kunnen ze wel even zonder. Maar de pijn bij reuma kan enorm opvlammen als er instabiliteit in de medicatie optreedt, en reumapatiënten die hun medicatie voor langere tijd niet krijgen, hebben een lagere levensverwachting. Zo eenvoudig was de keuze dus niet.' Gelukkig bestond er voor een aantal reumapatiënten een alternatief, het middel Kevzara (stofnaam sarilumab). Maar zelfs met die uitwijkmogelijkheid was er snel landelijk beleid nodig om de distributie van tocilizumab in goede banen te leiden. Voordeel was dat het relatief dure middel alleen bij ziekenhuisapothekers over de toonbank ging. Inger: 'De lijnen waren dus kort. De commissie kwaliteit en COVID-werkgroep van de NVR en de apothekers wisten elkaar direct te vinden.' In no time ontstond een werkgroep met apothekers, COVID-experts, de Federatie Medisch Specialisten en de NVR. 'Zelfs de



fabrikant heeft goed meegedacht, over de levering van meer medicijnen, maar ook over alternatieve behandelingen, wat best bijzonder was.'

Verminderde handfunctie

Tocilizumab komt in twee varianten doses: per injectie of via het infuus. En daarnaast kon ook Kevzara bij COVID-patiënten worden ingezet. 'Daardoor konden we gelukkig aan wat knoppen draaien.' COVID-patiënten kregen met voorrang de doses voor het infuus, wat betekende dat honderden reumapatiënten binnen drie weken moesten worden "omgezet" naar een toediening per injectie. 'Dat was geen sinecure, want de reumapatiënten hebben vaak een verminderde handfunctie, en werden afhankelijk van professionals om de injecties te zetten. We hebben vanuit de NVR dag en nacht gewerkt om deze omslag te helpen maken. We gaven webinars, werkten samen met Reuma-Nederland aan het opstellen van patiënteninformatie, stonden verpleegkundigen en reumatologen bij, hielpen met het opstellen van brieven aan patiënten. Ook voor de groep reumapatiënten die niet kon worden omgezet - zo'n 10 procent - moesten we de zaken goed regelen. En daarbij probeerden we te monitoren wat goed ging en waar knelpunten optraden.' De grote opbrengst van deze geslaagde operatie noemt Inger nu dat er een draaiboek ligt met scenario's bij nieuwe tekorten. 'En dat helpt echt, zoals onlangs bij een tekort van het middel Abatacept.'

Alternatief middel

Wat Inger aan andere vakgroepen zou willen meegeven? 'Bouw hoe dan ook een stevig netwerk waarop je direct kunt terugvallen, vergeet daarbij de patiëntenvereniging niet en benut de kennis van de Federatie Medisch Specialisten.' Ook pleit ze voor zorgvuldige, moderne en transparante communicatie ('Organiseer webinars voor artsen en verpleegkundigen!') En: overweeg al bij ieder dreigend tekort om nieuwe patiënten gelijk op een alternatief middel in te regelen. Ze besluit: 'Artsen horen vaak van tekorten als ze er al zijn; soms pas als patiënten nul op het rekest bij de apotheek hebben gekregen. Mijn grootste tip is dus: onderhoud proactief contact met apothekers.'

Column

‘Het helpt als artsen en apothekers één verhaal vertellen’

Hoewel het werk van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) grotendeels plaatsvindt vóórdat tekorten ontstaan, denken wij ook graag mee als ze er eenmaal zijn. En soms kunnen we al helpen met eenvoudige adviezen aan medisch specialisten, zoals: schrijf tijdelijk niet voor drie maanden, maar voor één maand recepten uit.

Ik begrijp dat zo'n besluit lastig uit te leggen kan zijn aan patiënten die zouden willen hamsteren. Maar juist in die uitleg ligt ook de verantwoordelijkheid van medisch specialisten. We zien het nu nog te vaak gebeuren dat patiënten met onbegrip en soms agressie reageren als ze bij de apotheek niet krijgen wat ze hadden verwacht op basis van hun recept. Het begrip zal toenemen als de artsen en apothekers één verhaal vertellen. Dat vergt afstemming met apothekers en voorlichting door medisch specialisten in de spreekkamer. Heel soms komt het voor dat kritische medicijnen wereldwijd zelfs niet meer in kleine hoeveelheden beschikbaar zijn. Vorig jaar gebeurde dat zes keer. Verder zagen we dat tekorten langer duurden en ernstiger waren. Farmaceuten moeten twee maanden voor een mogelijk tekort daarvan melding maken bij het Meldpunt Geneesmiddelentekorten en -defecten. Dat doen ze frequent, al was het maar om een boete te kunnen voorkomen. Zo kwamen er meer dan vijfduizend meldingen binnen in 2022. Het CBG voert dan een triage uit, waarbij wordt bepaald of er sprake is van een kritisch medicijn. We maken ons minder druk over paracetamol dan over een specialité waar ernstig zieke kinderen van afhankelijk zijn, zoals onlangs het anti-epilepticum Sabril. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) kan op onze voorspraak een tekortenbesluit in De Staatscourant plaatsen, waarmee apotheken en de groothandel de mogelijkheid krijgen de medicijnen in het buitenland te kopen.



Fabrikanten kunnen ook tijdelijk – niet langer dan drie maanden – een beroep doen op hun buitenlandse voorraden met een andere verpakking.

In 2022 werden uiteindelijk 132 tekorten-besluiten geplaatst. In de meeste gevallen bood dit soelaas, maar er waren dus zes kritische tekorten die uiteindelijk tijdelijk niet oplosbaar bleken. Dat gold bijvoorbeeld voor het oogmedicijn Visudyne en de stolseloplossende middelen Actilyse en Metalyse. En dit jaar toen het diabetesmedicijn Ozempic ook gebruikt ging worden door obesitaspatiënten, ontstond daaraan ook een wisselend onoplosbaar tekort. In zulke gevallen bekijken we met beroepsverenigingen of er alternatieven beschikbaar zijn, desnoods een medicijn dat niet de eerste keuze heeft. In het uiterste geval denken we mee over voorrang aan patiënten die ze het hardst nodig hebben. Daarbij werken we ook goed samen met instanties als het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG).

De geneesmiddelenindustrie en -distributie is een complexe, wereldwijde puzzel geworden met veel distributie- en grondstofproblemen. En het helpt niet dat fabrikanten zich meer en meer terugtrekken uit markten waar minder te verdienen valt, om zich op lucratieve niches te richten, bijvoorbeeld in de oncologie. Gelukkig zie ik dat overal de alarmbellen rinkelen. Zo heeft de Europese Commissie de Executive Steering Group on Shortages and Safety of Medicinal Products in het leven geroepen, als onderdeel van de European Medicines Agency (EMA). Het CBG voert intussen druk overleg met de farmaceutische industrie om zich te bekommeren om alle belangrijke geneesmiddelen – zowel in als uit licentie – en werkt met veel partijen samen om tot betere regelgeving te komen. Dat is een kwestie van lange adem. Voorlopig moeten we met de nog steeds stijgende tekorten leren leven.’

Ton de Boer
Voorzitter College ter Beoordeling
van Geneesmiddelen



Reumatoloog Caroline Aalbers: 'Ik laat patiënten meedenken. Het is hun ziekte, hun lichaam'

Waarom ben jij dokter?

'Mijn ouders runden samen een huisartsenpraktijk aan huis. Soms ging de telefoon midden in de nacht. Ik heb lang gezegd dat ik geen dokter wilde worden. Pas aan het eind van de middelbare school beseftte ik dat de zorg een heel mooi vakgebied is. Waarschijnlijk had ik dat onbewust meegekregen van mijn ouders.'

Wat vind je mooi in de reumatologie?

'De breedte. Je kijkt niet naar één orgaan, maar naar de patiënt als geheel. En in de spreekkamer kun je al veel doen: het verhaal uitpluizen, de gewrichten beoordelen, een echo maken. Ik overleg graag met andere specialisten, en leer daar veel van. Omdat reuma een chronische ziekte is, begeleid ik mijn patiënten langdurig en leer ik ook de persoon achter de ziekte kennen. Sommige patiënten zijn me zelfs gevolgd toen ik van ziekenhuis wisselde.'

Welke patiënten vergeet je nooit?

'Patiënten met bijzondere verhalen. Zoals de patiënt die speciale Britse raskatten fokt. En de patiënt die al ver voorbij de pensioenleeftijd is en ondanks zijn ernstige reumatische aandoening nog steeds werkt als boer. Dat soort kennis over mijn patiënten is niet alleen interessant, maar helpt ook in mijn werk. Samen kijken we waar de reuma beperkend is.'

Wat is het grootste misverstand over jouw vak?

'Dat het saai zou zijn, je niet zoveel aan reuma kunt doen en het vooral bij ouderen voorkomt. Ontstekingsreuma krijg je juist vaak op jongere leeftijd. Daarnaast zijn er de afgelopen decennia veel behandelopties bijgekomen, ik kan dus veel betekenen voor mensen.'

Wat streef jij na?

'Betrokkenheid. Soms krijg ik vragen: "Dokter, heb ik dit?" Dan kijken we samen of het klopt. Ik probeer mensen te voorzien van de juiste informatie, zodat ze zich verder kunnen verdiepen. En ik laat hen graag meedenken over de behandelvorm, van injecties tot infuustherapieën. Het is hun ziekte, hun lichaam.'

Speelt lifestyle ook een rol in de behandeling?

'In beweging blijven is goed voor de functie van gewrichten. En er zijn onderzoeken die aanwijzingen geven dat een vegetarisch of veganistisch dieet de ziekteactiviteit bij mensen met bepaalde gewrichtsaandoeningen kan verminderen. Ik heb daar een aflevering over gemaakt met diëtiste Wendy Walrabenstein in de reumatologische podcast Gewrichtige Gesprekken.'

Waarom werk je mee aan de podcast?

'Het is een leuke manier om reumatologisch Nederland te ontmoeten en hun verhaal te delen met een breder publiek. Je kunt mailtjes lezen en naar een congres gaan, maar dankzij deze podcast kun je ook tijdens bijvoorbeeld het hardlopen nieuwe kennis opdoen.'

Beweeg je zelf ook veel?

'Haha, dat kan beter. Ik fiets twee keer per week een halfuur van en naar mijn werk. Dat is vaak een excuus om het hardlopen uit te stellen.'

Op welke uitvinding in jouw vak wacht je met smart?

'We gebruiken vaak standaard behandelprogramma's voor patiënten met inflammatoir reumatische aandoeningen. Het zou mooi zijn als we op basis van specifieke patiëntkarakteristieken behandelkeuzes kunnen maken, bijvoorbeeld door middel van een weefselbiopt uit een gewricht. Hier kunnen echogeleide biopten bij helpen, iets waar ik meer mee wil gaan doen.'

Neem je je werk mee naar huis?

'Meestal ben ik thuis druk met de kinderen en nu ook met de toekomstige verhuizing. Maar soms dwalen mijn gedachten dan af, als ik in de diagnostiekfase nog niet goed weet wat iemand heeft. En spar ik weleens over de communicatie en het beloop der dingen met mijn man, die oogarts is.'

Wat kunnen we deze winter doen om onze gewrichten te sparen?

'Ik heb geen grote wijsheiden hoor, maar veel mensen ervaren meer reumatische klachten bij een weersomslag, kou en vocht. Kneed je dus lekker warm, draag laagjes en blijf zo veel mogelijk in beweging.'



Caroline Aalbers

- GEBOREN 17 december 1981 te Zaanstad
- STUDEERDE geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam (UvA)
- PROMOVEERDE in 2015 aan de UvA met het proefschrift 'Local gene therapy for rheumatoid arthritis'
- NU is ze - na een aantal jaren bij het Flevoziekenhuis in Almere - actief als reumatoloog bij het Amsterdam UMC
- PRODUCEERT samen met collega-reumatologen de podcast Gewrichtige Gesprekken
- HUIVERT graag bij true crime podcasts zoals The Teacher's Pet en The Dropout
- VERHUIST met haar man en twee zoons (7 en 9) van Amsterdam naar Weesp

Beluister de podcast Gewrichtige Gesprekken:



‘Een ziekenhuis dat gezond eten serieus neemt, serveert plantaardig voedsel’

Mdl-arts Rutger Quispel (Reinier de Graaf ziekenhuis) wil dat ziekenhuizen gezonde voeding echt serieus nemen. Daarom bepleit hij een groter plantaardig voedselaanbod voor patiënten, bezoekers en collega's.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘Gezond eten is vooral plantaardig eten, maar dat kwartje viel bij mij ook niet meteen. En dat terwijl ik maag-darm-leverarts ben, een van mijn zusjes vegetariër is, en ik deel uitmaak van een clubje fietsende mannen van middelbare leeftijd die zich druk maken over hun eigen gezondheid en die van de planeet.’

‘Ik snap daarom wel dat mensen niet enthousiast reageren als ik voorstel om minder dierlijke eiwitten te eten en vaker voor plantaardig te kiezen. Het is ook geen voor de hand liggende keuze in een obesogene samenleving. 80 procent van het voedsel in de supermarkt is ongezond. Dat vette, zoute – of zoete – calorierijke vezelarme voedsel is meestal goedkoper dan groenten en fruit, hapt lekker weg en is snel klaar. Mensen vinden dan ook dat je hen iets afpakt als je over minder vlees eten begint – en dan heb ik het nog niet eens over kaas, zuivel en eieren gehad. Maar vooral plantaardig eten verkleint het risico op

hart- en vaatziekten, diabetes, nierziekten, obesitas en kanker. Kortom: het verkleint het risico om patiënt te worden.’

‘We kunnen alleen maar zo veel vlees, vis, zuivel, kaas en eieren eten, omdat ze op een intensieve en industriële manier worden geproduceerd. En daardoor wordt ook onze leefomgeving ziek. Denk aan een te hoge CO₂-uitstoot, te veel uitstoot van methaan, stikstof, fijnstof en ammoniak, en aan de toename van zoönosen. En vergeet ook het pesticide- en watergebruik in de intensieve landbouw niet.

Volgens de American Medical Association heeft de overgang naar een plantaardig dieet een sterker reducerend effect op de uitstoot van broeikasgassen dan welke andere interventie ook. En die transitie is





‘Mensen willen wel veranderen, maar ze willen niet veranderd worden’

nodig, bevestigt de EAT-Lancet-commissie. Een dieet dat voor 80 procent plantaardig is en voor 20 procent bestaat uit dierlijk eiwit is goed voor onze gezondheid én die van de planeet.’

‘Een gezonde planeet, gezond eten en gezonde mensen hebben dus alles met elkaar te maken. Daar moet en wil ik als mdl-arts wat mee. Want in een ziekenhuis willen we zieke patiënten weer gezond krijgen, én bijdragen aan het voorkomen van ziekte. Daarvoor passen we allerlei interventies toe, en het verstrekken van gezond, vooral plantaardig voedsel zou er daar één van moeten zijn. In plaats daarvan bieden we patiënten, bezoekers én collega’s nog steeds maaltijden en snacks aan vol dierlijke producten. Dat klopt toch niet?’


‘Veel mensen vinden het betuttelend als je voorstelt om meer groenten te eten en minder vlees. “Dat bepaal ik toch zeker zelf wel!” Die weerstand kun je alleen stapsgewijs wegnemen. Mensen willen wel veranderen, maar ze willen niet veranderd worden. We zullen daarom verschillende sporen moeten volgen. Informatie en kennis helpen de bewustwording, maar leiden niet automatisch tot gedragsverandering. Daarbij kunnen smakelijke vervangers helpen, maar ook voedsel ruiken en proeven, mensen verleiden met lekker eten, steeds meer plantaardig voedsel vooraan in de vitrine zetten en het vlees stukje bij beetje naar achteren schuiven.’

‘Samen met de facilitaire bedrijven, diëtisten en leveranciers kunnen wij er als ziekenhuizen voor zorgen dat de keuze voor plantaardig voedsel de gemakkelijkste keuze wordt. Het ziekenhuis moet een voorbeeld worden van een gezonde voedselomgeving. In elf New Yorkse ziekenhuizen is plantaardig eten de eerste optie. Het kán dus, als artsen en verpleegkundigen uitdragen dat de oplossing voor allerlei ziektes op ons bord ligt.’



Rutger Quispel
pleit voor een plantaardige
voedseltransitie

IN BA WERK



WERK Als algemeen internist in het Erasmus MC ziet Cox van de Weg veel patiënten met onbegrepen lichamelijke klachten. Eerst goed luisteren, doorvragen, met hart voor de mens achter de patiënt, daarna linkt ze het verhaal aan haar kennis. Niet altijd is er een diagnose, toch biedt ze perspectief. Ga uit je hoofd, voel wat er gebeurt in je lichaam en luister, zo krijg je grip op je klachten, vertelt ze haar patiënten. Ook houdt ze zich bezig met andere vraagstukken in de zorg. Hoe kun je snoeien in de registratielast? Als projectmanager Informatie & Technologie - haar tweede baan - werkt ze aan een digitaliseringsplatform. Ze is geen doorgewinterde ict'er, maar stort zich er gewoon in. Learning on the job. Net als in de wijngaard... alleen wat complexer.

LANS

THUIS



PRIVÉ Geef internist Cox op een zonnige zaterdag een kruk, krat en knipschaar en de dag kan niet meer stuk. Plaats van handeling: haar vaders wijngaard in de Biesbosch, waar rijpe druiven geduldig hangen tot de route naar de fles begint. Alles wijst op de beste oogst tot nu toe, magisch. Hoe werkt een wijngaard? Gewoon doen, en ieder zijn ding. Haar aandeel: plukken en snoeien. Als het maar simpel, repeterend werk is. Fijn contrast met het ziekenhuis. Knip, pluk, krat, knip, pluk, krat; tros na tros komt ze uit haar hoofd en in het moment. Filmische taferelen bij lunch en borrel - met wijn van eigen gaard - doen de rest. Leeg hoofd, vol hart.

PERSOONLIJK LEIDERSCHAP IS DE BASIS VAN MEDISCH LEIDERSCHAP

Voor medisch specialisten is invulling geven aan medisch leiderschap een grote uitdaging. Het realiseren van verbeteringen in de gezondheidszorg, samenwerken met anderen en informeel leidinggeven vragen veel van persoonlijke competenties, motivatie en vitaliteit. In het model over medisch leiderschap dat De Academie voor medisch specialisten gebruikt, vormt persoonlijk leiderschap het uitgangspunt. On trainingsaanbod op het gebied van persoonlijk en medisch leiderschap is uitgebreid en gevarieerd. We lichten er hier vier uit.

Persoonlijk leiderschap

Met deze eendaagse training investeer je op een laagdrempelige manier in het verder ontwikkelen van persoonlijk leiderschap. Je krijgt meer inzicht in je eigen kracht, valkuilen en energiebalans, waarmee je de eerste stap maakt naar medisch leiderschap. Je leert in de hectische dynamiek van alledag met nieuwe, steeds veranderende situaties en omstandigheden om te gaan, en focus te houden op wat van algemeen en persoonlijk belang is.

Duur: 1 dag

Accreditatie: 6 punten

Kosten: € 745

Meer informatie:



Krachtig persoonlijk leiderschap

Tijdens deze driedaagse training ga je aan de slag met de thema's zelfinzicht, persoonlijke visie en doelen, regie in werk en leven, vitaliteit, zingeving en autonomie. Er is veel ruimte voor inbreng van deelnemers om op individueel niveau persoonlijk leiderschap te versterken. Door de uitwisseling met vakgenoten kan de context en (h)erkenning bijdragen aan begrip en inzicht over persoonlijk leiderschap in de organisatie.

Duur: 3 dagen, waarvan eerste 2 aaneengesloten met overnachting

Accreditatie: 18 punten

Kosten: € 1.850

Meer informatie:



Speak up dear! Voor vrouwelijke artsen

Hoe leid je moeilijke gesprekken met je patiënt, collega of leidinggevende in goede banen? Hoe neem je als leider een sterke positie in zonder weerstand op te wekken? En hoe ga je om met veeleisende afdelingshoofden, collega-artsen, samenwerkingspartners of maten? Deze training leert vrouwelijke artsen om te gaan met de dubbele standaard die ook binnen de medische wereld geldt om niet te dominant, maar ook niet te aardig te zijn.

Duur: 2 dagen met enkele weken ertussen

Accreditatie: 12 punten

Kosten: € 2.025

Meer informatie:



Professioneel communiceren

Voor a(n)ios en medisch specialisten is professioneel kunnen communiceren belangrijk, zowel binnen als buiten de spreekkamer. Met professionele communicatie vergroot je jouw impact. Jouw boodschap komt over, werkt zowel in het contact met patiënten als in de samenwerking met collega's, medewerkers en managers. Deze training is interactief en praktijkgericht door de ingebrachte casussen van deelnemers. Omdat de trainingsgroep klein is, is er veel ruimte om te oefenen.

Duur: 1 dag

Accreditatie: zie website

Kosten: € 745

Meer informatie:



COLOFON

Jaargang 9, december 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, Sjeff van der Lans.
Eindredacteur: Vanessa Cruz.
Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermens (Maters en Hermens 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 Lankeren (radio- loog), Yee Lai Lam (dermatoloog).

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermens 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,

e-mail: 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/ 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, 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 veeleevoudigd, 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.

Juridisch advies nodig?

Heb je een geschil met je werkgever? Problemen bij je opleiding? Of wil je juridische ondersteuning bij het vaststellen van de goodwill? Wie is aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten via zijn of haar wetenschappelijke vereniging, lid is van de LAD of De Jonge Specialist kan kosteloos voor 20 uur per jaar juridische dienstverlening krijgen van ons Kennis- en dienstverleningscentrum. Wij geven onder andere advies bij arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en msb-contracten. Ook kun je bij ons terecht met vragen over rechtsbijstand bij klacht-, tucht-, of strafzaken.



Op onze website vind je de antwoorden op veelgestelde juridische vragen: www.demedischspecialist.nl/juridisch-advies



In editie 3 van Medisch Specialist besteedden we aandacht aan deze bihormonale kunstalveesklier voor mensen met diabetes type 1, een innovatie ontwikkeld door het Amsterdam UMC en Inreda. De kunstalveesklier bestaat uit twee delen, maar per

abus hebben wij een afbeelding van één van de twee delen bij het artikel geplaatst. Op deze afbeelding zie je de complete innovatie.

Het artikel is ook terug te lezen op www.demedischspecialist.nl/magazine



& nu
verder

Plasticdeeltjes doorbreken de placentabarière

Ze zijn overal in ons lichaam terug te vinden. Toch is er maar weinig bekend over de gezondheidseffecten van micro- en nanoplasticdeeltjes in het lichaam. Reden voor de EU om een grootschalig onderzoeksprogramma te starten in 2021, met 75 organisaties uit 21 landen. Hoogleraar milieu-epidemiologie en exposoom-analyse bij UMC Utrecht Roel Vermeulen is binnen dit onderzoekscluster coördinator van het AURORA-project, dat specifiek de effecten van plastic op de ontwikkeling van het ongeboren kind onder de loep neemt. Dat nanodeeltjes de placentabarière passeren is vastgesteld. Maar kunnen micro- en nanoplasticdeeltjes dat ook?

Belangrijkste vraag is of deze deeltjes kunnen leiden tot groei- of cognitieve ontwikkelingschade bij het kind – nét zoals deeltjes die door bijvoorbeeld luchtvervuiling in het lichaam belanden. Zo ja, dan luidt de volgende vraag of dit door de deeltjes komt en/of door chemische componenten in en op het deeltje, zoals weekmakers. Versterken beide elkaar wellicht? Een andere onzekerheid is een mogelijk gezondheidseffect waar nog nooit iemand aan heeft gedacht. Dat alles moet de komende twee jaar duidelijk worden uit onderzoek bij achthonderd moeder-kind paren.

Na afloop van de vijf grote, internationale onderzoeken zal de regelgeving rondom het gebruik van plastics zeer waarschijnlijk verder worden aangescherpt, zo luidt de verwachting. Waaronder de stroom plasticafval na eenmalig gebruik in ziekenhuizen. Wat Roel Vermeulen betreft hoeven we daar echter niet op te wachten: minder plastic is altijd goed als we denken aan grondstoffenverbruik en milieuvervuiling. De medisch specialist is bij uitstek ambassadeur voor zo'n maatschappelijke verandering, vindt hij. Om patiënten voor te lichten én om te kijken wat er binnen de medische sector gedaan kan worden om het gebruik van plastic te verminderen.

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

