

Uroloog en opleider Stefan
Haensel leert zijn aios
**'Je moet ook "ik weet het niet"
durven zeggen tegen de patiënt'**

Dossier Duurzame inzetbaarheid
**'Er is een grens aan
veerkracht en die ligt bij
iedereen anders'**

Internist-oncoloog Miriam Wumkes
pleit voor behoedzaamheid
**'Optreden in de media? Denk
aan wat je teweegbrengt'**

Medisch Specialist

maart
2024

Internist ouderengeneeskunde
Andrea Maier over gezond oud
worden

**'Ik vind normaal
niet goed genoeg'**



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



De Federatie verenigt 23 duizend medisch specialisten in 32 vakgebieden, ondersteunt de ontwikkeling en de uitoefening van hun vak en laat één krachtige stem horen in politiek en samenleving. Die opdracht schept verplichtingen. Wat hebben we gedaan en bereikt in 2023? Een overzicht in vogelvlucht.

TEKST VANESSA CRUZ

7.224.495

keer brachten leden een bezoek aan onze Richtlijndatabase, onze speciale app telde 23.431 gebruikers

23.564

mensen volgen ons op LinkedIn, een stijging van 17,8% t.o.v. het jaar daarvoor

9.951

keer werd het nieuwsbericht 'Nieuwe acties van de baan met verbeterd resultaat Cao Ziekenhuizen' gelezen

6.632

gebruikers telde de digitale leeromgeving DLO ter ondersteuning van landelijk onderwijs

3.693

deelnemers bezochten onze 12 evenementen, waaronder die van Netwerk AI, Netwerk Startende medisch specialisten en visietraject Medisch Specialist 2035

2.590

juridische vragen en dossiers hebben we behandeld - tweederde was arbeidsrechtelijk van aard. Onze inzet werd gewaardeerd met 8,6

1.700

aio's en medisch specialisten volgden 160 trainingen en leergangen

van onze Academie voor medisch specialisten

1.438

keer werd onze podcast over artificial intelligence beluisterd

698

nieuwe modules bij 75 richtlijnen verschenen in 2023

633

medisch specialisten zetten zich in 2023 actief in voor 30 commissies, werkgroepen, klankbordgroepen en raden

18

kwaliteitsvisitaties werden met ondersteuning van ons Kennisinstituut uitgevoerd, 110 medisch specialisten volgden een opleiding tot visiteur



Een uitgebreid jaarverslag vind je eind maart op onze website



NR.1
maart
2021

Deze drie medisch specialisten zijn one of a kind

Hoe laten deze gedreven vernieuwers hun sporen na?

12

Dossier Duurzame inzetbaarheid

Hoe houden we medisch specialisten gezond, veilig en met plezier aan het werk?



17



24

Startend arts-microbioloog Bas Mourik richtte zijn eigen soa-kliniek op

‘Accepteer geen nee’

EN VERDER

4 Column Piet-Hein Buiting: De zorg heeft snelheid nodig

5 Nieuws van de Federatie: dit kwartaal opgeleverd

6 Nachtuilen: meelopen met psychiater Richard van Elmpt op de crisisdienst psychiatrie Amsterdam

16 De Opleider: uroloog Stefan Haensel luistert

stiekem mee

26 Pleidooi: internist-oncoloog Miriam Wumkes pleit voor behoedzaamheid bij mediaoptredens

28 In Balans: aios kinder-

geneeskunde Thijs Geurds scoort punten op het handbalveld en in de spreekkamer

32 & nu verder: een levertransplantatie hoeft niet langer bij nacht en ontij



OP DE COVER

Internist ouderengeneeskunde Andrea Maier introduceert een spiksplinternieuw specialisme

Pagina 8



COLUMN

DE ZORG HEEFT SNELHEID NODIG

In het ziekenhuis is het business as usual. Dat moet ook wel want de patiëntenzorg gaat altijd door. Op de spoedeisende hulp zitten de wachtruimtes vol, operatiekamers draaien op volle toeren en voor veel medisch specialisten staat vandaag gewoon weer een volle poli op het programma. Er is volop bedrijvigheid, patiënten kunnen immers niet wachten op politieke ontwikkelingen.

Het is alweer acht maanden geleden dat het kabinet viel, en vier maanden geleden mocht Nederland opnieuw naar de stembus. Sindsdien hebben we te maken met wisselingen binnen het kabinet en een zich voortslepende formatie. De verhoudingen in de Tweede Kamer zijn stevig door elkaar geschud, wat kan leiden tot uitdagende besluitvorming, vooral op gevoelige dossiers zoals het afschaffen van het eigen risico. Begrijpelijk dat op politiek gevoelige onderwerpen gewacht wordt tot er een nieuw kabinet is gevormd. Maar in de tussentijd staan we wel voor grote uitdagingen in de zorg. Stilstand op de zorgwerkvloer is geen optie. En in de politiek eigenlijk ook niet. Kunnen we de vaart erin houden?

Als ik kijk naar de uitdagingen waar we in de zorg voor staan, is het van belang dat de politiek oog heeft voor onderwerpen waarover consensus bestaat. Gelukkig is er in de Tweede Kamer steun voor het aanpakken van urgente kwesties zoals het personeelstekort, de dubbele vergrijzing en de verbetering van de gegevensuitwisseling in de zorg. En waarop dus besluiten genomen kunnen worden, ook zonder dat er een nieuw kabinet is gevormd.

Terwijl politici onderhandelen, werkt het zorgveld hard door om handen en voeten te geven aan de oplossing van de problemen van alledag. Met het uitvoeringsakkoord voor gegevensuitwisseling bijvoorbeeld, hebben we concrete actie ondernomen om de beschikbaarheid van patiëntgegevens te verbeteren. Gedragen door alle partijen in de zorg. Dit akkoord brengt ons dichterbij het ideaal altijd en overal toegang te hebben tot de juiste patiëntgegevens op het juiste moment. Over zo'n belangrijke kwestie, waar iedereen het over eens is, zou snel een besluit genomen moeten kunnen worden.

Als ik zo terugkijk op de afgelopen maanden, zie ik dat de zorg nooit stil staat. Zorgverleners zijn dag in, dag uit druk bezig om topzorg te leveren aan hun patiënten. Terwijl politieke ontwikkelingen hun tijd nemen, gaat de zorg gewoon door. Dus politiek: voordat wij de patiënt worden die niet kán wachten, de zorg heeft snelheid nodig.



Piet-Hein Buiting
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten

Dit kwartaal opgeleverd

Richtlijnen

Dit kwartaal zijn er 16 nieuwe of geactualiseerde richtlijnen gepubliceerd, onder meer op het gebied van multiple sclerose, benigne gynaecologische aandoeningen en stoornissen in het gebruik van alcohol. Wil je op de hoogte blijven

van richtlijnen die voor jou relevant zijn? Abonneer je dan op updates in de Richtlijndatabase app (via Appstore of Playstore).



Registratiewijzer 2024

Onze Registratiewijzer 2024 geeft een overzicht van de wijzigingen in de NZa-registratieregels per 1 januari 2024. In deze editie zijn enkele definities niet meer opgenomen. Onder andere de begrippen 'eigen patiënt', 'eigen zorgverlener' en 'hoofdbehandelaar' komen te vervallen.



Medisch Specialist 2035

Wil je op de hoogte blijven van onze visie-ontwikkeling? Of ben je geïnteresseerd in het starten van een discussie over de rol en werkwijze van medisch specialisten in 2035 binnen jouw organisatie? Op onze themapagina vind je praktische informatie, zoals webinars en video's, die je op weg kunnen helpen.



Leidraad Duurzaamheid

Met de nieuw verschenen leidraad Duurzaamheid in richtlijnen zetten medisch specialisten een belangrijke stap voorwaarts naar meer

duurzame zorg. De leidraad bevat handvatten om duurzaamheidsaspecten mee te nemen bij het ontwikkelen van richtlijnen.



Netwerk Startende Medisch Specialististen

Op onze nieuwe themapagina lees je meer over het Netwerk Startende Medisch Specialististen. Zij houden zich onder andere bezig met specifieke uitdagingen die zij ervaren op het gebied van arbeidsmarkt, duurzame inzetbaarheid en fellowships. Maak kennis met het netwerk en hun activiteiten.



Leidraad Verantwoord wisselen medicijnen

De leidraad Verantwoord medicijnen wisselen is geactualiseerd. Er zijn wijzigingen in de categorie rood (niet wisselen, tenzij het medicijn door tekorten niet (meer) verkrijgbaar is in Nederland) en de categorie oranje (alleen wisselen als is voldaan aan de voorwaarden die in de leidraad zijn overeengekomen).



Rapport Leren over samen beslissen

De Federatie, V&VN en de NFU publiceerden het rapport Leren over samen beslissen - een impuls voor passende zorg.

MEEST GELEZEN

Nieuwsbericht: Onderhandelaarsakkoord bereikt over nieuwe AMS
2.511 keer gelezen
LinkedIn: Brief aan de informateur 13.337
weergaven en 153 likes
Podcast: Armoede
783 keer geluisterd

Het rapport geeft inzicht in de kansen en obstakels bij samen beslissen en biedt adviezen voor het landelijk en regionaal toepassen van samen beslissen in de praktijk.



Podcast over impact van armoede

In deze podcast gaan Federatievoorzitter Piet-Hein Buiting en co-host en intensivist Ilse van Stijn in gesprek met psychiater Birit Broekman. 'Armoede is een van de grootste gezondheidsproblemen die we kennen', geeft Buiting aan. Hoe ga je daarmee om en welke rol hebben medisch specialisten?



Meer nieuws vind je op demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht

26 maart

Netwerk Artificial Intelligence

Grote taalmodellen (Large Language Models) worden steeds vaker gebruikt in de zorg. Hoe kunnen zulke modellen de zorg verbeteren? En hoe gebruik je deze tools op een veilige manier? Tijdens het Netwerk AI gaan we hier dieper op in. Meer informatie via de qr-code.



17 april

Slotcongres 75 jaar LAD

In het kader van hun 75-jarig bestaan organiseert de LAD een reeks bijeenkomsten over de toekomst van de zorg: hoe gaan we om met alle uitdagingen die op de zorg afkomen en welke rol kun je daar als zorgprofessional zelf in pakken? Op 17 april 2024 worden tijdens het slotcongres alle bevindingen gepresenteerd.



8 mei

Netwerk Europa

Het netwerk zet zich in om de samenwerking met andere Europese landen op het gebied van medisch-specialistische zorg te verbeteren. En heeft als doel om informatie uit te wisselen, ervaringen te delen en discipline overstijgende kwesties te bespreken.



16 mei

Netwerk Innovatie

Op donderdag 16 mei organiseert de Federatie een fysieke bijeenkomst van het Netwerk Innovatie van 19.00-21.00 uur in Utrecht (inloop met buffet vanaf 18.00 uur). Het thema van de avond is Innovaties die de werkdruk verlichten. Meer informatie via de qr-code.



Bekijk onze complete agenda op www.demedischspecialist.nl/agenda

NACHTUILEN



In Amsterdam neemt psychiater Richard van Elmpt de leiding tijdens een nachtdienst bij de Spoedeisende Psychiatrie Amsterdam (SPA) aan de Eerste Constantijn Huygensstraat. Met jaarlijks zo'n 60 duizend telefoontjes - gemiddeld 165 per dag - staat de SPA-meldkamer nooit stil. De mensen die acuut hulp nodig hebben van zijn team variëren van agressieve ouderen tot individuen met zelfmoordgedachten. Eén melding zet hem en een andere arts ertoe voor een verwarde man naar Politiebureau Zuidoost Bijlmermeer te rijden. Snel beslissingen nemen is wat hij de hele avond doet, het liefst het minst ingrijpend, in proportie. 'Een vak van onzekerheid, een uitspraak gejat van een collega', zegt hij, waarbij elke situatie vraagt om een snelle, doordachte beslissing in het belang van de cliënt. Met bedankkaartjes aan de muur als stille getuigen van de impact van hun zorg, en een jong team vol lef, werken ze onvermoeibaar door in de nacht, wetende dat alles mogelijk is in de wereld van de spoedeisende psychiatrie.



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





VOLGENS INTERNIST OUDERENGENEESKUNDE ANDREA MAIER IS
VEROUDERING EEN ZIEKTE DIE WE TEGEN KUNNEN GAAN



‘Ik vind normaal niet goed genoeg’

Het is geen onderdeel van leefstijlgeneeskunde of een vorm van preventie, maar een spiksplinternieuw specialisme dat de ziekenhuiswereld op zijn kop gaat zetten. Aldus internist ouderengeneeskunde Andrea Maier, de motor achter healthy longevity medicine.

TEKST MALOU VAN HINTUM | BEELD LARS VAN DEN BRINK

Andrea Maier knuffelt haar koningspoedel terwijl ze vanuit een fauteuil via Zoom vragen beantwoordt. ‘We hebben net vijftien kilometer gelopen en dit vindt hij heerlijk,’ zegt ze met een glimlach. Ze praat snel en doorspekt haar zinnen met Engelse termen. Gedreven, soms ongeduldig. Maier heeft een missie. En ze heeft haast. De vergrijzing gaat hard, heel hard: ‘In Nederland is sprake van een dubbele vergrijzing, maar in Singapore is het nog veel erger. Daar werken het Ministry of Manpower en het Ministry of Health samen om drie dingen omhoog te krijgen: fertilititeit, healthspan en productiviteit.’ Maier, die in Singapore de eerste healthy longevity-kliniek oprichtte, loopt er regelmatig naar binnen.

Healthy longevity medicine betekent optimalisatie van het lichaam door tijdens het verouderingsproces veroudering tegen te gaan. Wanneer begint dat verouderingsproces?

‘Het verouderingsproces begint in feite al vóór de conceptie. We hebben een relatief slechte start doordat de eitjes en zaadjes van onze ouders te oud zijn, biologisch gezien beginnen ze te laat aan kinderen.’

Je hebt ook gezegd dat we allemaal patiënt zijn...

‘Ja, de veroudering maakt ons automatisch patiënt. Er bestaat een grote behoefte om dat verouderingsproces tegen te gaan. Het aantal private klinieken dat daarop is gericht, stijgt razendsnel. Recent is ook een consortium opgericht dat publiek gefinancierde ziekenhuizen samenbrengt om deze nieuwe zorg vorm te geven: de Mayo Clinic (in de Verenigde Staten), Sheba (in Israël) en het National University Health System (in Singapore) werken allemaal samen.’

Wat schieten we ermee op om van iedereen een patiënt te maken?

‘In 2013 heb ik voor het eerst in de krant gezegd “veroudering is een ziekte die we kunnen tegengaan”. Zes jaar geleden kwam ik tot het inzicht: dit kunnen we ook écht. We hebben overleg gehad met de WHO (World Health Organization, *red.*). Die heeft in 2018 de extensiecode “ouderdomsgerelateerd” (XT9T) toegevoegd aan de ICD-11 (International Classification of Diseases, *red.*). Het gaat dan, volgens de definitie van de WHO, om ziekten “veroorzaakt door pathologische processen die aanhoudend leiden tot het verlies van aanpassing en vooruitgang van het organisme op oudere leeftijd”. Momenteel leven we in de United Nations Decade of Healthy Aging (2021-2030, *red.*). We hebben een groot probleem – de groeiende vergrijzing. We hebben heel veel zieke patiënten, we hebben de diagnostiek om veroudering vast te stellen en we hebben passende interventies. Dan is het logisch om veroudering naar de kliniek te brengen.’

‘Ik wil niet de lifespan verlengen, maar de healthspan. Het gaat erom dat we langer gezond zijn.’

Wat maakt healthy longevity medicine anders en beter dan preventie of leefstijlgeneskunde? Die zijn ook gericht op gezond ouder worden. Meer bewegen, gezonder eten, verbeteren van maatschappelijke leefomstandigheden zoals lawaai en fijnstof...

‘Hulde aan de leefstijlgeneskunde om de WHO-richtlijnen echt op populatieniveau te implementeren en er geld voor vrij te maken. Ik ben ook voor maatregelen zoals een vet- en suikertax. Maar dat zijn maar heel kleine stapjes om het lichaam te optimaliseren. Leefstijlgeneskunde is vaak gericht op mensen die ziek dreigen te worden. Mensen die aan de grens van diabetes hangen, mensen die een te hoge bloeddruk hebben. Dat is het redden van een patiënt die al bijna een ziekte heeft. Dan ben je in mijn ogen te laat. Preventieve geneskunde wordt vaak gekoppeld aan een jaarlijkse gezondheidsscreening. Dat is helemaal niet slecht, maar het doel van zo’n screening is beperkt: het eerder vaststellen van een ziekte. Tussen twee screenings in wordt vaak niets gedaan. Vervolgens wordt dan een jaar later een ziekte vastgesteld. Dat is de normale aanpak, maar wij vinden normaal niet goed genoeg.’

Wat moet er anders?

‘We moeten naar optimaal. De huidige klinische praktijk is gericht op het vinden van afwijkingen. Normaal wordt gedefinieerd door een afkappunt te bepalen voor groepen, en die groepen zijn enorm heterogeen. Maar als bijvoorbeeld je bloeddruk “normaal” is, wil dat niet zeggen dat die optimaal is om jóuw lichaam te laten functioneren. Zo kijken wij wél. Wij zijn gericht op het finetunen in het normale gedeelte. We onderzoeken wat voor iemand een optimale bloeddruk is, een optimale vitamine D-spiegel, een optimale zink-spiegel, het optimale aantal bloedcellen, enzovoorts. Daarom zeg ik tegen iedereen: weet wat je met je meedraagt. Laat je microbiom testen. Je epigenetica, je VO2max (maximale zuurstofopnamevermogen, *red.*). Als die nu al 20 of 30 milliliter per minuut per kilogram is, haal je waarschijnlijk de tachtig jaar niet. We hebben zo veel kennis die evidence based is, we hebben data die betrouwbaar zijn; waarom zouden we langer wachten om te optimaliseren?’

De Federatie Medisch Specialisten werkt aan een toekomstvisie voor 2035. Specialisten maken zich zorgen over de toenemende vergrijzing, de hogere ziektelast, de groeiende ongelijkheid in de samenleving en de – financiële en personele – noodzaak om keuzes te maken. Met jouw kliniek voor niet-zieke patiënten komt er nog een kostenpost bij. Welk probleem los je op?

‘Het probleem is dat de medisch specialisten nu patiënten zien waar je op lange termijn niet de meeste gezondheidswinst uit kunt halen. Ik heb het over een heel nieuw specialisme – en dat is in eerste instantie aanvullend – om mensen te optimaliseren, zodat de tijd tussen *healthspan* (de gezonde levensduur) en *lifespan* zo veel mogelijk wordt bekort door de healthspan te verlengen en de incidentie van chronische aandoeningen uit te stellen. Daardoor zullen al die andere specialismen over tien tot twintig jaar minder werk hebben.

Wat ik de specialisten wil meegeven: realiseer je dat er ontzettend veel kennis is over de optimalisatie van het lichaam. Hopelijk hebben jullie een intrinsiek verlangen om dat prachtige menselijke



Andrea Maier is vooraanstaand onderzoeker op het gebied van de gerowetenschappen – het snijvlak van verouderingsbiologie, chronische ziekten en gezondheid. Als hoofdonderzoeker in de gerontologie, maar ook als specialist in interne geneeskunde en geriatrie, richt haar verouderingsonderzoek zich op leeftijdsgebonden ziekten, cellulaire veroudering (verouderende cellen) en de vertaling van resultaten naar de klinische praktijk. Ze heeft bijna vierhonderd peer-reviewed artikelen gepubliceerd en leverde met haar

Age Research Group belangrijke bijdragen aan veelgeprezen mondiale en multidisciplinaire innovaties. Andrea is hoogleraar aan het VU Medisch Centrum in Amsterdam en de Universiteit van Melbourne, Australië. Ze richtte de Healthy Longevity Medicine Society op en is lid van de WHO. Daarnaast neemt ze zitting in prestigieuze internationale academische en gezondheidsbeleids- en financieringscommissies. In 2016 was zij te gast bij Zomergasten van de VPRO, waar ze werd geïnterviewd door Thomas Erdbrink.

lichaam langer in goede staat te houden, ook al zal dat waarschijnlijk leiden tot afnemende aantallen patiënten die je bovendien pas heel laat in hun leven zult zien.’

Hoe zit het met de kosten? Alles wat nieuw is, kost extra geld. Dat is er niet.

‘Natuurlijk zijn er investeringen nodig, maar ik verwacht dat op termijn door de nieuwe aanpak de zorgkosten zullen dalen en de economische productiviteit van mensen omhooggaat. Dit wordt ook *longevity dividend* genoemd. Bovendien hoeft healthy longevity medicine niet duur te zijn. Toen ik begon binnen het verouderingsonderzoek, kostte het heel veel geld om één SNP (een genvariatie waarbij in het DNA één nucleotide wordt vervangen door een andere, red.) te bepalen. Ik kan nu grote delen van het menselijk genoom laten screenen voor 300 euro en dat hoeft maar één keer in iemands leven. Waarom gebruiken we deze informatie niet? Laten we iedereen testen.

Daarnaast kopen mensen zelf technologie die allerlei bruikbare gegevens oplevert, zoals smartphones, smartwatches, smart rings, et cetera. Denk aan het meten van fysieke activiteit, hartslag, temperatuur, slaapduur en slaapstadia. Maar ik heb nog geen enkele huisarts of specialist horen zeggen “mag ik gebruikmaken van uw data om u beter te kunnen volgen, zodat ik weet wanneer u medicijnen nodig heeft of er aanpassingen nodig zijn?” Terwijl we zó veel uit die data kunnen halen. Die technologie wordt bovendien steeds goedkoper en toegankelijker.’

Stel dat een ziekenhuis tegen je zegt: vertel wat wij anders moeten doen om dit in de praktijk te brengen. Wat zeg je dan?

‘Voordat ik healthy longevity medicine groot zou uitrollen in Nederland, moet het eerst gewaarborgd worden binnen een

specialisme. Wij hebben wereldwijd ervoor gekozen om binnen de interne geneeskunde te beginnen. Er moet een borgingssysteem zijn omdat er momenteel onder het mom van healthy longevity medicine allerlei kwakzalverij plaatsvindt. Dat gaat van de verkoop van supplementen die vrijwel nooit voor iederéén nuttig zijn, tot het inspuiten van stamcellen en exosomen tegen veroudering – iets wat heel veel potentie heeft, maar waarvoor voor mensen momenteel geen enkel bewijs is. Wij werken aan accreditatie en certificering van klinieken, en we proberen met ons consortium ‘Biomarkers of Aging’ de hoogste kwaliteit te waarborgen. Dat betekent dat we alleen klinisch bewezen diagnostiek en interventies implementeren.

Overigens is healthy longevity medicine niet alleen iets van artsen. Binnen de Healthy Longevity Medicine Society die ik in 2022 heb opgericht, werken we niet alleen samen met internisten, psychiaters en chirurgen. We geven ook educatie aan fysiotherapeuten, voedingsdeskundigen, psychologen, lifestylecoaches en verpleegkundigen. Iedereen mag meedoen.’

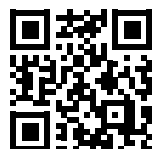
Voor de goede orde: je bent niet uit op een langer leven?

‘Helemaal niet. Dat zijn de koppen in de media. Ik wil niet de lifespan verlengen, maar de healthspan. Het gaat erom dat we langer gezond zijn. Het woord “healthspan” wordt nogal wisselend gebruikt: volgens de ene definitie stopt je healthspan met het krijgen van de eerste chronische aandoening, terwijl andere definities kijken naar afhankelijkheid om zelfstandig te kunnen functioneren. De kloof tussen de healthspan en de lifespan is in het eerste geval meer dan twintig jaar, en in het tweede geval tien jaar. Ik gebruik de eerste definitie. Want als je eenmaal je eerste chronische aandoening hebt, volgen de tweede en de derde. Die eerste aandoening is dus een groot risico om vervroegd te overlijden en slechter te gaan functioneren. Hoe fijn zou het zijn als mensen van 50-55 jaar die eerste ziekte niet al zo vroeg in hun leven hebben!’

Uiteindelijk gaan we toch dood. Hoe zie je dat voor je?

‘Dat weet ik niet. Het gaat er mij om de zieke levensduur te bekorten.’

**Meer over
Healthy Longevity
Medicine
Society op
hlms.co**



One of a kind

Gedreven vernieuwers laten hun sporen na in de geneeskunde. Ze blijven anderen prikkelen met hun vergezichten. We vragen drie smaakmakers: wat drijft je, wat heb je bereikt, waar droom je nog van?

TEKST HEDDA SCHUT BEELD MARTIN DIJKSTRA



Ivo Broeders, *staat aan de wieg van de robotchirurgie*

Een supergespecialiseerde chirurg die obsessief bezig is met techniek en research? Zo zie ik mezelf niet. Bovenal ben ik dokter. Wel voel ik sterke affiniteit met techniek, omarm ik innovaties en sta ik daarbij liefst vooraan. Ik heb een hongerig, creatief brein dat overal kansen ziet en ben bereid daar veel energie in te steken. Aan het begin van mijn carrière kreeg ik een unieke kans van mijn opleider en mentor Theo van Vroonhoven. Net opgeleid als algemeen chirurg – we hebben het over eind jaren negentig – kreeg ik de aanstelling in het UMCU voor “de operatiekamer van de toekomst”, met plaats voor spannende, innovatieve chirurgie. Vanuit Utrecht ging ik op reis naar Silicon Valley om me te verdiepen in robots voor kijkoperaties. Ik vond ze fascinerend.

‘Kijkoperaties waren in die tijd in opkomst en doordat het moeilijk opereren is via een klein sneetje, kwamen hiervoor robots in beeld. Vanuit een cockpit bestuurt de chirurg rechtstreeks de robot die met instrumenten de operatie uitvoert. Het voelde echt als next level: je brengt op een verfijnde manier beweging over en kunt

met unieke focus opereren, op microniveau en zonder lichamelijke overbelasting. In 2000 introduceerde ik de robotchirurgie in Nederland. Het was een ongelooflijk mooie tijd waarin ik steeds moeilijkere operaties onder de knie kreeg. Inmiddels gebruik ik deze techniek ruim twintig jaar voor endoscopische operaties, nu vooral aan het middenrif. Deze robot is mijn heilige graal, hij brengt me tot de hoogst mogelijke kwaliteit van opereren.

‘Collega’s toonden aanvankelijk weinig interesse, het was een lange weg met de nodige vooroordelen. Veel andere innovaties - ook van mijzelf - verdwenen van het toneel, maar ik voelde dat deze techniek zou blijven. Gelukkig ontstond internationaal langzaam een community van gelijkgestemden, en werd bewijs van de meerwaarde geleverd. Inmiddels telt Nederland zo’n veertig van deze robots. Websites staan er vol mee, patiënten komen specifiek op dit soort operaties af. Tegenwoordig werk ik met de vierde generatie. De techniek en de steeds verfijndere werkwijze zijn vervlochten geraakt met mijn carrière. Ik kijk hartstochtelijk uit naar de volgende stap: denkend vermogen aan de robot toevoegen. Dat is mijn grote nieuwe passie.’





Tjitske Kleefstra, ontdekte een zeldzaam syndroom dat nu haar naam draagt

Wat waren we blij. Het was zo bijzonder en spannend toen we na drie jaar promotie-onderzoek - zoekend naar een genetische afwijking op het X-chromosoom - in 2006 op een andere, nog onbekende afwijking stuitte. Aan het uiteinde van chromosoom nummer 9 ontbrak een stukje waarbinnen het EHMT1-gen moet liggen. Die afwezigheid zorgt voor een zeldzame aandoening met als belangrijkste kenmerk verstandelijke beperking. De naam 9q subtelomeer deletiesyndroom bleek lastig. En zo kreeg het in 2009 mijn naam, het Kleefstra-syndroom!

'Die vernoeming opende deuren. Ik kreeg belangrijke onderscheidingen, persoonlijke onderzoekbeurzen en uitnodigingen voor bijeenkomsten in binnen- en buitenland. Toch blijf ik een nuchtere Friezin die dat goed kan relativeren. Wat me drijft is mijn brede belangstelling van biologie tot mens, en het besef dat je het niet alleen kunt. Een zeldzaam syndroom onderzoeken voelt wel eens wat alleen, daarom is het fijn dat ik kan vertrouwen op een internationaal netwerk. Zo werk ik nu aan protocollen en subsidieaanvragen met collega's in Boston.

'In het continue proces van meebewegen met nieuwe mogelijkheden, samen met anderen, bereik je meer. Zeker voor complexe genetische aandoeningen zoals dit syndroom. Met mijn team en andere disciplines hebben we een multidisciplinair expertisecentrum opgebouwd voor zeldzame syndromen. Daaruit haal ik de energie om door te gaan. Niet alleen op inhoud; naast arts ben ik ook ervaringsdeskundige. Een ernstige ziektegeschiedenis van een van mijn kinderen heeft mijn kijk op de zorg in belangrijke mate gevormd. Ik kan hierdoor goed invoelen wat ouders meemaken, zoals hun dankbaarheid over het feit dat we met de ontdekking en vervolgonderzoeken van dit syndroom wat houvast kunnen bieden.

'Technologische ontwikkelingen zijn razendsnel gegaan. Uitslagen van DNA-onderzoeken die eerst jaren werk vergden, liggen er nu al binnen een paar dagen. Dat geeft ons de mogelijkheid onderzoeken te verbreden, ook als het gaat om andere aandoeningen, en toe te spitsen op individuele patiënten. Ik zie ook nieuwe uitdagingen. Het zou prachtig zijn als we meer te weten kunnen komen over de terugval in functioneren na de pubertijd. Dat is nog een grote zorg, ook onder professionals. Ik zou er dolgraag bij willen zijn als we ontdekken hoe we die terugval succesvol kunnen behandelen.'

'Steeds meer patiënten op mijn spreekuur vroegen me: "Wat kan ik zelf doen?" Ik kon niet altijd gefundeerd antwoord geven doordat onze geleerde kennis vooral is gericht op de medische context. Bovendien kijk ik als mens graag breder, ook naar mezelf. Als ik iets wil onderzoeken, doe ik aan root cause analyses om erachter te komen wat bijdraagt aan een probleem in ziekte en herstel.

'In die zoektocht naar manieren om patiënten te kunnen antwoorden, kwam ik terecht bij integratieve medicine: reguliere geneeskunde, aangevuld met evidence based leefstijlinterventies en complementaire zorg. Uitgangspunt van deze begeleiding is dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden en van invloed op elkaar zijn. Er is daarom aandacht voor de relatie tussen het leven met en na ziekte en het fysieke, emotionele, mentale en spirituele gestel. Deze integrale begeleiding geeft patiënten meer eigen regie en past bij wat ik als dokter nastreef: samen passende oplossingen vinden die patiënten krachtiger maken. Ik gids hen aan de hand van het leefstijl-roer.

'Ik werd integratieve medicine-arts na een tweejarige opleiding. Sinds drie jaar houd ik in het Isala poliklinisch spreekuur. Er zijn vakgenoten die vrezen dat ik hiermee de deur naar kwakzalverij openzet, maar ik help patiënten juist het kaf van het koren te scheiden, en het gaat om veiligheid. Van patiënten, collega's en verpleegkundigen krijg ik veel positieve reacties. Ze ondersteunen dit werk en zorgverleners ontdekken dat dit hen een praktisch raamwerk kan bieden. Inmiddels heb ik er twee collega's bij, worden verpleegkundigen opgeleid en krijg ik vragen van andere vakgroepen in Isala en uit het hele land. Daarnaast werken we aan een passend verwijfsnetwerk, wetenschappelijk onderzoek en scholingen. 'Dat alles vergt zoveel tijd dat ik ben gestopt als oncologisch-chirurg in Isala. Het was moeilijk daarvan afstand te doen. De combinatie sluit ik niet definitief uit, want de toekomst ligt in inbedding van integratieve medicine in onze dagelijkse zorg. Het is pionieren, met hobbels in kennis, tijd en geld. In Noord-Amerikaanse ziekenhuizen is het al gemeengoed. Ik droom ervan dat veel grote Nederlandse ziekenhuizen een afdeling optuigen, gericht op integratieve medicine. Wat mij betreft groeit het uit tot een stevige, betrouwbare poot in onze gezondheidszorg.'



Eva Noorda,
*is gestopt als
oncoloog-chirurg
om zich te wijden
aan integratieve
medicine*

‘Ik luister stiekem mee’

WAT GEEF JE MEE?

‘Houd een open mind en blijf kritisch. En dat betekent nogal wat. Bij het lezen van een verwijfsbrief is onze differentiaal-diagnose, een lijst van mogelijke aandoeningen waaraan een bepaalde patiënt zou kunnen lijden, meestal beperkt tot drie diagnoses. En dan hebben we de patiënt nog niet eens gesproken. Het doel van patiëntencontact is om samen te snappen wat er aan de hand is. Een juiste diagnose stellen is vaak moeilijk en een van de grootste uitdagingen in ons vak.

Als je denkt dat je iets zeker weet, dan maak je het gemakkelijkst een fout. Dus moet je je afvragen: wat zie ik over het hoofd, klopt alles met wat ik heb geleerd? Blijf alert als de resultaten van je analyse uit de pas lopen met de veronderstelde diagnose. Dat kritisch denken is eigenlijk het allerleukste van ons vak, waarbij je ook “ik weet het niet” moet durven zeggen tegen de patiënt. En verder, zet regelmatig een stap terug: vraag je af met wat voor patiënt je te maken hebt, is het een verder gezonde 88-jarige die zelfstandig woont, of is het een 60-jarige hartpatiënt die tegenover je zit? Weeg altijd praktische en medische zaken mee; je behandelt geen diagnose, maar een mens.’

WAT KRIJG JE ERVOOR TERUG?

‘Het inspireert enorm om het leerproces van de aios te volgen. Ik zie hoe ze zelfverzekerder worden en groeien als dokter en als mens. Ik luister stiekem mee en geniet als een aios iets uitlegt aan een co-assistent of een verpleegkundige. Heerlijk! Verder leer ik ieder jaar weer nieuwe dingen van de assistenten die ik daarna zelf in de praktijk breng. Een aios startte een stoppen-met-roken-campagne in de spreekkamers. Ze raadt zelf systematisch patiënten af om te vaperen of te roken en spoorde ons aan om dat ook in praktijk te brengen.

Ze zorgt ervoor dat patiënten in contact komen met een partij die ze in het stoppen begeleidt. En ze geeft over dit onderwerp voordrachten in het ziekenhuis. Van haar initiatief heb ik zelf ook nog heel wat geleerd. Bij diagnostische dilemma's bespreek ik mijn casus in de groep, waarbij de mening van de aios net zo zwaar weegt als die van de collega-specialist. Nee, ik voel me niet gecorrigeerd door hen, het wijst me erop dat we samen in een team zitten, en dan verdwijnt de hiërarchie.’



Stefan Haensel is uroloog en opleider in het Franciscus Gasthuis & Vlietland. Daarnaast is hij lid van de landelijke onderwijscommissie. Als docent Non-technical Skills is hij verbonden aan de European School of Urology. Daarnaast is hij SCEN-arts en onder andere peer-supporter en lid van het ethisch comité van het ziekenhuis.





DOSSIER

Duurzame inzetbaarheid

Medisch specialisten houden de rug recht, staan klaar voor anderen, kijken niet op van een dienst meer of minder en gaan vol voor hun ambities.

Tegelijkertijd neemt de druk op de zorg toe en sijpelt de maatschappij op allerlei manieren de ziekenhuizen in. Wat als het lichaam ineens zegt: 'En nu is het genoeg'? Wat betekent een burn-out, en hoe werk je aan je duurzame inzetbaarheid om het kookpunt voor te zijn?

TEKST FRED HERMSEN, ILSE ARIËNS, MARCO BEENTJES **BEELD** ISTOCK



‘Vergeet niet dat achter topsporters altijd coaches staan’

Psychiater Antoinet Oostindiër leidt een instelling in een landelijk gelegen boerderij in Wormer waar zorgverleners psychologische hulp krijgen. Het aantal mentale klachten van medisch specialisten kan dalen als een paar hardnekkige taboes worden doorbroken. ‘Bezoek aan een coach, psycholoog of psychiater is geen zwaktebod of een teken dat je ziek bent, het is onderhoud van je mentale welbevinden.’

Ze noemt de uitval door burn-out een inconvenient truth voor medisch specialisten, zoiets als de stikstofproblematiek voor veel boeren. Als Antoinet een groepstraining geeft over het onderwerp, krijgt ze altijd wel terug van een aantal medisch specialisten: ‘Ach, het loopt allemaal wel los. Overdrijf het alsjeblieft niet.’ Maar psychische beroepsziekten komen in absolute zin het vaakst voor bij werknemers in de gezondheidszorg en het ziekteverzuim is het hoogste in deze sector. In het eerste kwartaal van 2023 betrof dit 8,1 procent ten opzichte van het landelijk gemiddelde van 5,7 procent. Zelf ziet ze steeds meer medisch specialisten met burn-outverschijnselen in haar praktijk.

Voor burn-out bestaat geen DSM-classificatie, maakt dat de behandeling lastig?

‘Nee, want wij kijken naar de specifieke klachten, een etiket doet er weinig toe. Vastgelopen medisch specialisten die bij ons aankloppen hebben doorgaans depressieve klachten en angststoornissen. De zelfdiagnose ligt vaak al klaar, een burn-out. Dat maakt het voor hen hanteerbaar. Ze zeggen: “Met een paar coachingsuren ben ik er weer bovenop. En oh ja, ik werk natuurlijk wel gewoon

door, desnoods op halve kracht. Want ik wil aangehaakt blijven en mijn collega’s zo min mogelijk belasten.” Ik weet dat er dan nog een lange weg te gaan is; dieperliggende problematieken laten zich op dit punt niet meer “wegcoachen”. Denk aan een posttraumatisch angstsyndroom, depressie, persoonlijkheidskenmerken als dwangmatigheid en perfectionisme.’

Hoe verklaar je dan de onwil onder medisch specialisten om de ernst ervan onder ogen te zien?

‘Ik denk dat daar meerdere redenen voor zijn. Zo word je opgeleid om door te zetten, tegen een stootje te kunnen, jezelf op te offeren als dat nodig is, en loyaal te zijn. Alles voor het hogere doel. En hou me ten goede, dat is een bewonderenswaardige mindset. Bij mij staan deze waarden ook hoog in het vaandel. Maar medisch specialisten leren hierdoor wel hun eigen lichamelijke en geestelijke waarschuwingssignalen te negeren, en te zien als ongewenst en als lastige stoorzenders.. Dat geldt ook voor het diep menselijk leed dat ze in de spreekkamer en op de OK tegenkomen. Ze betrachten daar -zoals psychiaters dat noemen - “nabijheid met distantie”. Mantra na iedere werkdag is dat je je werk - vanzelfsprekend - niet mee naar huis neemt. Maar zo laten het



brein en het lijf zich niet foppen als de druk toeneemt, zoals nu in ziekenhuizen bij veel vakgroepen het geval is. Er is een grens aan de veerkracht, en die ligt bij iedereen anders. Wat ook meespeelt is de cultuur waarin we opkijken naar rolmodellen. Daadkrachtige vakgroepleiders, onvermoeibare opleiders, toegewijde chirurgen en bevlogen professoren hebben met hun doelgerichte doorzettingsvermogen de top bereikt. Zij zijn daar mede gekomen door hun eigen waarschuwingssignalen te negeren. En blijkbaar werkt dat voor hen. Zij hebben de macht en stellen de norm waaraan we ons spiegelen, ze laten zien dat het kan als je maar wilt. Ook aan jongeren overigens, hoe vaak zij in de opleiding ook hebben gehoord dat ze hun grenzen moeten bewaken.'

En als het eenmaal begint te kraken...

'Dan ontstaan ongemakkelijke situaties. Voor degene die vastloopt natuurlijk, die wil zich niet laten kennen. Maar ook voor diens omgeving, die niet graag wordt geconfronteerd met iets dat onbewust of bewust wordt beschouwd als zwakte. Het roept bovendien een angst op voor de eigen kwetsbaarheid en gebrek aan controle, zoals de dood van anderen je ook aan je eigen eindigheid herinnert. En daarvan kijken we het liefst weg, zeker als je volop in de drukte van je werk zit en alle ballen in de lucht moet houden. Zo blijft het taboe in stand en raken collega's met problemen geïsoleerd.'

Laten medisch specialisten die vastlopen zich makkelijk behandelen?

'Dokters zijn meestal slechte patiënten, kunnen zich doorgaans niet meteen overgeven. Ik trek altijd de vergelijking met de gynaecoloog die haar eigen bevalling wil regisseren. Medisch specialisten gaan ook na een mentale terugslag uit van maakbaarheid en controle. Terwijl de echte heling pas begint als ze durven los te laten, als ze meer gaan voelen.'

Speelt schaamte een grote rol?

'Jazeker. Medisch specialisten die medicijnen voorgeschreven krijgen tegen depressie halen die zelden bij de apotheek in hun eigen buurt. En voor een documentaire die we willen maken krijg ik maar geen kandidaten die hun verhaal willen vertellen. Ze zijn bang om kritiek op hun collega's te geven en het ziektebeeld

tornt aan hun zelfbeeld: "Ik moet toch zeker alles met wilskracht en doorzettingsvermogen aankunnen? Het wordt gezien als falen. Een angst die hen belemmert helder na te denken over de mechanismes die ten grondslag liggen aan hun problemen.'

Maar ziekenhuizen doen toch steeds beter hun best om dit taboe bespreekbaar te maken en uitval te voorkomen, met programma's voor duurzame inzetbaarheid?

'Het is goed dat ziekenhuizen in actie komen en dat het bewustzijn hierover groeit. Maar zijn de programma's die ze optuigen ook populair onder medisch specialisten? En krijgen ze er expliciet tijd voor - tijd is tenslotte geld? Dat valt maar te bezien. De vraag is of deze programma's voldoende inspelen op de specifieke behoeften, werkcultuur en overtuigingen van medisch specialisten. Het blijkt bijvoorbeeld voor de gemiddelde medisch specialist niet zo aantrekkelijk om aan een yogaklas mee te doen in de lunchpauze - nog los van de vraag of daarin de oplossing schuilt - en dit soort programma's te zien als een extra vinkje. Ziekenhuizen kunnen heel hard zeggen dat er openheid moet komen, maar daarmee verdwijnen de taboes nog niet.'

Waar ligt dan de oplossing?

'Wel in preventie, maar veel sterker op de individuele maat toegesneden. Je hoort vaak de vergelijking met topsport; medisch specialisten zijn topsporters. Maar ze onthouden zichzelf wel de coaches die ook bij topsport horen. Niet alleen om hen beter in hun sport te maken, maar ook om ze psychologisch te begeleiden. De aandacht voor vakontwikkeling en teamwerk is goed ontwikkeld in de Nederlandse ziekenhuizen, ook besteden we steeds meer aandacht aan de fysieke kant van vitaliteit. Nu nog de stap naar het mentale vlak, naar zelfreflectie. Bezoek aan een coach, psycholoog of psychiater is geen zwakbedod of een teken dat je ziek bent, het is onderhoud van je mentale welbevinden als basis voor gezonde keuzes en gedrag, en - heel simpel - ter voorkoming van uitval. Begeleiding vergroot je welbevinden, dat je nodig hebt om duurzaam een goede arts te zijn. In ziekenhuizen in het Verenigd Koninkrijk is dit gemeengoed, daar zien ze dat investeren hierin loont. Nu hier nog.'



Meer weten? Lees dan dit artikel van Antoinet en haar collega psychiater Niels Tinga.

Medisch specialisten geven aan dat werkdruk de grootste oorzaak is van burn-outs. Ze kunnen – bijvoorbeeld - een leeg gevoel aan het einde van een werkdag ervaren, een gevoel van emotionele uitputting en een vermoeid gevoel nog voordat de werkdag start. Het Centraal Bureau voor de Statistiek stelde in 2019 dat één op de vier werkenden in de categorie ‘artsen, therapeuten en gespecialiseerd verpleegkundigen’ minstens meerdere keren per maand last heeft van dergelijke klachten. Natuurlijk, lang niet iedereen met deze klachten krijgt uiteindelijk een burn-out. Toch geven de cijfers te denken.

49 uur is het aantal dat mdl-artsen zelf aangeven per week te werken, 45,9 is volgens de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022 het gemiddelde (inclusief parttime)

87% ervaart regelmatig stress

85% van de aios en medisch specialisten zegt regelmatig tot altijd werkplezier te ervaren

30% loopt risico op een burn-out, 12% is het geschatte percentage medisch specialisten dat daadwerkelijk met een burn-out te maken krijgt

5 jaar na de start van hun loopbaan worden medisch specialisten - gemiddeld - vatbaar voor uitval door burn-out

24% van de jonge artsen zei in 2022 - het laatste jaar met een corona-lockdown - last te hebben van burn-out klachten, in 2020 was dit 14%

58% van de aios en medisch specialisten is niet tevreden over de werkdruk

66% van de medisch specialisten noemt het groeiend aantal niet-medische taken als de belangrijkste oorzaak van uitval

45% ervaart onvoldoende ondersteuning bij het omgaan met stress

68% vindt een goede werk-privébalans essentieel voor duurzame inzetbaarheid

60% vindt dat er meer aandacht moet worden gegeven aan preventie

2 uur per week actieve aandacht aan zelfzorg kan medisch specialisten al helpen zo'n uitval te voorkomen

94% van de medisch specialisten geeft aan dat een gezonde werkomgeving cruciaal is voor hun duurzame inzetbaarheid

Hoger risico op depressieve klachten

iMedPub Journals publiceerde in 2016 de resultaten van een vergelijkend onderzoek. Hierin staat: 'Op basis van een meta-analyse van 54 studies kan worden ingeschat dat de prevalentie voor depressie of depressieve symptomen onder medisch specialisten ligt op 28,8%. Dat is veel hoger dan de globale inschatting van de World Health Organization, die ligt tussen 2,6% en 5,9%.

Bronnen: *Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022, Nationale a(n)ios enquête Gezond en veilig werken 2022, onderzoek (2022) naar de werkbeleving van 238 Nederlandse Maag-, Darm- en Leverartsen door Johan Kuyvenhoven (MDL-arts, Spaarne Gasthuis Haarlem), Toon Taris (Universiteit Utrecht, Sociale Wetenschappen), en Marc Verhagen (MDL-arts, Diakonessenhuis Utrecht), Peiling Federatie Medisch Specialisten (2019)*

Al in de jaren tachtig...

Dr. W.S. Cost, internist, sprak in 1984 over De arts als patiënt tijdens een congres dat werd gerecenseerd in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde: 'Zieke artsen verschillen in twee opzichten van zieke leken: zij hebben een ander ziektepatroon en een bijzonder ziektegedrag. Hun ziektepatroon is minder heroïsch dan in het verleden. Toen werden zij slachtoffer van infectieziekten, bij de bestrijding van epidemieën; nu zijn zij voorbeschikt voor depressies, alcoholisme, toxicomanie en suïcidaal gedrag, als gevolg van stress.'

Trainingen

Onze Academie voor medisch specialisten biedt diverse trainingen op het gebied van duurzame inzetbaarheid, onder andere de training Persoonlijk leiderschap. Meer informatie:



Themapagina

Op onze vernieuwde themapagina Gezond en veilig werken lees je wat de Federatie doet om medisch specialisten te ondersteunen om gezond en veilig te (blijven) werken:



Coaching

Het programma Challenge & Support biedt ontwikkelingsgerichte coaching voor artsen en richt zich op de hele vakgroep: zowel aios als stafleden kunnen zich inschrijven voor een coachtraject. Voor Challenge & Support doen Erasmus MC en Universiteit van Amsterdam wetenschappelijk onderzoek naar de effecten van ontwikkelingsgerichte coaching. Meer informatie:



'Ik heb hele slechte maanden gehad'

Marcel Kofflard schrikt weleens van zijn eigen cv. De gepensioneerde cardioloog publiceerde in zijn carrière ruim negentig wetenschappelijke artikelen en was dertien jaar opleider. Hij begeleidde promovendi, was actief binnen de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVVC) en nam binnen het Albert Schweitzer Ziekenhuis (ASZ) zitting in diverse commissies. Zes keer per jaar organiseerde hij geaccrediteerde bijeenkomsten voor cardiologen en echolaboranten. In 2020 kreeg hij een burn-out: 'Het was - denk ik - een beetje te veel geworden.'

Marcel vertolkte de bekende rol van de arts die tot wel twaalf dagen achtereen in het ziekenhuis werkte, om 's avonds thuis op de bank - met de laptop op schoot - nog wat zaken af te ronden. Hij zorgde er wel voor dat hij op belangrijke momenten voor zijn kinderen aanwezig was, maar moest dan weerstand bieden aan het stemmetje in hem dat riep dat hij eigenlijk nog werk te doen had. Aan het eind van lange werkdagen had hij last van een ander schuldgevoel: dat hij eigenlijk meer tijd aan zijn gezin zou moeten besteden. Hij deed het voor zichzelf nooit goed genoeg.



lijkt lagere werkdruk, om in oktober 2023 met pensioen te gaan. Momenteel werkt hij nog als decaan wetenschap en kijkt hij ernaar uit om voordrachten te geven aan huisartsen, verpleegkundig specialisten en andere collega's in het ASZ. Privé is de nadruk komen te liggen op zaken waar hij plezier aan beleeft: sporten met een personal trainer, golflessen volgen, Italiaans leren. Hij neemt bewust tijd voor rust en sociale activiteiten met familie en vrienden.

Op die momenten draait het volgens hem niet zozeer meer om aanwezigheid, maar om er met volle aandacht te zijn. Een inzicht dat hij de afgelopen jaren heeft opgedaan.

Advies aan jezelf

Bij de vraag welke boodschap hij zichzelf in retrospectief zou willen geven - dus aan degene die hij was voor zijn burn-out - geeft hij als antwoord: 'Wees er niet bang voor dat anderen zouden kunnen vinden dat je te weinig doet... En concentreer je op zaken waar je maximaal voldoening uit haalt. Waar ik mij in het verleden nét zo schuldig maakte aan onbegrip voor collega's met een andere agenda, begrijp ik pas sinds een jaar of tien hoe belangrijk het is om nét zoveel compassie voor jezelf te tonen als voor collega's en patiënten.'

Hij benadrukt dat het tegenwoordig goed mogelijk is om je uren binnen een maatschap te beperken, waarbij wel moet worden gestuurd op een evenwichtige verdeling van taken. 'Wanneer je je werkweek zó vol plant dat het er iedere keer om hangt of je alles kunt volbrengen, dan ben je jezelf aan het opbranden. Koop dus desnoods een papieren agenda en blok vrije tijd. Timemanagement is de kortste weg naar gemoedsrust.'

De eerste symptomen waren slecht slapen en aanhoudende spanning. Dat laatste leverde hem een knoop in zijn maag op, wat leidde tot eetproblemen en gewichtsverlies. Er volgden angst- en paniekaanvallen, tot de burn-out hem volledig platlegde. 'Ik heb hele slechte maanden gehad. Hoe moest dit nu verder? Kon ik nog terugkomen? Kwam ik überhaupt nog wel ergens aan de bak in mijn vakgebied? Het voelde als falen.' Het herstel zou lang gaan duren, waarbij hij een coachingstraject volgde. 'Tot op de dag van vandaag worstel ik met het aanvaarden van het feit dat ik mijn leven anders moet invullen. Dat ik minder aankan dan voorheen en wel heel monomaan met mijn werk bezig was. Want, zie je: ik was en ben nog altijd gepassioneerd voor mijn vak.'

Vrije tijd plannen

Na zijn burn-out besloot Marcel zijn avond- en nachtdiensten aan de maatschap te verkopen. Nog twee jaar bleef hij als cardioloog doorwerken, maar dan met een aanzien-

‘De gedachte dat ik mijn vak niet meer zou kunnen uitoefenen was onverdraaglijk’

Ze was een harde werker, niet te beroerd om een dienst over te nemen van een zieke collega als ze al een volle werkweek had. Toen ze bij een bevalling haar hand ernstig blesseerde en na een lang revalidatietraject een tuchtzaak tegen zich kreeg, hield gynaecoloog Rixt Vos (Ziekenhuisgroep Twente) het niet meer vol. Nu is ze op de weg terug en gaat ‘milder zijn’ voor zichzelf.

‘**H**et kan toch niet zo zijn dat er een kindje sterft op de eerste dag van het nieuwe jaar!’ Rixt Vos deed in de nacht naar 2021 een bevalling met een keizersnede. Het hoofd van de baby zat vast in een trechterbekken en bij een zoveelste poging het kind te draaien, voelde Vos iets knappen in haar hand. De baby was gered, maar Rixt moest zelf direct door naar de spoedeisende hulp. Gelukkig geen breuk, kreeg ze te horen. Maar ze verging van de pijn.

‘Mijn man die huisarts is, hoopte dat het met een week of zes beter zou gaan. Die tijd dacht ik wel door te komen met stevige pijnstillers. Thuisblijven kon niet, vond ik, want we hadden al drie zieken in onze maatschap en grote roosterproblemen. Achteraf denk ik: dat was een eerste teken van slechte zelfzorg.’

Harde spalk

Na twee maanden doorwerken had Rixt nog zoveel pijn dat ze een plastisch handchirurg raadpleegde. Die zag ernstig band- en peesschedeletsels en haar hand moest een half jaar in een harde spalk. ‘Niet autorijden, niet typen. Ik mocht niks. Opeens zat ik thuis, wekelijks bij de ergotherapeut en resteerde een enorm schuldgevoel.’ Ze stortte zich op het implementeren van het nieuwe epd, achter de computer met één hand. ‘Ik dacht niet aan wat goed zou zijn voor mezelf, alleen aan wat ik kon doen om collega’s te helpen.’ Het duurde krap een jaar voordat Rixt als gynaecoloog weer volledig inzetbaar was. ‘Mijn hand bleef gevoelig, maar ik nam pijnstillers en ging door.’



De gedachte dat ik mijn vak niet meer zou kunnen uitoefenen was onverdraaglijk.’

Tuchtzaak

En toen was er ineens die tuchtzaak. Een vrouw besloot vorig jaar een zaak te beginnen tegen drie zorgverleners. ‘Het ging over een bevalling waar de hele afdeling van overstuurd was geweest omdat we dreiging voelden. De beveiliging was ingeschakeld en politie. Het was een schok om een half jaar na dato aangetekende post van het Tuchtcollege te ontvangen. Ik voelde me vogelvrij.’

Die tuchtzaak was de druppel. ‘Thuis moest ik om alles huilen en ik voelde dat ik hulp nodig had.’ Vos ging een coachings-traject in en dat bracht inzicht om beter voor zichzelf te zorgen. Gewend om altijd maar door te gaan, leert ze steeds beter voelen en grenzen stellen. ‘Zorgverleners zijn geneigd eerst aan de patiënt te denken, maar je houdt het niet vol als je niet ook aan jezelf denkt.’

Rixt onderzoekt nu met haar coach en de ergotherapeut hoe ze duurzaam kan terugkeren. Misschien met minder uren, maar minimaal de 70 procent die nodig is om in de maatschap te blijven. ‘Dat is contractueel een harde eis, maar ik krijg steun van alle collega’s.’ Ze is er nog niet, maar vindt het belangrijk haar ervaringen te delen, juist omdat dat onder artsen niet vanzelfsprekend is. ‘Een collega zei: je stelt je open en kwetsbaar op, dat zouden meer specialisten hier moeten doen. Daar ben ik het mee eens. Ik zie zorgverleners die stoppen of die dat overwegen, ook in onze vakgroep. Ruimte voor reflectie tijdens overdrachten, als ook het instellen van intervisie voor de vakgroep, zullen bijdragen aan een gezonder werkklimaat.’

Column

'De uitdaging blijft hoe we medisch specialisten kunnen betrekken'

Amphia werkt al sinds het ontstaan in 2001 aan duurzame inzetbaarheid. Met vallen en opstaan. Zo heeft het ziekenhuis met alle goede bedoelingen periodes gekend van verscherpt toezicht, mindere medewerkerstevredenheid en bovengemiddeld ziekteverzuim. De urgentie om er werk van te maken voelden we hierdoor al langere tijd. Zo kozen we ervoor om meer te doen op het gebied van kwaliteit en veiligheid dan verplicht was, en werkten we als een van de eerste Nederlandse ziekenhuizen toe naar certificatie door het Amerikaanse strenge keurmerk Joint Commission International (JCI). Amphia kreeg dit keurmerk in 2018. Ook gingen we steeds nadrukkelijker de medewerkerswaardering meewegen in ons beleid. Echte snelheid maken we sinds de coronaperiode, die lastig was uiteraard, maar waarin we ook voelden hoe cruciaal saamhorigheid onder het personeel is. En met de huidige krappe arbeidsmarkt is duurzame inzetbaarheid ook een krachtig middel geworden om de in- en uitstroom in balans te houden. In onze nieuwe strategie hanteren we als thema: de professional op 1. We willen dat de medewerker goed opgeleid, vitaal en gelukkig is. Ons VIT-programma dat is gericht op vitaliteit, inzetbaarheid en talentontwikkeling draagt daaraan bij. Nu heb je - toegegeven - niet op alle zaken invloed die zorgen voor gelukkige medewerkers, denk alleen al aan de administratielast die het gevoel van professionalisme kan frustreren. Toch zie ik dat de term professionalisme in ons ziekenhuis lading krijgt. Waarschijnlijk heeft het geholpen dat we deze strategie vorig jaar samen met onze medewerkers hebben opgesteld gedurende een aantal intensieve strategiedagen. Ze hadden



invloed op de invulling, wat tot omarming ervan heeft geleid. We rollen nu een aantal programma's uit. Of dat al tot concrete resultaten leidt, is nog lastig te zeggen. Wel zie ik dat ons gemiddelde ziekteverzuim is gedaald tot onder het landelijk gemiddelde.

Als bestuurder speelt ook mijn persoonlijke betrokkenheid een rol. Ik draag het strategische beleid actief uit, probeer een voorbeeld te zijn en besteed aandacht aan

individuele medewerkers. Is Amphia hiermee een schoolvoorbeeld? Nee, andere ziekenhuizen zijn ook bezig met duurzame inzetbaarheid, en daar kunnen we vaak van leren. Een uitdaging blijft hoe we medisch specialisten hierin kunnen betrekken. Hoewel dat steeds beter lukt, valt hier nog winst in te behalen. We weten allemaal dat gedragsverandering, ook van medisch specialisten, moeilijk kan zijn. Om die reden vind

ik het heel mooi dat het ziekenhuisbestuur samen ook specifiek optrekt met het Medische Specialistisch Bedrijf Amphia om het HR-beleid voor medisch specialisten steeds professioneler in te vullen. De ene vakgroep is daar sneller mee dan de andere. Maar we gaan de goede kant op. Bepaalde vakgroepen hebben bijvoorbeeld al een goed werkend ouderenbeleid. Ook voeren we het gesprek met de jonge generatie. Die moet veel ballen in de lucht zien te houden, zowel thuis als op het werk, maar begrijpt tegelijkertijd ook dat bijvoorbeeld een vroege ochtendstart en nachtdiensten essentieel zijn. De balans vinden we samen, in open gesprekken, zonder te verzanden in stellingnames en polarisatie.'

Robert Wagenmakers

Voorzitter raad van bestuur Amphia Ziekenhuis,
orthopedisch chirurg



Arts-microbioloog Bas Mourik: ‘Er kan veel, als je maar creatief bent en buiten de kaders dingen voor elkaar krijgt.’

Hoe werd jij arts-microbioloog?

‘Na de middelbare school wilde ik vooral de wereld zien. Na twee jaar bij het korps Mariniers en zeven maanden backpacken door Afrika koos ik voor geneeskunde. Ik wilde als chirurg naar de tropen. Dat plan liet ik varen toen ik als anios chirurgie - met inmiddels twee jonge kinderen - in de weekenden mijn promotieonderzoek afrondde. Met een extra master in infectieziekten en een PhD in tuberculose-onderzoek rolde ik de microbiologie in.’

Wat trekt je in de microbiologie?

‘Het is een beweeglijk vakgebied dat volop innoveert en digitaliseert. Als arts-microbioloog sta je met één been in het lab en één been in de kliniek. We werken met disruptieve technologieën en snelle diagnostiek. Dat boeit mij. Collega-artsen van alle vakgebieden betrekken mij bij hun meest complexe casussen. Elke patiënt is de uitzondering.’

Van welke innovatie word jij blij?

‘Dat de diagnostiek steeds sneller en dichter bij de patiënt komt, zoals point-of-care diagnostiek van respiratoire virussen op de spoedeisende hulp. Daarmee kunnen kinderen bijvoorbeeld veel sneller worden getest op het RS-virus. Sinds de coronapandemie is dit in veel ziekenhuizen de norm. Daarnaast heb ik hoge verwachtingen van AI en verdere automatisering van microbiologie-laboratoria om goede zorg te blijven leveren met minder personeel.’

Hoe kom je aan je eigen soa-kliniek?

‘Tijdens mijn opleiding zocht ik een usecase om de zorg anders in te richten. Al snel kwam ik uit bij de soa-zorg. Dat zorgpad is goed geprotocolleerd en de doelgroep is digitaal vaardig. Tegelijkertijd zijn er financiële, sociale en logistieke barrières, waardoor de soa-incidentie al jaren toeneemt. In onze kliniek kan iedereen na een geautomatiseerd online consult zonder afspraak een soa-test doen voor 29 euro. De uitslag is binnen twee uur bekend en je wordt direct gratis behandeld.’

Maak je de soa-zorg hiermee niet té laagdrempelig?

‘Je kan voorlichten wat je wilt, maar een jongere die stijf staat van de hormonen en seks kan krijgen, gaat daar meestal toch wel voor. “Een soa, so *what?*”, is de gedachte. Ik werk vanuit de filosofie van zo laagdrempelig en snel mogelijk testen en behandelen, om verdere verspreiding te beperken. Ons vindpercentage is hoger dan bij de huisarts of GGD. Vaak staat de gewaarschuwde partner dezelfde dag nog op de stoep.’

Welke ervaring vergeet je nooit?

‘Mensen die met zonnebril en pet op zo snel mogelijk naar binnen rennen: dat blijft vermakelijk. Een getrouwde man testte na een vrijgezellenteest positief op gonorrhoe en vroeg hoe hij dit aan zijn vrouw moest uitleggen. We zien echter ook ernstige dingen, zoals een 16-jarig meisje dat seksueel was misbruikt. Onze sociaal-verpleegkundigen zijn specifiek opgeleid in het herkennen van signalen die hierop wijzen. En voor dit soort kwetsbare patiënten hebben we een goede samenwerking met de GGD Haaglanden.’

Wat is je grootste les uit dit project?

‘Accepteer geen nee. Als arts-microbioloog zelf patiënten behandelen, direct medicatie ter hand stellen en een zorgprestatie vrijgesteld van het eigen risico: het was niet eenvoudig. Gelukkig kan ik heel koppig zijn. Er kan veel, als je maar creatief bent en buiten de kaders dingen voor elkaar krijgt.’

Waar sta je over tien jaar?

‘Iets meer slaap zou leuk zijn. Verder droom ik van een netwerk van twintig locaties van de soa-kliniek verspreid over Nederland. Het mooie van zo’n zorglocatie: met één druk op de knop heb je de ideale structuur voor pandemische paraatheid. Als stichting is het echter moeilijk om groeigeld te realiseren. We willen in Nederland minder marktwerking in de zorg, maar innovaties kunnen schijnbaar alleen als BV doorgroeien. Als het toch lukt, wil ik mij vooral weer richten op het medisch-inhoudelijke en wetenschappelijke deel, niet op alle regelingen eromheen.’



Bas Mourik

- **GEBOREN** 18 februari 1987, Utrecht
- **STUDEERDE** geneeskunde aan de Erasmus Universiteit (2008-2011)
- **PROMOVEERDE** in 2017 met zijn onderzoek naar immuuntherapie bij tuberculose
- **SPECIALISEERDE** zich tussen 2018 en 2023 tot arts-microbioloog in het LUMC, waar hij nog steeds in deeltijd werkt als arts-microbioloog
- **OPENDE** in 2022 zijn innovatieve soa-kliniek ZIZ in Den Haag
- **LID** van het bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Medische Microbiologie
- **GESELECTEERD** door het Financieel Dagblad als een van de jonge talenten 2023
- **WOONT** met zijn vrouw en vier kinderen (8, 7, 3 en 1) in Rotterdam
- **KRIJGT** RILLINGEN VAN Christine Lagarde
- **GAAT GOED OP** Mental Thee

Optreden in de media? Denk aan wat je teweegbrengt

Toen twee artsen bij Op1 vertelden over een mogelijke doorbraak in de behandeling van mensen met kanker, stond de dag erna bij veel poliklinieken oncologie de telefoon roodgloeiend. Patiënten die een laatste stroalm zagen, belden met vragen of vroegen om een doorverwijzing. Het gebeurt té vaak dat optredens in de media valse hoop bieden, meent internist-oncoloog Miriam Wumkes, en daarom pleit ze voor behoedzaamheid.

TEKST ILSE ARIËNS BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘aat ik vooropstellen dat het leuk is en wellicht een eer wanneer je als arts of onderzoeker mag vertellen over je werk. Als je jarenlang vol toewijding iets hebt onderzocht, is het begrijpelijk dat je de resultaten daarvan graag met een groot publiek wilt delen. Soms is belangrijk vervolgonderzoek nodig. Publiciteit kan dan mogelijk bijdragen aan het inzamelen van geld dat daarvoor hard nodig is. Zo zijn er verschillende redenen om “ja” te zeggen als je gevraagd wordt mee te doen aan een interview. Toch moet je ook voorzichtig zijn. Het gebeurt te vaak dat artsen met oprecht goede bedoelingen hun verhaal doen, maar dat de nuances wegvallen, waardoor er een verkeerd beeld ontstaat. Patiënten denken bijvoorbeeld dat een nieuw medicijn hen gaat helpen, terwijl het alleen nog op dieren is getest. Het gevolg: niet alleen het ziekenhuis dat in de media was wordt overspoeld met vragen, ook andere ziekenhuizen en dokters. Erger nog is de valse hoop die je wekt bij patiënten en hun naasten, met onrust en teleurstelling als gevolg. In de spreekkamer zijn we dagelijks bezig met hoe onze boodschap overkomt op de patiënt. Dat zouden we

ook moeten doen als we optreden in de media. Ik snap dat journalisten en programmamakers een pakkende boodschap willen, maar dat mag nooit ten koste gaan van de inhoud. Voorop staat dat je patiënten wilt behoeden voor informatie die niet klopt of onvolledig is.

Als arts of onderzoeker ben jij de deskundige, dus je mag best eisen stellen. Zelf heb ik een interview gegeven aan een krant toen ik promoveerde. Het nieuws was dat kankerpatiënten baat hebben bij een griepvrij tijdens of vlak na een chemokuur. Ik had van tevoren bedongen dat ik de tekst mocht tegenlezen voor publicatie. Dat bleek geen probleem en leverde uiteindelijk een beter kloppend verhaal op.

Bij kranten en tijdschriften is meegelezen gebruikelijk en je ziet daar dan ook relatief minder miscommunicatie. Het probleem zit vooral bij radio en nog veel meer bij televisie. Er staat meer druk op, je moet snel reageren en het kan alsnog misgaan als er achteraf geknipt wordt in je verhaal. Ook is de tijd vaak zo kort dat er geen ruimte is voor nuances en kanttekeningen. Toch kun je ook hier vooraf afspraken maken en voorwaarden stellen. Bijvoorbeeld dat gemeld wordt dat mensen





‘Het gebeurt te vaak dat de nuances wegvallen, waardoor er een verkeerd beeld ontstaat’

voor meer informatie terecht kunnen op de website van het programma.

Met twee collega-oncologen, die het net als ik vaak mis zien gaan, heb ik een voorstel gedaan voor een mediacode voor medisch specialisten. Daarin staan punten om op te letten bij mediaoptredens. Zorg bijvoorbeeld dat duidelijk is of er onderzoek op patiënten wordt gedaan, waar dat onderzoek wordt gedaan en om wat voor patiënten het precies gaat. Presenteer uitkomsten zo objectief mogelijk, met naast de successen ook het percentage patiënten waarbij het niet effectief is. En – heel belangrijk – denk tevoren

goed na over wat je mogelijk teweegbrengt en hoe je dat opvangt. Is er bijvoorbeeld een e-mailadres of telefoonnummer waar patiënten terecht kunnen met vragen? En hoe kun je andere ziekenhuizen en collega's voorbereiden op vragen van patiënten? Wellicht kan een communicatieadviseur van je ziekenhuis daarbij helpen. Waar ik sowieso voor wil pleiten is bewustwording. Doe enthousiast je verhaal in de media, maar laat je niet overrompelen. Je helpt er jezelf mee, je collega's én vooral je patiënten.'



Miriam Wumkes

is als internist-oncoloog verbonden aan het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Samen met collega's Brigitte Haberkorn van het Maastricht Ziekenhuis en Bianca Mostert van het Erasmus MC werkt ze aan een mediacode voor vakgenoten.



WERK Voor eredivisiehandbal ben je snel te oud. Jammer? Ja en nee, want kinderarts in opleiding Thijs Geurds (30) krijgt meer tijd voor het voorzitterschap van DFS Arnhem, vrienden, familie en werk. Hij voelt zich kinderarts tot in zijn diepste - ruim twee meter lange - wezen. Als Grote Vriendelijke Reus maakt hij gemakkelijk contact met zijn jonge patiënten. Het mooie van kindergeneeskunde: de holistische kijk op het kind en als team op weg naar de beste oplossing. Altijd op zoek naar wat er wél kan, zo opereert Thijs. Daarmee geeft hij dat extra zetje om ook hier een punt te kunnen maken. 'Dit valt me op...', zei hij pas over de infuussamenstelling. Het was de opmaat naar verbetering.

LANS

THUIS



PRIVÉ Eind 2023 was het extreem druk op de afdeling Kindergeneeskunde van het Radboudumc. Oorzaak: veel kleintjes met luchtweginfecties. Gevolg: lange, stressvolle werkdagen voor Thijs en collega's. De stress valt van hem af op het handbalveld. Blik op het team, het hoofd leeg, zo gaat hij volledig op in het dynamische, tactische en fysiek pittige, zeg maar gerust verslavende handbal. Debuteerde als vijfjarige en krom vijftien jaar geleden op tot de eredivisie met DFS Arnhem. Hij steekt ook nu nog wekelijks minstens vijf uur in training en de zaterdagwedstrijd. Speelt fanatiek - met soms een welgemikt duwtje - maar is bovenal een faire teamspeler die niet scoort ten koste van de ander.

VERSTERK HET VEILIG WERK- EN LEERKLIMAAT MET EEN VAN ONZE TRAININGEN

Uitval en uitstroom van medisch specialisten en aios wordt in toenemende mate veroorzaakt door een gebrek aan veiligheid. Een veilig werk- en leerklimaat is essentieel om medisch specialisten, aios en anios gezond en veilig te laten werken, hun potentieel volledig te laten benutten en onbevreesd te laten leren. Bekijk welke trainingen De Academie op dit gebied aanbiedt om op een positieve manier hier invloed op uit te oefenen.

Inleiding Powerdynamics:

Een eendaagse training voor elke aios, anios en medisch specialist die aan de slag wil met de dynamiek binnen samenwerkingsverbanden. Elke samenwerking kent zijn eigen dynamiek en iedereen kan die samenwerking anders ervaren. Krijg praktische tools om op een positieve manier invloed uit te oefenen op deze machtsdynamiek en leer een krachtenveldanalyse te maken. Deze training sluit af met een neuroscience experiment gericht op een krachtige uitstraling.

Duur: 1 dag

Doelgroep: medisch specialisten, aios en anios

Accreditatie: 6 punten voor medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici en klinisch chemici
Kosten: € 850

Meer informatie:



Investeren in een veilig werk- en leerklimaat

Hoe wordt de veiligheid binnen de werk- en leeromgeving ervaren? Dat is voor iedereen anders en wordt in belangrijke mate bepaald door de machtsdynamiek en hiërarchie. Als medisch specialist, opleider of supervisor ben je je vaak minder bewust van deze aspecten. Maak tijdens deze eendaagse training een krachtenveldanalyse en oefen met een trainingsacteur hoe jij als rolmodel invulling kunt geven aan het creëren van een veilig werk- en leerklimaat.

Duur: 1 dag

Doelgroep: medisch specialisten, opleider of supervisor

Accreditatie: 6 punten voor medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici en klinisch chemici

Kosten: € 850

Meer informatie:



Verdiepende opleidersvaardigheden

Optimaliseer jouw opleiderschap met deze tweedaagse training over het geven van verdiepende feedback in hiërarchische en intraprofessionele situaties, het toepassen van situationeel leiderschap, en het voeren van verschillende soorten supervisie- en leergesprekken. Daarnaast is er ruimte om uitgebreid te oefenen met een trainingsacteur. Ook is er aansluitend op de training de mogelijkheid om je in te schrijven voor drie online intervisiebijeenkomsten met collega-opleiders van diverse specialismen.

Duur: 2 dagen

Doelgroep: opleider of supervisor

Accreditatie: 12 punten voor medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici en klinisch chemici

Kosten: € 1.700

Meer informatie:



Omgaan met machtsverhoudingen

Een eendaagse training speciaal voor anios en aios over het bespreekbaar maken van machtsverhoudingen vanuit een afhankelijke of ondergeschikte positie. Je maakt een krachtenveldanalyse. Ook krijg je praktische tools om op een positieve manier invloed uit te oefenen op de machtsdynamiek. Daarnaast oefen je samen met een trainingsacteur hoe je zelf positief invloed uit kunt oefenen op het versterken van een veilig leer- en werkklimaat.

Duur: 1 dag

Doelgroep: aios en anios

Accreditatie: niet van toepassing

Kosten: € 850

Meer informatie:



COLOFON

Jaargang 10, maart 2024

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.

Eindredactie: Vanessa Cruz.

Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek).

M.m.v. Sjef van der Lans, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Margriet Bakker, Carlijn van Trigt, Hanneke Bos, Lennart de Wit,

Luuk Soolsma (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 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,

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.

Is een proeftijd gebruikelijk bij een contract van zes maanden?

Mirjam krijgt een contract van zes maanden als chef de clinique aangeboden met een maand proeftijd. Onze jurist vertelt dat dit niet mag en adviseert Mirjam nog niet te tekenen. Hij biedt aan het contract te controleren op andere ongewenste bedingen zoals een geheimhoudings-, concurrentie- en/of relatiebeding. Vaak zit daar een (streng) boetebeding aan gekoppeld. Mirjam maakt gebruik van dit aanbod en tekent pas als ze zich volledig in het contract kan vinden.

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

Levertransplantatie niet langer bij nacht en ontij

& nu
verder

Levertransplantaties zijn doorgaans spoedoperaties omdat de donorlever maar beperkt houdbaar is. Hierdoor vindt meer dan de helft van de levertransplantaties in de avond- en nachtdienst plaats. Volgens Vincent de Meijer, hoogleraar chirurgie en hoofd van het UMCG Transplantatiecentrum, zal daar verandering in komen. De levertransplantatiechirurg rondde met zijn team een onderzoek af waarbij donorlevers in afwachting van de operatie op een zogenoemde perfusiemachine werden aangesloten. Wat blijkt: de transplantatie hoeft niet meer binnen enkele uren plaats te vinden, maar kan probleemloos tot wel twintig uur worden uitgesteld tot de volgende ochtend.

De perfusiemachine werd zo'n twintig jaar geleden door onderzoekers en ingenieurs in het Groningse ziekenhuis ontwikkeld. Het door de lever pompen van zuurstofrijke bewaarvloeistof vertraagt de achteruitgang van het orgaan in afwachting van de transplantatie. In de tijd die hiermee wordt overbrugd krijgt het team de gelegenheid om 's ochtends uitgerust aan de

operatietafel te verschijnen, terwijl ook de patiënt zich niet meer bij nacht en ontij naar het ziekenhuis hoeft te spoeden. Deze logistieke voordelen blijken tot wel twee uur kortere en meer succesvolle transplantaties op te leveren. Onderzoek wijst verder uit dat de patiënt in ieder geval geen negatieve effecten van deze werkwijze zal ondervinden in de twaalf maanden na de operatie. Daarna moet de toekomst nog uitwijzen. 'Beter conserveren, duurzaam transplanteren' lijkt hiermee het nieuwe motto te worden. Naar aanleiding van de studie worden in het UMCG sinds 1 januari 2023 nagenoeg alle levertransplantaties overdag uitgevoerd. En zijn er volop plannen om dit gouden ei verder uit te rollen richting long- en zelfs harttransplantaties. Een gunstige ontwikkeling voor de werk-privébalans van transplantatieteams en de personele bezetting van de OK komt tijdens de avond- en nachtdiensten minder onder druk te staan.



Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

