

Gezondheidsjurist
Corrette Ploem
**AI is de elektriciteit
van de 21e eeuw**

Gynaecoloog en hoogleraar
duurzaamheid Wouter Hehenkamp
**Denk twee keer na voor je vliegt.
Is het congres het waard?**

De gezondheidskloof
tussen arm en rijk
**Kan de dokter er
wat aan doen?**

Medisch Specialist

September
2024

Aios kindergeneeskunde
Sarah Sahba zet zich naast haar
opleiding in voor het goede doel:

**‘Zorg en gezondheid
moeten rechtvaardig
worden verdeeld’**



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Artsen, zorginstellingen en patiëntenorganisaties werken geregeld samen met leveranciers van geneesmiddelen en medische apparatuur. Soms krijgen zij daarvoor een vergoeding. Het Transparantieregister Zorg (TRZ) publiceert sinds 2012 jaarlijks over deze financiële banden. De cijfers van 2023 tonen het volgende beeld:

TEKST SELMA LAGEWAARDT

208

In 2023 hebben 208 bedrijven financiële relaties met zorgprofessionals en/of zorgorganisaties gemeld. In 2022 waren dat er 211 en in 2021 (coronajaar) 183.

9.700

Het aantal financiële relaties is gestegen van 13.802 (2022) naar 15.314. Hierbinnen is het aantal relaties met individuele zorgverleners (voornamelijk artsen) toegenomen van circa 8.700 naar 9.700.

€ 500

Leveranciers hebben een meldplicht als zij meer dan € 500 betalen aan een zorgprofessional, zorginstelling of patiëntenorganisatie.

10%

In 2023 is in totaal voor € 94 miljoen aan financiële relaties gemeld in het TRZ. Dat is een stijging van 10% ten opzichte van 2022.

90%

Het overgrote deel (90%) van de € 94 miljoen aan vergoedingen ging naar zorgorganisaties, samenwerkingsverbanden van zorgverleners en patiëntenorganisaties (tezamen € 84 miljoen).

9,6 miljoen

Circa 10% (€ 9,6 miljoen) heeft betrekking op financiële vergoedingen voor individuele zorgprofessionals. Dit is een stijging van 23% ten opzichte van 2022.

€ 2.900

Het gemiddelde bedrag van een relatie tussen bedrijven en individuele zorgprofessionals bedraagt circa € 990 per relatie, € 2.900 per persoon.

15.000

Het register werd in de periode juli 2023 tot juli 2024 geraadpleegd door ruim 15.000 unieke bezoekers.



Bron: Transparantieregister



NR.3
September
2024

Nachtuilen

De nachtdienst van cardioloog Nicolien Breet op de Eerste Hart Hulp

6



Interview

Gezondheidsjurist Corrette Ploem: 'AI is nuttig, maar laat je er niet door overrulen'

8



Achtergrond

Medisch specialisten kunnen meer doen tegen de gezondheidskloof

17

EN VERDER

4 Column Piet-Hein Buiting: Femke Bol

5 Succesvolle lobby tegen vpen: Kamermeerderheid wil maatregelen

12 Arts én weldoener: Drie portretten

16 De Opleider: Wies Maarse stimuleert aios na te denken over hun toekomst

24 Aan de start: Intensivist Dennis

Ellenbroek: 'De liefde voor het acute was er altijd al'

26 Pleidooi: Gynaecoloog Wouter Hehenkamp pleit voor minder vliegreizen

28 In Balans: Rico Rinkel heeft

naast zijn werk als kno-arts een levenslange liefde voor muziek en zingen.

31 Nieuws van de Federatie: Highlights derde kwartaal

32 & nu verder: Tonnie de Robot verdrijft eenzaamheid



OP DE COVER

Aios kindergeneeskunde Sara Sahba vecht naast haar opleiding voor betere zorg aan kinderen
Pagina 12

COLUMN

FEMKE BOL

Deze zomer zat ik net als velen van ons op het puntje van mijn stoel tijdens de Olympische Spelen. We zagen Femke Bol schitteren met haar fenomenale inhaalrace op de 400 meter estafette gemengd, wat goud opleverde. Een paar dagen later gingen we er weer goed voor zitten bij de 400 meter horden individueel. En opnieuw haalde Femke Bol een medaille, wederom een top-prestatie. En toch merkte ik dat er, naast trots, ook teleurstelling was in de berichtgeving. We zijn in korte tijd blijkbaar zo gewend geraakt aan winnen dat zelfs een prachtige derde plek niet meer genoeg lijkt.

Deze neiging om het hoogst haalbare als enige maatstaf voor succes te zien, zie ik ook in de zorg. Net zoals topsporters alles geven om het beste te bereiken, zetten wij als zorgprofessionals ons dagelijks in om de best mogelijke zorg te leveren. We streven naar perfectie, of het nu gaat om de juiste diagnose, het succesvol uitvoeren van een complexe operatie of de persoonsgerichte begeleiding van een chronische patiënt. En hoewel er in de zorg geen medailles worden uitgereikt, is de prestatiedruk vergelijkbaar. Maar uitsluitend streven naar goud leidt soms tot onrealistische verwachtingen en daarmee tot teleurstelling. Zoals we die lichte teleurstelling voelden toen Bol het brons haalde. Maar waarom eigenlijk? Ze had een fenomenale prestatie geleverd. Het zette me aan het denken: brons of een vierde plaats is toch nog steeds een buitengewone prestatie?

Dit doet me ook denken aan het motto van de Olympische Spelen: 'Meedoen is belangrijker dan winnen.' Terwijl we naar de absolute top kijken, vergeten we soms dat zelfs de atleten die de kwalificatie niet halen, sneller, hoger en sterker zijn dan jij en ik ooit zullen zijn. Geneeskunde is een vakgebied waarin prestatiedruk vanaf het begin aanwezig is. Van studenten wordt verwacht dat ze excelleren in hun studie, nevenactiviteiten ontplooiën, promoveren en hun privéleven deels opofferen om aan de hoge eisen te voldoen. Natuurlijk willen we dat zij de beste artsen worden die ze kunnen zijn, maar wat winnen we ermee als dat leidt tot burn-out of een constante teleurstelling als de verwachtingen niet helemaal worden waargemaakt?

Of het nu de sport of de zorg is, het draait niet alleen om prestaties, maar ook om balans. En al helemaal nu de zorg zo onder druk staat. Ook in de zorg verwachten we topprestaties, maar het is goed te realiseren wat de waarde is van het leveren van goede zorg in de breedte. De inzet die iemand in de zorg voor de patiënt levert, is als zodanig al belangrijk, ook als het resultaat 'gewoon goed' is. Het streven naar het beste voor onze patiënten blijft essentieel, net zoals atleten alles geven voor die gouden plak. Toch verdient de inzet en de weg ernaartoe ook erkenning, ook als het niet altijd tot goud leidt. Trots zijn op wat er elke dag opnieuw wordt bereikt, zelfs als het niet helemaal perfect is. Goud is waardevol. Brons ook.

Piet-Hein Buiting
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten





Succesvolle lobby tegen vaperen

De stem van de dokter is van groot belang, niet alleen in de spreekkamer maar ook in het publieke debat. Artsen maken zich ernstig zorgen over de groeiende populariteit van vaperen onder jongeren. Eén op de vijf jongeren heeft het afgelopen jaar een vape gebruikt, en vapers stappen drie keer zo vaak over op sigaretten. Het netwerk preventie van de Federatie heeft daarom intensief geobbyd

tegen vaperen, onder andere via social media, contacten met Kamerleden, werkbezoeken van politici aan onze artsen en initiatieven zoals #artsenslaanalarm. Dit heeft eraan bijgedragen dat de Tweede Kamer moties heeft aangenomen om wegwerp-vapes te verbieden en de (online) verkoop strenger te handhaven. We blijven ons inzetten voor een rookvrije generatie.

Voortdurende aandacht voor medicijntekorten

Medicijntekorten zijn een groeiend probleem dat medisch specialisten dagelijks raakt. De Federatie zet zich samen met wetenschappelijke verenigingen en andere beroepsorganisaties in om deze kwestie op de politieke agenda te krijgen. We uiten met regelmaat onze zorgen in brieven voorafgaand aan Kamerdebatten, nemen deel aan rondetafelgesprekken over geneesmiddelen in de Kamer waar voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde Lissy de Ridder onlangs waarschuwde dat "kinderen de kanarie in de kolenmijn zijn" bij medicijnschaarste. De Federatie bereidt medisch specialisten zorgvuldig voor op dergelijke tafels en begeleidt hen bij media-optredens. Dankzij deze inspanningen werd een motie aangenomen die de



regering oproept om een samenhangende strategie te ontwikkelen die onder andere aandacht besteedt aan de risico's van toekomstige tekorten en een gebalanceerd voorkeursbeleid van zorgverzekeraars.



Lees meer over geneesmiddelen op: demedischspecialist.nl/geneesmiddelen

Mediakortjes

'We sturen onze dj's de wereld over, dat kunnen we ook met onze experts op het gebied van bacteriële infecties'

Heiman Wertheim, hoogleraar klinische microbiologie, in de Volkskrant over de uitbraak van superbacterie in oorlogsgebieden en het belang van het delen van Nederlandse kennis op het gebied van antibioticaresistentie.

'Op alleenstaande moeders is de samenleving slecht ingericht'

Gezina Oei, anesthesioloog-pijnspecialist, in NRC over het managen van werk en privé als alleenstaande moeder.

'Criminaliteit is net als koorts een symptoom. Een gevangenis zie ik dan ook als een zorginstelling'

Psychiater Jantijn Fockens in Medisch Contact over kijken naar de persoon achter de gedetineerde.

'Ik zou niet weten waarom ik naar een congres in de VS zou moeten. Al die kennis kan ik prima in een samenvattingspraatje in Nederland opdoen'

Marijke van Gerwen, internist acute geneeskunde, in de Volkskrant over vliegreizen van artsen naar medische congressen in het buitenland.

'Ik heb mezelf de vraag gesteld: moet ik het überhaupt wel voorschrijven aan kinderen?'

Kinderarts-endocrinoloog Erica van den Akker in Nieuwsuur over ongelijkheid in de zorg door het afvalmedicijn Saxenda alleen voor volwassenen te vergoeden.

Regerakkoord en Prinsjesdag

Heb je onze reactie op het regeerakkoord en Prinsjesdag gemist? Lees deze alsnog op onze website.







NACHTUILEN



22.00 uur, Gelre ziekenhuizen locatie Apeldoorn, Eerste Hart Hulp (EHH). Cardioloog Nicolien Breet wacht een moment in de verlaten gang totdat de verpleegkundige klaar is met de patiënte, om haar het positieve nieuws te vertellen: het ECG is goed en de bloeduitslagen ook. 'Er is niks aan de hand met uw hart, u mag naar huis.' Het zal een avond worden vol telefonische consulten, ECG's beoordelen en geruststellende woorden. Zoals voor de patiënt die door de huisarts is ingestuurd en de ambulancebroeder die een extra ECG wil laten beoordelen. Vanavond en vannacht blijven de acute situaties uit.

Maar waarom is de cardioloog hier eigenlijk nog? Ze heeft immers al een lange werkdag achter de rug, en morgen is er opnieuw een dag vol poliklinische patiënten. 'Dat is het gevolg van een structureel tekort aan arts-assistenten. We doen nu grotendeels zelf onze voorwacht, zo vangen we het tekort op.'



**Bekijk de
andere foto's
van Nicolien's
nachtdienst**



GEZONDHEIDSJURIST
CORRETTE PLOEM OVER
ARTIFICIËLE INTELLIGENTIE



‘Benut AI maar blijf zelf aan het stuur.’

Nauwkeurig, verfijnd en razendsnel – AI heeft de potentie om diagnoses te verbeteren, besluitvorming te versnellen en de arbeidskrapte in de zorg te verminderen. Maar blijf alert, zegt Corrette Ploem. AI kan onveilige zorg opleveren, leiden tot overconsumptie van zorg, en het persoonlijk contact tussen arts en patiënt kan in het nauw komen. ‘AI is nuttig, maar laat je er niet door overrulen.’

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MARK HORN

Wat maakt AI zo anders dan andere medische technologieën? 'AI is geen opzichzelfstaand product, zoals een MRI-scanner of een pacemaker, maar een nieuwe systeemtechnologie. AI is als de elektriciteit van de 21e eeuw en heeft de potentie samenlevingen diepgaand te veranderen. De toepassingsmogelijkheden zijn legio en dat geldt ook voor de zorg, waarin AI steeds verder binnendringt.

AI kun je grofweg op twee manieren inzetten: om de zorg te ondersteunen, en om de zorg te verbeteren. Denk in het eerste geval bijvoorbeeld aan het verlichten van administratieve verantwoordelijkheden van artsen – zoals het schrijven van een ontslagbrief –, aan het opvangen van personeelskrapte door digitale assistenten en chatbots, of aan het snel analyseren van wetenschappelijke literatuur. In het tweede geval gaat het om mogelijke verbeteringen van diagnostiek en behandeling. Zo kan een door AI ondersteunde operatierobot een ingreep beter uitvoeren waardoor de overlevingskansen toenemen en het aantal postoperatieve complicaties afneemt. Een ander voorbeeld is vroege opsporing van kanker of hartfalen met AI-gestuurde data- en beeldanalyses.'

Waar moeten medisch specialisten alert op zijn als ze gebruik willen maken van AI?

'Het is belangrijk je te realiseren dat de inzet van AI niet automatisch betere en efficiëntere zorg oplevert. Neem bijvoorbeeld het screenen op risicofactoren voor het ontstaan van ziekten. Dat is niet per se gunstig voor patiënt en samenleving, omdat daarbij afwijkingen aan het licht kunnen komen waarvoor nog geen goede behandeling beschikbaar is. Ondertussen raken mensen wel ongerust en vragen ze om verder onderzoek. Dat leidt al snel tot overconsumptie van zorg en een nodeloos beroep op zorgmedewerkers aan wie we toch al een tekort hebben. Kijk daarom steeds goed wat gebruik van AI oplevert.'

Welke rol speelt het gezondheidsrecht bij de keuze van medisch specialisten om AI in te zetten?

'Bij de keuze om AI in te zetten, gelden geen aparte juridische regels. De hamvraag is: handelt de arts die AI toepast als een goede hulpverlener zoals dat in het gezondheidsrecht is vastgelegd? Worden de rechten van de patiënt gerespecteerd? Is de kwaliteit van de geleverde zorg in lijn met wetgeving en professionele richtlijnen? Relevant hierbij is de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), deze vereist zorg van goede kwaliteit, oftewel: zorg die veilig, doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is. En de Wet op de

geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) die verlangt dat artsen en andere zorgverleners zich houden aan de voor hen geldende professionele standaard, zoals vastgelegd in protocollen en richtlijnen die door medische verenigingen en beroepsorganisaties zijn opgesteld. Aan die zelfregulering is in de praktijk veel behoefte, omdat richtlijnen concrete en praktische handvatten bieden aan artsen en leidend zijn voor hun dagelijks handelen, óók bij de keuze om AI in te zetten. Wettelijke normen zijn vaak abstract en juridisch geformuleerd, ze geven slechts de hoofdrichting van het handelen aan. Bedenk ook dat in richtlijnen rekening is gehouden met alle relevante wetten, nationaal en Europees, en dat richtlijnen veel gemakkelijker geüpdatet kunnen worden dan wetten, waarbij dat jaren in beslag neemt.'

Wat betekent het inzetten van AI bij diagnostiek en behandeling voor de aansprakelijkheid van artsen?

'De aansprakelijkheid voor falende AI is binnen het recht nog niet uitgekristalliseerd, maar ik kan er wel iets over zeggen. Wat juridisch telt, is dat AI weliswaar belangrijke informatie geeft, maar niet de regie van arts en patiënt bij de besluitvorming over de behandeling mag overnemen. Dit is niet in nationale wetgeving vastgelegd, maar volgt wel uit de algemene Europese wet over het gebruik van AI. En dat is niet alles. Artsen mogen AI alleen inzetten als zij voldoen aan drie voorwaarden: de AI voldoet aan de veiligheidseisen van de Europese AI-wetgeving; het inzetten van AI is volgens de geldende professionele richtlijnen veilig en verantwoord; bij gebruik van AI moet er toezicht zijn op de werking ervan. Als een arts heeft gehandeld conform deze voorwaarden, ligt het niet voor de hand hem of haar aansprakelijk te houden voor de schade die een verkeerde diagnose of een verkeerd behandelbesluit heeft veroorzaakt, en die is terug te voeren op de inzet van AI. Dat neemt niet weg dat artsen problemen en gebreken van AI wel moeten signaleren en melden aan de ontwikkelaar. Is de arts niet aansprakelijk, dan komen andere partijen in beeld: degene die het systeem heeft ontwikkeld en op de markt gebracht, of het ziekenhuis als dat is tekortgeschoten in het bieden van een goede infrastructuur voor goed toezicht. Er is nog geen duidelijk kader dat artsen en ziekenhuizen daarmee helpt. Dat lijkt me een mooi onderwerp voor een landelijke richtlijn.'

U pleit ervoor het persoonlijke contact tussen arts en patiënt via een wettelijke norm veilig te stellen. Waarom?

'Persoonlijk contact is dé manier om goed te communiceren met de patiënt, en goede communicatie is essentieel om goede zorg te kunnen verlenen. Schiet de communicatie te kort, dan zal de patiënt minder makkelijk meewerken aan de behandeling en ontstaan er eerder fouten. Ik zie "persoonlijk contact" wel breed: het kan ook op afstand plaatsvinden, via videobellen of een telefoongesprek. Welke vorm dat persoonlijk contact heeft moet al aan het begin van de behandelrelatie aan de orde komen en is mede afhankelijk van de voorkeuren en de zorgbehoefte van de patiënt. In specifieke omstandigheden zoals de COVID-19 pandemie, of bij een tekort aan zorgverleners, moeten artsen de ruimte hebben om weloverwogen van live-contact af te zien. Bijvoorbeeld bij handelingen als het voorschrijven van een eenvoudig geneesmiddel of het opstellen van

'De aansprakelijkheid voor falende AI is binnen het recht nog niet uitgekristalliseerd'



Corrette Ploem (1966) is gezondheidsjurist en bijzonder hoogleraar recht, zorgtechnologie en geneeskunde (KNMG-leerstoel). Ze is verbonden aan de medische en de juridische faculteit van de Universiteit van Amsterdam. Ploem doet onderzoek naar de juridische aspecten van medisch-wetenschappelijk onderzoek en nieuwe technologieën op het gebied van dataverwerking, AI, voortplanting en genetica.

een doorverwijzing. Een arts moet ook tegenwicht kunnen bieden aan patiënten die zonder goede reden zulk live-contact willen.’

Een andere kwestie die door AI urgenter wordt, is het delen van grote hoeveelheden patiëntgegevens. Welke risico's ziet u?

‘Het gebruik van patiëntgegevens voor wetenschappelijk onderzoek is onder meer geregeld in de WGBO. Daarin staat dat artsen patiëntgegevens alleen met derde partijen – zoals wetenschappers of bedrijven – mogen delen als patiënten daarvoor toestemming hebben gegeven. Die toestemming is niet nodig als het ontbreken daarvan het onderzoek onevenredig belemmert – bijvoorbeeld als er bias van de data dreigt doordat er te weinig gegevens beschikbaar zijn van een specifiek patiëntencohort. In deze gevallen hebben patiënten vooraf wel een bezwaarmogelijkheid gehad. Om toestemming vragen biedt de meeste garantie dat patiënten zich ervan bewust zijn dat hun gegevens voor onderzoek kunnen worden gebruikt. Zonder die transparantie en zeggenschap kunnen we het vertrouwen van patiënten in de zorg gemakkelijk verliezen, zeker in relatie tot AI-ontwikkelingen die nog dieper ingrijpen op hun privacy dan met de huidige technologieën het geval is. Tegenwoordig gaan er echter steeds meer stemmen op om, in het belang van technologische vooruitgang, het bezwaarsysteem te hanteren. Dat is ook het uitgangspunt van het Europese voorstel voor data-uitwisseling in de zorg (de European Health Data Space). Het lijkt erop dat deze ontwikkeling niet meer te stoppen is, en ik verwacht daarom dat de huidige WGBO-regeling hierop zal worden aangepast.’

Wat betekent dat voor de privacy van patiënten? En welke rol kan het recht hierbij spelen?

‘Ik kan leven met een bezwaarsysteem bij niet-risicovolle vormen van data-uitwisseling, mits patiënten hierover persoonlijk informatie ontvangen. Denk dan aan data die voorafgaand aan de uitwisseling gepseudonimiseerd (versleuteld, red.) zijn en niet worden

gedeeld met commerciële partijen of met onderzoekers in landen met lagere niveaus van privacybescherming. Ik vind een bezwaarsysteem onvoldoende bij meer risicovolle data-uitwisselingen, zoals het met onderzoekers delen van DNA-sequenties of zeldzame DNA-varianten. Bij dergelijke gegevens zijn er ondanks de pseudonimisering meer privacy-risico's, zeker als die onderzoekers nauw samenwerken met bedrijven of met onderzoekers buiten de EU. Bovendien bestaat bij deze data de kans dat onderzoek bevindingen oplevert die je aan patiënten wilt terugkoppelen. In dit soort gevallen zal toestemming echt het uitgangspunt moeten blijven, en moeten ziekenhuizen van geval tot geval beoordelen of daarvan kan worden afgeweken.

Graag zou ik zien dat deze beoordeling, bij voorkeur uitgevoerd door een onafhankelijke medisch-ethische commissie, in de wet wordt vastgelegd. Ziekenhuizen zullen ook zelf scherp moeten blijven op het eigendom van databestanden en lichaamsmaterialen. Geef die liever niet aan commerciële partijen en zo wel, stel daaraan dan strikte voorwaarden. Zo zouden data toegankelijk moeten blijven voor wetenschappelijk onderzoek en zouden bedrijven niet zonder toestemming van patiënten data mogen overdragen aan andere bedrijven.’

Wat raadt u medisch specialisten aan als het gaat om een verantwoorde omgang met AI?

‘Alle specialismen zouden er goed aan doen om de kansen en risico's voor hun eigen specialisme in kaart te brengen. Waar zetten we op in? Waarop moeten we alert zijn als het gaat om aansprakelijkheid? Mijn advies: richt binnen je specialisme een werkgroep AI op! De individuele medisch specialist zou ik vooral willen meegeven: ga altijd na of de beroepsgroep het gebruik van AI verantwoord vindt, en blij vervolgens zelf “in control”. Zie AI als iets wat nuttig is en je denken verscherpt, maar laat je er niet door overrulen en blij zelf aan het stuur.’

Meer weten?
Kijk op de speciale themapagina over AI:



AANDACHT VOOR AI BIJ DE FEDERATIE

Ook de Federatie heeft oog voor de potentie van AI-technologie in de zorg én de uitdagingen daarbij. Om zorgprofessionals en wetenschappelijke verenigingen te ondersteunen, is de commissie AI opgericht. Er vinden geregeld netwerkbijeenkomsten plaats over AI-gerelateerde onderwerpen. Daarnaast is AI een belangrijk onderwerp in de visie Medisch Specialist 2035 die in ontwikkeling is.

Arts én weldoener

Artsen zijn weldoeners van nature. Ze zetten zich onvermoeibaar in om patiënten de zorg te geven die ze nodig hebben. Sommige dokters doen daar nog een schepje bovenop. In deze editie portretteren we drie medisch specialisten die hun tijd, kennis en ervaring óók beschikbaar stellen voor het goede doel.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD MANON VAN DER ZWAAL



Sara Sahba, aios
kindergeneeskunde UMC
Utrecht, medeoprichter en
adjunct-directeur EKANN

**‘Het is de aard
van dit beestje:
ik leef voor
betere zorg aan
alle kinderen’**

Als éénjarige kwam ik met mijn gevluchte ouders naar Nederland. Ik heb daaraan uiteraard geen actieve herinnering, maar de reis is wel wat mij verbindt met andere vluchtelingenkinderen. Ik zou als het ware met hen gespeeld kunnen hebben in het asielzoekerscentrum. Die overeenkomst werd mijn drijfveer. Al voor mijn studie verdiepte ik me in thema's als inclusie en diversiteit. Zorg en gezondheid moeten naar mijn overtuiging rechtvaardig worden verdeeld, ik denk dan met nadruk ook aan vluchtelingenkinderen.

Als student kwam ik in contact met kinder- en tropenarts Albertine Baauw, een inspirerende vrouw die onder andere met vluchtelingenkinderen werkt. Als visionair bedacht zij het Expertisecentrum Kinderen en Adolescenten Nieuw in Nederland (EKANN), dat we vanaf 2022 samen hebben opgezet. Dit landelijke expertisecentrum – met als belangrijkste pijlers advies en signalering – helpt artsen en andere zorgprofessionals met vragen over vluchtelingenkinderen in hun dagelijkse praktijk. Deze kinderen kampen vaak met een complexe gezondheidsproblematiek. We delen onze expertise en ervaringen om deze kwetsbare groep de best mogelijke zorg te kunnen bieden.

Ik combineer dit werk bewust met mijn opleiding tot kinderarts, omdat ik ervan overtuigd ben dat die combinatie me een veel betere kinderarts maakt. Ik wil iets blijvends maken van EKANN. Er is duidelijk behoefte aan onze kennis en dat zal alleen maar toenemen. De eerste jaren ben ik de drijvende kracht geweest achter de stichting, maar inmiddels wordt die gedragen door meer dan tien bevoegde dokters, grotendeels op vrijwillige basis.

Onze steen in de vijver heeft veel beweging opgeleverd, en onze dienstverlening groeit dankzij diverse fondsen. Ik hoop dat EKANN geïnstitutionaliseerd raakt, zodat we de zorg voor deze kwetsbare kinderen structureel kunnen verbeteren. Toegegeven, dit werk is uitdagend en kost energie, ook omdat het me emotioneel soms best kan raken. En het vraagt creativiteit en inzet om mijn beide werelden te combineren. Maar uiteindelijk is het de aard van dit beestje: ik leef voor betere zorg aan alle kinderen. Voor mij slaat de balans daardoor altijd positief uit.’



Melinda Witbreuk, kinderorthopedisch chirurg, Amsterdam UMC en OLVG

‘Het is interessant op plekken te komen waar de medische zorg minder goed is ontwikkeld dan in Nederland’



Ik word blij elke keer als ik terugkom in Harapan Jaya, een rehabilitatie- en revalidatiecentrum op het Indonesische eiland Sumatra. Daar opereer ik kinderen uit arme gezinnen en geef ik onderwijs aan assistenten in opleiding. Ik doe dit vrijwilligerswerk - een paar weken in februari - al zestien jaar lang, het geeft me het gevoel terug te gaan naar familie. Het is er altijd gezellig, met een hoop plezier, en door de goede zorgen van de zusters van het centrum kan ik me totaal op mijn werk richten.

Omdat de medische zorg in Indonesië sterk is verbeterd, ben ik minder gaan opereren en me meer gaan toeleggen op dokters opleiden. Onderwijs geven vind ik nu eenmaal verschrikkelijk leuk. Aan de universiteit in Medan geef ik in die periode ook les en de assistenten gaan mee naar Harapan Jaya om te leren opereren.

Ik heb een blij beroep, omdat je als kinderorthopedisch chirurg kinderen functioneel beter kunt maken. Een klompvoet in Nederland behandelen is overigens anders dan in Indonesië, waar je complexere, extremere gevallen ziet. De patiëntenstroom daar is eindeloos. In die elementen zit voor mij de uitdaging, de meerwaarde. Ik kan van betekenis zijn voor kinderen daar die deze zorg nodig hebben. En door vakgenoten les te geven blijf ik alert en op de top van wat ik moet weten van mijn vak. Voor dit vrijwilligerswerk neem ik vaak extra vakantieweken op. Het is keihard werken, maar het geeft me ook veel energie. Het is interessant op plekken te komen waar de geneeskunde en medische zorg minder goed zijn ontwikkeld dan in Nederland en daar de trucjes die ik in de operatiekamers heb geleerd te mogen doorgeven. Ik doe dat ook voor de European Paediatric Orthopaedic Society (EPOS). Binnenkort gaan we met een klein groepje naar Armenië om daar les te geven. Er zitten helaas maar 24 uur in een dag. En je wilt goede zorg voor iedereen. Daarvoor zet ik me graag in, al moet ik uiteindelijk ook genoeg nemen met het idee dat ik gewoon een schakel ben in het grote geheel.'



Patricia Doelitzsch, gynaecoloog
Dokters van de Wereld

**‘Dit vrijwilligers-
werk verrijkt me en
verruimt mijn kijk
op de wereld’**

‘Dokter worden en aan ontwikkelingshulp doen. Dat wilde ik als kind al. Ik denk door de schrijnende beelden van hongersnoden op televisie die als kind veel indruk op me maakten. Het idealisme bleef ik altijd houden, maar ontwikkelingshulp doen, kwam er niet van. Toch wilde ik graag op een plek werken waar je écht het verschil kunt maken. Als gynaecoloog vond ik dat niet in de zorg, terwijl mijn verlangen iets goeds te willen doen, bleef. Ik kwam op het spoor van Dokters van de Wereld, een onafhankelijke organisatie die in actie komt voor mensen die worden uitgesloten van gezondheidszorg of daarin barrières ervaren. Dokters van de Wereld biedt medische zorg, geeft voorlichting en helpt deze mensen de juiste zorg te krijgen. Ik werk daar nu één tot twee dagen in de week als vrijwillig gynaecoloog.

Op mijn spreekuur zie ik vooral ongedocumenteerde vrouwen die om allerlei redenen naar Nederland zijn gekomen of gevlucht, en hier geen ziektekostenverzekering kunnen krijgen. Mijn werk bestaat vooral uit hulp bij anticonceptie en ongeplande zwangerschappen; daarnaast komt alles op gynaecologisch gebied voorbij. Niet alle verhalen zijn even schrijnend, maar 350 euro voor een gynaecologisch consult in een ziekenhuis kunnen deze vrouwen niet betalen. Onze hulp is gratis, al vragen we een bijdrage als iemand inkomen heeft. Dit werk is anders georganiseerd dan in een ziekenhuis, waar veel meer voor je is geregeld. Hier moet je vaak improviseren; dat is voor mij juist een mooi leermoment. Ik werk met veel plezier bij Dokters van de Wereld en het geeft me veel voldoening. Niet alleen omdat mensen blij en dankbaar zijn dat ze geholpen worden, maar ook omdat ik iets kan terugdoen voor de samenleving, voor mensen in moeilijke omstandigheden. Dit vrijwilligerswerk verrijkt me en verruimt mijn kijk op de wereld. Ik beseft des te meer hoe bevoorrecht wij in dit land zijn.’

Er werken hier veel vrijwillige, jonge dokters die nog aan het begin staan van hun carrière. Bewonderenswaardig dat zij hiervoor tijd vrijmaken! Mijn werk opent inmiddels ook de ogen van mensen in mijn omgeving, zij zien dat situaties vaak genuanceerder liggen dan gedacht. Dat is een prettige bijkomstigheid. Er vindt een enorme verrechtsing plaats en door mijn ervaringen te delen, hoop ik daarin enig tegenwicht te bieden.’

‘Het vertrouwen dat ik geef, krijg ik ook terug’

WAT GEEF JE MEE?

‘Ik stimuleer dat iedere aios nadenkt over een individueel opleidingsplan. Ik wil al vroeg in de opleiding meegeven dat ze nadenken over wat ze willen bereiken en hoe ze de toekomst zien. Tijdens mijn eigen opleiding luisterde ik vooral naar wat mijn opleider mij vertelde en was er minder ruimte en aandacht voor een eigen pad. De aios van nu nemen zelf beslissingen en

komen met eigen ideeën. Ze weten dat ik daarvoor opensta en ik probeer ze vertrouwen te geven. Als ik een aios superviseer tijdens een patiëntbehandeling, moet die het heft in eigen handen houden. “Toe maar, doe het zelf”, zeg ik dan. Gaat het niet goed, dan moeten ze zelf een oplossing bedenken. Uiteraard binnen grenzen, zodat de patiënt geen schade oploopt, maar ik zeg het ze niet voor. Als de oplossing werkt, geeft dat veel zelfvertrouwen. Daarnaast wil ik aios meegeven dat ze een balans moeten vinden tussen werk- en privéleven. Zelf heb ik een gezin; drie kleine kinderen en een man met een carrière. Wij staan soms voor uitdagingen. Veel aios zijn aan de start van hun opleiding nog geen vader of moeder. Maar als ze kinderen krijgen, zullen ze ook van anderen afhankelijk zijn voor de opvoeding. Dat moet je accepteren. Kan of wil je dat niet, dan moet je misschien geen medisch specialist worden.’

WAT KRIJG JE TERUG?

‘Aios komen vaak met ideeën over zaken waar ik zelf niet eerder aan had gedacht. Dat komt omdat ze tijdens de opleiding naar andere ziekenhuizen gaan om stages te lopen. Voor hen, maar ook voor mij, leidt dat tot kruisbestuiving: uitwisseling van ideeën en nieuwe technieken bijvoorbeeld. Zelf heb ik er geen tijd en ruimte meer voor om

frequent op pad te gaan. Een aios ging op mijn advies naar een gerenommeerd ziekenhuis in België om ervaring op te doen met een innovatieve reconstructie. Bij terugkomst zei hij tegen mij: “Ik zou deze techniek niet overnemen”.

Terwijl het op een congres wel als iets vernieuwends werd gepresenteerd. Hij had echter de beperkingen in de praktijk gezien. Het allerbelangrijkste ten slotte, is je eigen team, daar maakt de aios onlosmakelijk onderdeel van uit. Je maakt heftige dingen mee met elkaar en dus moet je op elkaar kunnen vertrouwen. Het vertrouwen dat ik ze geef, krijg ik ook terug.’



Wies Maarse (39) is staflid in het UMC Utrecht en sinds 2015 gespecialiseerd in oncologische en traumareconstructieve chirurgie. Zij is lid van het multidisciplinaire team voor de behandeling van borstkanker. Daarnaast is ze secretaris van het Concilium Plasticum Chirurgicum van de NVPC.



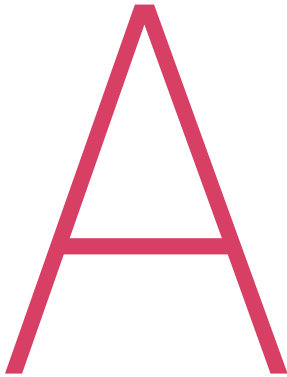


VERDIEPING

Luisteren naar armoede

Armoede en gezondheid staan in omgekeerd evenredig verband: hoe armer, des te groter de kans op ziekte. Wat kunnen medisch specialisten in en buiten de spreekkamer doen om deze gezondheidskloof te overbruggen? Een veldverkenning.

TEKST FRED HERMSEN BEELD ISTOCK



Als medisch specialist krijg je regelmatig te maken met patiënten die in armoede leven. Je weet dat armoede en gezondheid op gespannen voet met elkaar staan, maar wat betekent dat voor jou als arts in de spreekkamer? Je specialiteit is immers

het medische, patiënten kloppen daarvoor bij je aan. 'Zo strak omlind denken medisch specialisten allang niet meer', reageert Robin Peeters, internist in het Erasmus MC en voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), op deze vraag. 'We kijken breed naar mogelijkheden om de gezondheid van onze patiënten te verbeteren. Maar medisch specialisten zijn zich niet altijd voldoende bewust van de hulp die ze mensen in bestaansonzekerheid kunnen bieden. Bijvoorbeeld met *brief advices* – korte en krachtige leefstijladviezen – en goede doorverwijzingen via bijvoorbeeld een Leefstijlzorgloket.'

Onbekend terrein

Ook kinderarts-sociale pediatrie Michel van Vliet (Beatrix Kinderziekenhuis) ziet goede intenties bij zijn collega's, maar wijst wel op de terughoudendheid om actief het gesprek aan te gaan over geld en leefomstandigheden: 'Praten over armoede en alle implicaties daarvan brengt je snel op terreinen waar je geen expert in bent, terwijl je in de spreekkamer wel in een expertrol zit. Je vragen roepen al snel iets op waar je geen controle over hebt, je komt snel op onbekend terrein. Niet zo gek ook, armoede is complex, en als je zelf wilt meedenken over passende zorg in het sociaal domein kom je erachter dat dat lastig is, zeker sinds de invoering van de Jeugdwet in 2015. Alleen mijn regio Groningen telt al 173 aanbieders van jeugdhulpverlening, en er zijn jaarlijks wisselingen.' Publicist en directeur van de Wiardi Beckman Stichting Tim 'S Jongers groeide zelf op in armoede en kent de verwoestende impact ervan. Hij is minder begripvol en verbaast zich over het feit dat ambte-

In het kort

Aandacht voor armoedestress in de spreekkamer leidt tot effectievere medische zorg.

Actief en buiten het ziekenhuis de samenwerking zoeken met andere zorgprofessionals en het sociaal domein leidt tot betere preventieve gezondheidszorg en lagere zorgkosten.

Verdieping in de aard en impact van armoede, kennis van het verzekeringstelsel en inlevende gesprekstechnieken maken medisch specialisten betere dokters.

naren en professionals in Nederland armoedebeleid ontwikkelen en uitvoeren zonder goed te weten wat armoede is, en vaak ook de moeite niet nemen om zich in te leven in de problemen die erbij horen. 'Hun uitgangspunt zijn statistieken, cijfers en grafieken, maar een mens in armoede is geen statistiek. En zelden wordt met deze mensen gepraat om erachter te komen wat het wel is, en hoe daadwerkelijk effectieve oplossingen eruit moeten zien.' Hij schreef daarom het goed ontvangen boek *Armoede uitgelegd* aan mensen met geld, waarin hij aan de hand van zijn eigen ervaringen en onderzoek laat zien hoe armoedestress leidt tot slechte en ongezonde keuzes en destructieve gedragspatronen. Zijn motto: 'Armoede is niemands eigen schuld, levert een korter leven op vol stress en gezondheidsklachten, houd je klein en wordt – net als rijkdom – van generatie op generatie overgedragen.'

Gevaar van symptoombestrijding

Ook in de gezondheidszorg ziet hij dat veel professionals te ver afstaan van armoedeproblematiek. Binnenkort geeft hij daarover een lezing voor de KNMG: 'Artsen groeien doorgaans op in relatieve rijkdom en komen gedurende hun leven niet in aanraking met armoede. In hun werk komen ze vaak voor problemen te staan die met armoede samenhangen, en buiten hun eigen domein vallen. Die confrontatie kan wringen met hun eigen normen van twee keer per dag tandenpoetsen, de schijf van vijf en anderhalf glas alcohol per dag. Het gevaar ligt op de loer van symptoombestrijding, therapieën die niet worden opgevolgd en zelfs schadelijke interventies. Een voorbeeld? Artsen schrijven slaappillen voor, maar die nemen niet de armoedestress weg. Een astmapuffer maakt geen einde aan de schimmels en het vocht in het kale en tochtige huurhuis. Dus wat los je precies op met het uitschrijven van een recept? Als je bovendien bedenkt dat het voor een patiënt die veertig euro per week te besteden heeft, een keuze is om voor dat geld óf medicijnen óf eten te kopen, dan valt iedere keuze slecht uit. Met pillen slaap je misschien beter, maar het verplicht je nog ongezonder te eten dan je al gewend was. En die keuze is met schaamte omgeven. Het is de vraag of medisch specialisten zich daarvan voldoende bewust zijn. Of ze beseffen dat verslavingen samenhangen met trauma's, dat therapietrouw lastig is als je onoplosbare schulden hebt, en dat een leefstijladvies om te stoppen met roken en drinken aan iemand die stijf staat van de armoedestress kansloos is.'

Van Vliet herkent dat: 'Veel dokters leven onbewust in een ivoren toren. Als hun fiets oud en kapot is, kopen ze gewoon een nieuwe. Hoe langer je in zo'n wereld leeft, des te lastiger is het je in te leven in iemand die in bestaansonzekerheid leeft en niet kan



‘Armoede levert een korter leven op, vol stress en gezondheidsklachten’

meekomen in het moderne leven. Als iemands IQ ligt op 85, dan kan armoedestress, bijvoorbeeld door structurele schulden of dreigende dakloosheid, dat naar 72 halen. Een verlaging van 13 punten. En dan ga je vanzelf rare keuzes maken, gericht op de korte termijnbevrediging. Als je dan een keer 500 euro krijgt, wordt dat al snel in een nieuwe tv gestoken omdat je daar direct lol van hebt. Of je koopt er staatsloten voor - ik heb het zien gebeuren - omdat je denkt dat je bij zoveel loten wel móet winnen. Dat is geen bewuste keuze, dat is wat armoede met je doet. Als je dat mechanisme als arts niet herkent en begrijpt, liggen oordelen en slechte interventies op de loer.’

Oprechte interesse

Robin Peeters zet daar tegenover: ‘Onverstandige keuzes zijn natuurlijk niet voorbehouden aan mensen met armoedestress, dat merken wij dagelijks in onze spreekkamer. Medisch specialisten zijn er juist in opgeleid om onbevangen naar hun patiënten te kijken, zonder oordeel en ongeacht het type belemmeringen in hun leven. Ik denk dat juist daarin hun kwaliteit schuilt. En je hoeft natuurlijk niet zelf arm geweest te zijn om een goede arts te zijn voor iemand in armoede. Zoals je ook geen alcoholist hoeft te zijn om een patiënt met alcoholisme te kunnen helpen.’ De internist stelt: ‘Uiteindelijk draait het erom dat je oprechte interesse toont in je patiënt, dat je jezelf blijft verwonderen en op basis daarvan een open gesprek aangaat om de verbinding te kunnen leggen met andere loketten en instanties als je ziet dat er meer nodig is dan een medische oplossing. Aan ziekenhuizen de opdracht om goede loketten in te richten waarin de verbinding wordt gelegd met het sociale domein, waarbij artsen weten dat een doorverwijzing ook echt effectief is. Ik zie dat die beweging in het land met de leefstijlzorgloketten daadwerkelijk wordt ingezet.’ Zelf heeft Peeters de kracht van verwondering ervaren in coronatijd, toen hij met collega’s wekelijks een marktkraam bemande waar Rotterdammers zich konden laten vaccineren. ‘Tot mijn verbazing stonden daar na korte tijd al mensen in de rij voordat we opengingen. Op mijn vraag waarom zij niet naar een reguliere vaccinatielocatie gingen, kreeg ik te horen:

De data

In 2022 kwamen 335 duizend van de bijna 7,7 miljoen huishoudens rond van een laag inkomen; oftewel: 4,4% van de huishoudens had te maken met een armoederisico.

Van alle Nederlanders leeft in 2023 iets meer dan 1 miljoen mensen onder de armoedegrens (6,2% van de bevolking), 391 duizend van hen leven langdurig (meer dan 4 jaar) onder de armoedegrens.

In 2021 leefde 7,2% van de kinderen in Nederland onder de armoedegrens. In 2024 is dit percentage gedaald naar 4,9%.

Early life stress vergroot op latere leeftijd de kans op hart- en vaatziekten, burn-out, depressie en verslavingen; stress op latere leeftijd vergroot de kans op deze aandoeningen overigens ook.

In 2022 gaf 13% van de Nederlanders aan moeilijk tot zeer moeilijk rond te komen, in 2024 is dat gedaald naar 9 procent.

4 op de 10 mensen met een laag inkomen meldden in 2023 een achteruitgaande gezondheid, bij mensen boven de lage inkomensgrens waren dat er 2 op de 10.

Ruim 1 op de 5 Nederlanders die zorg nodig heeft, mijdt een bezoek aan tandarts, fysiotherapeut of andere zorgverlener vanwege hoge kosten.

Stress geeft schade aan organen en hersenen, en heeft een ongunstige invloed op het gedrag. Chronische stress beperkt het denkvermogen, waardoor financiële problemen minder goed kunnen worden aangepakt.

Chronische stress door armoede verhoogt de kans op hart- en vaatziekten en diabetes.

Slaapproblemen, depressie en angstklachten komen vaker voor bij mensen met een laag inkomen. Ook voelen zij zich machteloos en hebben minder zelfvertrouwen.

“Ik moet rondkomen van een paar tientjes per week, denkt u dat ik de reiskosten kan betalen?” Voor mij was dat echt een eyeopener.’ Hij stelt dat met betere informatievoorziening al veel bereikt kan worden: ‘In de zorg wordt te vaak gedacht dat het overbrengen van goede medische informatie een kwestie is van passend taalgebruik. Maar de problematiek is gelaagder. Ook digitale angst en vaardigheden, wantrouwen jegens wetenschap en politiek en de vatbaarheid voor desinformatie spelen bijvoorbeeld een rol. Wij kunnen dat niet allemaal oplossen, we kunnen er wel op inspelen in ons werk. Zo zijn we met Dokters Vandaag actief op TikTok omdat jongeren daar hun informatie vandaan halen. En we kunnen de overheid aanjagen om kansengelijkheid in de medische zorg en de toegankelijkheid tot gezonde keuzes te vergroten. Denk alleen al aan het effect van een vestigingsverbod voor vapeshops en snackbars in de buurt van scholen. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten hebben we het Netwerk Preventie opgericht, waarmee medisch specialisten zich hard maken voor het belang van preventie.’

Toegankelijk taalgebruik

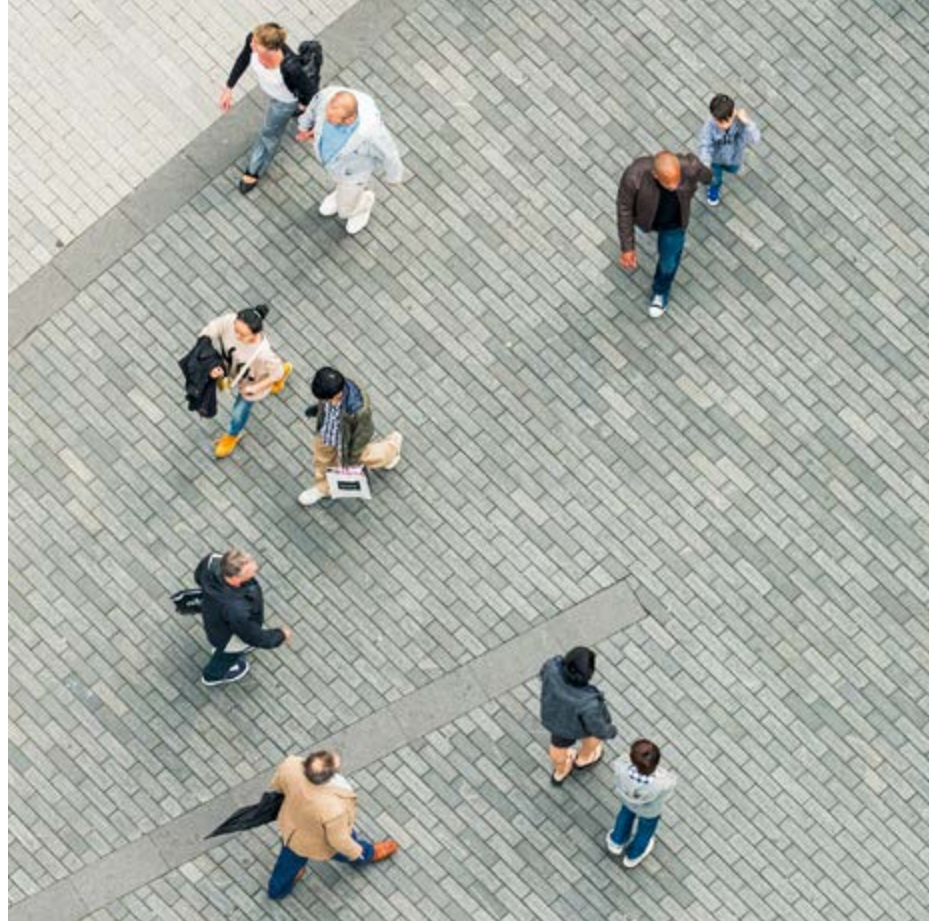
Michel van Vliet onderschrijft de noodzaak van die krachtenbundeling, maar wil toch ook het belang van toegankelijk taalgebruik benadrukken: ‘Campagnes rondom bijvoorbeeld Samen Beslissen zijn omgeven van taalgebruik en argumentaties op hbo-niveau. Mensen met armoedestress en beperkte taalvaardigheden kunnen niet zoveel met de keuze uit twee moeilijk klinkende behandelingen die artsen voorleggen. En zo iets geldt ook voor het taalgebruik in en rondom ziekenhuizen. Dat werkt doorgaans niet bepaald drempelverlagend.’

Maria van den Muijsenbergh is gepensioneerd huisarts en als bijzonder hoogleraar Gezondheidsverschillen en Persoonsgerichte Integrale Eerstelijnszorg betrokken bij het Radboudumc en het expertisecentrum gezondheidsverschillen Pharos. Zij heeft zich een loopbaan lang en met succes ingezet om de gezondheidszorg beter toegankelijk te maken voor kwetsbare mensen, waaronder daklozen en ongedocumenteerde migranten. Ze breekt in haar werk niet alleen een lans voor meer kennis onder artsen van sociale determinanten van gezondheid, maar ook voor het belang van meer financiële kennis. Artsen horen breed onderlegd te zijn in haar optiek. ‘Ik begrijp dat je niet tot in detail kunt weten hoe ons zorgstelsel in elkaar steekt, en hoe het precies zit met medicijnen die binnen het preferentiebeleid vallen. Dat hoeft ook niet. Maar globale kennis van de prijs van medicijnen die je zelf voorschrijft zou al helpen, net als kennis over de dekking die verzekeringen bieden. Met die kennis kun je makkelijker proactieve vragen stellen:

‘Hoe zit het met uw eigen risico, kunt u zich deze medicijnen veroorloven?’

Open gesprek aangaan

Doordachte gesprekstechnieken zijn daarbij cruciaal, vindt Michel van Vliet, en hij stelt vast dat vragen naar de thuissituatie binnen de geriatrie en kindergeneeskunde vanzelfsprekender zijn dan in - zoals hij dat noemt - andere volwassenen geneeskunde: ‘Geen wonder, want ouderen en kinderen zijn kwetsbaar, zeker in situaties van bestaansonzekerheid, waarbij vaak veel stress, onveiligheid, misbruik en geweld om de hoek komen kijken. Artsen zijn voor kinderen een soort advocaat, wij komen voor hen op en schakelen desnoods met hulpverleningsinstanties of Veilig Thuis. Dat lukt alleen als je het gesprek aangaat.’ Hij onderscheidt in zijn werk vier met elkaar samenhangende velden waarop het gesprek gevoerd moet worden: biologisch, psychisch, sociaal en het (familie) systeem. ‘Eigenlijk zou iedere medisch specialist de vaardigheid moeten hebben deze velden te benoemen.’ Afgaan op de zichtbare signalen helpt daarbij, maar is niet genoeg en kan misleidend zijn. ‘Een jongensbaby in een roze rompertje kan wijzen op armoede, maar ook op een poging van ouders om duurzaam om te gaan met kleding. Het probleem van zichtbare signalen is dat ze om een interpretatie vragen, en dan kom je – of je het nu wilt of niet – snel bij je eigen vooroordelen terecht. Daarom moet je altijd het open gesprek aangaan over wat je ziet.’ Daarop hamert Van Vliet ook in de opleidingen die hij geeft. Een voorbeeld van zo’n vraag is: ‘Ik kan niet in uw portemonnee kijken natuurlijk, maar ik kom best vaak tegen dat de prijs voor dit geneesmiddel een hoog bedrag voor mensen kan zijn. Hoe kijkt u hiernaar?’ Hetzelfde kan gelden voor reiskosten en de keuze die je soms kunt bieden tussen twee type therapieën. Om uiteindelijk te kunnen vragen: ‘Zullen we eens kijken of ik u hierin verder kan helpen?’ Van Vliet noemt voorbeelden: ‘Samen kun je onderzoeken of er een goedkoper alternatief of een potje is dat financiële verlichting biedt. Ook kun je naar maatschappelijk werk in het ziekenhuis doorverwijzen.’ De kinderarts benadrukt: ‘Dat gesprek is dus iets anders dan het afvinken van een screeningslijstje. Je moet juist in staat zijn achterover te leunen, te kijken wat er komt. En dan inlevend meedenken. Ook al kost



dat misschien wat meer tijd dan de vijftien minuten die er voor een gesprek staan, het levert altijd zinvolle informatie op.’

Maria van den Muijsenbergh onderschrijft dat: ‘Onderzoek van huisarts Hans Peter Jung liet zien dat het aantal doorverwijzingen naar de tweede lijn met 22 procent daalde als hij expliciet aandacht besteedde aan de thuissituatie van patiënten. Er kwamen evenredig meer verwijzingen naar het minder kostbare sociaal domein.’ Tegelijkertijd stelt zij: ‘Om goed te kunnen doorverwijzen moet ook ons financieringssysteem op de schop. De financiering van de medische zorg en de zorg in het sociaal domein moeten in elkaar overlopen. Ik pleit daarom voor integrale zorgfinanciering, in plaats van de onoverzichtelijke versnippering die er nu is.’

Populatiebudgetten

Wie over de financiering spreekt, komt vanzelf terecht bij zorgverzekeraars. Directeur Aad de Groot van DSW Zorgverzekeraar - vooral actief in het gebied tussen Rotterdam en Den Haag - vindt er geen doekjes om: ‘We stevenen af op een zorginfarct en houden de zorg in de toekomst alleen toegankelijk voor iedereen als minder mensen in het medische circuit terechtkomen.’ En dat kan volgens hem alleen als de schotten tussen de eerste en tweede lijn verdwijnen. ‘Professionals en instanties in het medische en sociaal domein moeten actief de samenwerking opzoeken en ook ik pleit ervoor de financiering van het sociale en zorgdomein te laten samenvloeien.’

‘Veel dokters leven
onbewust in een
ivoren toren’



Als verzekeraar stimuleren wij nu al dat gemeenten, zorginstellingen en allerlei medische en paramedische beroepsgroepen in de regio nieuwe werkvormen toepassen waarbij het ziekenhuis minder dan nu het centrum van de medische zorg wordt. Ik denk aan zorggroepen waarin verschillende disciplines nauw samenwerken.' De Groot begrijpt dat het huidige systeem met DBC's daar niet in voorziet. 'DSW is er dan ook voorstander van dat het DBC-systeem grotendeels - met uitzondering van bijvoorbeeld de acute zorg - wordt vervangen door het werken met populatiebudgetten. De concurrentie en productieprikkels verdwijnen hiermee uit de medische behandeling en we brengen de zorgprofessional in positie om zelf keuzes te maken. Ingrijpend? Ja natuurlijk, maar als je blijft doen wat je deed, krijg je wat je kreeg.'

Tim 'S Jongers spreekt van de spreekkamer als kruispunt, de plek waar mensen laagdrempelig toegang moeten krijgen tot alle mogelijke zorg op maat. Hij stelt net als De Groot dat de echte oplossing ligt in

'Onderzoek de mogelijkheden om samen te werken met collega's in het hele zorgveld, dus ook in het sociaal domein'

het betrekken van mensen in armoede bij beleidsvorming, en wijst daarbij op het succes van het programma Gezond en Gelukkig Den Haag, waar intensieve samenwerking tussen allerlei instanties en goed overleg met de mensen die het minder goed hebben de standaard is. Ook De Groot roept artsen op actief in contact te treden met hun doelgroep in armoede: 'De echte oplossing ligt niet in de spreekkamer. Ga je ziekenhuis uit, zoek contact met mensen voordat ze terechtkomen in het medische circuit. Onderzoek de mogelijkheden om daarbij samen te werken met collega's in het hele zorgveld, dus ook in het sociaal domein.' De Groot beseft dat dat niet voor alle medische disciplines voor de hand ligt, maar denkt dat dat geen reden mag zijn om het experiment niet aan te gaan. 'Gynaecologen kunnen in buurthuizen adviseren over veilig zwanger worden, over het effect van roken en drinken op de foetus. Kno-artsen kunnen op scholen laten zien hoe je gehoorschade voorkomt, internisten kunnen fysiek aanschuiven bij huisartsen, dermatologen kunnen spreekuren in openbare zwembaden instellen over verantwoord gebruik van zonnebrandcrème, en voorlichting over vuurwerk in jongerencentra is het terrein van plastisch chirurgen.'

Simpel telefoontje

De directeur van DSW concludeert: 'Ik steun medische professionals als ze zeggen: belast ons niet onnodig met administratief werk en schaf concurrentie en productieprikkels in de medische zorg af. En ik neem medisch specialisten ook serieus als ze zeggen: "Laat de inrichting van de zorg over aan de professionals." Maar dan mag ik ook verwachten dat ze hun rol daadwerkelijk invullen door actief over de muren van hun eigen ziekenhuis heen te kijken, want in regionale samenwerking "aan de voorkant" ligt - zoals ook in het Integraal Zorgakkoord staat - de toekomst van de zorg.'

Van den Muijsenbergh doet met haar pleidooi voor persoonsgerichte integrale zorg een minder ingrijpend voorstel. 'Ik hecht ook sterk aan inclusief wetenschappelijk onderzoek, waarbij we mensen in armoede actief betrekken.' Op korte termijn ziet ze al quick wins als de informatieoverdracht tussen eerste en tweede lijn verbeterd. 'Huisartsen en medisch specialisten vergeten simpelweg dit soort informatie te delen, ze zijn daar - helaas - ook niet in opgeleid. En natuurlijk is het delen soms lastig omdat ook patiënten de overdrachtsbrief zien, maar een simpel telefoontje doet al wonderen. Een huisarts kan toelichting geven aan de tweede lijn en medisch specialisten kunnen zelfs al tijdens een consult even bellen met een collega van het loket dat de patiënt verder kan helpen. Zo'n warme overdracht geeft patiënten het gevoel dat ze echt gehoord worden. Soms kunnen de oplossingen best simpel zijn.'

De Academie voor medisch specialisten



ACTUEEL TRAININGSAANBOD

POWERTRAINING GESPREKSLEIDER IFMS

Voer effectieve IFMS-evaluatiegesprekken met de Powertraining gespreksleider IFMS. Ontwikkel je gesprekstechnieken en vaardigen met het geven van feedback. Binnen 1 dag krijg je inzicht in de IFMS-methode van evalueren, gesprekstechnieken en in de verschillende aspecten die samenhangen met de rol van gespreksleider. Daarna ga je zelf oefenen onder leiding van ervaren trainers. Ook versterk je jouw overtuigingskracht. De Powertraining gespreksleider IFMS wordt verzorgd door trainers gelieerd aan de Stichting Appraisal & Assessment.

DUUR: 1 dag

LOCATIE: Omgeving Utrecht

KOSTEN: € 995

ACCREDITATIE: 6 punten

TRAINING BESTUREN VAN MEDISCHE STAF EN MSB

Geef professioneel invulling aan jouw rol als bestuurder van een medische staf of msb. In deze tweedaagse training duik je onder begeleiding van ervaren trainers in actuele uitdagingen voor medische staven en msb's. Denk daarbij bijvoorbeeld aan het verbeteren van de interne samenhang en samenwerking en de optimalisatie van de bestuursstructuur. Daarnaast werk je aan de bestuurlijke vaardigheden die je nodig hebt in je rol als bestuurder.

DUUR: 2 dagen

LOCATIE: Zeist

KOSTEN: € 1.750

ACCREDITATIE: 12 punten

LEERGANG MEDISCH MANAGEMENT

Leer de belangrijkste ins en outs van leidinggeven en (dual) management. Ben je medisch specialist in een ziekenhuis, revalidatie- of ggz-instelling, en ben of word je van medisch manager, vakgroepvoorzitter of afdelingshoofd? Leg dan een brede theoretische én praktische basis met deze achtdaagse leergang Medisch management. Je verwerft de praktische kennis en vaardigheden die nodig zijn om een leidinggevende rol te vervullen in een complexe zorgorganisatie.

DUUR: 8 dagen

LOCATIE: Diverse locaties

KOSTEN: € 4.345

ACCREDITATIE: 40 punten

LEERGANG ZIEKENHUISFINANCIËN

Om een goede partij te kunnen zijn in de onderhandelingen over de verdeling van de middelen heb je als medisch specialist basiskennis nodig over ziekenhuisfinanciën. Vergroot je inzicht met de zesdaagse leergang Ziekenhuisfinanciën. De leergang is interactief, sterk op de praktijk gericht en biedt een overzicht van de belangrijkste aspecten van de bedrijfseconomie en wet- en regelgeving van algemene en academische ziekenhuizen en ggz-instellingen.

DUUR: 6 dagen

LOCATIE: Omgeving Utrecht of Amersfoort

KOSTEN: € 3.735

ACCREDITATIE: 36 punten

Bekijk het complete trainingsaanbod op demedischspecialist.nl/academie



De Academie voor medisch specialisten is het opleidingsinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. We bieden scholing en begeleiding aan medisch specialisten, ziekenhuisapothekers, klinisch fysici, klinisch chemici en a(n)ios op het gebied van vaardigheden, leiderschap, bestuur en management.

De Academie
voor medisch specialisten





**Intensivist Dennis Ellenbroek
voelt zich op de intensive
care als een vis in het water,
ondanks het gebrek aan zicht
op een vaste aanstelling.**

Ben jij goed in erop-of-eronder-situaties?

‘Soms voel ik mijn hart in de keel en staat het zweet op mijn rug. Als iemand ontzettend benauwd is bijvoorbeeld, en ik niet weet hoe het met diegene afloopt. Toch straal ik dan altijd rust uit en houd ik het hoofd koel.’

Hoe doe je dat?

‘Door rustig te communiceren en op dezelfde plek te blijven staan, aan het hoofd- of voeteneind. Daarin groei je met de jaren. Het mag dat er soms toch adrenaline door mijn lijf giert, dat geeft me ook wel een zekere kick.’

Zoek je graag de spanning op?

‘De liefde voor het acute was er altijd al; als er een sirene klonk, zocht ik als kind online direct de melding op. Lange tijd wilde ik zelfs ambulancebroeder worden.’

Je bent bestuurslid geweest van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC). Wat bracht dat jou?

‘Het inzicht in de ongekende kracht achter zo’n organisatie. En ik leerde een schat aan afkortingen van de degenen met zeggenschap in het zorgland-schap.’

Wat heb jij ingebracht?

‘Mijn focus op de jonge klaren: aan de hand van enquêtes bracht ik in kaart hoe hun problematiek binnen het ic-landschap speelde.’

En?

‘De arbeidsproblematiek is the perfect storm: veel mensen zijn opgeleid, maar het zorgbudget mag niet groeien en er zijn steeds minder ic-bedden. Vast werk vinden is lastig – op dit moment is er welgeteld één vacature in heel Nederland. Soms laten mensen zich omscholen, pure kapitaalvernietiging.’

Worstel jij hier ook mee?

‘Dit is mijn tweede baan met onzeker perspectief. Niet omdat ze mij niet willen, maar omdat één van de twee ziekenhuislocaties gaat sluiten en de vakgroep daardoor krimpt.’

Zou je je werk anders beleven met een vaste baan?

‘Dat zou kunnen. Van nature ben ik al ambitieus en enthousiast, maar nu ben ik nog sneller geneigd om ja te zeggen op een commissiedeelname. Alles

om me van mijn beste kant te laten zien.’

Best vermoeiend...

‘Het telt op ja, het is veel. Ik heb mijn betrokkenheid echt wel getoond, mijn collega’s beamen dat. Ik zeg inmiddels vaker nee.’

Ben je hoopvol?

‘Als jonge dertiger wil je een huis kopen, een gezin starten, bouwen. Dat gaat gewoon niet als je het ene jaar in de randstad werkt en het volgende in het oosten. Toch vertrouw ik op een positieve wending.’

Je bent als arts ook te vinden op festivals, wat brengt je daar?

‘Het acute, de spanning. Het feit dat je in zo’n bijzondere setting met medische zorg de veiligheid kunt waarborgen. Wel kies ik voor festivals waar mijn expertise het beste toegepast kan worden, zoals dance- en technofestivals. Je zult me niet zo snel op een sportevenement als Mud Masters vinden – daar heb je meer aan een seh-arts of een huisarts die gespecialiseerd is in het bewegingsapparaat.’

Wat kom je tegen op zo’n festival?

‘Van EHBO-letsel, hechtwonden, allergische reacties, valpartijen tot aan – uiteraard – middelengebruik. Helaas overleed vorig jaar een jongere die slecht op een pil reageerde. Terwijl het forensisch onderzoek op de festivalcamping nog bezig was, stonden twintig meter verderop mensen te feesten.’

Hoe kijk jij aan tegen dat drugsgebruik?

‘Ik ben niet zo van de grote stellingnames, veroordeel drugs niet per se, hecht aan autonomie. En als ik kijk naar de ellende door middelengebruik, dan is die nog steeds aanzienlijk minder dan door alcohol.’

...terwijl alcohol wel wordt geaccepteerd.

‘Exact, ik vind dus dat we óók daar kritisch naar moeten kijken. Maar goed, toen ik de ouders moest vertellen dat hun kind was overleden aan een pilletje, was dat natuurlijk hartverscheurend. Het is dubbel.’

Welke andere specialiteit zou je ook wel willen uitoefenen?

‘Seh-arts, daar is voldoende vraag naar. Al schiet nu eigenlijk eerst de ambulance door mijn hoofd. Die jongensdroom blijft lonken.’

**Dennis
Ellenbroek**

- GEBOREN 26 februari 1990 in Mariënheem
- VOLGDE na zijn studie geneeskunde in 2015 aan de Radboud Universiteit de opleiding interne geneeskunde en intensive care bij het Radboudumc in Nijmegen, waarvan drie jaar in Rijnstate Arnhem
- IS redactielid van het tijdschrift De Intensivist
- STAPTE na een half jaar als intensivist in het Deventer Ziekenhuis in december 2022 over naar het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis
- WOONT samen met zijn vriend en hond Skippy
- KIJKT de serie Les Misérables op Videoland
- GUILTY PLEASURE af en toe een bak Magnum-ijs – ‘dan sla ik het avondeten over’

Denk twee keer na voor je vliegt

Gynaecoloog en net benoemd hoogleraar duurzaamheid in de zorg Wouter Hehenkamp stopte vijf jaar geleden met vliegen naar medische congressen. 'Als je als ziekenhuis wilt verduurzamen', zegt hij, 'is dit het laaghangende fruit met de meeste impact.'

TEKST ILSE ARIËNS BEELD GEMMA PAUWELS

Voor een driedaags congres op en neer vliegen naar Rio de Janeiro? Ik vond dat soort werkreisjes altijd hartstikke leuk. Maar vijf jaar geleden kreeg ik een *climate epiphany*. Met mijn pasgeboren zoontje

in mijn armen zat ik naar een natuurdocumentaire te kijken. Als we over de planetaire grenzen blijven gaan, besepte ik, zullen toekomstige generaties daaronder lijden. Toen dat tot me doordrong, ging de knop om.

Thuis spraken we af dat we op allerlei vlakken zouden proberen onze consumptie met 80 procent terug te brengen. Minder autorijden, energie besparen, minder vliegen. Namen we vroeger soms twee keer per jaar het vliegtuig, nu eens in de zoveel jaar. Voor mijn werk heb ik helemaal niet meer gevlogen. De klimaatcrisis is ook een gezondheidscrisis. Meer

mensen zullen lijden onder bijvoorbeeld infecties, hitte en astma. Juist daarom zou je als arts je verantwoordelijkheid moeten nemen; ik merk dat veel collega's daartoe bereid zijn. Wil je iets doen, dan is niet vliegen een relatief klein offer met een enorme impact. De zorg heeft in Nederland 7,3 procent aandeel in de uitstoot van CO₂. Ziekenhuizen doen veel moeite om dat te verminderen. Neem mijn eigen vakgebied, de gynaecologie. Een academisch ziekenhuis gooit jaarlijks rond de 9.000 plastic specula weg. Door terug te gaan naar herbruikbare metalen specula, besparen we per jaar 1.500 kilo CO₂.





Zet dat eens af tegen het schrappen van een vliegreis. Als één arts afziet van een medisch congres in New York, scheelt dat 2.100 kilo CO₂. Ik zeg niet dat je nooit meer naar een congres mag vliegen. Mijn punt is dat het goed zou zijn om een strenge afweging te maken. Vliegen is écht heel vervuilend, is dit congres dat waard? In veel gevallen is de meerwaarde beperkt. Natuurlijk, elkaar ontmoeten is leuker dan een videoconferentie, maar “leuk” vind ik een te slap argument om zoveel uitstoot te genereren. En dat fijne gesprek met die arts uit Canada, krijgen jouw patiënten daardoor een betere


behandeling? Als je keuzes moet maken, dan liever dit dan beknibbelen op materiaal of - erger nog - op de zorg zelf.

“Als wij niet vliegen en anderen wel, dan kunnen wij als enige ons netwerk niet onderhouden”, is een veelgehoord tegenargument. “Juist aan de bar heb je de beste gesprekken en ontstaan er ideeën.” Dat informele samenzijn kun je ook op Texel organiseren, met vakgenoten uit Nederland. Misschien kun je met buitenlandse collega’s afspreken elkaar minder vaak te ontmoeten en vaker te zoomen. En vraag je af: moeten we echt met zijn tienden naar Barcelona, of kan het met minder? Zelf ga ik alleen naar congressen waar ik met de trein naartoe kan. Ik hoor daar veel scepsis over, maar de meeste reizen gaan probleemloos en onderweg kan ik prima werken. De reis duurt langer en is soms duurder, maar dat kun je compenseren met de tijd en het geld dat je overhoudt als je een aantal congressen schrapt.

Ik snap dat je niet als enige wilt wegblijven bij een congres. Daarom moeten we met alle ziekenhuizen samen op zoek naar een benchmark. Hoeveel vliegen vinden we toelaatbaar? Je zou per vakgroep een carbon budget kunnen vaststellen, rekening houdend met hoe groot je team is en hoe noodzakelijk congresbezoeken zijn. Het zal wennen zijn, want inleveren is niet leuk, maar het grote geheel wordt er beter van.’



Wouter Hehenkamp is gynaecoloog in Amsterdam UMC. Op 4 april van dit jaar werd hij benoemd tot hoogleraar gynaecologie gericht op doelmatige en duurzame zorg aan de Universiteit van Amsterdam.

A man with glasses, wearing a white, ornate, high-collared costume with gold and blue embroidery, is sitting on a wooden bench in a wardrobe. He is looking upwards and to the right with an open mouth, as if singing or speaking. The wardrobe is filled with various items of clothing, including a red patterned top, a green top with a fur collar, and a yellow top. A red fire extinguisher is visible on the wall behind him.

PRIVÉ Na een lange werkdag dient het avondprogramma zich aan voor kno-arts Rico Rinkel (58). Waar collega's vermoeid op de bank ploffen, meldt hij zich bij de musicalvereniging OVA in Amstelveen. Er staan drie grote optredens in de Schouwburg van Amsterdam op het programma. Tien minuten na aanvang van de repetities voor *The Addams Family* voelt hij zich alweer helemaal opgeladen. Hier spreekt zijn levenslange liefde voor muziek en zingen. Dat mede-artiesten met stemproblemen hem buiten werkuren ook weten te vinden, deert hem niet zoveel. Waar een violist moet weten hoe een viool is gebouwd, zou de werking van de stembanden verplichte lesstof moeten zijn voor zangers, vindt hij.

LARS

WERK



WERK De werking van het strottenhoofd bij slikken, praten, ademen en zingen is zijn specialiteit. Hierdoor neemt Rico een stuk van zijn voorliefde voor muziek en zang mee naar zijn werk bij het Amsterdam UMC. Geregeld melden zich zangers aan de balie. De zenuwen voor het optreden en de enorme druk bij een grote productie hebben invloed op de stem, en als kno-arts kan hij vanuit verschillende invalshoeken adviseren. Zijn empathisch vermogen en acteervaring past hij als arts weer toe in de omgang met patiënten, zeker wanneer er niet direct een natuurlijke klik is. Weliswaar zonder publiek en zonder live orkest, maar wel met de nodige waardering én de voldoening.

over ons

Via de wetenschappelijke vereniging ben je aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten.

Wij staan voor 23 duizend toegeweide 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 18 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor jou doen:

COLOFON

Jaargang 10, september 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: Selma Lagewaardt a.i.
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), Nicole Naus (oogarts), Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden (internist), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Tessa Noijons (bestuurslid De Jonge Specialist, aios kindergeneeskunde), Yee Lai Lam (dermatoloog)

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving) **Fotografie cover:** Merlijn Doornernik **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](mailto:federatiemedischspecialisten)

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden vervoelvoudigd, 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 mogelijkerwijs 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 je 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

Highlights derde kwartaal

Richtlijnen

Dit kwartaal zijn er 17 nieuwe of geactualiseerde richtlijnen gepubliceerd, onder meer op het gebied van cardiovasculair risicomangement, angst- en dwangstoornissen en arbeidsparticipatie. Bekijk alle updates via de QR-code.



Opleidingsprijs 2024

De genomineerden voor de opleidingsprijs zijn bekend! Uit de genomineerden koos de jury drie finalisten. Op 2 november reiken De Jonge Specialist en de Federatie Medisch Specialisten de Opleidingsprijs 2024 uit tijdens het DJS Congres in Den Bosch. Check de QR-code voor meer informatie.



Enquête betrokkenheid bij regio- en ROAZ-plannen

Uit een recente enquête van de Federatie onder medische staven en stafconventen blijkt dat 51 procent actief betrokken is bij regioplannen. De resultaten geven ook inzicht in de uitdagingen die medisch specialisten ervaren bij het uitvoeren van de regioplannen, zoals databeschikbaarheid, tijd en ruimte om hierin te participeren en financieringsvraagstukken. De Federatie moedigt medisch specialisten aan om verbinding te zoeken met hun ziekenhuisbestuur voor het verdere verloop van de regioplannen omdat de keuzes die hierin worden gemaakt invloed hebben op hun werkzaamheden.



Mindsetmeter 2.0 beschikbaar

De mindsetmeter brengt de groeimindset van medisch specialisten, aios, vakgroepen en zorgteams in kaart, geeft concrete feedback en praktische tools om de mindset te versterken. Een innovatief instrument voor persoonlijke groei en teamontwikkeling.



Podcast Stem van de dokter: Werkplezier 'humor op de operatiekamer en complimenten over samenwerken'

Hoe vanzelfsprekend is werkplezier eigenlijk? En welke invloed heb je daarop als medisch specialist? In aflevering 16 van onze podcast Stem van de dokter praat Federatievoorzitter Piet-Hein Buiting met co-host en internist Annika Berends, neuroloog en voorzitter van de LAD, Suzanne Booij en anesthesioloog Anniek Raaijmakers over werkplezier.



Meer nieuws vind je op
demedischspecialist.nl/nieuwsverzicht

Agenda

2 OKTOBER:
Rode Hoed Symposium
Amsterdam

10 OKTOBER:
KNMG Jubileumcongres
Den Bosch

2 NOVEMBER:
DJS Congres: De bevroren dokter
Den Bosch

5 NOVEMBER:
Netwerk AI
Domus Medica Utrecht

12 NOVEMBER:
Duurzaam dokteren
Domus Medica Utrecht

4 DECEMBER:
MMV-congres Opleiding
Nieuwegein



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

Regionale bijeenkomst visietraject Medisch Specialist 2035

Hoe ziet toekomstbestendige zorg in Noord-Nederland eruit? Die vraag stond in juli centraal op de regionale bijeenkomst van de Federatie en MSCT (Medisch Specialisten Collectief Treant) in Emmen. Tijdens deze bijeenkomst kwamen medisch specialisten, aios, coassistenten, verpleegkundigen, verzorgenden, patiënten en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars uit de drie noordelijke



provincies samen om met elkaar te praten over regionale kansen en uitdagingen van de zorg van de toekomst. Esther Cornegé, klinisch geriater en voorzitter van het visietraject: 'Het is inspirerend om de kracht en energie te voelen die ontstaat wanneer een divers netwerk van zorgprofessionals

samenkomt. We maakten plannen voor de toekomst en zetten gezamenlijk onze schouders onder de uitdagingen die op ons afkomen. Zo zorgen we ervoor dat ons prachtige vak mooi en betekenisvol blijft.'

Geïnteresseerd in het bijwonen van een van onze toekomstige bijeenkomsten of wil je meer lezen over het visietraject Medisch Specialist 2035? Bezoek onze website voor meer informatie.



& nu
verder

Tonnies geduld raakt nooit op

Je kunt Tonnie de Robot zien als buddy van de cliënt bij GGZ Oost Brabant. Wat zijn ze daar enthousiast over Tonnie! Cliënten geven aan zich minder eenzaam te voelen, meer structuur in hun dag te ervaren en meer zin in het leven te hebben. Tonnie kwam binnen in november 2022 als mogelijke oplossing voor het personeelstekort. Psychiater en bestuurder Joris Hendrickx en z'n team hebben inmiddels acht robots gekoppeld aan individuele cliënten in een klinische setting. Daar maken de robots mensen wakker, vertellen op verzoek een mop en vragen hun cliënten in welke fase van het signaleringsplan zij zitten. Het signaleringsplan is een hulpmiddel om een dreigende terugval of crisissituatie te herkennen en te voorkomen. Vervolgens geeft de robot adviezen die bij deze fase passen.

De inzet resulteert op dit moment in een tijdsbesparing van ongeveer vijftien minuten per cliënt per dag. In dat kwartiertje kan Tonnie een groot kwalitatief verschil maken. Bijvoorbeeld escalaties voorkomen: de robot reageert altijd eenduidig en raakt nooit onbedoeld geïrriteerd, zelfs niet bij de zevende poging iemand uit bed te krijgen. GGZ Oost Brabant doet nu wetenschappelijk onderzoek om de inzetbaarheid te vergroten. Een half uur tot twee uur tijdsbesparing lijkt mogelijk. Tonnie kan bijvoorbeeld ook een videobelverbinding tot stand brengen met een naaste of zorgprofessional, een gespreksverslag produceren, dit met de client doorlopen én opslaan in het digitale dossier. Struikelblok is voornamelijk de privacywetgeving. Maar de technologie is er.

TEKST | FRED HERMISEN | BEELD | PEGGY MAES

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

