

Klinisch en forensisch
patholoog Bart Latten

**'Vraag na een overlijden
vaker om nader onderzoek'**

Gezondheidseconoom Jochen
Mierau over preventie

**'Medisch specialisten hebben vaak
een te nauwe taakopvatting'**

De zin en onzin van
mores in het ziekenhuis

**Werken de traditionele
mores nog?**

Medisch Specialist

december
2024

Kolonel-arts Edith Willigendael
over schaarste aan het front:

**'We moeten
kiezen wie
we helpen'**



Federatie
Medisch
Specialisten



NR.4
december
2021



Nachtuilen

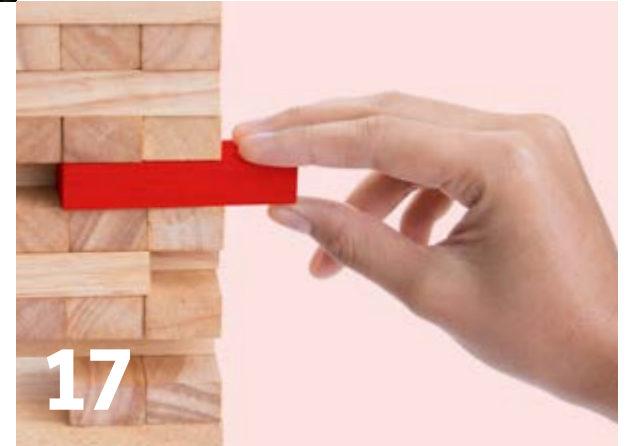
De nachtdienst van neonatoloog Daniel Vijlbrief uit het UMC Utrecht

6

Verdieping

De zin en onzin van mores in het ziekenhuis

17



Aan de start: Psychiater Nadine Antwerpen over haar vak

'Het is geen uurtje koffieleuten'

24

OP DE SNIJTAFEL



Bij acute zorg denkt men vaak in eerste instantie aan de spoedeisende hulp in het ziekenhuis, maar het is veel meer dan dat: op de huisartsenpost, in de ggz, op de ambulance en door de wijkverpleging wordt acute zorg geleverd. De acute zorg in Nederland staat onder druk, maar hoe ziet dat er concreet uit?

TEKST VANESSA CRUZ

1,8 miljoen

behandelingen worden per jaar uitgevoerd op de seh, meestal vanwege lichamelijk letsel of vergiftiging

77

ziekenhuislocaties hebben een seh die 24/7 open is, dit is 10% minder dan 5 jaar geleden

1,5 miljoen

keer werd in 2023 een ambulance erop uitgestuurd, dit aantal groeit met 3% per jaar

78%

van de ambulance-inzetten is spoedeisend. 48% spoed-inzetten betreft een A1-melding; een ambulance moet binnen 15 minuten ter plaatse zijn

99,6%

van de Nederlanders kan op dit moment met een ambulance binnen 45 minuten naar een seh vervoerd worden

40 uur

kregen seh's vorig jaar gemiddeld met tijdelijke sluiting te maken, vooral vanwege gebrek aan personeel

61%

van de patiënten die een seh bezoekt, kan daarna direct terug naar huis, 24% van hen wordt tijdelijk opgenomen in het ziekenhuis

4,4 miljoen

verrichtingen werden er in 2022 door huisartsenposten gedeclareerd

47.500

volwassenen kregen in 2021 te maken met een crisisdienst ggz

Bron: NZa monitor acute zorg 2023, RIVM overzicht feiten en cijfers acute zorg, vzinfo.nl/acute-zorg

EN VERDER

4 Column Piet-Hein Buiting: 2035

5 Nieuws van de Federatie Lobby en media

8 Gezondheids-econoom Jochen Mierau De kansen en grenzen van preventie

16 De Opleider Thera Links: Aios zijn het goud van het ziekenhuis

26 Pleidooi Bart Latten: Vraag na een overlijden vaker om nader onderzoek

28 In Balans Longarts Eva Coppens focust ook op boogschieten

31 Highlights van de Federatie Dit kwartaal opgeleverd

32 & nu verder Intelligent hemd toont stress aan



OP DE COVER

Arts én militair. 'Dit is dus wat paraat staan betekent'

Pagina 12

COLUMN 2035

Vergrijzing, klimaatverandering, technologische innovaties, geopolitieke verschuivingen – ze drukken allemaal hun stempel op ons zorgsysteem. Dit biedt nieuwe kansen, maar betekent ook het verlies van oude vanzelfsprekendheden om de toegankelijkheid en kwaliteit van onze zorg te kunnen waarborgen en tegelijkertijd te werken aan de aantrekkelijkheid van ons vak voor de komende generaties.

Wat in 2023 begint als een initiatief van een kleine groep, groeit in korte tijd uit tot een landelijke beweging. Het zet een sneeuwbal effect van bijeenkomsten in gang, overall in Nederland: het visietraject Medisch Specialist 2035. Het doel is vanaf het begin duidelijk. Dit traject is een gezamenlijke reis van iedereen die daarbij betrokken wil zijn. Overall waar we komen – van Rotterdam tot Drenthe, van academische centra tot regionale ziekenhuizen en ggz-instellingen – ontmoeten we collega's die willen bijdragen aan toekomstbestendige zorg, met toewijding, creativiteit en energie.

Die creativiteit geeft nieuwe inzichten. Zo ontstaat tijdens die gesprekken het inzicht dat we als medisch specialisten willen werken volgens drie leidende principes: 1. in de zorg aan onze patiënten stellen we de mens centraal, 2. onze verantwoordelijkheid reikt verder dan de spreekkamer, en 3. we hebben aandacht voor werkplezier en de gezondheid van onszelf en ons team. Op basis van de eerste verkenningen kiezen we vervolgens inhoudelijke thema's die centraal staan in de toekomst van ons vak: werkplezier en duurzame inzetbaarheid, schaarste, vergroening van de zorg, preventieve en geïntegreerde zorg, nieuwe technologieën, diversiteit en inclusie, en kennis en vaardigheden van de toekomst. Met meer dan 1.500 (toekomstige) medisch specialisten 'dromen' we zo samen met huisartsen, verpleegkundigen en zorgverleners uit het sociaal domein over de toekomst. Maar we kijken ook concreet naar wat we zelf als beroeps-groep kunnen en moeten doen. Of, zoals een collega het mooi verwoordt: 'Dit gaat over wat wél kan!'

Daarin is niet alleen aandacht voor grootse vraagstukken en veranderingen, maar juist ook voor de waarde van kleine momenten. Bijvoorbeeld als het gaat om werkplezier. Dat zit soms in onverwachte dingen: een lunch met collega's, lachen tussendoor, of werken met *digital twins*. Zoals een deelnemer treffend zegt: 'Om in de toekomst goede zorg te bieden aan patiënten, hebben we dokters nodig. Zonder werkplezier of inzetbaarheid valt het hele kaartenhuis in elkaar.' Anderen vragen zich af: kunnen we onze focus verschuiven van welvaart naar welzijn? Het wordt duidelijk dat de toekomst van zorg niet alleen om efficiëntie draait, maar ook om werkplezier en de betekenis van ons vak. Diversiteit komt daarbij vaak naar voren als belangrijk thema. Zoals een collega aangeeft: 'Ik vind het belangrijk dat er meer mensen met een andere achtergrond voor ons vak kiezen.'

Of het nu gaat om de invloed van technologie, de uitdagingen van schaarste, de toename van het aantal chronische zieken en de vraagstukken rondom duurzaamheid – er is een groeiend besef dat de toekomst van ons vak ligt in verbondenheid. Niet alleen tussen vakgroepen of ziekenhuizen, maar met iedereen in de zorgketen. Dit traject laat me keer op keer zien dat je samen sterker staat en dat we dus ook samen de uitdagingen van de toekomst aan moeten gaan. We zullen straks nog veel dingen moeten uitwerken om het in de praktijk ook werkelijk impact te laten hebben. Voor onze patiënten, voor ons vak en voor de generaties die volgen.

Dus ook in het nieuwe jaar is er nog genoeg te beleven. Voor nu eerst: fijne feestdagen! En markeer alvast 19 juni in je agenda – dan presenteren we de visie Medisch Specialist 2035 tijdens ons lustrumcongres!

Piet-Hein Buiting
Voorzitter Federatie Medisch Specialisten



NIEUWS VAN DE FEDERATIE



Politieke aandacht voor beschikbaarheid patiëntgegevens

Op 25 oktober hebben Tweede Kamerleden Mariska Rijkers-Oosterkamp (BBB) en Harmen Krul (CDA) een motie ingediend die de regering verzoekt de systemen voor patiëntgegevens in de zorg te verbeteren. Deze motie volgt op een oproep van de Federatie aan de politiek. Minister Agema heeft de motie overgenomen. De kern van de motie is dat de minister regie moet houden op het ontwikkelen

van gebruiksvriendelijke systemen, zodat zorgprofessionals patiëntgegevens eenvoudig kunnen vastleggen en deze gegevens vaker kunnen gebruiken zonder dubbel werk. Ook moeten ict-leveranciers aan dezelfde standaarden worden gehouden, zodat de systemen als één geheel aanvoelen voor zorgprofessionals.



Lijst kritieke geneesmiddelen overhandigd aan minister Agema

Op 6 november heeft het Landelijk Coördinatiecentrum Geneesmiddelen (LCG) de Nederlandse lijst van kritieke geneesmiddelen overhandigd aan minister Agema. Deze lijst is binnen het LCG door vertegenwoordigers van de Federatie, KNMP, NVZA, NHG en NKFK opgesteld in opdracht van het ministerie van VWS. De lijst bevat essentiële geneesmiddelen voor volwassenen en kinderen die cruciaal zijn voor



de Nederlandse gezondheidszorg. Het doel van de lijst is om prioriteiten te stellen in het beleid dat het ministerie ontwikkelt voor de beschikbaarheid van geneesmiddelen. Als Federatie zetten wij ons actief in om het beleid rondom geneesmiddelentekorten mede vorm te geven, zodat medisch specialisten zorg aan de patiënt kunnen blijven bieden.



Mediakortjes

'Nu al MRI bij dicht borstklierweefsel redt levens'

Radioloog Wouter Veldhuis bij de NOS over een aanvullende MRI-scan bij het bevolkingsonderzoek borstkanker.

'We zijn een ongezond leefstijland geworden, met een regering die daar heel weinig aan doet'

Professor chirurgische oncologie Marjolein Smidt in het Radio 1-programma 'De Nacht van' over behandeling van darm- en borstkanker en de rol van leefstijl bij preventie.

'We moeten het met elkaar hebben over de behoedzaamheid van de euthanasiepraktijk'

Radboud Marijnissen, psychiater en voorzitter van de commissie Euthanasie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in NRC over euthanasie bij psychisch lijden.

Smartvape gaat rond in Nederland – appen, gamen én vaperen tegelijk: 'Nieuw misdadig dieptepunt'

Longpatholoog Daniëlle Cohen in RTL Nieuws over de smartvape.

'Het is onvoldoende bekend: pijn kan veranderen van een symptoom tot een op zichzelf staande ziekte'

Pijnspecialist en anesthesioloog Michel Terheggen in NRC over chronische pijn.

'Ze wilde nog één keer dat broodje rosbief van haar slager. Juist dit persoonlijke maakt dat we méér voor anderen kunnen betekenen'

Internist ouderengeneeskunde en ethicus Rozemarijn van Bruchem-Visser in Trouw over hoe sterven in het ziekenhuis persoonlijker moet.

'Juist in de aanloop naar een crisis, wanneer mensen met ernstige psychische problemen hulp nodig hebben maar die niet zelf vragen, ontstaan de grootste risico's'

Niels Mulder, psychiater en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (NVvP) in Nieuwsuur.

NACHTUILEN



Als neonatoloog Daniel Vijlbrief om 16.00 uur aan zijn dienst begint, weet hij nog niet dat hij die nacht ook in Amersfoort en Deventer zal zijn. Een dienst op de Neonatale Intensive Care Unit (NICU) in het Wilhelmina Kinderziekenhuis van het UMC Utrecht is volgens hem 'hollen en stilstaan'. Deze woensdag in november begint rustig. Hij kan tijd maken voor zijn administratie, een gesprekje met de dienstdoende aios en verpleegkundigen, het voorbereiden van een presentatie en een rondleiding over de afdeling. Die kenmerkt zich door bedrijvigheid; de negentien met gekleurde dekens bedekte couveuses zijn omringd door monitoren die zoemen, blieden en piepen. Verpleegkundigen doen nauwgezet hun werk, ouders zijn 24 uur per dag welkom – ook al kunnen zij tegenwoordig op afstand met camera's naar hun baby kijken. De sfeer is kalm en vriendelijk ondanks dat Daniel continu bezig is met het afwegen van risico's. Hij schakelt snel met een anesthesioloog, chirurg of een collega uit een van de andere negen NICU's die Nederland telt. Dat lukt niet altijd, soms is er weinig tijd om na te denken en moet hij 'gewoon' handelen. Zoals tijdens de overdracht om 23.00 uur – hij laat de aios en physician assistant achter om per ambulance naar het ziekenhuis in Amersfoort te gaan om een baby op te halen, op dit tijdstip hoeven ze niet over de vluchstrook. Het stilstaan is ineens 'hollen' geworden, die presentatie moet maar wachten.





GEZONDHEIDSECONOOM JOCHEN MIERAU SPOORT MEDISCH SPECIALISTEN
AAN DE VOLLEDIGE CONTEXT VAN DE PATIËNT TE BEKIJKEN



‘Elk sociaal probleem dat je niet oplost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem’

De zorg draagt maar voor 10 tot 20 procent bij aan gezondheid, zegt gezondheidseconoom Jochen Mierau. Ziek makende problemen als armoede, schimmelwoningen en werkstress kan de zorg niet oplossen. Toch zijn ze wel degelijk het pakkie-an van artsen. ‘Als iemand met longproblemen in een schimmelwoning woont, heeft het weinig zin hen te adviseren een rondje te lopen.’ Een gesprek over de kansen en grenzen van preventie.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD KEES VAN DE VEEN

Preventie leidt ertoe dat meer mensen langer gezond blijven en later ziek worden, waardoor ze dure behandelingen nodig hebben. Is dat de bedoeling van preventie: de zorg duurder maken?

Preventie - en dus oud worden - is inderdaad de oorzaak van hoge zorgkosten. Als ons drinkwater van slechte kwaliteit zou zijn, als baby's niet gevaccineerd zouden worden, als we zouden werken onder erbarmelijke arbeidsomstandigheden en ga zo maar door, dan komen mensen vrijwel nooit op een leeftijd waarop echt dure behandelingen nodig zijn. Preventie is dus de reden waardoor we überhaupt ziek kunnen worden, en ook zo oud dat we allerlei heel dure ziektes krijgen.'

Wat is dan de winst van preventie, als dat niet het goedkoper maken van zorg is?

'Alle vormen van maatschappelijke participatie - betaald werk, vrijwilligerswerk, mantelzorg - hebben als randvoorwaarde dat iedereen die participeert gezond genoeg is om dat te kunnen doen. Anders gezegd: gezondheid is een randvoorwaarde voor maatschappelijke participatie, en preventie is een heel effectieve manier om gezondheid te beschermen. Maar dan gaat het niet op de eerste plaats over preventie vanuit de zorg. Je moet eerder denken aan zaken als verkeersregels, autogordels en airbags. Aan wetgeving die de gezondheid van werknemers beschermt en bestaanszekerheid waarborgt. Er komt veel meer gezondheidsbescherming van buiten de zorg dan we in de zorg zelf kunnen bieden. Zorg draagt maar tussen de 10 en 20 procent bij aan gezondheid.'

Hoe komt het dan dat preventie vaak wordt gezien als een luxe-investering met onduidelijke opbrengsten?

'Je hoort heel vaak de vraag of de kosten van preventie opwegen tegen de opbrengsten. Maar je hoort zelden de vraag of de zorgkosten omlaaggaan als we iemand dure immunotherapie geven. Want de afweging die we bij zorg maken, is simpelweg of we voldoende extra gezonde levensjaren terugkrijgen gezien de investering die ermee gepaard gaat. Als een zorginterventie kostenefficiënt is, mag je hem toepassen. Ik vind dat we bij preventie dezelfde vraag zouden moeten stellen. Maar dat gebeurt niet: preventie moet zowel effectief als efficiënt zijn, en moet zichzelf vooral terugverdienen. Daardoor zien we nu een gigantische scheefgroei in de investeringen die we doen in de zorg enerzijds, en in preventie anderzijds. Het ministerie van VWS reserveert maar een klein deel van de begroting voor preventie. En het huidige kabinet bezuinigt daar ook nog eens

flink op. In het rapport 'Preventie op waarde schatten' waaraan ik eind 2023 meewerkte in opdracht van het Kennisplatform Preventie van het ministerie van VWS, adviseren we onder meer om preventie en zorg hetzelfde te behandelen. Je moet bij preventie niet de vraag stellen of het zichzelf terugverdient, want dat doen we bij de zorg ook niet.'

Wat betekent dat voor medisch specialisten in de praktijk?

'We hebben gegevens uit de data- en biobank Lifelines gebruikt om onderzoek te doen naar gezondheidsverschillen. Uit dat onderzoek blijkt dat mensen met een sociaaleconomische achterstand op ieder punt van hun gezondheidslevensloop ook een gezondheidsachterstand hebben ten opzichte van rijke mensen. Mensen uit armere wijken en regio's worden vaker blootgesteld aan ongezond voedsel. Ze hebben meer obesitas, meer type 2-diabetes en ze overlijden vaker aan de ziektes die ze hebben. Dit zijn ook de mensen die bij de medisch specialist komen. Preventie is voor hen niet afgelopen op het moment dat ze in de spreekkamer zitten. Want ook in de latere fases van hun gezondheidslevensloop blijft preventie voordelen opleveren. Neem patiënten met type 2-diabetes en allerlei aanpalende problematiek. In aanvulling op de medicijnen die ze slikken, hebben ze ook baat bij een gezond dieet, voldoende beweging, een gezonde leefomgeving, en ga zo maar door. Datzelfde geldt voor een patiënt met COPD. Als medisch specialist zou je dan niet moeten denken "zij heeft COPD, dus de preventie heeft gefaald". In plaats daarvan moeten medisch specialisten zulke patiënten actief wijzen op het belang van gezonde lucht, van een partner die - ook - stopt met roken, en op het belang van activiteiten die de patiënt, gegeven haar longcapaciteit, nog steeds kan doen.'

Maar je hoeft toch geen specialistische opleiding van vier tot zes jaar te volgen om dat te kunnen bedenken? Dat kan de praktijkondersteuner van de huisarts toch ook?

'Dat klopt. Maar die patiënt zit nu eenmaal bij de medisch specialist in de spreekkamer en als onderdeel van de behandeling die je afsprekt, is het belangrijk om elke keer de volledige context van de chronisch zieke patiënt te beschouwen en te bespreken. In Hoogkerk (dorp en wijk in de gemeente Groningen, red.) staan woningen die zo slecht geïsoleerd zijn gebouwd, dat de schimmel op de muren staat; de zogeheten schimmelwoningen. Dan kan ik een patiënt wel proberen te motiveren dagelijks een rondje te lopen, maar als die aan het eind van de dag in een beschimmelde slaapkamer ligt, heeft dat helemaal geen effect.'

Maar aan die beschimmelde slaapkamer kan een medisch specialist niets doen.

'Toch wel, die kan elke keer het gesprek daarover aangaan met die patiënt.'

Met een totaal gefrustreerde patiënt als gevolg. Die zegt: 'Wrijf het er maar in, ik heb de woningbouwvereniging hier al honderd keer over gebeld.'

'De vraag is dan: waar eindigt het handelingsdomein van de medisch specialist? Veel medisch specialisten houden er een behoorlijk nauwe taakopvatting op na. Ze zeggen: ik ben een patiënt aan het behandelen, en dat is een één-op-één-relatie. Maar volgens de gedragscode voor artsen van de KNMG word je als medicus geacht ook maatschappelijke verantwoordelijkheid te nemen. En dat betekent: een bredere rolinvulling. Je zou dus als medisch specialist ook die woningbouwvereniging moeten bellen. Want het beheersen van de maatschappelijke determinanten van gezondheid is óók een onderdeel van je verantwoordelijkheid.'

Wat betekent dat precies? Zijn medisch specialisten verantwoordelijk voor het oplossen van het probleem, in dit geval: ongezonde woningen door schimmel?

'Nee. Schimmelwoningen, armoede, stress op het werk, werkgevers die mensen uitbuiten - dat kun je allemaal niet in de zorg oplossen. Daar is de zorg ook helemaal niet voor. Maar dat betekent niet dat je erover moet zwijgen. Je moet het wel aan de orde stellen, aankaarten. Want elk sociaal probleem dat je niet oplost, wordt na verloop van tijd een medisch probleem. Dat medische probleem zijn we verplicht om in de zorg op te lossen, omdat we een zorgplicht hebben. Maar de zorg kan dat helemaal niet, die is daar helemaal niet voor geëquipeerd.'

Maar wel aankaarten, dus. Dan gaat een medisch specialist bellen met de woningbouwvereniging. Een keer, vijf keer, tien keer. Er gebeurt niets. En dan?

'Je begint bij de woningbouwvereniging, dan bel je met de wethouder, met gemeenteraadsleden, Kamerleden, de minister. Dat hoeft niet elke medisch specialist zelf te doen. Op lokaal, regionaal en nationaal niveau kun je met elkaar afspreken wie namens de medisch specialisten dit thema aankaart. Het zou goed zijn als er binnen elke beroepsvereniging naast de wetenschappelijke commissie, ook een maatschappelijke commissie zou zijn. Die brengt voor het betreffende ziekte-domein de maatschappelijke determinanten van die ziekte in kaart. Vervolgens spoort die commissie beleidsmakers en maatschappelijke actoren aan om die determinanten te beïnvloeden.'

Als u kijkt naar de zorgsector zelf, welke vormen van preventie kunnen er dan in een dbc worden opgenomen?

'Zaken als "better in, better out", "fit for surgery" en de GLI (gecombineerde leefstijlinterventie) kun je in een dbc zetten. De fysiotherapeut en diëtist die onderdeel zijn van een zorgpad worden evenals de anesthesioloog betaald. Als medisch specialist kun je dit met je vereniging vastleggen in een richtlijn. Als die voorschrijft dat je alleen leverchirurgie doet als er van tevoren een leefstijlprogramma is gedaan, dan is dat onderdeel van het zorgpakket en kan preventie dus in een dbc verwerkt worden.'

Als we uw oplossing volgen - meer tijd en ruimte voor leefstijlgeneeskunde - verschuift een deel van het zorg-



Jochen Mierau (1983) is hoogleraar Economie van de Volksgezondheid aan de Rijksuniversiteit Groningen en het UMCG en wetenschappelijk directeur van de data- en biobank Lifelines, waar onderzoek wordt gedaan naar gezonder oud worden. In Mierau's onderzoek is een belangrijke rol weggelegd voor de invloed op gezondheidsverschillen van sociaaleconomische status, regio, inkomen en opleiding.

budget dat nu bij de medisch specialisten terechtkomt naar de paramedici. Welke discussies verwacht u daarover?

'De vraag wordt dan: verhogen we het totale zorgbudget, of gaan we met geld schuiven? Als het totaalbudget voor zorg gelijk blijft terwijl we in de behandeling wel meer aandacht willen geven aan leefstijl, dan wordt het tijd voor het moeilijke gesprek over wat we wel en niet blijven doen. Dan moeten we misschien ervoor kiezen te stoppen met dure behandelingen die een levensverlenging van twee tot drie maanden opleveren, en krijgen mensen boven de 80 misschien geen nieuwe heup of knie meer. De winst van preventie zit zoals ik eerder benadrukte immers in grotere arbeidsproductiviteit - en in bredere zin in grotere maatschappelijke participatie - doordat mensen in de actieve fase van hun leven minder vaak ziek zijn.'

Waarom pleit u ervoor dat gezondheidsdoelen in de wet worden opgenomen?

'Het Preventieakkoord stelt veel doelen voor 2040 op het gebied van overgewicht, roken en alcoholgebruik. Bijvoorbeeld: minder dan 5 procent rokende volwassenen en geen rokende jongeren; maximaal 38 procent volwassenen en 9,1 procent kinderen met overgewicht; maximaal 4 procent zwangere vrouwen die alcohol drinken. Deze doelen zijn niet wettelijk verankerd, waardoor ze niet afdwingbaar zijn. Als ze niet worden gehaald, is het "o jammer". Terwijl je in feite de betreffende minister ter verantwoording moet kunnen roepen over het uitblijven van bewezen effectieve maatregelen. Denk daarbij aan de "best buys" die de WHO (Wereldgezondheidsorganisatie) heeft vastgesteld, zoals minimumprijzen voor alcohol, een progressieve suikerbelasting en een beperkte beschikbaarheid van en reclame voor ultrabewerkt voedsel. Als begrotingsdoelen niet worden gehaald, dan roepen we de minister op het matje. Bij gezondheidsdoelen moet dat ook gebeuren.'

WAT DOET DE FEDERATIE

Medisch specialisten spelen volgens de Federatie een belangrijke rol in preventie van ziekte en het behoud van functioneren, zowel voor de individuele patiënt als voor de samenleving. Preventie is dus een van de vier pijlers van het visiedocument Medisch Specialist 2025 en bovendien een actueel thema binnen de medische vervolgopleiding. Het Netwerk Preventie van de Federatie streeft naar algemene, breedgedragen standpunten die helderheid en aanknopingspunten bieden aan interne en externe partijen.

Meer weten?
Bekijk onze
themapagina
over preventie:



'Medisch specialisten hebben vaak een te nauwe taakopvatting'

‘Dit is dus wat paraat staan betekent’

Arts én militair. Drie gepassioneerde artsen vertellen wat het betekent om op meerdere fronten het verschil te maken.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD FRANK RUITER

Kolonel-arts Edith Willigendael,
chirurg en vaatchirurg

‘We moeten kiezen wie we helpen’

‘Lange tijd bestond onze prioriteit uit buitenlandse missies met een focus op internationale veiligheid en vrede. Sinds twee jaar bereiden we ons voor op een heel andere hoofdtaak: hulp bij grootschalige conflicten op eigen grondgebied en dat van NAVO-partners. Daarvoor trainden we intensief in Oost-Europa als onderdeel van een NAVO-flitsmacht. Niet in een mooie, relatief veilige compound, maar als echte voorbereiding op oorlog. Met een klein mobiel ziekenhuis schuif je dan mee met het front. Je zit vlak achter de manschappen in omstandigheden waarbij je hoge aantallen gewonden kunt verwachten. Dat is veel zwaarder en moeilijker dan in de compound. Het eist veel van ons als dokters. We moeten bijvoorbeeld kiezen wie we helpen en wie niet, omdat er minder apparatuur en mensen zijn. De werkomstandigheden zijn vanzelfsprekend ook onveilig. Toch heeft dat me er allerminst van weerhouden om in mei definitief te kiezen voor Defensie als beroepsmilitair. Daarvoor was ik al tien jaar lang reservist geweest in een van de veertien rela-

tieziekenhuizen waarmee Defensie personeel en kennis uitwisselt. Mijn groene pak ging me steeds lekkerder zitten: ik ben nu eenmaal een avonturier en gelukkig heb ik een man die me volledig steunt en trots op me is, al zal hij zich zeker zorgen maken als er ooit een grootschalig conflict uitbreekt. De sfeer in een militaire omgeving is totaal anders dan in een ziekenhuis. De kameraadschap bij een uitzending is echt ongelooflijk. Met z'n allen heb je één taak, en je beseft ook dat je die alleen samen optimaal kunt uitvoeren. Ruimte voor ego's is er niet. Zo'n samenwerking geeft een stemming en verbondenheid die ik in een maatschap nooit ben tegengekomen. In een civiel hospitaal werk je bovendien telkens in ongeveer dezelfde routine, al is de organisatie daar veel flexibeler wat betreft nieuwe procedures en behandelingen. Defensie heeft een loggere organisatiestructuur, dat zeker, maar hier kan - en móet - ik me breed blijven ontwikkelen. Elke dag is anders. Vaak behandel ik letsels die ik nooit eerder heb behandeld, in uitdagende, gevaarlijke omstandigheden. Dat vergt het uiterste van mijn creativiteit en improvisatievermogen.’ →



Kolonel-arts Vincent Meij,
gastro-intestinaal chirurg

‘We verhogen medische capaciteit vanwege de actuele oorlogsdreiging’

Werken bij Defensie en uitzendingen naar het buitenland geven een extra dimensie, het brengt mij verbreding en verdieping. In Nederlandse ziekenhuizen heb je de luxe om samen te werken met collega-specialisten uit andere disciplines. In het veld is dat anders. Dan moet je alle expertise uit een veel kleiner team halen en procedures uitvoeren die niet veel in de dagelijkse praktijk voorkomen. Ik moet interne bloedingen in het gehele lichaam kunnen stelpen, kunnen amputeren en zelfs een keizersnede kunnen uitvoeren. In de Irakese woestijn zaten we op een Amerikaanse luchtmachtbasis. Daar kregen we in een korte cursus geleerd hoe je honden - die bij de Amerikanen een militaire rang hebben - moet opereren. Dat geeft wel aan hoe breed je moet kijken. We werkten er met gaten in het dak, zand op de grond, zonder andere medisch specialisten en met minder spullen. Ondanks deze beperkingen lukte alles, doordat we als medisch team op elkaar waren ingespeeld.

Er was grote saamhorigheid en we kenden elkaar. Het is de bedoeling dat ik me blijf bekwamen. Om meer routine te krijgen, werkte ik maanden in een grootstedelijk Zuid-Afrikaans ziekenhuis waar veel patiënten met steek- en schotwonden komen. In het Centraal Militair Hospitaal zijn we daarnaast bezig om de medische capaciteit te verhogen vanwege de actuele oorlogsdreiging waarbij mogelijk veel oorlogsslachtoffers vallen. Dat is nog een enorme uitdaging. Ik was nèt militair toen Defensie mij belde voor een uitzending naar Oekraïne. De MH17 was neergeschoten en ik werd gevraagd voor medische ondersteuning bij forensisch onderzoek. “Dit is dus wat paraat staan betekent”, dacht ik. Met jonge kinderen en afspraken op de poli’s moest ik veel regelen. Het vergde veel van gezin en collega’s. Gelukkig merkte ik dat iedereen het belang van de uitzending goed begreep. Die eerste keer vond ik de onzekerheid lastig en bedreigend. Tegelijkertijd voelde het onverwachte avontuur ook prettig. Dat ik niet weet waar ik uiteindelijk terechtkom, geeft me veel energie. Ik blijf graag nog lang op deze manier werken.’



Kolonel-arts Vincent Stirler,
traumachirurg

‘Je moet creatiever omgaan met dat wat je tot je beschikking hebt’

He who wishes to be a surgeon should go to war, zei Hippocrates. Zijn woorden triggerden me enorm. Ik heb ze letterlijk genomen; ik wilde in oorlogsgebieden werken om met relatief weinig middelen en improvisatievermogen militairen weer op weg te helpen. Dat is mijn essentie van het vak als chirurg. Werken voor Defensie haalt het beste in me naar boven. Het is niet alleen het klinische deel - het opereren van Oekraïense oorlogsgewonden hier in het Radboudumc - maar ook het jaarlijkse oefenen om mijn militaire vaardigheden op peil te houden. Omdat militairen weer snel terug moeten kunnen naar het gevecht, is het anders denken en werken dan in een civiel ziekenhuis. Daar kies je voor de beste chirurgische behandeling met de beste middelen.

In een militair hospitaal is de capaciteit beperkt en afhankelijk van aanvoerlijnen. Je moet er vaak creatiever omgaan met dat wat je tot je beschikking hebt. Dat neemt niet weg dat we bij Defensie voor de operationele gezondheidszorg de medische technologie naar een hoger plan willen tillen, met innovaties in 3D en AI. Daarvoor leid ik nu onderzoeksgroep MAINIAC. We boeken al tastbare resultaten: met een 3D-printer maken we op maat gemaakte, lichte hulpmiddelen zoals spalken. Het doel is om militairen in staat te stellen sneller terug te keren naar het gevecht. Ook onderzoeken we hoe we met behulp van AI gewonden goed kunnen vinden en triëren, zodat iedereen in de keten bijtijds weet hoeveel het er zijn en hoe hun conditie is. Met grootschalige oefeningen en evaluaties daarvan werken we aan adequate plannen en we zorgen voor meer maatschappelijke bewustwording - Nederland is nog onvoldoende ingericht op oorlogsomstandigheden en de dreiging is wezenlijk. Daarover maak ik me echt zorgen.

Met de hiërarchie bij Defensie kan ik goed omgaan. In gevechtssituaties heeft een commandant altijd het laatste woord. Dan kan het gebeuren dat jouw mening als chirurg niet leidend is, omdat instandhouding van het gevecht belangrijker is. Dat kan een spanningsveld opleveren, maar het is wat het is. Ik ben niet sensatie-gedreven, ik wil het leger en daarmee de maatschappij dienen. Mensen riskeren hun leven voor een groter goed. Zij verdienen de beste behandeling die je in oorlogsomstandigheden kunt bieden.’

‘Aios houden ons een spiegel voor’

WAT GEEF JE MEE?

‘De interne geneeskunde verandert voortdurend. Als opleider wil ik de aios in de volle breedte kennis meegeven: medisch inhoudelijk, mensenkennis en communicatie, ervaringskennis in het werken met tactieken en technieken. Zo kun je met opleiden inspelen op de snelle veranderingen in de gezondheidszorg en het ziekenhuis. We introduceerden Innovation Friday, waarbij aios twee middagen per jaar de tijd krijgen om te leren innoveren, op bijvoorbeeld het gebied van ict, patiëntenzorg of collegiale interactie. Hierbij worden ook andere afdelingen betrokken waardoor je op vele terreinen winst boekt. Eén van de ideeën was de afspraak om op een vast wekelijks of maandelijks moment de eerste tien minuten te delen wat ons bezighoudt in het werk of privé. Als je weet van een lastige thuissituatie, kun je zo’n collega later eens vragen: red je het nog? Tegelijkertijd wil ik mensen verbinden. Collega’s verschillen en hebben ieder een andere vraag en inbreng. Maar we hebben wel gezamenlijke doelen en willen patiënten beter maken. Ik sta voor de aios klaar en vraag hen wat ze nodig hebben of willen veranderen. Dat persoonlijke wil ik overbrengen. Niet moeilijk voor mij, ik houd van mensen.’

WAT KRIJG JE TERUG?

‘Aios zijn het goud van het ziekenhuis; zij zorgen voor innovatie en inspiratie. Ze houden ons - de oudere generatie - een spiegel voor. Waar wij nog van lange dagen en lange diensten zijn, willen de aios dat niet zo, en ze hebben gelijk. Als ze op tijd naar huis willen, hebben ze dan geen hart voor de zaak? Jawel, ze zijn net zo begeistert als wij. Alleen geven ze het werk op een andere manier vorm. Ze zijn directief in de omgang en communicatie en maken zaken bespreekbaar, waardoor er ruimte komt voor nieuwe inzichten en uiteindelijk voor veranderingen. Het is fijn om met deze jonge en getalenteerde mensen te werken. Door hen genomineerd te worden voor de beste opleider van het jaar raakt me enorm. Voor de uitreiking ben ik naar Den Bosch gereden. Ik had het idee: we hebben in ieder geval brons. En dan krijg je die prijs! Niet ik zelf, maar samen hebben we hem gewonnen.’



Prof. dr. Thera Links is internist-endocrinoloog in het Universitair Medisch Centrum Groningen. Ze is hoofdopleider Interne Geneeskunde Opleidingsregio Noordoost Nederland en kreeg de Opleidingsprijs op 2 november 2024 uitgereikt tijdens het congres van De Jonge Specialist.



VERDIEPING

O tempora, o mores

Dit verhaal gaat over ongemak van de jonge generatie artsen die haar stem wil laten horen, maar merkt dat dat moet gebeuren binnen een speelveld waarvan de lijnen niet helder getrokken zijn. En over het ongemak van ervaren medisch specialisten die totale beschikbaarheid en collegialiteit als het hoogste goed beschouwen. Vaak met lede ogen zien ze aan hoe meer individualistisch ingestelde jonge collega’s hun werk-privébalans borgen. De ooit zo vanzelfsprekende acceptatie van traditionele mores brokkelt af. Gaan medisch specialisten en arts-assistenten op zoek naar een nieuwe taal op de werkvloer?

Mores (meervoud van *mos*: 'gewoonte') is Latijn voor zeden, goede manieren, gebruiken. Die neutrale omschrijving krijgt scherpe kantjes als je iemand 'mores leert'. Dat gebeurt namelijk

doorgaans aan de hand van fouten en misdragingen, en daarop volgt dan in de praktijk vaak een harde terechtwijzing. Het grote probleem van mores is dat iedereen wordt geacht ze te kennen, maar dat mores - ongeschreven als ze zijn - nergens bij binnenkomst aan de muur gespijkerd hangen. Bovendien kunnen ze van ziekenhuis tot ziekenhuis en van afdeling tot afdeling verschillen. En waar op de ene plek een autoritaire baas nieuwkomers en plein public ongenadig de maat neemt, daar word je als coassistent een deur verder subtiel terzijde genomen met de opmerking: 'Wat je net deed was misschien niet zo handig, probeer dat de volgende keer eens zo...'

'Mores zijn functioneel en onmisbaar'

'Alles draait bij mores om socialisatie en dat is een leerproces', zegt Yolande Witman, van origine huisarts en sinds twintig jaar onderzoeker en organisatieadviseur. Zij promoveerde op de invloed van mores in relatie tot leiderschap. In academische centra zijn afdelingshoofden formeel de baas van collega's. Ze constateerde dat het ene afdelingshoofd veel invloed kon uitoefenen waar de ander geen deuk in een pakje boter kon slaan ondanks de formele leiderschapspositie. 'Laat me vooropstellen dat mores, mits verstandig toegepast, functioneel en onmisbaar zijn', benadrukt ze. 'Ze zijn nodig in iedere werkomgeving

In het kort

Steeds vaker zijn traditionele mores onderwerp van discussie

Jonge collega's respecteren senioriteit op het medisch vlak, maar willen daarbuiten meer aandacht voor ideeën uit de groep

Als senior kan het lastig zijn je eindverantwoordelijkheid in harmonie te brengen met wensen van individualistisch ingestelde jonge collega's

Veranderende leefstijlen vergen andere manieren van organiseren

en er zijn ook altijd hiërarchische verschillen. Of je nu kijkt naar de cultuursector, Defensie of ziekenhuizen, overal leer je de mores van de bazen. En het is dan ook logisch dat coassistenten en arts-assistenten het meest tegen deze mores aanlopen; zij moeten thuisraken in de taal en gewoontes van het ziekenhuis om erin te kunnen functioneren.'

En dat kan een verwarrend proces zijn, weet aankomend aios Chirurgie in het Meander Medisch Centrum Berend van Doorn. Hij schreef als coassistent in het Amsterdam UMC columns in Medisch Contact en publiceerde met zijn oudere collega Marijn Houwert het boek Blessuretijd over ervaringen op de ziekenhuiswerkvloer. 'Ik herinner me nog dat ik als kersverse coassistent het ene moment echt gezellig zat te praten met een dermatoloog. Even later, toen hij in een blauw pak langsliep in de kantine, zei ik - totaal naïef natuurlijk: 'Zo, ga je lekker snijden man.' Ik kreeg een uitbrander en schrok me echt rot. Het werd me gelijk duidelijk: je hebt de formele en de informele mores.' Inmiddels zegt Van Doorn 'het spelletje met vallen en opstaan geleerd te hebben', en dat hij altijd zal blijven streven naar vriendelijkheid en de menselijke maat in contacten.

'Jij terwijl het u had moeten zijn'

Dat wil niet zeggen dat Van Doorn van de ziekenhuis-mores af zou willen: 'Medisch specialisten nemen als eindverantwoordelijke zware besluiten met directe impact op het leven van hun patiënten. In medische situaties is respect voor de hiërarchische verhoudingen, the chain of command, dan ook cruciaal.' Maar de schoen wringt volgens hem als de hiërarchie te veel doorwerkt in de informele sfeer waar geen patiënten in het spel zijn. 'Sommige ervaren medisch specialisten hebben bijna de status van halfgod bereikt. Dat merk je dan soms tijdens de lunch of op een borrel, in situaties waarin - mijns inziens - geen grote afstand meer zou hoeven bestaan. Er is dan een rolverdeling waarbij de ervaren het hoogste woord voert en de co- of arts-assistent leuk meelacht en minder zichzelf is. Terwijl hun openheid en frisse jonge blik op zaken oudere medisch specialisten juist nieuwe inzichten kan geven.' Van Doorn voegt toe: 'De terughoudendheid komt doordat jongeren van specialisten afhankelijk zijn voor hun carrièreverloop. Zij bepalen namelijk of jij wel of geen fijne en goede collega bent die kansen verdient. Als je je stem wel laat horen, kan dat je later voor de voeten worden geworpen omdat je de mores niet zou respecteren. Zoiets geldt ook voor de aanspreekvorm: als je een keer "jij" hebt gezegd terwijl het "u" had moeten zijn. Terwijl dat in feite maar heel weinig met respect te maken heeft. Respect zou moeten blijken uit de manier waarop je je opstelt; of je instrueerbaar bent en je werk goed hebt voorbereid. Het is niet zo verwonderlijk

'Tegenwoordig wil je gezien en gehoord worden en kom je daarvoor uit'

dat coassistenten en arts-assistenten zich soms geïntimideerd kunnen voelen. Enerzijds wordt van je verwacht dat je op de voorgrond treedt, maar aan de andere kant geldt ook: doe maar niet te veel. Het blijft een dunne lijn.'

'Uitgelezen kans ligt in de overdracht'

Volgens Yolande Witman vinden medisch specialisten het traditioneel lastig om openlijk, maar ook in één-op-één gesprekken kritiek op elkaar uit te oefenen. 'Het is een ongeschreven regel dat je elkaar spaart, misschien doordat medisch specialisten elkaars eindverantwoordelijkheid respecteren. Om die reden ligt het al helemaal gecompliceerd als minder ervaren collega's wel kritiek naar voren brengen, ze hebben dan geen gevoel voor verhoudingen, tonen geen respect voor senioriteit. Dat wil niet zeggen dat specialisten niet zouden openstaan voor feedback. In feite draait alles om bewustzijn. In groepssessies die ik begeleid, hoor ik vaak: "Waarom zeggen ze het niet gewoon als ze het ergens mee oneens zijn?" Vaak zijn de senioren zich niet bewust van de ontoegankelijkheid die ze kunnen uitstralen, en zie ik dat er echt iets gebeurt als dat bewustzijn wel ontstaat.' Een uitgelezen kans voor de ziekenhuiswereld ligt volgens haar in de overdracht. 'Iedereen weet dat die overdracht ook een didactisch karakter heeft, dat je hier de jongere generaties goed kan leren klinisch te redeneren. Kritiek krijgt hier vaak een indirect, hanteerbaar karakter: "Heb je een punctie overwogen?"'

Achter zo'n ogenschijnlijk technische vraag kan een diepere vraag schuilgaan waarover je samen kunt doorredeneren. Als dat met wederzijds respect gebeurt, kan er ruimte ontstaan voor feedback in twee richtingen. Ook van nieuwe generaties in de richting van ervaren medisch specialisten.' Berend van Doorn zou dit ook in algemeen overleg willen terugzien: 'Mensen met minder ervaring op het medische vlak kunnen nog steeds goede ideeën hebben op andere vlakken. Bijvoorbeeld over de dagindeling of de vorm van de overdracht. Die zijn de moeite van het bespreken waard.'

'Elk vak kent zijn corvée'

Aan de andere kant van het ervaringspectrum beweegt Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden zich. Hij is internist-endocrinoloog in het Zuyderland Medisch Centrum en geeft daar leiding aan het opleidingsteam Interne Geneeskunde. Hij stelt vast dat jongere generaties in zijn ziekenhuis weinig moeite lijken te hebben om voor hun belangen op te komen: 'Mores houden de groep bij elkaar, en ik hecht daaraan. Ik begeleid 43 arts-assistenten en het is van belang hen binnen een collectieve opleiding zoveel mogelijk individuele keuzes aan te bieden. Maar dat is verrekke lastig als sommige arts-assistenten hun individuele belangen laten prevaleren boven de groep en daar best onverbiddelijk in zijn. De meesten begrijpen dat ze in een bestaande organisatie terecht zijn gekomen en dat er een reden is dat we dingen organiseren zoals gebeurt. Maar een kleine groep - zeg zo'n 10 procent - eist soms aanpassingen of vernieuwingen in onze werkwijze die ons onverstandig lijken om organisatorische of financiële redenen. Ook geeft een arts-assistent soms aan een bepaalde taak niet te willen doen omdat die niet leuk is. Maar elk vak kent nou eenmaal zijn corvée. Of er worden roosterverzoeken ingediend zonder rekening te houden met de gevolgen voor collega's.' Hij redeneert:

'In medische situaties is respect voor de hiërarchische verhoudingen, the chain of command, dan ook cruciaal'

'Ik ga altijd graag in dialoog omdat ik vind dat we als professionals zaken van meerdere kanten moeten kunnen bekijken. Dat staat los van generatieverschillen. Maar nee is ook een goed antwoord. Aan het eind van de dag zijn wij als opleiders wel eindverantwoordelijk voor zaken als kwaliteit en veiligheid. Ondanks dat wij een heel geïndividualiseerde opleiding hebben, kunnen niet altijd alle wensen worden ingewilligd. Daar kan niet iedereen mee overweg, met soms spanningen tot gevolg.'

Op de vraag of dit breed gedeelde ervaringen zijn, zegt Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden: 'Opleiders zijn in het algemeen communicatieve en verstandige mensen, geen bullies. Net als ik vinden ze het verstandig dat de nieuwe generatie steeds beter nadent over effecten van het werk op je eigen welzijn en dat van je thuisfront. En dat je dan de lijnen van het speelveld aftast, is goed. Dat moet er alleen niet toe leiden dat je compleet buiten die lijnen gaat staan. Ik ben voorzitter van de Centrale Opleidingscommissie (COC) in het Zuyderland en denk dat ik namens veel opleiders spreek als ik zeg dat de jongere generatie iets meer in het speelveld zou mogen gaan staan. Ik zie opleiders soms op eieren lopen om iedereen tevreden te houden. Niet voor niets hebben wij als thema voor onze heidag gekozen: de veiligheid van de opleider.'

'Jonge collega's richten zich vooral op kerntaken'

Martine Frouws, zesdejaars aios Heelkunde in het Groene Hart Ziekenhuis kan zich wel vinden in de vaststelling dat jonge collega's individualistischer zijn geworden. 'Dat verschil merk je al tussen de huidige generatie aios en de wat jongere anios.' Verder terugkijkend zegt ze: 'Vroeger werden arts-assistenten meer beschouwd als - hoe zal ik het zeggen - anonieme werkmieren. Tegenwoordig wil je gezien en gehoord worden en kom je daarvoor uit. In sommige gevallen zie je minder persoonlijke draagkracht.' Op de vraag waardoor dat laatste komt, zegt ze: 'Dat is gissen, maar als ik een poging moet wagen: de tijden zijn harder geworden, met meer polarisatie en dreigingen dan vroeger. Nieuwe generaties lijken in die context meer beschermend te worden opgevoed. Jongeren krijgen daarbij aangeleerd voor zichzelf op te komen, zich te uiten.' Frouws ziet dan ook dat veel jonge collega's zich vooral richten op kerntaken: 'Ze lijken zich minder te bekommeren om de andere zaken om hen heen die - in mijn ogen - ook ontzettend belangrijk zijn. Denk in een ziekenhuis aan een rooster maken of een verbeterplan schrijven voor de workflow op de poli. Dat laten ze vaak iets te makkelijk over aan de opleider.'



Ze ziet ook dat haar leeftijdsgenoten niet altijd goed raad weten met kritiek door senioren, vooral als die minder tactisch wordt gebracht. 'Als ik feedback krijg die lomp wordt geformuleerd, probeer ik de les erachter ter harte te nemen. Ik schuif mijn ego opzij en plaats het in de context: "Het hoort erbij, deze fase gaat ook weer voorbij en een supervisor is ook maar een mens die misschien een slechte dag heeft." Ik houd me gewoon een beetje koest en doe wat gedaan moet worden. Ik kreeg als vroege aios al die tip van een opleider: "Als je kritiek krijgt, kom dan niet gelijk met de reactie 'Ja maar...', want je begeleider zit niet te wachten op een defensieve verklaring, maar wil gewoon dat je het de volgende keer anders doet. Zeg dus gewoon: "Oké, ik begrijp het en zal het de volgende keer beter doen."'" Nu Martine zelf bijna medisch specialist is, weet ze dat ze zelf meer haar stem moet laten klinken: 'En het is een uitdaging om dat te durven, je begeeft je weer op nieuw terrein met nieuwe mores.'

'Goed dat mores ter discussie staan'

C'est le ton qui fait la musique, weet Inger Schipper. Zij is hoogleraar Traumachirurgie en traumachirurg in het LUMC, voormalig hoofd van het Traumacentrum West en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH). 'De chirurgencultuur is van oudsher doorspekt van mores. Wat trek je aan, waar mag je zitten, wie mag je aanspreken, waarover mag je wel en niet iets zeggen en op welke manier? Voor een belangrijk deel is dat complexe samenspel van mores achterhaald door maatschappelijke veranderingen en niet functioneel. Dus is het goed dat de mores ter discussie staan, we maken ze bespreekbaar en voeren veranderingen door. Er zijn voor overdrachten en besprekingen bijvoorbeeld geen vaste zitplaatsen meer, en als er al een regel is, stelt die dat de aios in het midden zitten zodat ze niet buiten de dialoog, maar er middenin zitten. En zich uitgenodigd voelen mee te praten. Voor een academische omgeving is dat best nieuw. Deels symbolisch misschien, maar het werkt.' Dat chirurgen de sterke mores hebben met soms ongewenst gedrag tot gevolg werd duidelijk in een enquête van Medisch Contact een paar jaar geleden. 'Daar kwam uit de bus dat we veelplegers waren. Voor mij reden om dit prioriteit nummer één te maken toen ik voorzitter werd van de NVvH.' Schipper introduceerde met haar bestuur Chirurg 2.0. Werkgroepen gingen aan de slag om diverse pijlers te onderzoeken: de arbeidsmarkt, diversiteit, cultuur en gedrag, het imago van de chirurg en duurzame inzetbaarheid. 'In dit proces, waarin we hebben toegewerkt naar aanbevelingen, kwamen ook de mores nadrukkelijk op tafel, de niet uitgesproken regels. En doordat de werkgroepen gevarieerd samengesteld zijn, met startend medisch specialisten, senior medisch specialisten, mannen en vrouwen, mensen met verschillende culturele achtergronden, traditionele types en meer vooruitstrevende - ontstaan vanzelf diepgaande en open gesprekken.' Een parallelsessie over ongewenst gedrag tijdens de jaarlijkse bijeenkomst van de NVvH puild uit. Er werden stellingen gepresenteerd, die inmiddels in een kaartspel door de Co-Raad zijn gepubliceerd. Zo staat op een van de kaarten de opmerking: 'Je hebt het goed gedaan vandaag, en wat zie je er trouwens goed uit.' Op een andere staat een beschrijving van een appje dat een opleider om tien uur 's avonds stuurt: 'Lekker geopereerd vandaag he?' De vraag is dan of dit kan, niet kan, of dat je het niet helemaal weet. Door dit samen in het ziekenhuis te bespreken en in een ruimte links (mee eens), rechts (oneens) of midden (neutraal) te gaan staan, wordt de stemverhouding helder en kun je met elkaar het gesprek aangaan.' En daar draait het volgens Schipper allemaal om: het gesprek.

'We moeten beperkende mores kritisch tegen het licht durven houden'



'Niemand doet meer lacherig over dit onderwerp'

Ze merkt op dat de openheid van Chirurg 2.0 ook tot ongemak bij ervaren collega's heeft geleid: 'Mag ik dan helemaal niets meer? Waarom is er geen ruimte voor nuance? Wij zijn toch hele goeie chirurgen geworden, waarom doen ze het niet gewoon zoals wij het deden?' Daarover zegt ze: 'Ik begrijp die sentimenten ook goed. Het kan lastig zijn om te worden aangesproken op zaken die voor jou goed gewerkt hebben. Maar uiteindelijk telt onze vereniging 2.350 leden en zij moeten zich allemaal veilig voelen. We vragen iedereen daarom zich op z'n minst te verdiepen in het onderwerp en waarom niet iedereen zich veilig voelt in de omgeving van chirurgen. En het lijkt erop dat dat nu ook in vrijwel alle chirurgische maatschappen gebeurt en tot cultuurverbeteringen leidt. Niemand doet meer lacherig over dit onderwerp.' Zelf heeft zij ook in de spiegel gekeken. 'Eerlijk is eerlijk, ik reageerde ook niet op m'n best toen een

arts-assistent me 's nachts uit mijn bed belde met een vraag waarvan ik dacht: "Die zou je toch echt zelf moeten kunnen beantwoorden." Maar wat ik dan wel doe is gelijk de volgende dag op diegene afstappen en zeggen: "Joh, mijn reactie was niet zo aardig, mijn oprechte excuses daarvoor. Maar misschien kunnen we het ook even hebben over je vraag of het echt nodig was dat je me hiervoor belde. Sta je daarvoor open?" Ik ben me ervan bewust dat we allemaal een baan met hoge druk en eindverantwoordelijkheid hebben, zeker op de OK. Daar is het onvermijdelijk dat mensen soms minder tactisch uit de hoek komen. Waar het dan om gaat is dat je daarop terug kunt komen, kunt uitleggen waarom het gebeurde en eventueel excuses kunt maken. Alles draait uiteindelijk om communicatie en je niet verschuilen achter de privileges die de mores je geven.' Op de vraag of ze dit groeiende bewustzijn ook in andere wetenschappelijke verenigingen waarneemt, moet ze even nadenken: 'In de meeste verenigingen wel, maar onlangs hoorde ik ook een voorzitter zeggen: "Ongewenst gedrag komt in onze vakdiscipline niet voor." Daarmee wordt de deur dichtgehouden voor reflectie en vooruitgang.'

'Je moet samen ver vooruitkijken'

Martine Frouws stelt vast dat de medische wereld midden in een transitie zit. 'De oudere generatie had het werken als levensdoel. Kijk maar eens naar overlijdensadvertenties. Daarin staat bovenaan dat iemand chirurg, cardioloog of internist was. Jongere artsen zien dat anders: ik ben Martine en heb als beroep chirurg.' Ze wijst op de veranderende privé-omstandigheden. 'Vroeger kon je ook relatief eenvoudig 24 uur per dag klaarstaan, thuis was er een partner die daar de boel draaiend hield. Tegenwoordig zijn jonge collega's doorgaans - net als veel senioren medisch specialisten overigens - tweeverdieners. Dat brengt verplichtingen met zich mee. Als ziekenhuis kun je dus minder aanspraak maken op de vrijwilligheid om alle gaten voor de ander dicht te lopen. Je móet simpelweg in goed overleg back up-plannen maken, samen ver vooruitkijken. Zwangerschapsverlof en ouderschapsverlof kun je bijvoorbeeld lang van tevoren zien aankomen, voor vrouwen en mannen.' Gevraagd naar een uitweg, zegt ze: 'Ik geloof in zelfredzaamheid, maar ook in de kracht van de groep. Misschien gaat het wel om saamhorigheid. De vraag is: wat is de beste manier om het groepsbelang optimaal te behartigen? Als je met die vraag in het achterhoofd kijkt naar vraagstukken rondom planning en taakverdeling, denk ik dat we het verst komen. En dat betekent dat we beperkende mores kritisch tegen het licht moeten durven houden.'

WAT DOET DE FEDERATIE

Binnen het project Gezond en veilig werken besteedt de Federatie aandacht aan de complexiteit van omgangsvormen. Het is ook een thema binnen de opleiding. Zo ontwikkelden we een training over investeren in een veilig werk- en leerklimaat, en kun je op onze website een zelfevaluatie-instrument veilig opleidingsklimaat downloaden. Lees meer:



De Academie voor medisch specialisten



ACTUEEL TRAININGSAANBOD

LEERGANG MEDISCH MANAGEMENT

Ben je medisch specialist en ben of word je medisch manager, vakgroepvoorzitter of afdelingshoofd? Leg dan een brede theoretische en praktische basis met deze acht-daagse leergang Medisch Management. Je verwerft praktische kennis en vaardigheden om een leidinggevende of eventueel duale managementrol te vervullen in complexe zorgorganisaties.

DUUR: 8 dagen
LOCATIE: Diverse locaties in het land
KOSTEN: € 4.345
ACCREDITATIE: 40 punten

MEDISCH COACH LEVEL 1

Coaching met en door collega's helpt bij het creëren van een leeromgeving waarin je jezelf kunt blijven ontwikkelen als professional. Uniek aan deze training is dat een ervaren coach de training geeft samen met een medisch specialist met ruime ervaring in coaching. Hierdoor is er een directe verdiepende vertaalslag naar de dagelijkse werkelijkheid van de medisch specialist.

DUUR: 3 dagen
LOCATIE: Lage Vuursche
KOSTEN: € 2.310
ACCREDITATIE: 18 punten

MASTERCLASS STARTENDE OPLEIDER

Als startende opleider krijg je te maken met verschillende opleidingsaspecten en partijen, plus een woud aan regels, taken, afkortingen en opleidingsjargon. Deze masterclass van één dag maakt je wegwijs in regelgeving en opleidingsverplichtingen, en maakt de vertaalslag naar de eigen opleidingspraktijk. Een belangrijk onderdeel is werken met een eigen verbetercyclus voor de kwaliteit van opleiden.

DUUR: 1 dag
LOCATIE: Utrecht of Breukelen
KOSTEN: € 745
ACCREDITATIE: 6 punten

SPEAK UP DEAR!

Een vrouwelijke arts die zichzelf profileert moet balanceren op een smalle evenwichtsbalk. Als ze zich te dominant opstelt wordt ze afgewezen omdat ze niet aardig genoeg is. Gedraagt ze zich te aardig dan wordt ze niet serieus genomen. Deze tweedaagse training laat je zien hoe je met dit dilemma af kunt rekenen.

DUUR: 2 dagen
LOCATIE: Omgeving Utrecht
KOSTEN: € 2.025
ACCREDITATIE: 12 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

Federatie
Medisch
Specialisten

Psychiater Nadine Antwerpen (32) over haar vak: 'Het is geen uurtje koffieleuten, het is hard werken voor patiënten'

aan
de
start

TEKST MIRTHE DIEMEL
BEELD TON VAN LIMPT

Is de spoedeisende psychiatrie niet meteen een zware richting als startend psychiater?

'Dat zou het kunnen zijn, maar mijn geluk is dat ik hier al eerder stage heb gelopen en het team goed ken. Sowieso werk je in de spoedzorg altijd samen met een collega. En ik heb een vangnet van collega-psychiaters waarop ik kan terugvallen in het geval van een complexe casus.'

Wanneer wist je: ik wil psychiater worden?

'Lange tijd wist ik niet welke kant ik op wilde – ik had zelfs al een coschap psychiatrie gevolgd dat ik niet leuk vond. Via mijn hockeyvereniging kende ik een psychiater die bij ggz-instelling Mondriaan werkte. Hij nodigde me uit voor een stage. "Ik laat je zien wat psychiatrie is, je gaat het leuk vinden," zei hij. Ik waagde de gok en hij kreeg gelijk.'

Wat trekt je precies in de spoedzorg?

'Het dynamische en acute ervan. Ik krijg veel te maken met psychotische mensen, stemmingsproblematiek, suïcidaliteit; kortom zorg die niet langer kan wachten. Je krijgt daardoor met de kern van de psychiatrie te maken.'

Wat vind je het mooist aan je werk?

Dat een eerste crisisgesprek soms al kan helpen. Het raakt me als ik zie dat wanhoop en uitzichtloosheid bij een patiënt daardoor wegebt.'

En het zwaarste?

'Gedwongen opnames. Soms het beste voor de patiënt, maar ook vaak schrijnend. Bijvoorbeeld als het gaat om een nog thuiswonende oudere die een gevaar voor zichzelf of anderen vormt. Meestal is het vertrek dan verdrietig en onomkeerbaar.'

Hoe verhoud jij je tot de inzet van medicijnen?

'In een acute fase kan het nodig zijn, maar ik vind dat medicatie vaak te snel wordt voorgeschreven. Er is bovendien te weinig aandacht voor de afbouw ervan.'

...met grote gevolgen?

'Zeker! Het kan leiden tot afhankelijkheid en somatische bijwerkingen als obesitas en diabetes.'

Ben je zelf ook te snel met het voorschrijven van medicatie?

'In een crisissituatie moet je vaak acuut schakelen en kan medicatie gewoon nodig zijn. Maar ik ben me er wel bewust van en probeer het niet standaard in te zetten.'

Het liefst zo min mogelijk, dus?

'Ja, maar dat is vaak niet eenvoudig. Soms komen patiënten de zorg in met het idee dat medicatie de oplossing is. Het kan dan lastig zijn om uit te leggen dat er betere behandelopties zijn, maar ik probeer dat wel.'

Wat kan binnen jouw vak beter?

'De doelmatigheid. We behandelen patiënten graag uitgebreid, op weg naar 100 procent gezondheid. Het is niet realistisch om altijd optimaal te functioneren. De mens is niet maakbaar, ook al krijg je soms dat idee in onze maatschappij.'

Hoe kan het anders?

'Onze behandeling moet gericht zijn op hoe je iemand goed genoeg kunt laten functioneren. Zodat diegene zichzelf verder kan helpen, met aangeleerde tools. We moeten blijven inzetten op doelmatigheid. Binnen het team, tijdens stafvergaderingen. Ik ben ervan overtuigd dat de verandering er uiteindelijk komt, al is het geen kwestie van dagen.'

Wat is het grootste misverstand over psychiaters?

'Er kleeft nog steeds een negatief imago aan ons vak. Dat het geen ziekenhuisspecialisme is, dat psychiaters geitenwollensokkers zijn die het ziekenhuis niet zouden aankunnen. Jammer. Ons vak is geen uurtje koffieleuten op de sofa, het is hard werken voor de patiënten.'

Wat zou dit kunnen veranderen?

'Psychische klachten moeten serieus genomen worden. Ook wanneer iemand voor somatische klachten naar het ziekenhuis komt.'

Welke film laat de kern van de psychiatrie zien?

'De meeste films vertekenen ons vak, maar A Beautiful Mind is realistisch. Een goed functionerende persoon raakt geleidelijk in een psychose verzeild, haast onopvallend. In het echt zie je ook niet altijd hoe iemand psychotisch wordt – niet alles is wat het lijkt.'

Hoe houd je voldoende afstand om zelf gelukkig te kunnen blijven?

'Het blijft balanceren: je wilt oprecht empathisch blijven, en krijgt dan vanzelf iets van de vaak zware emoties mee. Daarom is werken in teamverband zo belangrijk. Je maakt hetzelfde mee en praat daarover. Dat helpt en relativeert. Als ik 's avonds naar huis ga, heb ik mijn werk losgelaten.'



Nadine Antwerpen

- GEBOREN 9 juni 1992 in Sittard
- VOLTOOIDE in 2018 haar studie geneeskunde aan de Radboud Universiteit in Nijmegen
- VOLGDE van 2018 tot januari 2023 de opleiding tot psychiater bij Mondriaan in Maastricht
- WERKT op de spoedeisende psychiatrie bij Mondriaan in Maastricht
- VERVULT het voorzitterschap van de medische staf, is waarnemend manager zorg spoedeisende psychiatrie en specialismeleider acute psychiatrie
- IS getrouwd en heeft een dochter van 3

Vraag na een overlijden vaker om nader onderzoek

Het aantal obducties loopt sterk terug, zegt patholoog Bart Latten. Terwijl ze van groot belang zijn voor nabestaanden én voor ons artsen. 'Beschouw postmortaal onderzoek als preventie.'

TEKST ILSE ARIËNS BEELD GEMMA PAUWELS



De dood krijgt weinig aandacht in de Nederlandse geneeskunde. In landen als België en Engeland bestaat er een vak in de basisopleiding waarbij aankomend artsen leren over wetgeving, procedures, forensische vraagstukken en postmortaal onderzoek. Bij ons hebben zelfs ervaren artsen soms geen idee wat er na een overlijden moet en kan gebeuren. In de dagelijkse praktijk stoppen de behandeling en de directe zorg als iemand overlijdt. Meestal lijkt de doodsoorzaak bekend, dus waarom zou je tijd steken in nader postmortaal onderzoek als de wachtkamer vol zit? Ook bij pathologen belanden obducties vaak onder op de stapel. Met alle nieuwe technieken en multidisciplinaire overleggen gaat vrijwel al hun tijd op aan diagnostiek. De levenden gaan immers voor. Hierdoor neemt de doorlooptijd toe, daalt de interesse en belanden we in een neerwaartse spiraal. Wat ook niet helpt, is de ontbrekende financiering voor obducties of ander postmortaal onderzoek bij volwassenen. Een zorgverzekering stopt zodra

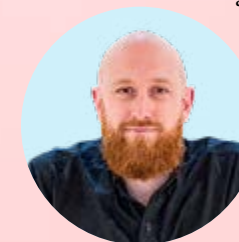
iemand overlijdt. Vaak neemt het ziekenhuis de kosten dan maar op zich, maar er zou een vaste toereikende vergoeding voor obducties moeten komen, net zoals een patholoog die krijgt per biopt. Momenteel wordt bij minder dan 3 procent van alle overlijdens een obductie uitgevoerd, tegenover 7 procent dertig jaar geleden. Een zorgelijke ontwikkeling, want obducties hebben een belangrijke meerwaarde. Om te beginnen voor de nabestaanden. Als iemand onder de 45 jaar plotseling en onverwacht overlijdt, is er een aanzienlijke kans dat er een genetische afwijking aan ten grondslag ligt. Als dat via een obductie aan het licht komt, kun je daar nabestaanden op screenen en potentieel voor behandelen. Ook kan onderzoek nabestaanden helpen bij de rouwverwerking. Waaraan is mijn dierbare precies overleden? Je helpt voorkomen dat achterblijvers nog jaren met vragen rondlopen. Maar onderschat ook niet het maatschappelijk belang van obducties. Zo vergroot postmortaal onderzoek onze kennis over nieuwe infectieziekten, zoals COVID-19. Of geeft het inzicht in hoe kanker metastaseert. Bij patiënten die een obductie krijgen, blijkt uit mijn eigen onderzoek dat in ongeveer de

'Onderschat ook niet het maatschappelijk belang van obducties'

helpt van de gevallen de doodsoorzaak een andere is dan de behandelend arts aanvankelijk dacht. Met als kanttekening dat postmortaal onderzoek vaak plaatsvindt als er al enige twijfel bestaat. Bij één op de vijf obducties wordt een belangrijke nieuwe diagnose gesteld die - indien bij leven gekend - mogelijk het beleid en de overleving had beïnvloed. Obducties blijven dus een belangrijk kwaliteitsinstrument voor het eigen functioneren en zijn belangrijk voor verbetering van de gehele gezondheidszorg.

Uiteraard moeten en kunnen we niet iedereen onderzoeken. Maar we zouden wel minder terughoudend moeten zijn om het te bespreken met nabestaanden. Zorg dat je zelf weet wat de toegevoegde waarde van een obductie is voordat je het gesprek aangaat. Hoe helpt het nabestaanden? Wat is het maatschappelijk belang? Weet je nog niet precies hoe het werkt, informeer dan naar de procedure bij de afdeling pathologie van je eigen ziekenhuis of een ziekenhuis in de buurt. Vraag ook tijdige terugkoppeling en bespreek de resultaten binnen je vakgroep, al dan niet met aanwezigheid van een patholoog met obducties als aandachtsgebied.

Intussen hoop ik dat iedereen, en vooral de politiek, inziet dat postmortaal onderzoek een ultieme vorm van preventie is en dus goede financiering behoeft.'



Bart Latten is klinisch en forensisch patholoog, en voorzitter van de Expertisegroep Post Mortem Diagnostiek van de Nederlandse Vereniging voor Pathologie (NVVP) en de commissie Wetenschap & Onderwijs van het Forensisch Medisch Genootschap. Hij deed onderzoek naar nut en noodzaak van postmortaal onderzoek en promoveerde in mei op dit onderwerp aan de Universiteit Maastricht.

IN BALANS

THUIS WERK



PRIVÉ Waren het de ridderverhalen uit haar jeugd of stak een heimelijk verlangen naar het eenvoudige buitenleven de kop op? Hoe dan ook, toen Eva Coppens (57) negen jaar geleden haar dertienjarige zoon naar boogschietles bracht, stond ze in no-time ook zelf met pijl en boog op het veld. 'Oh, heb je een wedstrijd?', is inmiddels de standaard reactie van collega's als ze vraagt of ze vroeg visite mag lopen. Eva schiet ook 3D wedstrijden, vaak in de Brabantse of Limburgse bossen. Doel: van foam gemaakte dieren raken. Hoe dichterbij de kern, hoe meer punten. Ze draagt hierbij de juiste uitrusting, zoals armbeschermer en handschoen. Traditioneel boogschieten – zonder stabilisator en richtmiddelen – vereist concentratie en de perfecte houding, want elke houdingsfout leidt tot een slechter schot. Maar het grootste goed is focus. Net als in haar werk.



WERK Als longarts in het Alrijne staat Eva oog in oog met allerlei longaandoeningen; van longkanker tot tuberculose. Longzorg vereist technische kennis, praktische vaardigheden en gepuzzel. Dat past haar goed. Een dag loopt altijd anders dan je denkt. Gelukkig heeft ze snel goed overzicht in complexe situaties, vindt ze een rustpunt van waaruit ze handelt. Kijken, richten en schieten, dat dus. Gericht gaat ze de grootste boosdoener te lijf: nicotine. Als het toch eens afgelopen zou kunnen zijn met roken en vaperen; een vurige wens die ze deelt met alle longartsen. Na een hectische dag in het ziekenhuis zoekt ze het liefst rust en verstillig buitenshuis. Gewapend met pijl en boog de natuur in, zo hervindt ze haar balans.

Via je wetenschappelijke vereniging ben 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 18 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.



Bekijk alles wat wij voor jou doen:

COLOFON

Jaargang 10, december 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 Hermen (Maters en Hermen communicatie en journalistiek)
M.m.v. Sijf van der Lans, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Margriet Bakker, Carljin 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 Hermen vormgeving) **Fotografie cover:** Frank Ruiter **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 2024
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://www.instagram.com/federatiemedischspecialisten)

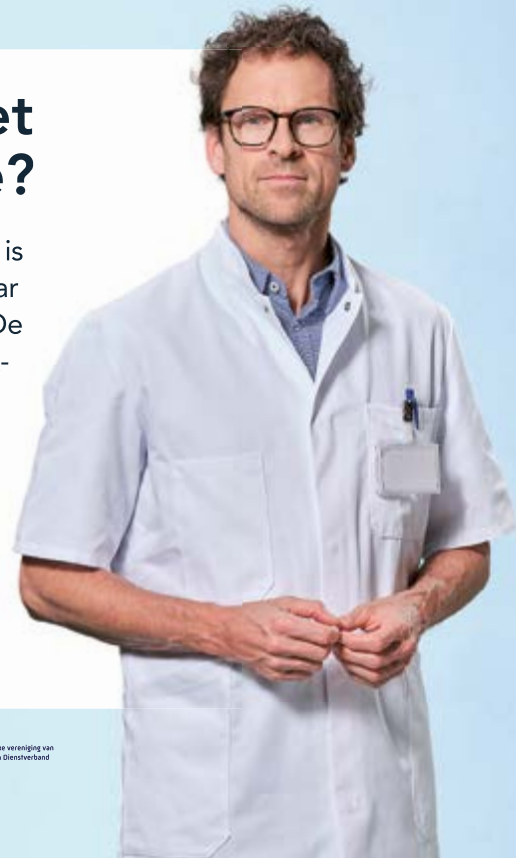
Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden veelevoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk. De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor eventuele 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 je contact op te nemen via communicatie@demedischspecialist.nl.

Hoe maak ik afspraken met het msb over re-integratie?

Op basis van het advies van de arbeidsdeskundige die is aangewezen door je arbeidsongeschiktheidsverzekeraar kun je afspraken maken met het msb en je vakgroep. De arbeidsdeskundige helpt om te bepalen hoe je je werkzaamheden weer kunt opbouwen en wat de evaluatiemomenten zijn. Leg de afspraken over je re-integratie schriftelijk vast. Lees het uitgebreide antwoord op demedischspecialist.nl/juridisch-advies.



Heb je zelf een juridische vraag? Bel 088-134 41 12 of mail info@demedischspecialist.nl



Aangesloten bij de Federatie Medisch Specialisten of lid van de LAD? Dan kun je 20 uur per jaar juridisch advies krijgen. Ons Kennis- en dienstverleningscentrum geeft juridisch advies aan medisch specialisten en andere artsen en zorgprofessionals.



Volg ons nieuws op demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht of via Instagram en LinkedIn [@federatiemedischspecialisten](https://www.instagram.com/federatiemedischspecialisten)

Highlights vierde kwartaal



Handreiking gelijkgerichtheid

De handreiking 'Gelijkgerichtheid - Samen werken aan passende zorg' van de Federatie en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) bevat handvatten voor medisch specialisten en ziekenhuisbestuurders om de samenwerking en de governance in het ziekenhuis verder te optimaliseren. Hiermee geven we invulling aan de afspraken uit het Integraal Zorgakkoord (IZA) om de transformatie naar passende zorg te ondersteunen en te versnellen. Bekijk de handreiking via de QR-code.



Structurele rol in beoordeling geneesmiddelen

Medische informatie is onmisbaar voor het zorgvuldig beoordelen

van dure geneesmiddelen. Daarom is de inbreng van medisch specialisten via de wetenschappelijke verenigingen beter en structureel verankerd in het beoordelingsproces van dure geneesmiddelen. Dat hebben de Federatie, Zorginstituut Nederland (ZiNL) en Zorgverkeeraars Nederland (ZN) afgesproken. Bekijk de animatie hoe dit proces is ingericht.



Laatste nieuws over cao's

De Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) voert namens de Federatie de onderhandelingen uit voor verschillende cao's. Voor medisch specialisten zijn arbeidsvoorwaarden verankerd in de AMS, de Cao UMC en de Cao GGZ. Je vindt de cao's en het laatste nieuws over de on-

derhandelingen op onze speciale themapagina: demedischspecialist.nl/cao of via de QR-code.



Richtlijnen

Dit kwartaal zijn er 8 nieuwe richtlijnen en 15 geactualiseerde richtlijnen gepubliceerd, onder meer over infectieuze keratitis, wekedelentumoren en dementie. Bekijk alle updates.



Interviewserie project Ruimte voor opleiden

Hoe kunnen we de opleiding tot medisch specialist toekomstbestendig maken? Over dat vraagstuk buigen medisch specialisten en aios zich in het project Ruimte voor opleiden. In een speciale interviewserie komen verschillende leden van de projectgroep aan het woord over waarom zij meedoen en hoe de toekomst van opleiden er volgens hen uitziet. Lees de interviews en meer over dit project.



Meer nieuws vind je op demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht

Agenda

8 JANUARI:
Webinar Passende zorg op de intensive care
Online

26 MAART:
Webinar Vasculaire geneeskunde
Online

27 MAART:
Symposium Multimorbiditeit
Utrecht

27 MAART:
Netwerk Innovatie en AI
Utrecht

3 APRIL:
Netwerk Europa
Utrecht



Bekijk onze complete agenda op demedischspecialist.nl/agenda

In dialoog over de toekomst van de zorg

Medisch specialisten, aios en andere zorgprofessionals - waaronder huisartsen en psychologen - uit Noord-Brabant, Limburg en Zeeland gingen op 11 november met elkaar in gesprek over de zorg in 2035, en in deze zuidelijke regio's in het bijzonder. Met de start van het carnavaliseizoen kreeg deze bijeenkomst onder begeleiding



van klinisch geriater en voorzitter van het visietraject Esther Cornegé-Blokland en internist-hematoloog en voorzitter VMS Máxima MC Lidwine Tick een extra feestelijk tintje. De deelnemers bespraken verschillende thema's, waaronder schaarste, met als centrale vraag: hoe kunnen wij - medisch specialisten, vakgroepen en zie-

kenhuizen - het verschil maken om kwalitatief goede zorg toegankelijk te houden voor iedereen die dat nodig heeft en waarbij het vak van medisch specialist aantrekkelijk blijft?

Lees ook de column in dit magazine over het visietraject op pagina 4 of kijk op:



& nu
verder

In het hemd gezet

Dit intelligente hemd bevat connectiepunten die allerlei zaken opmeten rondom de ademhaling en hartslag van de drager. In eerste instantie ontwikkeld voor topatleten maakt het binnenkort een opmerkelijke - zij het onopvallende - opmars onder het OK-pak. Reden is een studie die onderzoeksleider Marlies Schijven met partners uit elf landen bij Amsterdam UMC neerzet voor zorgverleners op de OK en verpleegafdelingen. Het hemd is een middel om stress mee aan te tonen, deze te herleiden tot grafieken en - met enige hulp van AI - op het individu toegesneden inzichten en oplossingen. Het onderzoeksteam wil hiermee de mensen in de zorg pogen te behouden voor het werk dat ze doen.



Volgens Marlies is de praktische uitdaging in eerste instantie het verbinden van gegenereerde data met de individuele ervaring van stress van de medewerker. Want de verandering die op dát specifieke moment in het lichaam optreedt, zegt meer dan de hoogte van de waardes an sich. Vanaf medio 2025 willen de onderzoekers de stress kunnen categoriseren in soorten en profielen. Aan de hand van deze gegevens hopen ze op termijn passende, preventieve maatregelen tegen uitval te kunnen bedenken. Het nut van een kwartiertje bewegen voor de ingreep, aromatherapie of luisteren naar muziek wordt dan ondersteund door harde gegevens. Alles voor de continuïteit op de OK.

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

