

Medisch Specialist

Magazine van de **Federatie Medisch Specialisten**

juni 2026

**Medisch specialisten
en alcohol**
**'Welk voorbeeld
geef je?'**

Verdieping
**Hoe voer je het
gesprek over
passende zorg?**

Werken in de regio
**'Ik wil nooit
meer terug'**

**Psychiater Christiaan Vinkers
onderzoekt stress in ziekenhuizen:**

**'Stress is nooit alleen
een individueel
probleem'**



OP DE SNIJTAFEL



Steeds vaker moeten medisch specialisten in de spreekkamer uitleggen waarom een onderzoek, verwijzing of behandeling niet gebeurt. Wat betekent dit voor het gesprek over passende zorg? De opvallendste resultaten van een uitvraag onder ruim 400 medisch specialisten.

TEKST VANESSA CRUZ

442

medisch specialisten met uiteenlopende specialismen deden aan deze uitvraag mee, met name internisten, intensivisten, gynaecologen en kinderartsen.

Ligt de vraag om *niet* te behandelen uitsluitend in de spreekkamer? Lees het verdiepend artikel op pagina 17 met de reflectie van een onderzoeker, medisch specialist en bestuurder.

62

procent van de medisch specialisten bespreekt vaker dan voorheen dat een onderzoek, verwijzing of behandeling niet (meer) zinvol is. 66 procent ervaart daarbij druk voor het kiezen voor diagnostiek of behandeling omdat patiënten verwachten dat 'alles mogelijk moet zijn'.

51

procent noemt emotie of onbegrip van de patiënt als belangrijkste uitdaging in het gesprek over 'niet doen', gevolgd door het weerleggen van (des)informatie (42 procent) en gebrek aan tijd (36 procent).

74

procent van de artsen bereikt consensus met de patiënt, ondanks de complexiteit van het gesprek. Uit de reacties op de uitvraag blijkt dat de gesprekken wel meer energie kosten, en van invloed zijn op het werkplezier.

63

procent neemt vaker maatschappelijke factoren zoals kosten, capaciteit en duurzaamheid mee in de afwegingen voor zorg. 38 procent benoemt deze maatschappelijke factoren ook daadwerkelijk in het gesprek met de patiënt. 41 procent is zich er niet van bewust dat deze factoren al in richtlijnen meegenomen worden.

68

procent ziet een landelijke bewustwordingscampagne als belangrijkste steun om deze gesprekken beter te kunnen voeren. De helft zegt baat te hebben bij expliciete richtlijnen over wat niet te doen.

63

procent stelt dat het creëren van maatschappelijk bewustzijn bij de patiënt een gedeelde verantwoordelijkheid is van zowel arts als overheid, maar idealiter buiten de spreekkamer om.

Bron: Uitvraag *Hoe vertel je het de patiënt van de Federatie Medisch Specialisten*.



14

Van vroege vogel tot nachtuil

Een dienst van transplantatiechirurg Dorottya de Vries



17

Verdieping

Een nieuwe werkelijkheid in de spreekkamer?



28

In Balans

Uroloog Jan Willem Mazel is ook molenaar

EN VERDER

4 Column
Karel Hulsewé: Minder is niet makkelijker.

5 Achter de schermen
De bekostiging van het meedenkadvis.

10 Portretten
Van vooroordelen naar werkgeluk: kiezen voor de regio.

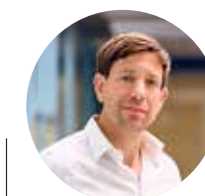
16 Woordzoeker
Welke vaktermen neem jij vaak in de mond?

24 Aan de start
Nucleair radioloog Yves Tutuarima wil zijn vak zichtbaarder maken.

26 Pleidooi
Mdl-arts Henk-Marijn de Jonge:

'Alcohol is niet normaal'.

32 & nu verder
Bijbaantjes voor lymfe.



OP DE COVER

Volgens psychiater Christiaan Vinkers begint stress vaak bij de organisatie.

Pagina 6

COLUMN

MINDER IS NIET MAKKELIJKER

Passende zorg betekent telkens opnieuw wegen wat wel en wat niet waarde toevoegt. En vaak is juist dat laatste het lastigst: uitleggen waarom we iets niet doen.

Veel medisch specialisten zullen het herkennen. De patiënt die met een wensenlijst vol met onderzoeken binnenkomt. De dochter die zegt: 'Maar u gaat toch wel alles doen?' De verwijzing waarin de verwachting eigenlijk al besloten ligt. Of de hoopvolle blik van iemand die zekerheid zoekt die jij niet altijd kunt geven.

Uit een recente uitvraag onder medisch specialisten blijkt vooral hoe gewoon deze gesprekken zijn geworden in het dagelijks werk. Veel collega's geven aan vaker dan voorheen te moeten uitleggen waarom een onderzoek, verwijzing of behandeling niet zinvol is. Artsen ervaren daarbij niet zozeer druk vanuit hun organisatie om minder te doen, maar vooral de druk van verwachtingen in de spreekkamer zelf. Van het idee dat alles mogelijk moet zijn. In een samenleving die onzekerheid steeds moeilijker verdraagt.

Want méér doen voelt vaak veiliger. Nog een scan, nog iets uitsluiten. Niet alleen voor de patiënt, maar ook voor ons als arts. Bang om een diagnose te missen. Daarbij vergeten we soms te makkelijk dat extra onderzoek ook risico's en nadelen met zich meebrengt. Tel daarbij de drukte van de spreekkamer en de angst voor klachten of tuchtzaken op, en het is begrijpelijk dat het gesprek over minder doen meer moeite kost.

In de uitvraag beschreef een collega dat de spreekkamer soms meer voelt 'als een supermarkt dan als een plek voor medisch vakmanschap'. Misschien ongemakkelijk om zo te zeggen, maar wel herkenbaar. Iedere specialist kent voorbeelden van onderzoek zonder gevolgen voor beleid. Van kwetsbare patiënten die vooral belast worden door diagnostiek. Van behandelingen die mogelijk zijn, maar weinig toevoegen aan kwaliteit van leven.

Dan komt de echte vraag: hoe leg je dat uit zonder dat het voelt alsof je iets afpakt?

Misschien helpt het om te erkennen dat patiënten niet alleen op zoek zijn naar informatie. Ze zoeken niet alleen feiten, maar ook houvast. Hebben iemand nodig die naast hen gaat staan en zegt: 'Ik denk dat dit voor u niet helpt.' Of juist: 'Dit is ondanks onzekerheid toch verstandig.' Dat vraagt meer dan medische kennis alleen: samen onzekerheid verdragen, richting geven zonder het gesprek over te nemen, en soms durven zeggen: 'Dit gaan we niet doen.'

Het vraagt ook dat we onze eigen reflexen herkennen: de neiging om onzekerheid weg te organiseren, alles uit te sluiten, of een moeilijk gesprek te vermijden omdat de wachtkamer vol zit. Misschien is dat de ongemakkelijke conclusie: passende zorg gaat niet alleen over verwachtingen van patiënten, maar ook over hoe wij zelf omgaan met onze eigen twijfel.

Achter de vraag om een extra onderzoek zit vaak geen veeleisendheid, maar angst. Alleen behandel je die angst niet altijd met extra diagnostiek of behandelingen – hooguit tijdelijk. Misschien moeten we daarom geen tegenstelling maken tussen de patiënt die alles wil en de arts die moet begrenzen. In de spreekkamer zitten meestal mensen die zoeken naar zekerheid. Die zekerheid kunnen we niet altijd geven. Wat we wél kunnen bieden, is eerlijkheid, begeleiding en vakmanschap. Soms zit goede zorg juist in het zorgvuldig uitleggen waarom minder tóch beter is.

Karel Hulsewé
Voorzitter Federatie
Medisch Specialististen



De bekostiging van het meedenkadvies

Van richtlijn tot lobbybrief: achter elk initiatief van de Federatie Medisch Specialististen zit een verhaal. In deze rubriek vertellen medewerkers hoe hun werk bijdraagt aan de praktijk van (toekomstig) medisch specialisten. Dit keer senior beleidsadviseur Anne-Claire van Harderwijk die negen jaar werkte aan de bekostiging van het meedenkadvies. Dat is een consultatie waarbij een huisarts jou als specialist om advies vraagt over een patiënt. Sinds 1 januari 2026 is het officieel declarabel.

Wat was voor jou in die negen jaar een memorabel moment?

'Gek genoeg was dat toen de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) ons verzoek voor het declarabel maken van het meedenkadvies afwees in 2020. Ze waren bang voor een glijdende schaal: weer iets nieuws om te declareren, en wie houdt dat dan bij? De teleurstelling was enorm. Medisch specialisten, huisartsen, iedereen zei: "Hoezo niet?" Ik snapte het standpunt van de NZa ergens wel, maar het is onze taak als Federatie om te laten zien wat de praktijk vraagt - en om onrealistische angsten weg te nemen met data. Snel hebben we het verzoek opnieuw ingediend.'

Wat maakte dat je bleef doorgaan, ook als het stroperig werd?

'De overtuiging dat iedereen hier beter van wordt: patiënten, huisartsen en medisch specialisten. Huisartsen leren van een meedenkadvies voor een volgende keer. Voor patiënten scheelt het eigen risico, heel wat zorgen en reistijd. En medisch specialisten hebben minder patiënten in hun spreekkamer die daar eigenlijk niet horen. Het is voor mij zo'n no brainer. En eerlijk gezegd vroeg het ook om gezonde koppigheid. Toen het óók nog een jaar werd uitgesteld dacht ik: dan moeten we dus nog beter laten zien waarom dit nodig is, loslaten is geen optie.'

Hoe ziet jouw werk er dan uit in zo'n traject?

'Heel veel praten. Overleggen, koffie-drinken tot het bijna je neus uitkomt, haha. Maar vooral: proberen te begrijpen waar de weerstand zit. Andere partijen

zoals de NZa en Zorgverzekeraars Nederland hebben andere belangen en ideeën over hoe zorg georganiseerd moet worden. Het kost tijd om erachter te komen wat hun bezwaren zijn en hoe je die kunt wegnemen. We hebben pilots gedaan, data verzameld, vragenlijsten uitgezet, factsheets en handreikingen geschreven. Je bouwt een dossier op en blijft partijen betrekken en het keer op keer uitleggen. Dat betekent dus ook gewoon vaak langsgaan. Mijn collega's grappen dat ik een stretcher bij de NZa heb staan. Ik kom er zo vaak dat ze mijn stem herkennen bij de intercom van de parkeergarage.'

Tot slot: wat hoop je dat lezers onthouden?

'Dat veel werk onzichtbaar is: het lobbyen, overtuigen, blijven uitleggen. En dat dit nog maar het begin is, want we willen dit niet alleen voor huisartsen realiseren, maar ook voor andere zorgprofessionals zoals een jeugdarts, fysiotherapeut of diëtist. We willen nog meer samenwerken, ook buiten de medisch-specialistische zorg. Het doel blijft dat de bekostiging aansluit bij de praktijk, zodat zorgprofessionals de beste zorg kunnen leveren. Dus die stretcher blijft nog wel even staan!'

Lees meer op demedischspecialist.nl/meedenkadvies. Weten wat de Federatie nog meer doet? Ga naar: demedischspecialist.nl/nieuws.





PSYCHIATER CHRISTIAAN VINKERS PLEIT VOOR
EEN INTEGRALE AANPAK VAN STRESS



‘Stress is nooit alleen een individueel probleem’

Stress begint vaak bij de organisatie, zegt psychiater en hoogleraar Stress en Veerkracht Christiaan Vinkers. ‘Wat me opvalt, is dat ziekenhuizen het werken aan mentale gezondheid vaak helemaal niet als hun kerntaak zien. Vaak wordt er ingezet op losse en ad hoc maatregelen zoals coaching of een workshop, zonder dat het werk zelf verandert.’

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD ARNOLD REYNEVELD

Je bent onderzoeksleider van DESTRESS, een publiek-privaat programma gefinancierd door de Nederlandse Organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek (NWO) dat wordt ontwikkeld om stress te verminderen en de veerkracht van medewerkers en organisaties te bevorderen.

Oók van ziekenhuizen en medisch specialisten.

Waarom hebben zij DESTRESS nodig?

‘Destress richt zich op organisatie én individu. We zien dat stress van professionals in een ziekenhuis nooit alleen een individueel probleem is, maar vaak begint bij de organisatie.’

Waar doel je dan op?

‘Veel medisch specialisten ervaren beperkte autonomie en veel rolonduidelijkheid en hebben vaak te veel taken. Bovendien zijn er conflicterende rollen: je moet productie draaien én de patiënt centraal stellen. Je moet kwaliteit leveren én snel doorwerken. Je moet brieven schrijven én beschikbaar zijn voor iedereen. Je draait volle poli’s naast gewone diensten en nachtdiensten, hebt te maken met administratie en complexe patiënten. Daardoor weet je niet altijd wat prioriteit heeft. Of je weet wel wat je moet doen, maar dat lukt je gewoon niet. Of je moet simpelweg te veel tegelijkertijd doen. Het helpt als je je grenzen bewaakt, maar dat is niet genoeg als het werk structureel te zwaar is. Soms is te veel stress een normale reactie in een abnormale omgeving.’

Is dat een organisatieprobleem?

‘Ziekenhuizen zien het werken aan mentale gezondheid vaak niet als hun kerntaak. Het blijft een HR-thema dat je kunt uitbesteden. Ik pleit ervoor om het net zo’n kerntaak te maken als de borging van patiëntveiligheid. Want als je geen centrale visie en sturing hebt op mentale gezondheid, blijf je hangen bij symptoombestrijding. Soms is er externe coaching, of je krijgt een antistress-app, doet een workshop jobcrafting of resilience. Meestal losse, kortdurende interventies die weinig veranderen aan de organisatie van het werk. De vraag is vooral: is de individuele arts aan zet, of kun je beter de organisatie veranderen?’

Wie moet volgens jou eigenaar van dit probleem zijn?

‘Uiteindelijk ligt de grootste verantwoordelijkheid bij het ziekenhuis. Dat bepaalt hoe werk is ingericht, hoeveel tijd er is, en welke prikkels er zijn. Daar ligt wat mij betreft ook de oplossing. Zoals je zorg organiseert, moet je ook mentale gezondheid organiseren: systematisch, samen en van bovenaf gedragen. Dat doe je voor je mensen, maar ook om financiële redenen. Een gerichte aanpak kan een daling van ziekteverzuim van één tot enkele procentpunten geven.

Te veel stress ontstaat zelden door één factor. Het gaat meestal om een combinatie van hoge werkdruk, weinig regelruimte en onvoldoende herstel. Zo hangt onvoldoende herstel na werk samen met een verhoogd risico op burn-out en verzuim. Klachten zoals slechter slapen, vermoeidheid en concentratieproblemen gaan daar vaak aan vooraf.’

Waarom werken ziekenhuizen hier niet aan?

‘De ziekenhuiscultuur is er een van doorgaan en laat signaleren. Vergeleken met vroeger werken inmiddels steeds meer medisch specialisten in deeltijd, maar ik heb niet het idee dat de druk is afgenomen om bepaalde taken te doen. Veel mensen moeten veel ballen in de lucht houden.

Een ziekenhuis is een complexe en vaak bureaucratische organisatie met roosters, productieprikkels, veel regeldruk en hiërarchische verhoudingen. In sommige ziekenhuizen is het niet oké om te zeggen “Ik heb de laatste tijd heel veel stress, ik ga die diensten niet meer doen”. Dan krijg je terug: “Ben je ziek? Op welke ic lig je dan?”

Er rust nog steeds een groot taboe op psychische klachten. Openheid hierover op de werkvloer heeft vaak negatieve gevolgen voor de beoordeling van mensen, laat onderzoek zien. Als je bij een sollicitatie aangeeft dat je een burn-out hebt gehad en daar sterker uit bent gekomen, is de kans dat je wordt aangenomen een stuk kleiner.’

Wat kan DESTRESS hieraan veranderen?

‘Wij staan een integrale aanpak voor waarbij passende maatregelen goed zijn ingebed in de organisatie. Productieprikkels hoeven niet structureel te botsen met hersteltijd. Als artsen na nachtdiensten onvoldoende hersteltijd hebben of structureel moeten overwerken om productie te halen, blijven individuele interventies zonder effect. Je moet dus zorgen dat herstelmomenten daadwerkelijk geborgd zijn in het rooster en dat productie-eisen daar niet mee botsen. We werken daarbij samen met stresswetenschappers, arboprofessionals en ervaringsdeskundigen. Samen bedenken we aan welke randvoorwaarden de organisatie moet voldoen, en hoe we die veilig en flexibel kunnen inrichten. Dat kunnen dokters en ziekenhuizen niet in hun eentje, daar heb je aanvullende expertise voor nodig.’



Christiaan Vinkers (1980) studeerde farmacie, rechten en geneeskunde aan de Universiteit Utrecht. Hij is hoogleraar Stress en Veerkracht (Amsterdam UMC) en als psychiater verbonden aan de Academische Werkplaats Depressie van GGZ InGeest. Hij is onderzoeksleider van Destress, een samenwerkingsverband tussen Amsterdam UMC en verschillende publieke en private partners. Vinkers schreef drie boeken, waarvan ‘Littekens uit je jeugd. Hoe jeugdtrauma je vormt – en hoe herstel mogelijk is’, onlangs is verschenen. Hij is medeoprichter van DepressieNet, een landelijk samenwerkingsverband voor betere depressiezorg in Nederland.

treerd en afgebrand doordat ze de ander niet konden helpen. De kern van de burn-out zat toentertijd in het grenzeloos doorgaan met voor anderen zorgen. Juist daarom doe je er goed aan je stress in een vroegtijdig stadium te herkennen en erkennen, en er met je leidinggevende over te spreken.

Ga dus niet gewoon dóór als je signalen bij jezelf waarneemt, maar breng tijdig en samen in kaart wat je nodig hebt. Een goed getrainde leidinggevende kan daarbij echt het verschil maken. Onderlinge steun van collega’s helpt ook. En ga eens kijken op afdelingen of bij ziekenhuizen waar het goed loopt, misschien ken je die wel.’

DESTRESS heeft nog zes jaar te gaan. Wat wil je in 2030 voor elkaar hebben?

‘Hopelijk hebben we dan een blauwdruk van een integraal systeem met een aanpak die werkt. Die moet dan aan individuele organisaties aangepast worden. Verder hoop ik op iets wat je een Veerkrachtinstituut zou kunnen noemen. Daar kun je dan vinden welke aanpakken werken en wetenschappelijk in orde zijn, inclusief professionals die organisaties advies kunnen geven bij de implementatie. Idealiter hebben we dan werkende voorbeelden van ziekenhuizen waar dit goed en structureel is ingericht en waar je kunt laten zien dat het leidt tot minder uitval en beter functioneren.’

Ten slotte de onvermijdelijke vraag: hoe beteugel jij je eigen stress?

‘Ik werk in principe niet meer in de avonden, maar nog wel een dagdeel in het weekend. Een jaar geleden ben ik meer gaan sporten, dat heeft me echt geholpen. Ik sta om kwart voor zeven op en dan roei ik twintig minuten, als onderdeel van mijn ochtendroutine. En ik knuffel heel graag mijn kinderen. Wat werk betreft: ik vind mijn werk als psychiater heel leuk, en ik heb best wat vrijheid om mijn hart te volgen, met steun van een fijne leidinggevende. Maar af en toe heb ik ook gewoon stress hoor, en doe ik zo veel tegelijkertijd dat ik er ’s nachts wakker van word. Ik probeer het klein te houden: niet alles hoeft perfect. Als je de lat iets lager legt, houd je het beter vol. Goed genoeg is goed genoeg.’

Je pleit er ook voor om privéproblemen hierbij te betrekken. Waarom?

‘Stress komt doorgaans voort uit de combinatie van werk en privé. Thuis heb je bijvoorbeeld mantelzorg, zorg voor de kinderen, relatieproblemen of financiële problemen, noem maar op. En op je werk heb je last van al die dingen die ik eerder noemde. Als het je dan niet goed lukt om thuis te ontspannen en je bijvoorbeeld slaapproblemen hebt, moet je niet alleen naar werk kijken, maar ook naar je problemen thuis. In de privésfeer kan bijvoorbeeld relatietherapie werken, of een slaapprobleem.’

Individuele medisch specialisten kunnen in hun werk toch wel iets zelf doen tegen de stress?

‘Medisch specialisten hebben een heel groot verantwoordelijkheidsgevoel, mede daarom hebben ze gekozen voor een werkomgeving met hoge taakeisen. Ze lopen hard en zijn intrinsiek zeer gemotiveerd. Daarom komen burn-outklachten ook veel voor. Burn-out was in zijn oorspronkelijke vorm in de jaren 70 van de vorige eeuw een altruïstische aandoening: mensen raakten gefrus-

‘Werken aan mentale gezondheid moet voor ziekenhuizen een kerntaak zijn’

Werken in de regio

Drie medisch specialisten vertellen waarom zij bewust kozen voor een loopbaan buiten de Randstad. Over korte lijnen, meer rust, en een betere balans tussen werk en privé. Maar ook over vooroordelen, cultuurverschillen en de uitdaging om collega's naar de regio te trekken.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD LARS VAN DEN BRINK



Stephan Wens, neuroloog
Adrz in Goes en Vlissingen

'Eigenlijk zie ik vooral voordelen'

'Ik heb lang rondgelopen in het Erasmus MC. Ik volgde er mijn studie geneeskunde en mijn opleiding tot neuroloog. Tijdens mijn stages in het ETZ in Tilburg en het Amphia in Breda realiseerde ik me dat mijn interessegebied bij de algemene neurologie lag, waarbij ik alle soorten patiënten kon zien. Waar ik ook zeldzame ziektes kon tegenkomen. Toen nog had ik het idee dat ik voorbij Bergen op Zoom van de wereld af zou rijden. Toch ging ik in op een uitnodiging van een collega om een dagje mee te lopen in het Adrz in Goes en Vlissingen. Meteen vond ik dat kleinschalige prettig en het team heel fijn. Het dagje werd een halfjaar. Mijn vrouw en ik besloten naar Goes te verhuizen omdat ik tijdens weekenddiensten nooit naar huis kon om de kinderen te zien. Eerst nog werden we tegenhouden door het idee dat onze oudste haar vriendinnetjes zou missen, maar niets bleek minder waar. Omdat we verhuisden tijdens corona, duurde het even voordat we nieuwe contacten kregen, maar een nieuwe sport zoeken om mensen te leren kennen was verfrissend. Onze familie en vrienden zien we wat minder vaak, maar van West-Brabant naar Zeeland rijden is geen ramp. Als Brabanders missen we carnaval wel echt. Verder is hier alles binnen handbereik: goede scholen, cultuur, sportclubs, de natuur en het strand. Na zes jaar wonen in deze stad heb ik 0 procent spijt. Met de werkverdeling ben ik heel gelukkig: ik eet 's avonds nagenoeg altijd met mijn gezin. We hebben een grote seh met veel seh-artsen en dokters die net klaar zijn met hun opleiding. Zij zien vrijwel alle patiënten als eerste, waarbij je als specialist in huis komt wanneer het nodig is. Eigenlijk zie ik vooral voordelen, al is het jammer dat dit geen opleidingscentrum voor aios is, want dokters opleiden vind ik erg leuk. We hebben hier al een paar jaar een vacature voor een neuroloog. Die wordt maar niet ingevuld. In Rotterdam pols ik nog wel eens iemand die bijna klaar is met de opleiding om hier eens mee te lopen. Maar Zeeland is vaak toch te ver weg en collega's blijven liever in de Randstad, bijvoorbeeld door het werk van hun partner. Daar hebben we hier best last van.'

Tabita Valentijn,
cardioloog Wilhelmina
Ziekenhuis in Assen

‘Deze baan past me als een jas’

‘De Randstad vonden we allebei te vol, met overal beton, auto’s en mensen die vooral op zichzelf gericht zijn. Mijn man, die als kapitein op de grote vaart werkt, is niet afhankelijk van een woonplek. Hij zei: “Zodra je klaar bent met je opleiding, wil ik eigenlijk weg.” Dat vond ik een goed idee, want ook ik verlangde naar groen, rust en ruimte. Het was dus een heel bewuste keuze. Ook hoopten we op een andere mentaliteit, op meer gemeenschapszin en mensen die naar elkaar omkijken. Dat hebben we hier gevonden.

Werken in perifere ziekenhuizen sprak me tijdens mijn opleiding al aan, door de korte lijnen en het directe contact met huisartsen. Vooroordelen tegen de regio had ik niet. Na een heel leuk, persoonlijk sollicitatiegesprek wist ik het zeker: deze baan past me als een jas. In onze betrekkelijk kleine organisatie met een gevarieerde groep cardiologen met verschillende persoonlijkheden en kwaliteiten kunnen we snel schakelen om een verandering in gang te zetten.

Mijn werk hier is niet wezenlijk anders dan in de Randstad. Wij leveren hier dezelfde hoogwaardige cardiologische zorg als elders in het land. Toch wordt soms wat meewarig of neerbuigend naar ons gekeken, en een oud-collega was verbaasd toen zij jaren geleden hoorde dat ook hier ct-scans van de coronairen werden verricht. We lopen zelfs voor op digitale manieren van communicatie met patiënten en in zorgtransformatie.

Iedereen zal andere motieven hebben om te kiezen voor werk in de periferie. Hoe dan ook zul je gemotiveerd moeten zijn, bereid te investeren in je nieuwe werk- en woonomgeving en in de lokale gebruiken. In het begin miste ik een kop koffie bij vrienden of even uitwaaien aan het strand. Waar ik tegenaan liep was de andere manier van communiceren. Mijn patiënten die veel afwachtender zijn dan in de Randstad, moesten dat ook. Zij vonden me heel direct.

Op mijn beurt moest ik hun taalgebruik leren kennen. Weten dat ‘het kon wel minder’ juist betekent dat het goed gaat. Inmiddels voel ik me verbonden met de mensen om me heen.’



Paul Veenboer, uroloog Ommelander
Ziekenhuis Groningen in Scheemda

‘Ik wil nooit meer terug’

‘Ooit was het mijn droom om in een groot perifeer opleidingsziekenhuis aan de slag te gaan. Alles veranderde toen ik aan het eind van mijn specialisatie een herseninfarct kreeg. Ik herstelde aardig, maar een particuliere arbeidsongeschiktheidsverzekering zou ik nooit meer krijgen. Ik solliciteerde op een vacature in loondienst in het Ommelander Ziekenhuis, met succes. Mijn vooroordeel over werken in kleine perifere ziekenhuizen was toen nog enorm. Na een dag meelopen ter voorbereiding op mijn baan beseftte ik dat ik er als hooghartige Randstedeling een nogal ongefundeerde mening op nagehouden had. Ook in Oost-Groningen wordt de best mogelijke zorg geleverd. We werken met dezelfde spullen als in mijn opleidingsziekenhuis. Wel kreeg ik een cultuurshock. Groningers

komen vaak met meer vergevorderde pathologie, maar ze zijn ook bescheiden, relaxed, en ze klagen en roepen niet. Sterker nog, ze zijn dankbaar voor de zorg, zelfs als iets niet goed is gegaan. Heel anders dan de veeleisende patiënten die ik tegenkwam tijdens mijn opleiding in het UMC Utrecht, waar ik had ervaren dat je met de gemiddelde Randstedeling meer op je hoede moet zijn voor juridische repercussies. Na vijf jaar wil ik nooit meer terug. Ik woon aan de rand van Groningen-stad, en zelfs daar is het heerlijk rustig. In het ziekenhuis kent iedereen elkaar, het personeel is vriendelijk, de lijnen zijn kort en een overleg is zo geregeld. Met patiënten schuiven we niet. En – ook belangrijk – het is gezellig. Ik werk vier dagen in de week, waarvan één dag in het UMCG. Daar zou ik bij wijze van

spreken kunnen verdwalen, zo groot als het is. Ik heb ook geen idee wie er in het restaurant achter de kassa zit en de patiënten eisen er veel van ‘Het Hoogste Adres’. Dat is echt anders in het Ommelander Ziekenhuis. In plaats van zestig patiënten op een ochtendspreekuur krijg ik er hier vijftien - die ik dus ruime aandacht kan geven. Doordat ik hier mijn loopbaan ben begonnen, heb ik geen vergelijkingsmateriaal. Ja, ik mis mijn vrienden uit de Randstad soms, maar omdat ik in de stad woon met meer ‘import’ voel ik me niet ontheemd. Ook niet in het jaar dat ik in Scheemda woonde. Ik weet wel dat deze plek een ander mens van me heeft gemaakt. Ik verdien minder omdat ik in loondienst ben, maar ben vrolijk en geniet van mijn werk. En, ik ben er nog, ook een reden om dankbaar te zijn.’



VAN VROEGE VOGEL TOT NACHTUIL



Een zacht gezoem vult de operatiekamer. Transplantatiechirurg Dorottya de Vries in het LUMC zit geconcentreerd achter de robotconsole, tuurt naar het scherm terwijl haar handen en voeten de instrumenten met uiterste precisie aansturen. Aan de operatietafel werkt het team synchroon mee: een donornier wordt voorzichtig losgemaakt uit het lichaam van een vrouw die deze afstaat aan haar partner. Op een groot scherm volgt iedereen elke beweging tot in detail. Wanneer de nier is uitgenomen, verdwijnt die in een steriele zak, daarna in een tweede, gevuld met conserverende vloeistof. Even later ligt het orgaan – nog stil en grauw – in een koelbox met ijs, klaar voor de volgende fase. Tijd om op adem te komen is er nauwelijks. Na een korte pauze en een briefing bij de ontvanger, die zichtbaar gespannen is, begint de tweede operatie. De radio staat aan; het gezoem van de robot is nu nauwelijks hoorbaar, maar de concentratie is onverminderd groot. Dorottya bereidt de nier voor op transplantatie. Omdat de ader te kort blijkt, wordt een stukje donorvat aangehecht – een extra stap die tijd en precisie vraagt. Dan volgt het beslissende moment: de doorbloeding wordt hersteld. De nier kleurt langzaam roze. Er gaat een voelbare ontspanning door de kamer. Tussen de ingrepen door schakelt Dorottya moeiteloos van intense concentratie naar korte momenten van rust en uitleg. Wat blijft hangen is de impact van haar werk: in een paar uur tijd verandert ze het leven van twee mensen ingrijpend. Indrukwekkend, in alle opzichten.

Woordzoeker



E	D	E	F	E	I	M	E	K	Y	L	G	O	P	Y	H
E	I	T	A	C	I	D	N	I	T	U	U	C	A	E	E
D	I	P	F	O	L	L	O	W	U	P	O	N	I	I	D
E	I	S	A	D	I	E	L	E	B	M	S	T	R	S	A
T	I	A	E	R	E	E	E	W	P	U	A	T	E	N	N
S	E	M	G	A	E	B	E	L	T	C	E	A	E	E	G
E	S	A	T	N	L	H	I	A	I	C	I	C	I	T	N
T	A	L	N	I	O	C	T	D	B	H	G	H	T	R	I
I	T	I	E	A	A	S	N	D	E	R	O	Y	A	E	L
O	S	G	E	T	M	I	E	R	N	O	L	C	M	P	E
L	A	N	I	E	A	N	R	E	I	N	O	A	M	Y	D
O	T	E	N	R	E	I	E	E	G	I	H	R	A	H	N
G	E	N	T	F	I	L	F	S	N	S	T	D	L	J	A
I	M	N	N	E	Z	K	F	O	E	C	A	I	F	M	H
E	O	R	E	C	I	D	I	E	F	H	P	E	N	E	E
C	O	M	O	R	B	I	D	I	T	E	I	T	I	R	B

ZOEK DEZE WOORDEN:

- ACUUT
- ANAMNESE
- BEHANDELING
- BELEID
- BENIGNE
- CHRONISCH
- COMORBIDITEIT
- COMPLICATIE
- CONTRAINDICATIE
- DIAGNOSE
- DIFFERENTIEEL
- ETIOLOGIE
- FOLLOWUP
- HYPERTENSIE
- HYPOGLYKEMIE
- INDICATIE
- INFLAMMATIE
- KLINISCH BEELD
- LAESIE
- MALIGNE
- METASTASE
- PATHOLOGIE
- RECIDIEF
- STATUS NA
- TACHYCARDIE
- THERAPIE

Oplossing:

Mail de oplossing vóór 1 september 2026 naar communicatie@demedischspecialist.nl onder vermelding van 'Woordzoeker'. Onder de correcte inzendingen verloten we een cadeaubon ter waarde van 50 euro.



Een nieuwe werkelijkheid in de spreekkamer

Patiënten willen zekerheid, artsen willen passende zorg bieden en ondertussen staat de toegankelijkheid van de zorg onder druk. Dat maakt het gesprek over wat wel en niet zinvol is soms ingewikkeld. Niet ieder onderzoek of behandeling voegt iets toe, terwijl de verwachtingen van patiënten hoog zijn en de angst om iets te missen begrijpelijk is. In de spreekkamer komen die belangen samen, en dat kan wringen. Drie perspectieven op die nieuwe werkelijkheid.

TEKST FRED HERMSEN BEELD LOTTE DIJKSTRA

Vijf jaar lang onderzocht promovendus Loes Peters, inmiddels werkzaam als beleidsadviseur bij de Federatie Medisch Specialisten, het proces van samen beslissen vanuit het Amsterdam UMC. Ze richtte zich met name op vaatchirurgische en oncologische aandoeningen in meer dan dertien ziekenhuizen, interviewde artsen, verpleegkundigen en patiënten en schreef er acht artikelen over. Op 26 februari mocht ze haar proefschrift verdedigen. Eén van haar conclusies luidt als volgt: medisch specialisten zijn vaak nog onbewust onbekwaam als het op samen beslissen aankomt. ‘Vaak denken ze al thuis te zijn in het samen beslissen. “Ik neem de tijd voor uitleg en neem mijn patiënt mee in de overwegingen”, is hun redenering. In feite hebben ze het dan over de informatievoorziening, slechts één aspect van samen beslissen.’

Aannames

De expliciete vraag naar de bredere context, naar het doen en laten en het leven dat de patiënt leidt, het goed luisteren en doorvragen, die blijft – zo leert haar onderzoek – vaak achterwege. ‘Onterecht, want juist daarin kan het succes van samen beslissen schuilen. Krijg je geen goed beeld van de context van de patiënt, dan blijf je al snel hangen in je eigen aannames, en kom je niet terecht bij realistische keuzes voor de patiënt.’ Gevraagd naar een voorbeeld zegt Peters: ‘Stel dat je een jonge patiënt voor je hebt, vijftig jaar oud. Ze staat voor de keuze om wel of niet voor een ingrijpende operatie te kiezen die haar leven een stuk comfortabeler kan maken. Je neemt dan al snel aan, al dan niet bewust: “Natuurlijk staat ze daarvoor open, ze is immers jong en heeft nog een leven voor zich”, en je richt vervolgens je informatievoorziening daarop in. Maar zo kom je er niet achter dat ze te maken heeft met intensieve mantelzorg, waardoor ze op dit moment helemaal niet openstaat voor een operatie. Opereren zou immers betekenen dat ze moet revalideren en een aantal weken geen goede mantelzorger kan zijn voor haar ernstig zieke vader, die verder niemand heeft. De opties die voor haar realistisch zijn, verschillen dus van oplossingen voor de gemiddelde dertiger. Je kunt er niet van uitgaan dat patiënten zo mondig zijn dat ze ongevraagd over hun situatie gaan vertellen. Door de beperkte kennis die de arts dan van de patiënt heeft, wordt het een stuk lastiger om echt samen te beslissen.’

Vier stappen

De gouden standaard voor samen beslissen heeft de Leidse hoogleraar Anne Stiggelbout ontwikkeld. Haar model wordt internationaal erkend en onderscheidt vier stappen: het

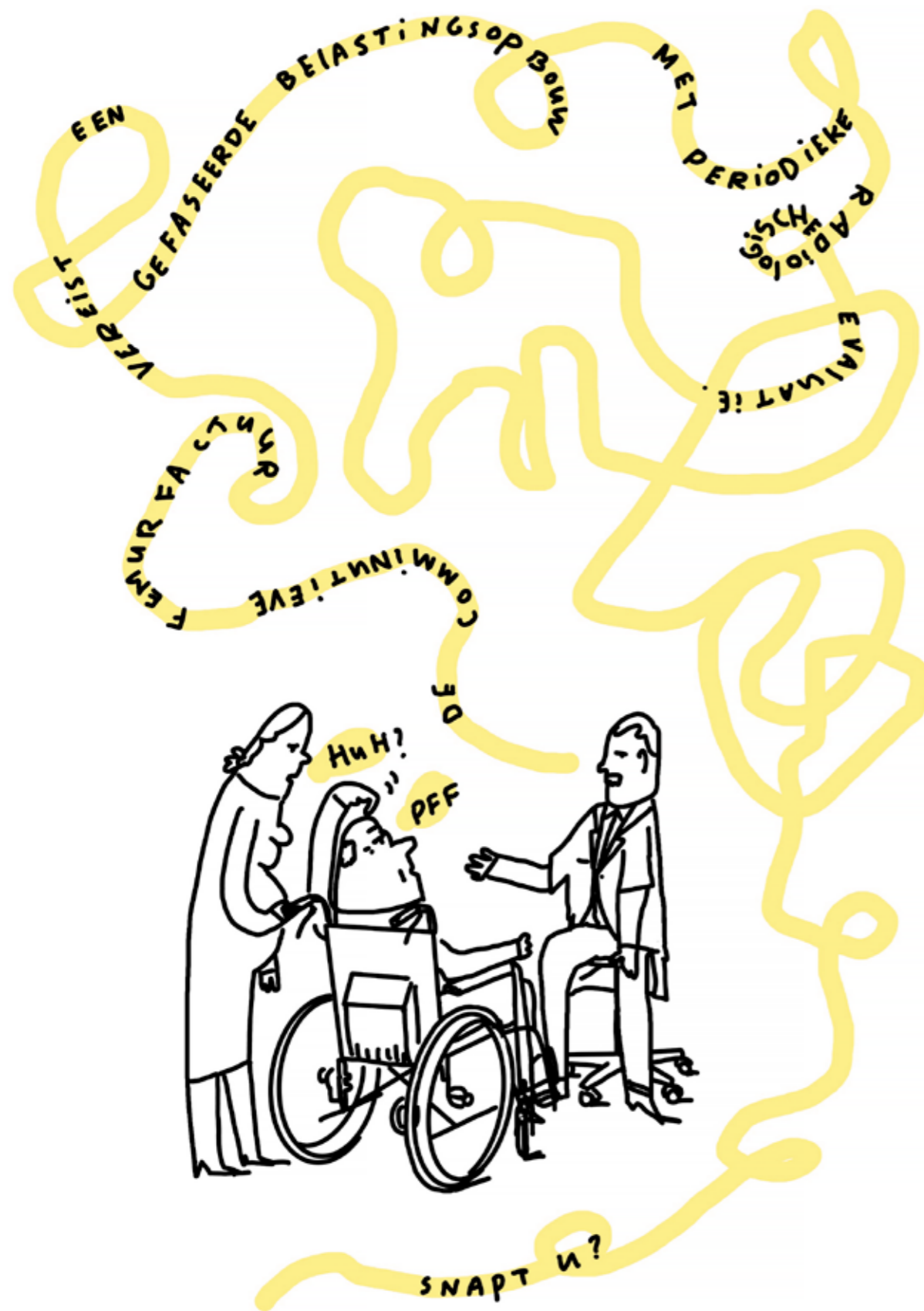
informerend over keuzemogelijkheden, het bespreken van opties, het wegen van de voor- en nadelen en het gezamenlijk nemen van een besluit. ‘Medisch specialisten zijn doorgaans goed in de eerste en derde stap’, heeft het onderzoek uitgewezen. ‘Ze nemen de tijd om te informeren en wegen daarbij de voor- en nadelen van een behandeling zorgvuldig af. Maar er schuilt een wereld van kansen achter stap 2, waarin je onder meer aangeeft dat je er bent om de patiënt te ondersteunen bij het kiezen uit de opties en je de patiënt niet laat zwemmen, en stap 4, waarin je de achtergrond en voorkeuren van de patiënt actief verkent. Veel medisch specialisten laten die kansen nu nog liggen.’

Comfortzone

Yvo Smulders, internist in Amsterdam UMC, schreef in februari een opinieartikel over samen beslissen in NRC. Hij hekelde daarin de neiging van veel medisch specialisten om onnodig onderzoek in gang te zetten, vaak met schijnzekerheid en soms met schade voor de patiënt tot gevolg. ‘Ze willen dan niets missen of durven hun patiënten geen nee te verkopen als die denken dat een onderzoek nodig is’, verklaart hij. Ook overdadige verstrekking van informatie kan voortkomen uit onzekerheid. ‘Je blijft dan in de comfortzone van je medische kennis. Uitgebreid sta je stil bij de diagnose, je bespreekt alle voor- en nadelen van wel of niet behandelen. Je praat over een verlies van levenskwaliteit, en de revalidatie. Dat kan gewoon te veel worden voor een patiënt. Die kan dichtslaan en de deur dichtgooien: “Dat wil ik niet.” Of juist, op zoek naar een strohalm: “Ik eis deze behandeling”, terwijl jij daarin niet gelooft. Patiënten kunnen daarbij sterke ideeën hebben over hoe goed of slecht ze een behandeling zullen verdragen. Of hoe ze hun kwaliteit van leven zullen ervaren na een verslechtering of juist verbetering van hun gezondheidssituatie. Als medicus weten

‘Je moet jezelf ervan bewust zijn dat je met je taalgebruik ook manipulatief kunt zijn’





we hoe goed mensen de gevolgen van een behandeling, of juist van een conservatieve benadering, gemiddeld kunnen dragen. We kennen de beperkte waarde van anticipatoire angsten en geluksvoorspellingen. Maar we gebruiken die inzichten onvoldoende in de communicatie. Bijvoorbeeld om de angst van patiënten mee te temperen.'

Fundamentalistische kijk

Hij pleit voor meer regie, en zorgvuldig taalgebruik is daarbij cruciaal: 'Zeg dus, als jij gelooft dat een operatie de beste keuze is, tegen je patiënt: "Het klinkt misschien wat overweldigend wat ik zeg, maar in de praktijk zegt 90 procent van de patiënten na deze ingreep dat het reuze meeviel." Of: "95 procent van de patiënten is achteraf heel blij met de keuze voor niet-behandelen." Zo kunnen artsen hun patiënt een beetje bij de hand nemen, als een coach.' En dat, zo benadrukt Smulders, is iets heel anders dan de ouderwets patriarchale baas. 'Ik ben voorstander van neutraliteit en informed consent; de patiënt moet weloverwogen zelf keuzes kunnen maken.' Maar het is ook iets anders dan - zoals hij dat noemt - een fundamentalistische kijk op shared decision making, waarbij je alle relevante informatie als het ware over de schutting gooit en de keuze volledig laat aan de patiënt. 'Eigenlijk moet je een zesde zintuig ontwikkelen om te ontdekken wie je voor je hebt en in te schatten wat diegene nodig heeft. Je moet jezelf er ook van bewust zijn dat je met je eigen taalgebruik ook manipulatief kunt zijn. Mijn taalgebruik is daardoor veranderlijk, altijd ben ik op zoek naar de juiste toon.'

Help me gewoon

Iedere arts voelt wel aan dat mensen met lage gezondheidsvaardigheden zich geholpen voelen met het inschattingvermogen en handelend vermogen van de medicus. Op de vraag of dat beperkt blijft tot die groep, zegt Smulders: 'Zeker niet, dat is juist het punt. Ik zat ooit in de redactie van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, en kreeg een conceptartikel over een hartchirurg in Maastricht onder ogen. De chirurg was gewend om zijn patiënten zonder uitzondering zo volledig mogelijk te informeren. Pas toen hij zelf een ernstige infectie kreeg, voelde hij hoe die informatievoorziening kan binnenkomen. Hij vond het verschrikkelijk toen een arts hem alle opties begon uit te leggen, en zei al snel: "Bespaar me alsjeblieft je uitleg en help me gewoon." Samen beslissen blijft voor de internist dan ook een doorlopende zoektocht, soms zelfs een worsteling. En dat moet het naar mijn overtuiging ook zijn. Ik zoek doorlopend naar nieuwe input om mijn eigen overtuigingen en waarschijnlijkheden uit te dagen en te verbeteren.'

Jonge artsen

Met name voor jonge artsen kan dit proces lastig zijn, beseft hij. 'Zij omarmen in hun onervarenheid dogma's als houvast, en voeren het samen beslissen daardoor soms krampachtig

'Zo'n gesprek vergt ook zelfkennis als medisch specialist, en je bewust zijn van je eigen bias'

naar de letter uit.' Hij schetst een voorbeeld daarvan op de spoedeisende hulp: 'Een binnenkomende patiënt werd opgevangen door een talentvolle beginnende arts. De patiënt was te ziek om zelf te beslissen, dus richtte de specialist zich tot de partner, en begon alle opties uitgebreid door te nemen. Met als laatste zin: "Wilt u nu de keuze maken alstublieft?" Uiteindelijk zou de patiënt het niet halen, en kreeg ik de volgende dag een wanhopige partner aan de lijn, overmand door het gewicht van haar keuze, en de vraag of de trieste uitkomst haar schuld was. Toen ik de jonge arts hierover aansprak, zei hij: "Ik was bang om niet te voldoen aan het uitgangspunt samen beslissen, en had daarbij onvoldoende oog voor haar paniek en onbegrip." Maar ook: "Misschien durfde ik de verantwoordelijkheid voor toekomstige spijt niet zelf te dragen, en legde ik daarom de keuze volledig bij haar." Ik zei hem toen: "Als je weer eens in zo'n situatie terecht komt, zou je kunnen zeggen: 'Mevrouw, het zit zus en zo, en alles overwegende denk ik dat het 't beste is om het volgende te doen...Hoe kijkt u ernaar, bent u het eens met mijn voorstel?'" De internist weet dat dit een acute situatie was, niet te vergelijken met samen beslissen op de poli, maar hij benadrukt wel: 'Zelfs op de spoedeisende hulp is doorgaans wel ruimte voor zo'n coachende aanpak.'

Veelgevraagd

Loes Peters herkent dat beginnende artsen soms meer moeite hebben met het samen beslissen, omdat de weerbarstige praktijk toch anders is dan de theorie tijdens de opleiding. 'En dat ongemak kan ook gelden voor patiënten, heb ik ontdekt in de vele gesprekken over samen beslissen. Zij kunnen schrikken van de vragen, die niet altijd passen bij het beeld dat ze hebben van de deskundige arts.' Ze kan zich vinden in de oproep van Yvo Smulders om een coachende houding aan te nemen. 'Uiteindelijk gaat het erom om dat je het keuzeproces van je patiënt ondersteunt, dat je luistert,

‘De uitdaging is om zorg om te buigen van het maximaal mogelijke naar het maximaal zinvolle’

signaleert, goede vragen stelt en je eigen indrukken deelt. Zo’n gesprek vergt ook zelfkennis als medisch specialist, je moet je bewust zijn van je eigen bias om die te kunnen uitdagen. Misschien is dat nog wat veelgevraagd als je aan het begin van je carrière staat.’ Als ze van het voorbeeld op de spoedeisende hulp van Yvo Smulders hoort, zegt ze: ‘Uit mijn onderzoek kwam naar voren dat medisch specialisten met elf tot zeventien jaar ervaring meer samen beslissen dan een arts in opleiding of beginnende medische specialist. Misschien had een arts met die ervaring wel de scherpte van geest gehad om te zeggen: “Wilt u er nog wat meer samen over praten, zal ik de knoop doorhakken of bent u er klaar voor om de keuze zelf te maken?”’

Verpleegkundigen

Peters ziet dat richtlijnen niet zozeer de sleutel zijn tot succesvol samen beslissen, maar ze kunnen wel helpen: ‘Soms staat een arts voor de lastige opdracht om een patiënt uit te leggen dat bepaalde zorg niet geleverd wordt, ook al wil de patiënt dat nog zo graag. Het is dan goed om te kunnen terugvallen op een heldere richtlijn.’ Ook zijn er tools die kunnen helpen, zoals een keuzehulp voor patiënten. ‘Maar die blijken in de praktijk niet voor iedereen even toegankelijk, vooral hoger opgeleide patiënten plukken daar de vruchten van.’ Meer ziet ze in een breed gedragen theoretisch kader, bijvoorbeeld met een heldere visie op de stappen



die medisch specialisten kunnen volgen in het gesprek. ‘Zo’n kader geeft aanknopingspunten voor trainingen met acteurs of “training on the job”, intercollegiale gesprekken over samen beslissen en het gesprek in de spreekkamer zelf. Wat mij betreft zou daarbij ook nadrukkelijk aandacht moeten zijn voor de belangrijke invloed van verpleegkundigen. Vaak voeren zij voor of na een consult met de arts betekenisvolle gesprekken, en genieten ze daarbij het vertrouwen van patiënten. Het samen beslissen gaat dus veel verder dan het gesprek tussen arts en patiënt in de spreekkamer.’

Organische groei

In het HagaZiekenhuis heeft Ilse van Stijn haar vak als intensivist twee jaar geleden ingeruild voor een plek in de raad van bestuur. Waar ze zich een paar jaar geleden nog als medisch specialist inzette voor passende zorg en samen beslissen, doet ze dat nu als bestuurder voor het hele ziekenhuis. Ze ziet het meest in de organische groei van het samen beslissen, niet in uitgebreide trainingsprogramma’s en harde doelen. De ene vakgroep is er verder mee dan de andere, maar ‘wij willen ver weg blijven van KPI’s en dashboards. De meeste artsen zijn intrinsiek overtuigd van de waarde van samen beslissen, en werken er zelf al aan.’ Van Stijn ziet de rol van het bestuur dan ook vooral als faciliterend, niet als sturend. ‘We creëren ruimte en randvoorwaarden, brengen mensen aan tafel om erover te praten. Ik neem bijvoorbeeld deel aan de stafcommissie Kwaliteit om er met collega’s over van gedachten te wisselen.’ Ze is er blij mee dat samen beslissen een echte beweging begint te worden in het HagaZiekenhuis: ‘Onze artsen kunnen sinds kort gebruikmaken van de Quickscan Samen Beslissen. De scan helpt ze tijdens patiëntencontact niet alleen om na te gaan of de patiënt de informatie goed heeft begrepen, maar biedt handvatten om naast het ziektebeeld ook de persoonlijke situatie van de patiënt mee te wegen.’ Momenteel evalueert het HagaZiekenhuis de ervaringen ermee, zowel met medisch specialisten als in patiëntenpanels. ‘Daarnaast onderzoeken we hoe we in ons patiënttevredenheidsonderzoek expliciet aandacht kunnen geven aan samen beslissen, en is er sinds kort een projectleider die zorgt voor meer richting en voortgang op het terrein van patiëntenparticipatie. Kortom, samen beslissen bekijken we nadrukkelijk ook vanuit het perspectief van de patiënt.’

Kwetsbaar proces

De bestuurder hamert erop dat samen beslissen alleen kan slagen als artsen zich onvoorwaardelijk gesteund voelen door hun ziekenhuis. ‘Ieder gesprek tussen arts en patiënt is een kwetsbaar proces, waarbij je soms niet kunt ingaan op de wensen van de patiënt. Dé patiënt die eigenlijk niet bestaat. Want soms spreek je mensen met gebrekkige gezondheidsvaardigheden, anderstaligen of patiënten die zo intelligent zijn dat ze een rookgordijn optrekken of je manipuleren. Anderen zijn te bescheiden om hun eigen belangen en

voorkeuren naar voren te brengen. Of ze voelen zich zo geïmponeerd dat het hen hindert goede vragen te stellen en heldere afwegingen te maken. Iedere arts krijgt ook weleens te maken met veeleisende en wantrouwende patiënten, inclusief familieleden die hun mening op de achtergrond heel duidelijk ventileren. Het blijft dus een uitdaging voor artsen om de medische uitleg te ontstijgen en hun patiënten te leren kennen op weg naar een verantwoorde keuze. Maar die complexiteit mag niet leiden tot handelingsverlegenheid.’

Tuchtzaken

Ze benadrukt dat medisch specialisten zich daarom onvoorwaardelijk gesteund moeten voelen in hun zoektocht, juist als het moeilijk wordt. ‘Ze kunnen met hun vragen, ervaringen, twijfels en ethische dilemma’s terecht bij geschoolde peer supporters, coaches of een ethicus. En we nemen altijd contact op als een collega voor een tuchtcollege is gedaagd. De claimcultuur en dreiging van tuchtzaken mag hen niet weerhouden om autonoom te handelen, ze moeten onomwonden kunnen zeggen: “Nee, ik zie geen medische noodzaak voor de behandeling die u graag wilt”.’ Dat artsen de spanning kunnen voelen tussen de vereiste resultaatgerichtheid en samen beslissen, begrijpt Van Stijn, maar dat samen beslissen primair een middel zou zijn om te bezuinigen, weerspreekt ze: ‘Samen beslissen is in de eerste plaats in het belang van de patiënt en geen bezuinigingsmaatregel. Geen enkele dokter wil zorg leveren die voor een patiënt geen meerwaarde heeft. Het is de uitdaging voor artsen om de zorg samen met hun patiënten om te buigen van het maximaal mogelijke naar het maximaal zinvolle. Daar zijn ze ook voor opgeleid.’ Tegelijkertijd, benadrukt ze, ‘is deze beweging wel noodzakelijk om de zorg toegankelijk te houden bij de sterk groeiende zorgvraag in de komende jaren. Maar het is aan bestuurders om de organisatie financieel gezond te houden en de randvoorwaarden te scheppen voor deze omslag.’

Goede keuzes

Samen beslissen en meer toegankelijke zorg liggen dus niet ver uit elkaar. Of zoals Yvo Smulders het in zijn opiniestuk in NRC verwoordde: ‘Het geheim van goede zorg is grotendeels hetzelfde als dat van minder dure zorg. Alleen vereist dat van artsen meer dan pure vakkennis. We moeten de angsten van patiënten en onszelf doorzien en de gevaren van te veel zorg begrijpen. We moeten snappen hoe gekleurd of zelfs verwrongen risicoperceptie vaak is. Alleen dan kunnen we in de spreekkamer de goede keuzes maken.’



Meer informatie, hulpmiddelen en ons trainingsaanbod vind je op demedischspecialist.nl/samenbeslissen



Nucleair radioloog Yves Tutuarima (34): ‘Zonde dat ons vak zo onbekend is.’

Weet een willekeurige specialist wat een nucleair radioloog doet? ‘Het antwoord is waarschijnlijk: FDG-PET-

scans, die infecties en de meeste vormen van kanker in beeld brengen. Dit vormt inderdaad een groot deel van ons diagnostisch werk. Maar we doen daarnaast zoveel meer. Ons vakgebied ontwikkelt zich razendsnel. De afgelopen jaren zijn er bijvoorbeeld nieuwe tracers en therapieën ontwikkeld. Een mooi voorbeeld is de Lutetium-PSMA-therapie, een inwendige behandeling tegen prostaatkanker waarbij een radioactieve stof specifiek aan kankercellen hecht en de tumorgroei vertraagt. Extra bijzonder: er is nog steeds discussie over de vergoeding van deze therapie, maar inmiddels kunnen we deze medicijnen in ons ziekenhuis zelf maken en patiënten uit heel Nederland behandelen. Zo gaat ons werk niet alleen over beeldvorming, maar ook over behandelen en medicatie ontwikkelen.’

Nucleaire radiologie mag zichtbaarder worden, vind jij. Waarom is dat belangrijk?

‘Er is veel onbekendheid. Zonde, want de specialisten met wie wij werken, voornamelijk oncologen, zien duidelijk onze meerwaarde. Er zijn echter ook ziekenhuizen waar nucleaire geneeskunde een kleinere rol speelt. Ik denk dat je dan een deel van goede zorg mist.’

Waarom dan, wat is die meerwaarde?

‘We hebben over het algemeen een goed overzicht van de patiënt – dat maakt ons een belangrijke spil in multidisciplinaire overleggen. Zo werken we nauw samen met oncologie en zijn de lijnen onderling kort: als hormoon- of chemotherapie niet werkt, kunnen wij daar snel op inspringen. Je weet precies wat je aan elkaar hebt.’

Welke rol speelt AI in jouw werk?

‘Groot, zou je verwachten, maar in de praktijk valt dat vies tegen. De interpretatie van scans en de klinische context zijn veel complexer dan AI op dit moment aankan. Makkelijker gezegd: er zijn gewoon geen producten op de markt die ons werk uit handen kunnen nemen.’

Jammer?

‘Eerlijk gezegd niet. Puzzelen met scans, naden-

ken over wat je ziet en problemen aan elkaar koppelen vind ik te leuk om uit handen te geven. Ik zou het jammer vinden als een tool als ChatGPT dat overneemt.’

Welke vraag stellen patiënten vaak?

‘Cliché maar waar: of ze kaal worden van een behandeling, licht gaan geven of eruit gaan zien als The Hulk. Dat imago kleeft aan radioactiviteit – men denkt al gauw aan Tsjernobyl of Fukushima. Ik leg patiënten vaak uit dat de dosis die wij toedienen niet gevaarlijk is.’

Wat zijn zware momenten in jouw werk?

‘Behandelingen worden ook vaak ingezet bij patiënten die bij de oncoloog zijn uitbehandeld. Het kan hun leven verlengen en de kwaliteit verbeteren, maar uiteindelijk komen ze toch te overlijden. Je ziet deze patiënten vrij intensief en bouwt een band met ze op, dus die wetenschap vind ik best zwaar. Anderzijds zijn er ook mooie momenten. Zo behandelde ik een patiënt die zijn kleinzoon had beloofd om bij zijn afstuderen te zijn. Dat lukte, dankzij die behandeling.’

Wanneer denk je nog meer: hier doe ik het voor?

‘Op het moment dat ik nog wel iets voor deze patiënten kan betekenen. Ondanks dat ik ze niet beter kan maken, zijn ze enorm dankbaar dat ik ze een soort laatste strohalm kan bieden. Daarbij geven patiënten aan dat hun levenskwaliteit in deze laatste fase verbetert, dankzij de behandeling. Dat geeft me veel voldoening.’

Hoe zorg je voor een gezonde werk-privébalans?

‘Dat is soms lastig, maar wat helpt is dat we in onze vakgroep goed voor elkaar zorgen. Ik merkte hoe fijn dat was toen mijn hond Puck eerder dit jaar overleed aan een hersentumor. Ze was acht jaar oud en mijn grote liefde. Dankzij bestralingen – het dierenziekenhuis bleek óók een afdeling nucleaire geneeskunde te hebben – heeft ze nog een mooi laatste jaar gehad. Een verdrietige tijd waarin ik volop de gelegenheid kreeg om een uurtje eerder weg te gaan, of juist later te beginnen. Als het nodig is, gunnen we elkaar die ruimte en vangen we het werk onderling op.’



YVES TUTUARIMA

- GEBOREN op 2 oktober 1991
- STUDEERDE van 2009 tot 2015 aan de Erasmus Universiteit Rotterdam
- VOLGDE van 2019 tot 2023 de opleiding tot nucleair radioloog in het OLVG Amsterdam
- DEED in 2024 fellowship in het St. Antonius Ziekenhuis
- WERKT sinds 2025 in het Reinier de Graaf Gasthuis als nucleair radioloog
- WOONT met zijn partner in Leimuïden
- HOUDT van reizen (‘Ben net terug uit Zuid-Korea’), nieuwe culturen, lekker eten, tennis en fitness, en fantasyfilms
- INSTA is dé plaats waar hij zijn liefde voor honden deelt met een stortvloed aan ontroerende hondenfilmpjes.
- FAVORIETE FILM ‘Van Lord of the Rings tot Harry Potter, ik ben een fantasyfan. Het staat ver van de geneeskunde af, maar ik vind het soms heerlijk om thuis te komen en mijn verstand op nul te zetten.’

‘Alcohol is niet normaal’

Maag-darm-leverarts Henk-Marijn de Jonge begrijpt heel goed dat alcohol het leven wat losser en gezelliger kan maken. ‘Maar alcohol in een ziekenhuis is – als je er goed over nadenkt – eigenlijk te gek voor woorden.’

TEKST FRED HERMSEN BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘S amen met onze raad van bestuur hadden we bedacht geen alcohol te schenken op onze nieuwjaarsborrel. Daarover kreeg ik positieve reacties, al sprak ik ook mensen die het betuttelend vinden. Opmerkelijk, want we betuttelen niet, we vinden het simpelweg ongepast om in een publieke ruimte in de rol van medisch specialist alcohol te drinken. Foto’s op LinkedIn waarop artsen zichzelf met een champagneglas proostend presenteren, zijn ook niet oké. Welk voorbeeld geef je? Twintig tot dertig procent van alle patiënten die ik op de afdeling zie, heeft een aan alcohol gerelateerde aandoening. En dan hebben we het nog niet eens over de maatschappelijke schade door alcoholgebruik, die omgerekend

zo’n twee miljard euro per jaar bedraagt. Het bewustzijn groeit dat je als arts impact kunt maken door alcoholgebruik bij patiënten te agenderen. Daar zijn ook steeds betere protocollen en tools voor. In die context is het vreemd dat je dan als arts je neus ophaalt als je een bloemetje krijgt na een lezing, en zegt: “een arts drinkt geen bloemen.” Ik zie gelukkig dat het voorzichtig de goede kant opgaat met alcoholgebruik. De overheid haalt minder accijnzen op en restaurants maken minder omzet op alcohol. Het percentage van de volwassen bevolking dat geen alcohol drinkt



‘De norm verschuift, en daar moeten we als ziekenhuis onze rol in pakken’

of niet meer dan één glas per dag, is gestegen van 37,4 procent in 2014 naar 46,4 procent in 2025. Afzien van alcohol wordt sociaal steeds meer geaccepteerd. Ik merk die veranderende mindset onder mijn vrienden, misschien versterkt door de levensfase waarin ze zitten – met jonge kinderen. Dan is het belangrijk als volwassene het goede voorbeeld te geven, door slechts bij uitzondering te drinken, en niet dagelijks. Zien drinken, doet namelijk drinken. De verandering is er ook in bredere context. Steeds meer mensen zeggen af en toe nee tegen alcohol, of ze zetten hun gebruik een maand in de pauzestand. De norm verschuift dus, en daar moeten we als ziekenhuis onze rol in pakken. De strijd tegen roken is daarbij een voorbeeld. We roken inmiddels niet meer in openbare gelegenheden of als je bij vrienden op bezoek gaat. Dat is niet zonder slag of stoot gegaan, met een voortrekkersrol van longartsen zoals Wanda de Kanter en Pauline Dekker. Bij alcohol hebben landelijke campagnes als ‘Op je gezondheid?’ en het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek – gericht op bewustwording en vroeger identificatie van riskant drinken – daaraan bijgedragen. Ik geloof meer in de wortel dan de stok, vooral omdat alcohol drinken – meer dan roken – een sociale functie heeft,

inclusief sociale druk. Ziekenhuizen moeten er weliswaar paal en perk aan stellen, maar doe dus méér. Werk aan een coherente visie, bied je personeel alcoholvrije alternatieven, jaag de dialoog erover aan en haak aan bij campagnes als IkPas en Dry January. Daarmee denormaliseer je alcohol in de organisatie en maak je het een gezamenlijke opgave om te minderen. Mensen die dat daadwerkelijk voor elkaar krijgen, komen vanzelf op het bevrijdende punt dat ze denken: een leven waarin alcohol niet normaal is, is gewoon veel beter.’



Henk-Marijn de Jonge werkt als maag-darm-leverarts in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, geeft lezingen en werkt mee aan voorlichtingsfilms over de effecten van alcoholgebruik. Hij zit in De Landelijke Werkgroep Tweedelijks, onderdeel van het Samenwerkingsverband Vroegsignalering Alcoholproblematiek.

IN BALANS

THUIS WERK



PRIVÉ Hoe hard waait het? Valt er een bui? Gaat het onweten? Daar moet molenaar Jan Willem Mazel (55) alert op zijn als hij op zondagen de Haarlemse molen van de Schoterveenpolder uit 1635 bedient. Veiligheid - voor molenaars én bezoekers - en voorbereiding zijn cruciaal. De molen maalde destijds water weg uit de polder. Techniek en constructie staan nog als een huis, ongelooflijk knap hoe ze dat destijds maakten. Het stemt nederig, net als de opleiding tot molenaar. Terug naar de basis, niks weten, ploeteren, alles vragen en... even geen dokter zijn. Op de molen denkt hij geen seconde aan het ziekenhuis. Het is verfrissend, met als bijvangst; meer geduld op de werkvloer.



WERK Uroloog Jan Willem groeide op in het Twentse boerenland, waar vader huisarts was. 's Zomers werkte hij op naburige boerderijen. Hooien op het land, in weer en wind, heerlijk! Boer worden dan maar? Hij werd ingeloot voor geneeskunde en liet de boerendroom waaien. Het mooie van urologie: je doet alles zelf, van A tot Z: diagnostiek, behandeling (snijden én techniek), begeleiding, nazorg... het is koren op zijn molen. Net als innovatie en efficiency. In het Spaarne Gasthuis introduceerde hij een geavanceerde laserbehandeling om kleine blaastumoren poliklinisch te verwijderen.

De Academie voor medisch specialisten



ACTUEEL: COACHENDE VAARDIGHEDEN LEVEL 1-4

Onze professionele omgeving vraagt om coachingsvaardigheden. Met vier levels Coachende vaardigheden verbeter je samenwerking en zorgkwaliteit. Volg losse modules of de volledige leergang.

ZELFINZICHT EN COMPETENTIES

Level 1 van Coachende vaardigheden is een driedaagse training waarin je zelfinzicht en persoonlijke competenties versterkt. Je leert emoties herkennen, effectief feedback geven, werkstijlen begrijpen en oplossingsgericht coachen met de GROW-methode. Zo vergroot je je empathie, geloofwaardigheid en aanpassingsvermogen. Na Level 1 kun je doorstromen naar de volgende levels voor verdere verdieping.

DUUR: 3 dagen
LOCATIE: Zeist
KOSTEN: € 2.310
ACCREDITATIE: 18 punten



VERDIEPENDE COACHTECHNIEKEN

Level 2 van Coachende vaardigheden is een tweedaagse training waarin je verdiepende methoden leert voor het coachen van a(n)ios, collega's en medewerkers. Je ontwikkelt je eigen stijl als intercollegiaal coach, vergroot je inzicht in Transactionele Analyse en leert omgaan met weerstand. Zo versterk je samenwerking, inspireer je je team en draag je bij aan betere zorgkwaliteit.

DUUR: 2 dagen
LOCATIE: Den Dolder
KOSTEN: 1.525
ACCREDITATIE: 12 punten



CONFLICTHANTERING EN CONFLICTVAARDIGHEID

Level 3 van Coachende vaardigheden is een tweedaagse training in conflictantering en -vaardigheid. Je leert emoties herkennen, de-escalerende gesprekken voeren en conflicten synergetisch oplossen. Met inzichten uit geweldloze communicatie en mediation ontwikkel je vaardigheden om onenigheden om te buigen naar groei en samenwerking, en zo teamdynamiek te versterken.

DUUR: 2 dagen
LOCATIE: Den Dolder of Zeist
KOSTEN: € 1.525
ACCREDITATIE: 12 punten



GROEPSDYNAMIEK EN BEGELEIDING

Level 4 van Coachende vaardigheden tilt groepsdynamiek en samenwerking naar een hoger niveau. Je leert patronen in teams doorzien, lastige besluiten samen dragen en gesprekken begeleiden die écht verandering brengen. Met krachtige werkvormen en systemisch inzicht maak je van elke vakgroep een hechter, effectiever team.

DUUR: 3 dagen
LOCATIE: Den Dolder
KOSTEN: € 2.310
ACCREDITATIE: 18 punten



Bekijk het complete trainingsaanbod op demedischspecialist.nl/academie



De Academie voor medisch specialisten is het opleidingsinstituut van de Federatie Medisch Specialist. 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



over ons

COLOFON

Jaargang 12, juni 2026

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialist en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 30 duizend exemplaren. Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en aan artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Hoofdredactie: Mirjam Siregar
Eindredactie: Vanessa Cruz
Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermsen, Joke van Rooyen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek) **M.m.v.** Sjeff van der Lans, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Margriet Bakker (Federatie Medisch Specialist).

Redactieraad

Cassandra Zuketto (psychiater), Eke van der Ploeg (aios anesthesiologie, bestuurslid De Jonge Specialist), Johan Lange (chirurg), Nicole Naus (oogarts), Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden (internist), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus) en Yee Lai Lam (dermatoloog).

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermsen vormgeving) **Fotografie cover:** Arnold Reyneveld
Lithografie: Studio Boon
Druk: Puntgaaf drukwerk

Redactieadres: Federatie Medisch Specialist, 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 2026
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.federatiemedischspecialisten.nl)

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

Wij staan voor 24 duizend toegewezen dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 33 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 Specialist. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 18 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de best mogelijke zorg.

Bekijk alles wat wij voor jou doen:



Hoe creëren wij ruimte om op ons best te zijn?



Federatie Medisch Specialist

Lees onze visie op duurzame inzetbaarheid in 2035



& nu
verder

Bijbaantjes voor lymfe

Dit uitvergroete beeld toont lymfebanen, verantwoordelijk voor de afvoer van vocht uit de arm. Daar kunnen patiënten die borstkanker hebben gehad niet altijd op rekenen na bestraling of het wegnemen van de okselklier. Compressietherapie vormt de basisaanpak tegen het zware gevoel in de arm, tintelingen, vermoeidheid en verhoogde kans op wondroos die zij ervaren. 'Het hoort er een beetje bij', klinkt het soms gelaten. De kanker is immers goed behandeld?

Plastisch chirurg Shan Shan Qiu Shao uit het Maastricht UMC+ ziet dat anders. Zij vervangt littekenweefsel in de borstregio door weefsel voorzien van gezonde lymfevaten uit de onderbuik. Het wonderlijke is dat – naast de microscopische shunts – het lichaam zelf ook nieuwe verbindingen gaat aanmaken. Anderhalf jaar na

dato heeft tweederde van de patiënten geen armkous meer nodig of kan deze vaker wegleggen. 100 procent ervaart verlichting, heeft minder kans op wondroos en krijgt meer zelfvertrouwen tijdens sociale interactie. Om het ontstaan van oedeem in de benen te voorkomen, worden alleen lymfebanen vanuit de onderbuik getransplanteerd, géén klieren. Uit voorzorg draagt de patiënt tot zes weken na de operatie een compressiebroek. Soms is er sprake van een slecht sluitende wond in de onderbuik, maar het vooruitzicht van een leven met minder lymfoedeem geeft dan moed. Qiu Shao hoopt met de transplantaties meer ex-borstkankerpatiënten te verlossen van bijwerkingen. Het liefst wil ze de ontwikkeling van lymfoedeem voorkomen, door de procedure al tijdens de kankeroperatie te overwegen.

TEKST MARCO BEENTJES BEELD VALERIE HO

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

