

Medisch Specialist

Magazine van de **Federatie Medisch Specialisten**

september 2026

Verdieping
**Wanneer mag
je afwijken van
de richtlijn?**

Rabobank-directeur
Michel van Schaik
**'Medisch
specialisten
ontkomen niet
aan herijking
van hun rol'**

Achter de schermen
**'Een lobbyist
moet kunnen
schaken'**

Charlotte Nusman en Rozemarije Holewijn
delen het vak en het leven:

**'We geven invulling
aan het cliché dat er
meer is dan werk'**

OP DE SNIJTAFEL



Richtlijnen geven richting aan goede zorg, maar zijn geen wet: voor de individuele patiënt blijft ruimte voor een gemotiveerde keuze op maat. Tien cijfers over omvang, ontwikkeling en betekenis van medisch-specialistische richtlijnen.

TEKST VANESSA CRUZ

589

medisch-specialistische richtlijnen staan in de Richtlijndatabase. Ze ondersteunen arts en patiënt bij samen beslissen, maar vervangen de afweging in de individuele situatie niet. De meest geraadpleegde richtlijnen gaan over CVRM, ADHD, depressie en chronische nierschade.

11.000

modules vormen samen deze richtlijnen. Elke module beantwoordt een concrete vraag uit de praktijk en mondt uit in een of meer aanbevelingen.

Wanneer biedt een richtlijn houvast, en wanneer vraagt goede zorg juist om afwijken? Lees vanaf pagina 17 hoe medisch specialisten ruimte maken voor professioneel oordeel en maatwerk.

3.300.000

keer werd in 2025 de Richtlijndatabase via de website of app geraadpleegd. Wie een richtlijn volgt, kan meldingen ontvangen bij wijzigingen.

33

wetenschappelijke verenigingen werken binnen de Federatie samen aan medisch-specialistische richtlijnen. Ook patiëntenorganisaties en andere beroepsgroepen zijn betrokken. Het Kennisinstituut van de Federatie ondersteunt het ontwikkelproces.

5

onderdelen heeft een richtlijnmodule doorgaans: een uitgangsvraag, literatuursamenvatting, conclusies, overwegingen en aanbevelingen. Bij de overwegingen tellen naast wetenschappelijk bewijs ook professionele expertise, het patiëntenperspectief, haalbaarheid, kosten en organisatie van zorg mee.

114

richtlijnen werden in 2025 geactualiseerd. Dat gebeurt steeds vaker modulair: alleen de onderdelen die aan herziening toe zijn, worden aangepast.

1.253

modules werden in 2025 gepubliceerd of gewijzigd. Ongeveer de helft doorliep een volledig ontwikkel- of herzieningstraject; bij de rest ging het om een kleinere aanpassing.

83

clusters bundelen richtlijnen rond een centraal thema; dat aantal groeit naar 110. Per cluster houdt een multidisciplinaire groep medisch specialisten en patiëntenvertegenwoordigers de richtlijnen actueel en bepaalt welke modules voorrang krijgen bij herziening.

51

nieuwe teksten over medisch-specialistische zorg werden in de tweede helft van 2025 toegevoegd aan Thuisarts.nl. Ze vertalen richtlijnen naar begrijpelijke patiëntinformatie voor gebruik voor, tijdens en na het consult. Thuisarts telt inmiddels ruim 700 tweedelijns teksten.

6

tuchtzaken uit de periode 2019 tot en met 2023 leidden mede vanwege afwijking van een richtlijn tot een gegrond oordeel of maatregel. In alle zes zaken was de afwijking niet onderbouwd of niet vastgelegd in het patiëntendossier.

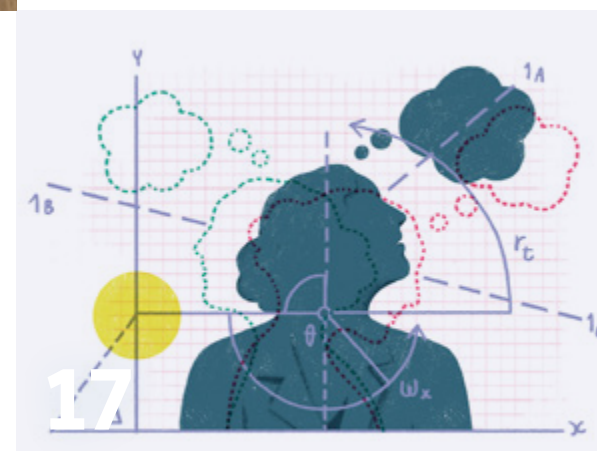
Bronnen: Kennisinstituut en Richtlijndatabase van de Federatie, programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG), Thuisarts.

NR.3
september
2026



Interview

Michel van Schaik over de grenzen van het zorgsysteem



Verdieping

Hoe rechtlijnig is de richtlijn?



Aan de start

Voor anesthesioloog Aniek Raaijmakers is werkplezier geen bijzaak

EN VERDER

4 Column
Karel Hulsewé:
Wie beweegt er mee?

5 Achter de
schermen
De stem van de
dokter in Den Haag.

10 Thuis in hetzelfde vak
Drie koppels die het
vak én het leven delen.

14 Van vroege vogel
tot nachtuil
Een dienst van kinderrevalida-
tiearts Sjoerd Timmermans.

16 Cryptogram
Welk woord geeft
richting zonder de keuze
over te nemen?

26 Pleidooi
Wat te doen met de
termen curatief en palliatief?

28 In Balans
Klinisch geriater
Yvonne Schoon fokt
chowchows.

32 & nu verder
Een afvalbak die prikt
voor een groenere OK.

COLUMN

WIE BEWEEGT ER MEE?

Iedere medisch specialist kent de term passende zorg, en we zien dat het steeds meer dagelijkse praktijk wordt. Het kan betekenen dat je samen met een patiënt besluit om iets níét te doen. En net zo goed zijn er patiënten bij wie passende zorg juist betekent dat je wél intensiever behandelt. Dat je opereert. Dat je doorpakt. Passende zorg gaat niet over minder doen. Het gaat over het juiste doen op het juiste moment voor die specifieke patiënt. Dat is niet altijd makkelijk en vraagt om extra inspanning.

Toch wordt passende zorg in het politieke debat nog te vaak benaderd als een manier om de zorg goedkoper te maken. Juist daar gaat het mis. De vraag is dan hoeveel geld passende zorg bespaart, in plaats van hoeveel kwaliteit zij toevoegt. Niet voor niets heeft speciaal gezant passende zorg Jan Kremer daar al meerdere keren voor gewaarschuwd. Wie passende zorg vooral ziet als een bezuinigungsstrategie, loopt het risico de beweging zelf af te remmen. Passende zorg is in de eerste plaats een transformatie die iets vraagt van het hele zorgsysteem. Want passende zorg ontstaat niet alleen in de spreekkamer. De keuzes die artsen en patiënten maken, worden ook beïnvloed door de manier waarop we zorg organiseren, bekostigen en beoordelen.

Bijvoorbeeld een regionaal netwerk waarin de huisarts en de cardioloog samenwerken. Een keuzehulp die patiënten helpt om betere beslissingen te nemen. Digitale monitoring waardoor een ziekenhuisbezoek niet meer nodig is. Het zijn allemaal voorbeelden van passende zorg. Toch blijkt het vaak lastig om juist dit soort initiatieven structureel financieel te borgen. De betrokken zorgprofessionals willen veranderen, maar het systeem is nog onvoldoende ingericht op deze nieuwe manier van werken.

Daar zit een grote uitdaging. We vragen zorgprofessionals om de zorg van morgen vorm te geven, terwijl het systeem daar vaak niet op is toegerust. Dat geldt ook voor de vormgeving van verdien- en verdeelmodellen. De bekostiging bepaalt niet welke medische keuze een arts maakt, maar wel hoeveel ruimte er is om passende zorg vol te houden.

Wie passende zorg serieus neemt, kan daarom niet alleen naar de spreekkamer kijken. De grootste belemmering voor passende zorg zit niet bij de individuele arts, maar in de hardnekkige neiging om vooral van de ander verandering te vragen. Zorgprofessionals moeten kritisch blijven kijken naar hun eigen handelen, inhoudelijk en organisatorisch. Maar ook zorgverzekeraars, ziekenhuizen, de NZa, het Zorginstituut en de overheid hebben een verantwoordelijkheid om de voorwaarden te creëren waaronder die verandering kan plaatsvinden.

Iedereen wil de zorg van morgen, maar we zitten nog in het systeem van gisteren. Passende zorg vergt de bereidheid van alle partijen om naar het eigen handelen te kijken en mee te veranderen. Het is geen opdracht aan één beroepsgroep, maar een gezamenlijke omslag. En die transformatie lukt alleen als het hele zorgveld meebeweegt met de passende keuzes die we in de spreekkamer maken.

Karel Hulsewé
Voorzitter Federatie
Medisch Specialisten



De stem van de dokter in Den Haag

Van richtlijn tot lobbybrief: achter elk initiatief van de Federatie Medisch Specialisten zit een verhaal. In deze rubriek vertellen medewerkers hoe hun werk bijdraagt aan de praktijk van (toekomstig) medisch specialisten. Dit keer public affairs-adviseur Luuk Soolsma, oftewel lobbyist bij de Federatie. Zijn werkdag lijkt mijlenver van de spreekkamer af te staan. Toch draait zijn vak om hetzelfde als dat van een dokter: vertrouwen.

Wat doe jij als lobbyist voor medisch specialisten?

‘Ik ben hun ogen en oren in politiek Den Haag: ik volg wat daar gebeurt en vertaal dat naar de werkvloer van medisch specialisten, en zorg andersom dat hun ervaringen in Den Haag worden gehoord. Je beweegt tussen twee werelden die heel verschillend denken. Specialisten kijken eerst wat er met de patiënt aan de hand is, stellen een diagnose en bepalen daarna de behandeling. In de politiek gaat het soms andersom: er ligt bijvoorbeeld al een bezuinigingsopgave, daarna begint de discussie pas over hoe die moet worden ingevuld.’

Hoe ziet jouw rol er concreet uit?

‘In gesprekken met specialisten zoek ik naar drie dingen: wat is het probleem, wat is het belang en wat is de oplossing? Dat belang is de sleutel. Een politicus overtuig ik alleen als de patiëntenzorg er beter van wordt. Zo trokken we met radiologen op voor betere beschikbaarheid van patiëntgegevens, belangrijk voor de patiëntveiligheid, en droegen we bij aan extra opleidingsplaatsen bij neurologie en de seh. Andersom kunnen politieke voorstellen medisch specialisten direct raken, zoals bezuinigingen of het verplicht dienstverband. We brengen in kaart wat zo’n voorstel betekent en zorgen dat die gevolgen meewegen in de besluitvorming.’

Hoe bepaal je wat je wanneer inzet?

‘Ik weet precies welke debatten op de agenda staan. De vraag is steeds: wie heeft wanneer welke informatie nodig, en in welke vorm? Een brief vlak voor een debat werkt anders dan een gesprek een half jaar eerder, als standpunten nog niet vastliggen. Over databeschikbaarheid schreven we twee jaar op rij samen met tien

andere zorgpartijen een brief aan de Tweede Kamer. Zo laat je zien dat een heel veld hetzelfde vraagt; dat brengt de politiek eerder in beweging dan wanneer wij alleen aan de bel trekken. Soms bied je met dokters een petitie aan, of bereik je meer door een Kamerlid informeel aan te spreken. Je moet steeds een paar zetten vooruitdenken. Een lobbyist moet kunnen schaken.’

Herken je de zweem van achterkamertjes rond lobbyisten?

‘Dat beeld bestaat, maar lobby is een normaal onderdeel van de politieke besluitvorming. Politici kunnen onmogelijk alle gevolgen van beleid overzien en hebben kennis uit de praktijk nodig. Daarbij draait veel om vertrouwen. Politici moeten kunnen vertrouwen dat mijn informatie klopt, zodat zij een goede afweging kunnen maken. Medisch specialisten moeten erop kunnen rekenen dat ik hun verhaal zorgvuldig en op het juiste moment overbreng. Sommige gesprekken zijn vertrouwelijk. Zonder dat vertrouwen kan ik mijn werk niet doen.’

Tot slot: wat maakt dit werk de moeite waard?

‘Juist in de zorg kunnen politieke besluiten grote gevolgen hebben voor het werk en leven van mensen. Dat is ook waarom ik bewust voor de Federatie werk. Als er echt iets verandert voor dokters en patiënten zoals een aangenomen motie, een aangepaste wet, of een probleem dat eindelijk op de politieke agenda staat: dan zit ik vol adrenaline. Als dat lukt, heb ik daar achter de schermen mijn steentje aan bijgedragen.’

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





RABOBANK-DIRECTEUR GEZONDHEIDSZORG MICHEL VAN SCHAIK
OVER DE GRENZEN VAN HET HUIDIGE ZIEKENHUISMODEL



‘Medisch specialisten ontkomen niet aan herijking van hun rol’

Michel van Schaik is meer dan twintig jaar directeur Gezondheidszorg bij de Rabobank. Hij geeft met zijn team richting aan investeringen van de bank in de gezondheidssector, dus ook de medisch-specialistische zorg. Hoe kijkt hij naar de toekomst van die sector en de visie Medisch Specialist 2035?

TEKST FRED HERMSEN BEELD MERLIJN DOOMERNIK

‘Vorig jaar koos de Rabobank mede op basis van een brede ledenconsultatie gezondheid als een van haar zogeheten flagship-thema’s’, start directeur Gezondheidszorg Michel van Schaik het gesprek. ‘We zetten in op drie subthema’s: Centers of Excellence, preventie en valorisatie.’ Over dat laatste subthema zegt hij: ‘Nederland heeft internationaal toonaangevende onderzoeksgroepen, maar we zetten de kennis onvoldoende in om maatschappelijke en economische impact te maken.’ De Rabobank geeft jaarlijks honderden miljoenen euro’s terug aan de samenleving, deels dus aan de zorg. ‘Zo ontving in 2025 het Prinses Máxima Centrum 25 miljoen euro, dit jaar 35 miljoen.’ Samen met Philip Idenburg lanceerde Van Schaik dit jaar de publicatie Diagnose 2040, die tot stand kwam met medewerking van experts uit het zorgveld. De bank gebruikt het boek als referentiekader voor steun aan het zorgveld in de volle breedte.

Waarin verschilt Medisch Specialist 2035 van Diagnose 2040? ‘Medisch Specialist 2035 is geschreven vanuit het perspectief van de medische sector en de rol van artsen. Diagnose 2040 neemt burgers als uitgangspunt en gaat in op wat de zorgsector te doen heeft om hen zo lang mogelijk gezond en zelf- of samenredzaam te houden. Wij zeggen: vergeet de huidige inrichting van het zorgaanbod, zet de behoefte van de burger écht centraal en denk dan na wat je kunt doen om de zorg hoogwaardig, toegankelijk en betaalbaar te maken. Je komt dan al gauw tot de conclusie: “Maar dat past niet binnen het huidige financieringssysteem.” Of “Dat verandert of bedreigt de positie van bestaande spelers in de medische zorg.” Dat klopt en is ook logisch. Doorgaan met het huidige zorgsysteem – hoeveel dat ons ook gebracht heeft – is immers niet vol te houden.’

Klinkt hier de echo van Albert Einstein, die zei: ‘A new type of thinking is essential if mankind is to survive and move to higher levels’?

‘Ja, als je mensen die verantwoordelijk zijn voor een systeem of daar een rol in vervullen laat nadenken over de toekomst van dat systeem, dan krijg je oplossingen die passen binnen dat systeem, binnen de heersende mindset. De landelijke zorg-akkoorden zijn daar een sprekend voorbeeld van. Daar staan veel zaken in waar je het niet mee oneens kunt zijn. Maar als

het op harde systeemkeuzes aankomt, dan worden die in de praktijk niet gemaakt. Bijvoorbeeld op het gebied van spreiding en concentratie.’

Geldt iets soortgelijks ook voor de thema’s in Medisch Specialist 2035?

‘De thema’s zijn correct en de geschetste scenario’s snijden hout. Maar ik mis een doorwrochte ontwikkelagenda, een economische onderbouwing en de uitwerking op het gebied van nieuwe organisatievormen, de governance. Artsen zijn geen economen of bestuurskundigen, dat begrijp ik. Dus laat hen niet over economische oplossingen nadenken maar stel hun vakmanschap en de patiëntenzorg centraal, kun je zeggen. Maar de keuzes van medisch specialisten hebben wel grote economische en bestuurlijke implicaties. Daarmee moeten ze rekening houden, zeker gezien de verouderende samenleving en snel veranderende buitenwereld. Medisch specialisten ontkomen niet aan een brede zelfreflectie en een herijking van hun rol. Dat vraagt om dialoog en samenwerking met andere stakeholders. Ook met ons als bank, want wij kunnen helpen met de zorgtransformatie en met ons netwerk kunnen wij nieuwe verbindingen tot stand brengen.’

Hoe kijk je naar de maatschappelijke impact van medisch specialisten?

‘Artsen zijn voor burgers en patiënten vaak een *trusted advisor* die de maatschappelijke preventiebeweging een ongekend momentum kan geven. Maar ik neem ook waar dat de focus van veel dokters ligt bij individuele patiënten; dat zit ook sterk in de opleiding. Het denken en handelen vanuit public health is veel minder ontwikkeld, hoewel dat wel onderdeel uitmaakt van de artseneed.’

Zijn er ook uitzonderingen op die regel?

‘Gelukkig wel. Toen kinderoncoloog Rob Pieters met het idee kwam om een topinstituut voor onderzoek en behandeling van kinderanker op te richten, en daarbij expertise uit het hele land wilde concentreren, stuitte dat op grote weerstand bij een aantal collega’s en bestuurders van academische ziekenhuizen. Zij zagen hun institutionele belangen in het geding komen. Toch zette hij alles op het spel om met zijn visie en ambitie de overlevingskans van kinderen met kanker zo groot mogelijk te maken. Rabobank geloofde in zijn plannen en heeft de totstandkoming van het Prinses Máxima Centrum mede mogelijk gemaakt. Andere artsen, professionals en onderzoekers sloten zich aan en inmiddels is het Prinses Máxima Centrum een doorslaand internationaal succes. Pieters krijgt nu stevast als eerste vraag, in binnen- en buitenland: “Hoe heb je dat in vredesnaam voor elkaar gekregen?”’

Kun je ook een voorbeeld noemen van een initiatief dat het niet haalde?

‘Ik denk dan aan het initiatief van oncologisch chirurg Baukje van den Heuvel. De stichting Fit4Surgery biedt een zogeheten prehabilitatie-programma voor mensen met een zware operatie

in het vooruitzicht. Vaak zijn zij daarvoor fysiek gezien nog niet sterk genoeg. Het programma zorgt onder meer voor conditieverbetering, wat de patiënten beter bestand maakt tegen de operatie. Gevolg: aantoonbaar minder complicaties, een kortere opnameduur en sneller herstel. En het bespaart de samenleving ook nog eens kosten. Ik denk dan met mijn boerenverstand: “Logisch en meteen breed implementeren.” Maar toen deze aanpak aan het Zorginstituut werd voorgelegd, was de conclusie: “Hier is nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor. Vergoeding door zorgverzekeraars wordt niet langer gedoogd.” Dit illustreert hoeveel hindermacht er in ons zorgsysteem is tegen zorginnovatie. Gelukkig legt de stichting zich niet neer bij deze uitspraak.’

Hoe zouden ziekenhuizen zich tot private zorginitiatieven moeten verhouden?

‘Het toenemende aantal zelfstandige behandelcentra (zbc’s) zorgt voor innovatie buiten de gevestigde orde om. Patiënten zijn vaak zeer tevreden over de tijdige toegang en de uitstekende service. En veel medisch specialisten werken er met veel plezier een deel van hun werkweek. De zbc’s worden desondanks vaak gezien als ongewenste concurrentie. Je zou ook van zbc’s kunnen leren, en ermee samenwerken. Waarom nodig je ze niet uit zich te vestigen binnen de muren van een bestaand ziekenhuis? Er zijn ook ziekenhuizen die zelf een focuskliniek opzetten voor planbare zorg. Prima! Maar daar liggen dan wel wat uitdagingen. Hoe zorg je voor een patiëntbeleving die vergelijkbaar is met een zbc, hoe creëer je economisch gezien een gelijk speelveld met private zorgaanbieders, hoe zorg je voor transparantie over de uitkomsten, zodat patiënten wel wat te kiezen hebben?’

Toch beweegt het systeem al. Zo groeit het aantal regionale samenwerkingsverbanden...

‘Klopt. Maar die dragen nog onvoldoende bij aan kostenbeheersing en ze garanderen geen tijdige toegang tot zorg. Ze zijn gericht op de optimalisatie van het bestaande zorgaanbod, niet op transformatie. Toen het Integraal Zorgakkoord werd ondertekend, dacht ik: “Mooi, nu komt er 2,5 miljard vrij voor transformatie. Bijvoorbeeld door frictiekosten (eenmalige kosten die ontstaan bij organisatieveranderingen, red.) en het versneld afschrijven van vastgoed te compenseren.” Dat is niet gebeurd. Met het geld worden projecten tijdelijk gefinancierd, en het is de vraag wat er gebeurt als de pot leeg is. Is het probleem dan opgelost? Nee. Sterker nog, ik zie dat zeer kansrijke, ongesubsidieerde initiatieven met een zelfstandig verdienmodel door al dat subsidiegeld niet of nauwelijks van de grond komen. Rabobank pleit voor coalities van publieke en private partijen en een adaptief zorgsysteem dat vernieuwing accommodeert in plaats van frustreert.’

Hoe ziet de medische zorg er over veertien jaar uit, in 2040?

‘Complexe en acute/traumazorg zouden wat mij betreft uit de marktwerking moeten worden gehaald. Dat zijn beschikbaar-

‘Je zou ook van zbc's kunnen leren, en ermee samenwerken’

heidsfuncties die kostendekkend gefinancierd moeten worden, vergelijkbaar met brandweer en politie. Daarbij zie ik concentratie van hoogcomplex zorg voor me, in centra waar je nog betere zorg kunt verlenen doordat je je volledig op specifieke aandoeningen kunt richten. Voor de planbare zorg voorzie ik de komst van steeds meer focusklinieken. Al dan niet in samenwerking met reguliere ziekenhuizen. Binnen de chronische zorg is toenemende inzet van monitoring op afstand een logische keuze. De technologie is er. En ja, door die ontwikkelingen zal het traditionele ziekenhuismodel onvermijdelijk plaatsmaken voor nieuwe profielen en andere organisatievormen. Maar ik zie dat niet als bezwaar. Integendeel, dat is nodig om aan te sluiten bij de veranderende behoeften van een ouder wordende samenleving. Als het gaat om de bereikbaarheid juich ik een andere inrichting van het ziekenhuisaanbod toe. Ons land is een postzegel. Voor acute en traumazorg is hoogstaande eerste hulp ter plekke essentieel, met goed uitgeruste ambulances en kundig personeel. Als de patiënt eenmaal gestabiliseerd is, kan deze vervoerd worden naar verder weg gelegen ziekenhuizen. Desnoods per helikopter.’

Wat wil je medisch specialisten op het hart drukken?

‘Leg je niet neer bij de heersende systeemwerkelijkheid. Bij jou begint de transitie. Sta open voor nieuwe manieren van organiseren en samenwerken, laat bestaande macht en belangen los, denk vanuit inspiratie en – nóg meer dan nu gebeurt – vanuit de patiënt en de burger die nog géén patiënt is. En neem je maatschappelijke verantwoordelijkheid serieus: laat van je horen, ga actief de dialoog aan op scholen en in buurthuizen, zoek de samenwerking met andere disciplines, geef interviews en lezingen, schrijf essays en laat je zien en horen op sociale media. Ik weet dat systeemverandering een lastige opgave is. De Federatie Medisch Specialisten zou er goed aan doen de voortrekkers sterker te stimuleren en ondersteunen, ook al doet dat soms pijn bij de achterban. En als je denkt dat het allemaal zo’n vaart niet zal lopen? Dan heb je het mis. Je laat dan niet alleen kansen liggen om betekenisvol te blijven, maar komt ook vroeg of laat van een koude kermis thuis. Dat gun ik geen enkele dokter.’

**Lees meer over Diagnose 2040 op diagnoseprogrammas.nl
De visie Medisch Specialist met handige toolbox vind je op medischspecialist2035.nl**

‘Leg je niet neer bij de heersende systeemwerkelijkheid, bij jou begint de transitie’

Thuis in hetzelfde vak

Je hebt hetzelfde werk, en deelt óók je leven en een gezin. Voor deze medisch specialisten heeft dat vooral voordelen: wie elkaars metier kent, begrijpt elkaar beter. Dankzij goed puzzelen en plannen hebben zij een evenwicht tussen werk en privé gevonden, met genoeg plaats voor ontspanning en plezier.

TEKST HEDDA SCHUT BEELD LINELLE DEUNK

Jorrit Terra en Ineke Terra-Janse, dermatologen, hebben twee kinderen (7 en 10 jaar)

Ineke: 'Regelmatig spelen we een mixed tennistoernooi waarbij ons fanatisme en de wil om er het beste uit te halen komen bovendrijven. Jorrit heeft een aanvallende servicevolley, ik ben de muur vanuit de baseline. Deze combinatie is lastig te verslaan. Ook buiten de tennisbaan voelen we ons een team. Toch vind ik het fijn dat we ieder in een ander STZ-ziekenhuis werken. Dat helpt me mijn eigen identiteit te behouden; collega's zien me los van mijn partner.'

Jorrit: 'In ons werk hebben wij hetzelfde beroepsethos: een groot verantwoordelijkheidsgevoel en veel werkplezier. We zijn positief ingesteld. Na werktijd – als we nog wat tijd met onze kinderen hebben doorgebracht

en zij op bed liggen – praten we graag over ons vak.'

Ineke: 'Werk en privé zijn verweven. We begrijpen goed waar de ander mee bezig is. Daarover hebben we diepe gesprekken, we halen er lol uit en we helpen elkaar – dat deden we al met het lezen van elkaars manuscripten voor onze promotie en nu als een van ons tijdens een dienst met een vraag zit. Vroeger praatten we vooral over de kwaliteit van patiëntenzorg en casuïstiek. Nu brainstormen we over kansen in het zorglandschap.'

Jorrit: 'Ineke wordt dit jaar voorzitter van onze beroepsvereniging. Ik zou willen zeggen dat we beiden een bovengemiddelde bijdrage leveren aan de randvoorwaarden van de zorg. Zo

heb ik al veel academische en bestuurlijke ervaring opgedaan. We prikkelen elkaar om dit op alle fronten in ons vak tot uiting te brengen. Dat we soms ook verschillend naar dingen kijken, verdiept de boel. Werk gaat trouwens nóóit boven ons gezin; ouderschap vinden we het allermooiste.'

Ineke: 'Onze dagindeling is dan ook gericht op ons gezin. We hebben daarin al vroeg een goede organisatie en rust aangebracht met een vaste oppas en ouders die meezorgen. Thuiswerken doen we alleen als de kinderen zelf ook bezig zijn. Zo zorgen we ervoor dat we een warm thuis hebben.'

Jorrit: 'Dat is voor onszelf ook cruciaal, om onze inzetbaarheid op lange termijn te borgen.'

'Werk gaat nóóit boven ons gezin'



‘Alles staat of valt met goede planning’

Elisa Zverus, orthopedisch chirurg, en Robbin van de Geer, anesthesioloog, verwachten een kindje

Elisa: ‘Ik had Robbin al wel eens gezien toen we in hetzelfde ziekenhuis in opleiding waren. Een gemeenschappelijke vriendin wist dat we allebei single waren, fanatiek aan triatlons deelnamen en arts waren. Ze heeft ons gekoppeld.’

Robbin: ‘Als ik sport, schakel ik af van mijn werk en maak ik mijn hoofd leeg. We hebben ieder een trainer die aangeeft wat we moeten doen om fit te blijven. Dat is een mooie stok achter de deur. Samen hebben we meegedaan aan een Ironman – een ononderbroken triatlon van 3,8 km zwemmen, 180 km fietsen en een marathon lopen. Zo’n uitdaging samen aangaan, betekent dat je goed van elkaar moet begrijpen wat daarvoor nodig is. Onze weken zijn dus vol en alles staat of valt met goede planning – dat lukt me goed omdat ik gebonden ben aan OK-roosters.’

Elisa: ‘Ons leven bestaat samengevat uit werk, sport, eten, ontspannen en slapen. Sociaal zijn we vooral actief in de sportwereld. Robbin sport minimaal acht uur per week, voor een wedstrijd is dat makkelijk het dubbele. Nu ik zwanger ben, probeer ik ook nog te sporten, maar dat is zeker niet meer wat het was. Op vrije momenten praten we over ons dagelijkse werk. We leren elkaars vakgebieden beter begrijpen en brengen elkaar op ideeën. Robbins aanpak kan misschien ook goed werken in de operatiekamers waar ik werk.’

Robbin: ‘Je maakt soms heftige zaken mee die invloed op je hebben. Dan is het fijn dat we niet in hetzelfde ziekenhuis werken. Zo kunnen we vrijer praten over situaties en patiënten.’

Elisa: ‘Als ons kindje er in oktober is, vraagt dat om een andere indeling van ons leven. We werken allebei vier dagen en lopen ertegenaan dat hier in Limburg kinderopvang moeilijk te regelen is. Mijn ouders komen een dag in de week oppassen. Het nieuwe gezinsleven zal veel wederzijds begrip vergen, maar die skills hebben we de afgelopen jaren wel opgedaan. Door onze intense combinatie van werk en sport hebben we goed geleerd af te stemmen.’



‘Als twee vrouwen samenleven, is er vaker gelijkwaardigheid in de rolverdeling’

Charlotte Nusman, fellow neonatologie, en Rozemarije Holewijn, neurochirurg en medisch adviseur, hebben twee kinderen (3 en 5 jaar)

Rozemarije: ‘Toen we elkaar leerden kennen in het uitgaansleven tijdens onze aios-tijd, klikte het meteen. We werkten allebei in het AMC, en dat riep herkenning op: lange dagen maken en veel diensten draaien.’

Charlotte: ‘We kregen het voor elkaar om onze diensten op elkaar af te stemmen. We hadden zeven nachten dienst. Als die waren afgelopen, fietsten we naar huis, ontbeten we op een terras en sliepen we allebei tot het tijd was om weer aan het werk te gaan.’

Rozemarije: ‘Dat veranderde toen we samen kinderen kregen. We moesten anders gaan plannen, gelukkig met steun van vrienden en familie. Thuis was ik ook

mentaal vaak al bezig met de operaties van de volgende dag. Uiteindelijk verschoven mijn ambities en voelde ik me ook meer verantwoordelijk voor ons gezin. Neurochirurgie was niet het enige waarvan ik gelukkig werd. Ik volgde mijn hart. In mei heb ik de overstap gemaakt naar een grote verzekeringsmaatschappij, waar ik nu medisch adviseur ben. Dat geeft veel ruimte en rust in ons gezin.’

Charlotte: ‘Op die keuze ben ik heel trots. Doordat we allebei zwanger zijn geweest, kregen we wederzijds begrip voor de impact daarvan op ons lijf en werk. Als twee vrouwen samenleven, is er vaker gelijkwaardigheid in de rolverdeling. Onze zorgtaken zijn inhoudelijk dezelfde, al is

er wel wat veranderd nu Rozemarije een nieuwe baan heeft. Onbetaalbaar dat zij de kinderen nu naar school en de opvang kan brengen. Dat vinden zij ook. Maar als ik drie diensten in de week heb, voel ik me schuldig dat ik haar het spitsuur laat draaien.’

Rozemarije: ‘Ik doe dat met alle liefde en zie het daarom niet als een nadeel. Zo is het voor ons allemaal fijner leven; we hebben meer tijd voor elkaar, kunnen weekenden weg of met vrienden naar een festival.’

Charlotte: ‘We zijn gelukkig met hoe we ons leven hebben ingericht: een mooie balans tussen werk, gezin en tijd voor elkaar.’

VAN VROEGE VOGEL TOT NACHTUIL



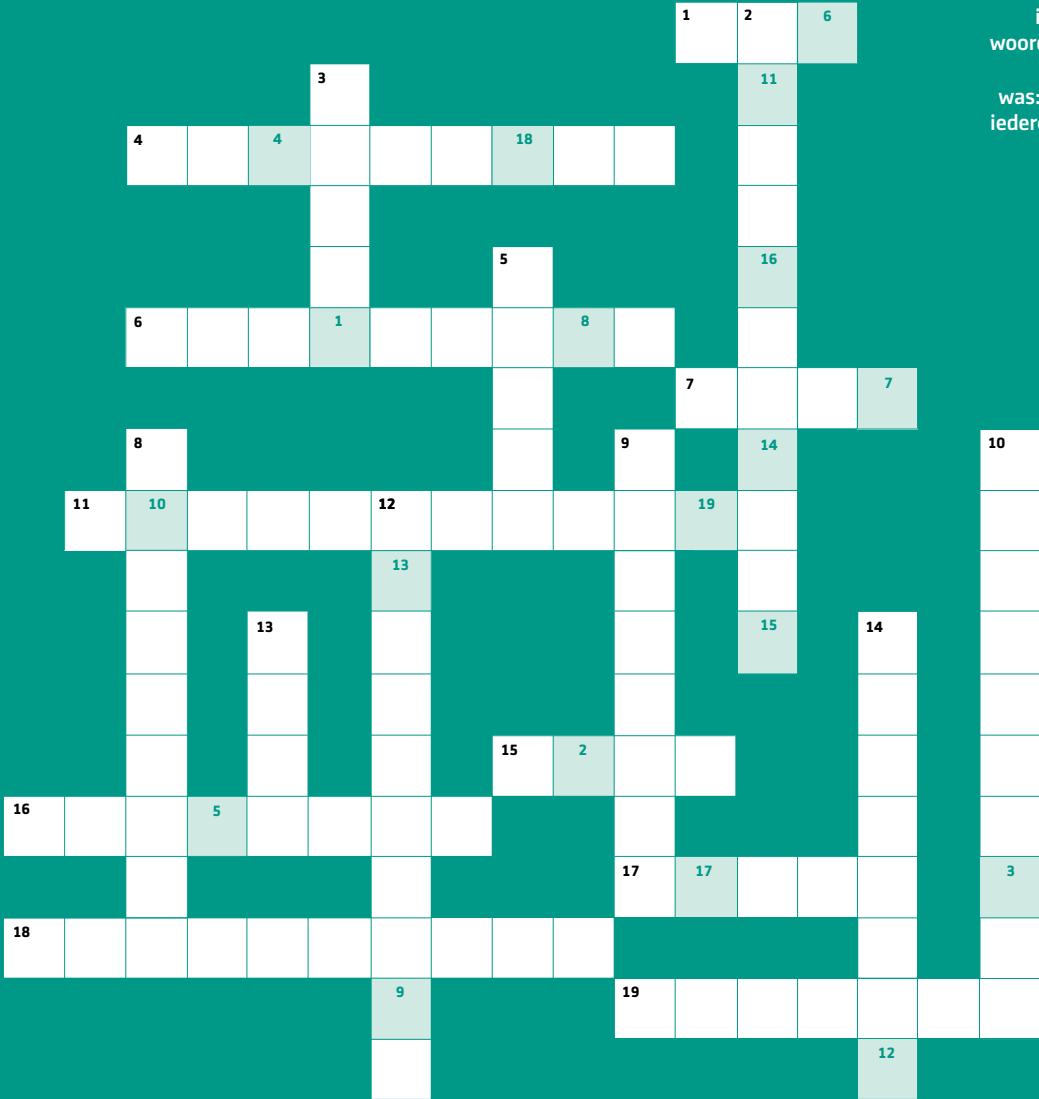
De dag van kinderrevalidatiearts Sjoerd Timmermans in Amsterdam UMC begint met een multidisciplinair overleg. Rond de tafel zitten artsen, onderzoekers, laboranten en bewegingswetenschappers; een deel van de groep sluit online aan. Langs de wanden staan boekenkasten vol vakliteratuur. Op het scherm volgen beelden van patiënten elkaar op. De verschillen zijn groot: jong of bijna achttien, lopend of in een rolstoel. En rond ieder kind is een andere combinatie van specialisten en therapeuten betrokken. Sjoerd typt mee, kijkt aandachtig en herkent meteen over wie het gaat: 'O, is hij nog steeds zo gek van trainen?' Even later lopen we het gangbeeldlab binnen. Camera's en sensoren leggen vast hoe kinderen bewegen; de metingen worden daarna gecombineerd tot één beeld. Zo zien artsen wat er voor en na een operatie verandert, welke behandeling nodig is, of hoe een behandeling uitpakt. Als

academisch centrum krijgt het ziekenhuis ook kinderen doorgestuurd voor complexe diagnostiek of één specifieke vraag. Zo'n patiënt ziet Sjoerd soms maar één keer; vaker loopt hij jaren met een kind en het gezin mee. Kort of lang, steeds begint de behandeling bij de hulpvraag van het kind en de ouders. Kinderrevalidatie is maatwerk. Niet alleen omdat een patiënt in de groei meerdere keren een nieuwe spalk nodig heeft. Een kind dat graag voetbalt, heeft andere wensen dan een kind dat liever gamet. En thuis telt mee: hoe ziet het gezin eruit, wat kan er in huis? Op de poli horen een vijftienjarig meisje en haar moeder wat er mogelijk is om haar verkrampde hand te ontspannen. Eerst wil Sjoerd weten wat de behandeling haar moet brengen: 'Als we dit gaan doen, wat is dan het doel?' Ze weet het meteen: zelfstandig douchen. Pas daarna volgen de opties. Tussendoor leert zij hém een paar woorden gebarentaal.



Cryptogram

Klinisch geriater
Drieske van Weelderen
is de winnaar van de
woordzoeker in de vorige
editie. De oplossing
was: De Federatie wenst
iedereen een fijne zomer.



Oplossing:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Horizontaal

- 1. Vorm waar niet iedere patiënt in past; ook wel: niet goed snik.
- 4. Tekort waardoor de schaar in de zorg dreigt te gaan.
- 6. Een keurig lijf om te zien, maar het knelt behoorlijk.
- 7. Een kliniek waarvan de kliniek is weggefallen.
- 11. Waar je je in nood aan vastklampt – volgens sommigen doet de aios dat met de richtlijn.
- 15. Dokter in wording: nog niet klaar, maar wel al aan het werk.
- 16. Voorschrift van het huis, ook geldig aan het hof.
- 17. Veilige omlijsting om te toetsen en te ontdekken; ook het tekst-blok naast een artikel.
- 18. Fantastische kijker die met de aios meedenkt.
- 19. Hou dit maar stevig beet – precies wat een richtlijn wil bieden.

Verticaal

- 2. Deze kuur maakt bij kinderen het mes vaak overbodig.
- 3. Hiermee geeft de wetenschappelijke vereniging haar klap.
- 5. Onzichtbare nieuwkomer waarvoor geen richtlijn bestond.
- 8. Club die aan de slag gaat en de richtlijn schrijft.
- 9. Verzameling recepten waar een richtlijn juist niet op mag lijken.
- 10. Gevreesde rechtsgang die in nog geen procent van de gegronde zaken over een richtlijn ging.
- 12. Leren terwijl je allang uitgeleerd zou zijn.
- 13. Voorvoegsel voor een biljoenste deel, maar hier het begin van elke uitgangsvraag.
- 14. Draad die hulp biedt; onmisbaar bij het opleiden van aios in evidence-based werken.

Alle woorden komen voor in het artikel over richtlijnen op de volgende bladzijde. Stuur de oplossing vóór 1 december 2026 naar communicatie@demedischspecialist.nl onder vermelding van 'Cryptogram'. Onder de correcte inzendingen verloten we een cadeaubon van 50 euro.



Hoe rechtlijnig is de richtlijn?

Richtlijnen zijn bedoeld als houvast. Toch ervaren veel artsen ze soms als een keurslijf. Mag je ervan afwijken, en wanneer is afwijken goede zorg? En hoe verandert die afweging nu passende zorg, schaarste en maatschappelijke verantwoordelijkheid steeds nadrukkelijker onderdeel worden van de zorgpraktijk? We spreken twee medisch specialisten, een aios en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

TEKST FRED HERMSEN BEELD ANNEMARIE GORIEN

De kans is groot dat je endocrinoloog in opleiding Niels Connell (Maastricht UMC) achter zijn bureau gebogen over een richtlijn aantreft voordat hij de spreekkamer instapt. ‘In mijn opleiding greep ik vooral naar handboeken. Richtlijnen vanuit de wetenschappelijke verenigingen kwamen wel ter sprake in het onderwijs, maar meer als terzijde: “Die zijn er ook.” Maar sinds ik na mijn promotie op de poli aan de slag ben, zelf keuzes op de werkvloer moet maken en die bespreek met mijn patiënten, is mijn aandacht vol bij de richtlijnen. Zij geven mij inzicht in de laatste stand van het onderzoek. Vooral als het gaat om ziektebeelden waarin ik nog niet helemaal thuis ben. Als aios doen die situaties zich natuurlijk relatief vaker voor. Richtlijnen zijn dus mijn belangrijkste geschreven referentiepunt, naast vanzelfsprekend de ziekenhuisprotocollen en soms internationale richtlijnen, omdat daarin recenter onderzoek naar een specifieke behandeling is opgenomen. Ik moet wel zeggen dat ik er niet zo’n kei in ben om al die richtlijnen tot in detail in mijn hoofd te stampen. Met een document van tachtig pagina’s – zoals je die ook wel tegenkomt – is dat niet te doen. Ik kies daarom zorgvuldig de richtlijnen uit die ik bestudeer en waarvan ik de kern onthoud. Ze gaan over casuïstiek die ik nog niet in één keer goed kan overzien.’

En hoe gebruiken meer ervaren medisch specialisten ze? Bregtje Lemkes, internist-infectioloog en een van de opleiders in het Amsterdam UMC: ‘Als je langer aan de slag bent, ken je de belangrijkste aspecten uit de richtlijn en handel je vaak uit ervaring. Updates van richtlijnen komen onder andere via congressen, nascholing en de voorlichting door de wetenschappelijke vereniging op je netvlies. Toch pak ik er nog met regelmaat een richtlijn bij, zeker tijdens opleidingsmomenten. We leiden onze aios op in evidence-based werken en richtlijnen vormen hierbij een belangrijke leidraad.’

Wanneer mag je afwijken?

Het heikele punt bij de toepassing van richtlijnen is natuurlijk: wanneer mag ik er wel, en wanneer mag ik er niet van afwijken? Voor Connell is dat een

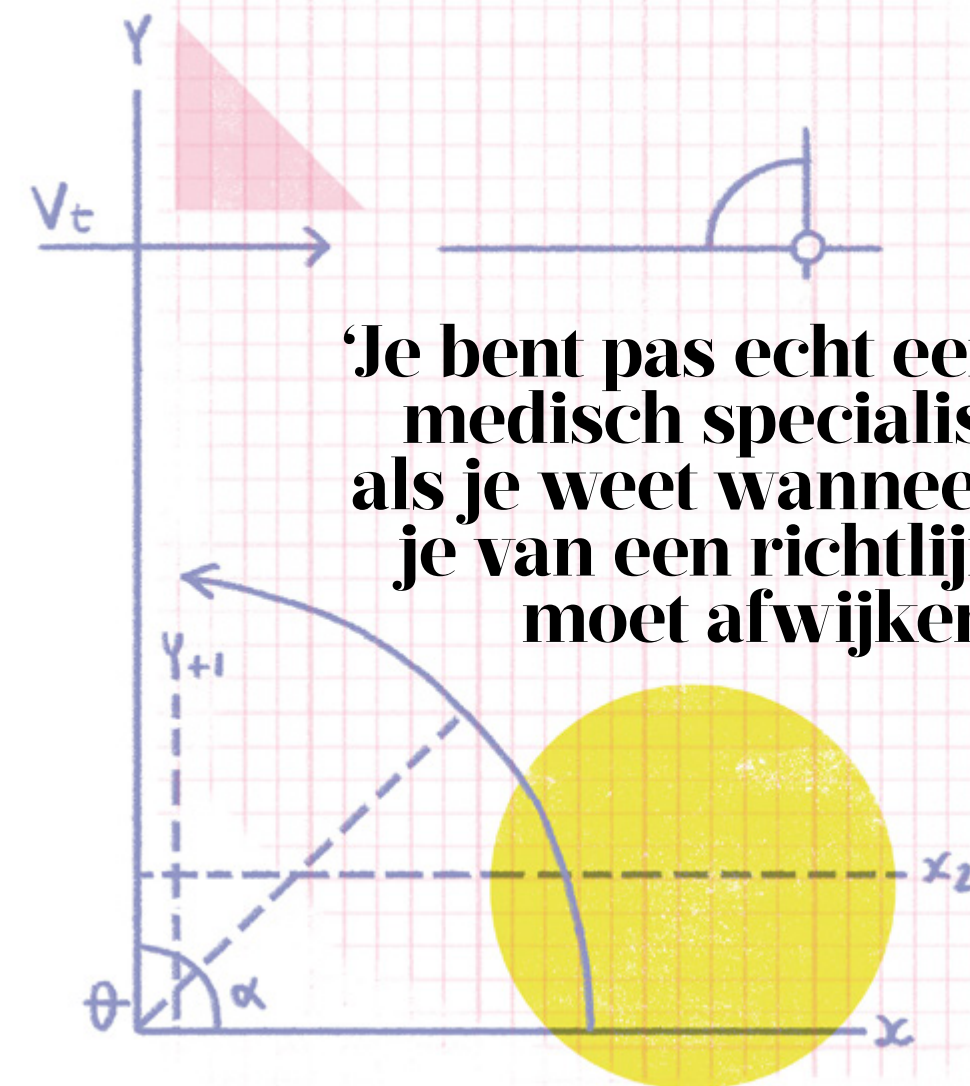
vraag die dagelijks terugkeert. ‘Dit soort vragen sturen mijn ontwikkeling. Ik kan weliswaar veel zelf zien en diagnosticeren, maar ik moet mijn kritische blik nog verder ontwikkelen, samen met mijn supervisor. Ik maak een behandelplan, en als dat afwijkt van een richtlijn, zegt hij: “Als je het zo wilt doen, denk dan vooral ook hieraan.” En een andere keer: “Ondanks mijn lange ervaring weet ik het ook niet precies, dus probeer het maar.” Zo heb ik een veilig kader om te toetsen en te ontdekken. Laatst zei een opleider: “Je bent pas echt een medisch specialist als je weet wanneer je van een richtlijn moet afwijken.” Die is bij mij wel blijven hangen.’

Lemkes herkent dat: ‘Je hoort wel eens de klacht dat aios zich krampachtig zouden vastklampen aan richtlijnen in hun behoefte aan zekerheid, dat een richtlijn hun reddingsboei of kookboek zou zijn, maar dat is niet mijn ervaring. Ik vind dat aios zich allerminst verschuilen achter richtlijnen, eerder dat ze – misschien wel juist vanuit hun lerende houding – de richtlijn durven te bevragen. Van daaruit stellen ze ook de vraag: “Is het verstandig om hier van de richtlijn af te wijken?” Met zeer plausibele redenen, bijvoorbeeld omdat de hoge leeftijd van een kwetsbare patiënt niet goed past bij het advies in een richtlijn, of omdat er twijfel bestaat of de patiënt een geadviseerd medicijn fysiek wel aankan vanwege comorbiditeit. Of doordat er een cognitieve beperking is die de therapietrouw kan beïnvloeden. Geen patiënt is hetzelfde, en niet iedereen past binnen een richtlijn, zeker als er sprake is van meerdere aandoeningen tegelijk.’

Lemkes stimuleert haar aios dan ook om zichzelf te blijven afvragen of hun patiënt wel past in de mal van een richtlijn. ‘Meestal biedt een richtlijn gelukkig voldoende ruimte om keuzes te maken, maar het is een hulpmiddel en ontslaat je niet van kritisch denken. Juist discussies over de richtlijn zijn waardevolle opleidingsmomenten; de evidence, maar ook de maatschappelijke en doelmatigheidsafwegingen achter de aanbevelingen in de richtlijn komen aan bod, net als de afwegingen die gaan over de toepasbaarheid op de patiënt. De medische kennis die samengevat is in een richtlijn helpt dus in de opleiding, maar is niet de wet.’

Startpunt

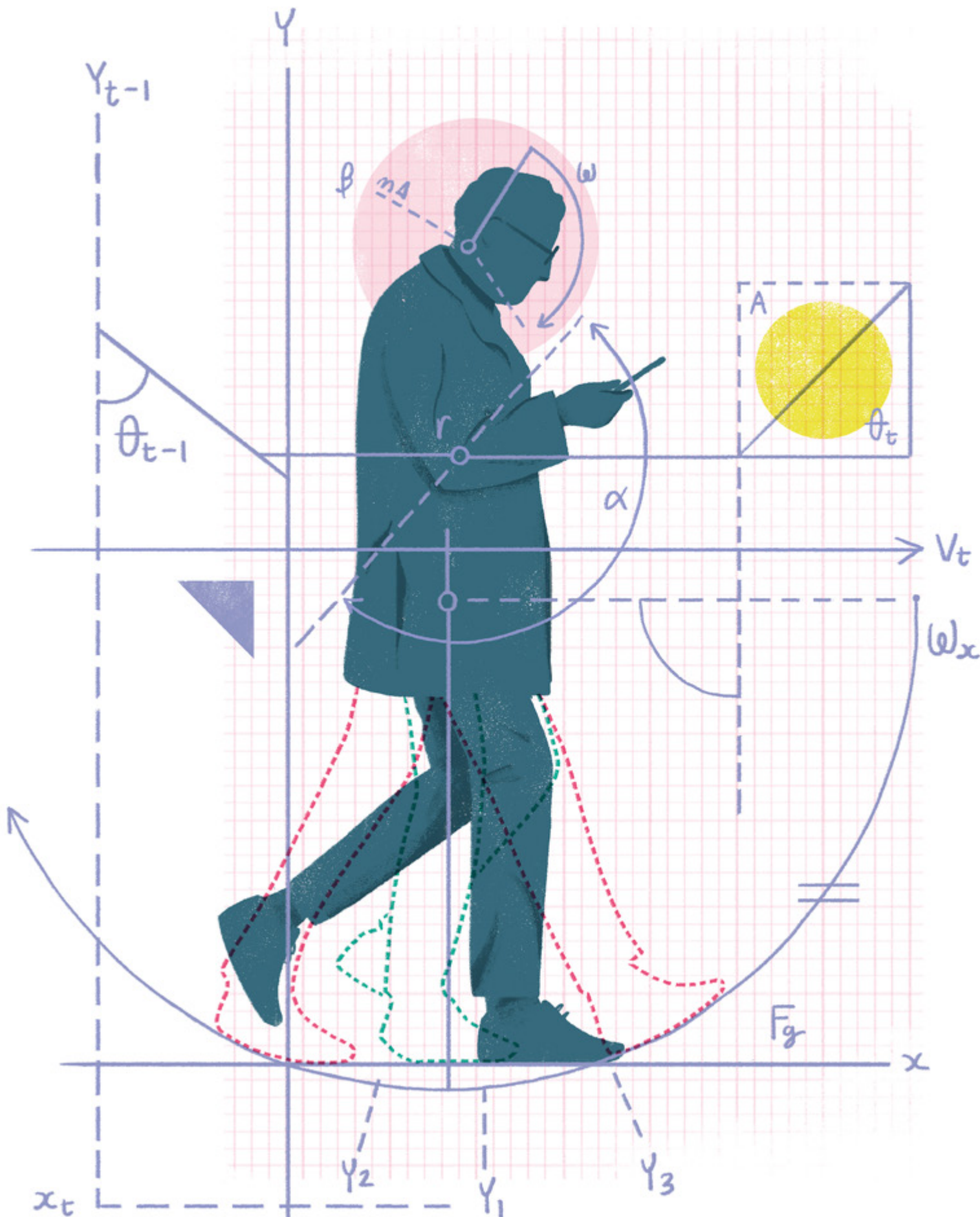
Roel Bakx is kinderchirurg in het Amsterdam UMC en voorzitter van de richtlijnencommissie van de Federatie Medisch Specialisten. Hij onderschrijft het betoog van Lemkes en stelt: ‘Richtlijnen heten niet



‘Je bent pas echt een medisch specialist als je weet wanneer je van een richtlijn moet afwijken’

voor niets richtlijnen, ze doen een aanbeveling, anders hadden ze wel aanwijzingen geheten. Ik beschouw ze als een startpunt voor een zorgprofessional om zelf goede afwegingen te kunnen maken. In dat opzicht zijn richtlijnen een cadeau aan onze beroepsgroep. Je hoeft als arts niet meer zelf op zoek naar de laatste inzichten, ze worden je op een presenteerblaadje aangereikt door gemotiveerde collega’s die het allemaal voor je uitpluizen.’ Toch komt hij bij zijn lezingen vaak artsen tegen die zeggen: ‘Ik heb vooral last van jouw richtlijnen. Ze zorgen ervoor dat ik bepaalde dingen niet meer kan

doen.’ Bakx kan dat eenvoudig pareren: ‘Het zijn natuurlijk niet mijn richtlijnen, ze zijn van de beroepsgroep, gemaakt door de beroepsgroep. En dat is op zichzelf al bijzonder. Dat artsen zoveel invloed hebben op hun richtlijnen, komt met name voor in Nederland, het Verenigd Koninkrijk en Scandinavië. In veruit de meeste landen zijn de beroepsgroepen niet of nauwelijks betrokken bij de totstandkoming; daar zijn richtlijnen het werk van bijvoorbeeld epidemiologen, in opdracht van overheidsinstellingen. Wij zijn in Nederland dus in staat onze eigen werkpraktijk vorm te geven. Ik vind het jammer dat



sommige artsen wat lichtzinnig denken over dat voorrecht, en de richtlijnen het liefst links zouden laten liggen. Zeker als je bedenkt dat we twintig jaar geleden nog weinig evidence-based richtlijnen hadden, en tien jaar daarvoor de dokter simpelweg bepaalde wat goed was. We hebben nu een transparante en eenduidige manier van werken voor elkaar gekregen.'

Werken zonder richtlijn

Lemkes weet, zoals zoveel artsen, hoe moeilijk het kan zijn om zonder richtlijnen te moeten werken. 'In de coronaperiode was ik net stafid en stonden we met lege handen. Voor dat nieuwe virus was geen enkele richtlijn beschikbaar. We moesten dus op lokaal niveau in eerste instantie alles zelf uitvinden. Soms verschenen er twee nieuwe lokale protocollen per week. In de eerste maanden was er niets bekend over de effecten van verschillende behandelingen en kwam het voor dat er verschil in aanpak was tussen ziekenhuizen. Ik herinner mij een familiegesprek waarbij dit vragen opleverde, omdat de zoon – opgenomen met het virus in een ander centrum – een andere behandeling kreeg dan zijn moeder bij ons in het ziekenhuis. Op dat moment besef je weer hoe belangrijk de eenduidigheid van richtlijnen is. Gaandeweg zijn er uit die lokale protocollen gelukkig landelijke leidraden en later richtlijnen ontstaan.' Ze wijst nog op een ander aspect dat samenhangt met die eenduidigheid: 'Wie het breed heeft, krijgt in onze ziekenhuizen precies dezelfde zorg als degene die weinig geld heeft. Richtlijnen helpen ons doelmatige keuzes te maken, zodat de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. En als ik eens wil kiezen voor duurdere medicatie, die niet standaard vergoed wordt en die buiten de richtlijn valt? Dan leg ik dit voor aan de verzekeraar, die mij vraagt goed te beargumenteren waarom dit nodig is. Op die manier wordt er constructief meegedacht.'

Wat de inspectie ervan vindt

De organisatie die toeziet op de kwaliteit en veiligheid van zorg is de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). Hoofdinspecteur en plaatsvervangend inspecteur-generaal Janet Helder (tot 1 augustus 2026) en coördinerend specialistisch inspecteur (en kinderarts) Marieke Pestman benadrukken dat richtlijnen er zijn om te volgen. Helder: 'Ons toezicht op de medisch-specialistische zorg is voor een belangrijk deel gebaseerd op de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg, de Wkkgz. Deze geeft open normen, en in de medische zorg vertaalt de beroepsgroep deze normen zelf in richtlijnen. Die richtlijnen dienen als hulpmiddel bij het uitvoeren van de wet. Ze beantwoorden de vraag: wat is gebruikelijk en wat moet ik doen?' Helder vervolgt:

'Wij vinden het van belang dat patiënten – waar ze zich ook melden – kunnen rekenen op dezelfde, voorspelbare zorg. Richtlijnen spelen daarin een rol. Wij gaan dus mede op basis van richtlijnen in gesprek met ziekenhuizen en klinieken over de vraag of ze hun zaken rondom veiligheid en kwaliteit op orde hebben. Niet de inhoud van de richtlijnen of de protocollen van ziekenhuizen, maar de toepassing ervan staat voor ons centraal.'

Pestman vult aan: 'Soms horen wij van artsen: "Dat mag niet van de Inspectie." Maar dat klopt dus niet. De richtlijnen zijn door medisch specialisten zelf opgesteld. Wij vinden ze van belang omdat de beroepsgroep ze van belang vindt. Afwijken kan natuurlijk, maar niet zomaar omdat je het niet eens bent met een richtlijn. Afwijken vereist een zorgvuldige verantwoording en documentatie, en het besluit ertoe moet in goed overleg met de patiënt worden genomen.' Helder redeneert door: 'En als medisch specialisten niet goed uit de voeten kunnen met bepaalde richtlijnen, doordat ze bijvoorbeeld niet

'Richtlijnen heten niet voor niets richtlijnen, ze doen een aanbeveling, anders hadden ze wel aanwijzingen geheten'

‘Afwijken kan natuurlijk, maar niet zomaar omdat je het niet eens bent met een richtlijn’

toegankelijk geschreven of te gedetailleerd zouden zijn, of doordat ze achterlopen op actueel onderzoek? Dan is het aan de beroepsgroep zelf om de richtlijnen te verbeteren.’

Anderhalf jaar

Roel Bakx is zich daar als voorzitter van de richtlijnencommissie terdege van bewust: ‘De Richtlijnen-database telt bijna zeshonderd richtlijnen, en er valt er regelmatig een af of komt er een bij. Aan veel richtlijnen valt inhoudelijk iets te verbeteren, en het proces om ze up-to-date te houden kan sneller.’ Of zoals Niels Connell het zegt: ‘Sommige richtlijnen stammen uit 2013. Als ik vermoed dat er recenter onderzoek is, ga ik daarnaar op zoek en leer ik daarvan. Soms is dit dan wel al opgenomen in een internationale richtlijn.’ De richtlijnencommissie werkt volgens Bakx hard aan de vertaling van nieuw onderzoek in richtlijnen, maar kan geen ijzer met handen breken. ‘Neem de klassieke blindedarmontsteking. Bij bepaalde indicaties komt de huidige richtlijn uit op de aanbeveling: opereren. Begin deze zomer zijn echter de resultaten van een groot onderzoek onder kinderen gepubliceerd. In bepaalde situaties blijkt het toedienen van antibiotica hetzelfde resultaat te geven als opereren. Bij toediening van

antibiotica hoeft ongeveer 70 procent van de patiënten uiteindelijk niet geopereerd te worden. Antibiotica zijn dus een goed en goedkoper alternatief voor direct opereren bij kinderen.’ Maar voordat die onderzoeksuitkomsten hun weerslag vinden in een richtlijn, zijn we wel even verder. De werkgroep die de richtlijn schrijft bestaat uit inhoudelijk deskundigen en vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en wordt begeleid door een adviseur van het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten. Deze groep bepaalt eerst welke onderwerpen prioriteit hebben en formuleert daarbij de uitgangsvragen. Voor iedere vraag stelt de werkgroep een PICO op. De term PICO staat voor: Patiënt/Probleem/Populatie, Interventie, Comparison en Outcome. Met deze onderzoeksvraag kan de adviseur van het Kennisinstituut literatuuronderzoek uitvoeren. De adviseur komt vervolgens met een samenvatting, een conclusie, en een beoordeling – volgens de zogeheten GRADE-methode – die aangeeft hoe hard de conclusie is. Hiermee gaat de werkgroep dan weer aan de slag. Naast de conclusies uit de literatuur worden ook andere aspecten meegewogen, zoals het patiëntenperspectief, haalbaarheid en kosten. Uiteindelijk stelt de werkgroep een aanbeveling op. De nieuwe of aangepaste richtlijn wordt ter commentaar

voorgelegd aan de wetenschappelijke verenigingen. Na verwerking van het commentaar door de werkgroep geeft de wetenschappelijke vereniging er dan een klap met de hamer op, en communiceert de verandering. Bakx ziet dat dit hele proces een tot anderhalf jaar in beslag kan nemen. ‘De afgelopen jaren werken we wel aan versnelling’, zegt hij, en wijst op een belangrijke procesvernieuwing. ‘Van oorsprong werden richtlijnen eens in de acht tot tien jaar in hun geheel herzien. Nu doen we aan modulair onderhoud van richtlijnen en zorgen zo voor een snellere doorlooptijd van aanpassingen. We reviseren in die aanpak niet meer eens in de acht jaar de totale richtlijn, maar selecteren ieder jaar tot anderhalf jaar wat écht urgent is. Nieuw bewijs wordt op die manier veel sneller in een richtlijn opgenomen. Dit modulaire onderhoud is al in volle gang en gaan we op steeds meer richtlijnen toepassen.’ Bakx ziet meer verbeterpunten: ‘Denk aan de duurzaamheid van de zorg, maar ook aan de toegankelijkheid van richtlijnen. Die is cruciaal als we steeds meer artsen willen bereiken. We werken aan verbetering van de Richtlijnen-database zodat je met de juiste zoektermen makkelijk uit een richtlijn kunt destilleren wat je wilt weten. En er is een Richtlijnen-database-app die op je mobiel snel informatie op maat biedt. Een richtlijn van tachtig pagina’s wordt op die manier een stuk toegankelijker.’

In de spreekkamer

Dat de betrokkenheid van patiënten steeds belangrijker is geworden, heeft de richtlijnen veranderd. Janet Helder van de IGJ: ‘Samen beslissen betekent dat artsen de behandelopties toelichten en ter overweging voorleggen aan hun patiënten. Richtlijnen geven duidelijkheid, maar zijn – dat zien wij natuurlijk ook – soms erg gedetailleerd en technisch. Daardoor kunnen ze de keuzes die je samen met je patiënt maakt te veel sturen. Soms is het goed om samen de keuze te maken om iets niet te doen, terwijl een richtlijn vaak juist uitnodigt om wel te handelen. Je kunt je dus afvragen of de sector niet beter af zou zijn met minder detail in de richtlijnen. Daarover moet het gesprek gevoerd worden.’

Medisch specialisten wijzen erop dat richtlijnen in de spreekkamer tot heel verschillende gesprekken kunnen leiden. Lemkes: ‘Patiënten willen graag een individuele aanpak, en niet gereduceerd worden tot een protocol of richtlijn. Daarom bespreek ik richtlijnen niet te letterlijk. Liever benoem ik de onderliggende argumenten die van toepassing zijn op de situatie van de patiënt.’ Bakx ziet juist voordelen in het benoemen van richtlijnen: ‘Sommige patiënten willen vooral duidelijkheid van de arts. Dan kan het helpen om juist wel een concrete richtlijn te noemen. Dat biedt een houvast, misschien meer dan het verwijzen naar onderzoek, want dan kan een patiënt denken: er zal vast ook onderzoek zijn met een andere conclusie. Gesprekken kunnen dan te lang duren en weinig opleveren. Een

richtlijn klinkt uitgekristalliseerder.’ Connell wijst nog op een ander aspect: ‘Ik merk dat AI mensen een sterkere stem geeft in de spreekkamer. Ook om die reden is het goed om actuele richtlijnen te hebben. Ik ben overigens niet tegen AI. Vaak klopt de uitkomst ervan net niet, maar AI kan je wel op denkrichtingen brengen die het overwegen waard zijn. Maar het spanningsveld met richtlijnen is wel iets om rekening mee te houden in de spreekkamer.’

De angst voor het tuchtrecht

En dan is er nog de gevoelde dreiging van het tuchtrecht. De redenering: leg een afwijking van de richtlijn vooral zorgvuldig vast en bespreek die met de patiënt. Dan ben je bij onverhoopte klachten later goed ingedekt. ‘Die angst is gebaseerd op verkeerde aannames’, stelt Pestman. ‘De cijfers laten zien dat richtlijnen vrijwel geen rol spelen in het tuchtrecht. Het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde publiceerde onderzoek waaruit bleek dat medisch-specialistische richtlijnen tussen 2019 en 2023 in niet meer dan 6 van de 514 – dus nauwelijks meer dan 1 procent – gegronde tuchtzaken een rol speelden. En daarbij ging het niet om de inhoud van die richtlijnen, maar om de onderbouwing van de afwijking. Richtlijnen zijn dus cruciaal, maar wel om de goede redenen: je levert er state of the art-patiënten-zorg mee tegen de best mogelijke prijs. Die lagere kosten zijn overigens geen criterium voor de IGJ, maar in de huidige tijd, net zoals de aandacht voor duurzaamheid, wel van belang.’

Bakx besluit: ‘Ook daarover moet de discussie gevoerd kunnen worden. Artsen moeten hun keuze voor een therapie niet primair baseren op de kosten. Maar als de keuze tussen twee kwalitatief gelijkwaardige behandelingen honderd euro scheelt, levert dat op landelijke schaal enorme besparingen op. Dat bewustzijn mogen we wel van elkaar verlangen. En richtlijnen moeten daarop kunnen inspelen, gezien de uitdagingen waarmee we in de zorg te maken hebben.’



Lees meer over de ontwikkeling van richtlijnen in de FAQ op onze website demedischspecialist.nl/faqrichtlijnen. Bezoek onze Richtlijnen-database via www.richtlijnen-database.nl. Maak een account aan en krijg een persoonlijk overzicht van recent aangepaste richtlijnen.



Werkplezier is voor anesthesioloog Anniek Raaijmakers (34) geen bijzaak, maar een must. ‘Ik dwing mezelf niet steeds “ja” te zeggen.’

W elk misverstand over anesthesiologen wil je rechtzetten?

‘Dat we tijdens een operatie vooral zitten en weinig doen. Juist als we op de OK onzichtbaar lijken, betekent dat vaak dat ons werk goed gaat. We anticiperen voortdurend en hebben achter de schermen al veel gedaan: patiënten op de poli gezien, infusen geprikt, ruggenprikken gezet en collega’s geholpen. Aan het einde van de dag hebben we best hard gewerkt, ook al heeft niemand het gezien, haha.’

Wie is jouw rolmodel?

‘Ik ben meerdere anesthesiologen tegengekomen die ik bewonder. Omdat ze goed waren in hun vak, stevig in hun schoenen stonden, geliefd waren binnen hun team én een goede balans hadden tussen werk en privé – daar streef ik zelf ook naar.’

Waarom is dat laatste zo belangrijk voor je?

‘Dat is een beetje per toeval ontstaan. Ik wilde me graag landelijk inzetten voor de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie, en op dat moment bleek er een plek beschikbaar in de commissie duurzame inzetbaarheid. Pas toen realiseerde ik me hoe belangrijk dat thema is.’

Wat was je voornaamste inzicht?

‘Als jonge specialist denk je: het draait om mijn vak, mijn opleiding, mijn carrière. Maar zodra je leven verandert en je bijvoorbeeld een gezin krijgt, ga je anders kijken naar de combinatie werk en privé. Hoe zorg je bijvoorbeeld dat je over twintig jaar nog steeds met plezier diensten draait? Tijdens mijn opleiding kwam dat te weinig aan bod. Dat moet anders en vooral eerder, zodat mensen niet pas aan de bel trekken als het ze te veel wordt.’

Hoe kun je dat werkplezier vergroten?

‘Specialisten hebben soms het gevoel dat ze weinig invloed hebben op hun vak. De druk op de zorg komt van buitenaf en agenda’s zitten vol. Juist daarom is het belangrijk met je vakgroep te bespre-

ken waar je energie van krijgt. De een haalt plezier uit onderwijs, de ander uit onderzoek of een andere taakverdeling. Door elkaar daarin ruimte te geven, kun je werkplezier vergroten.’

Speelt dit bij anesthesiologen meer of anders dan bij andere specialisten?

‘Als anesthesiologen hebben we een centrale positie binnen het ziekenhuis en zijn we betrokken bij veel van wat er ‘s nachts gebeurt. Met de toename van onder meer geboortezorg in het ziekenhuis en het aantal complexe patiënten is de dienstbelasting groter dan voorheen – en voelen we de impact hiervan misschien wel meer.’

Hoe zorg jij zelf voor een gezonde werk-privébalans?

‘Ik reageer vaak enthousiast als mensen mij vragen voor projecten of commissies. Ik dwing mezelf nu kritischer te zijn en niet steeds “ja” te zeggen. Zodat ik thuis óók energie heb om een goede partner en moeder te zijn.’

Lukt dat?

‘Niet iedere week, maar dan herinner ik mezelf eraan dat het niet altijd perfect hoeft.’

Wat zijn zware momenten in je werk?

‘Meestal heb ik weinig contact met familieleden van patiënten, maar bij acute operaties zie ik ze wel – bijvoorbeeld bij iemand met een scheur in de aorta. Neem ik die patiënt vervolgens mee naar de OK, dan realiseer ik me dat ik misschien de laatste persoon ben met wie diegene spreekt – best heftig. Ik probeer diegene altijd te kalmeren, maar dat zijn pittige momenten.’

En mooie momenten?

‘Een grote operatie die goed gaat, zoals een spoedkeizersnede waarbij in no time een heel team klaarstaat om ervoor te zorgen dat moeder en kind het redden. Dat je elkaar dan na afloop aankijkt en denkt: dit hebben we samen goed gedaan.’



ANNIEK RAAIJMAAKERS

- GEBOREN op 21 september 1991
- STUDEERDE van 2011 tot 2017 geneeskunde aan de Maastricht University en was van 2017 tot 2018 anios op de intensive care van het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven
- VOLGDE van 2019 tot 2024 de hoofdopleiding tot anesthesioloog in het MUMC+, die gedeeltelijk plaatsvond in het Catharina Ziekenhuis in Eindhoven
- WERKT sinds 2024 als cardio-anesthesioloog in het Catharina Ziekenhuis
- HEEFT meegewerkt aan het thema Werkplezier van de visie Medisch Specialist 2035
- WOONT samen met haar vriendin, eveneens anesthesioloog, en hun zoon Miek (1)
- REIST graag met haar camperbus door Europa – binnenkort staat Zuid-Engeland op de planning. Haar eerste oude Volkswagenbusje heette Frits en had zelfs een eigen Instagrampagina
- HOUDT van souvenirwinkels en koopt daar vaak een kerstbal als herinnering
- PROBEERT twee keer per week te hardlopen

‘Laten we bij beperkte uitzaaiingen afscheid nemen van de termen curatief en palliatief’

Bij beperkt uitgezaaide kanker vervaagt de grens tussen genezen en verzachten. Radiotherapeut-oncoloog Max Peters: ‘Niet alleen de behandeling verandert hierdoor, maar ook het gesprek in de spreekkamer.’

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD MONIQUE WIJBRANDS



Oorspronkelijk waren er twee smaken in de behandeling van mensen met kanker: curatief of palliatief. We gaan u genezen, of we bestrijden uw symptomen en/of rekken uw leven. In mijn werk als radiotherapeut-oncoloog is dat onderscheid voor een groeiende groep patiënten met beperkte uitzaaiingen steeds minder duidelijk.

Ik zie veel mensen met uitzaaiingen van prostaatkanker, vaak nadat ze jaren eerder curatief waren behandeld met bestraling of een operatie. Doordat de diagnostiek is verbeterd, vinden we nieuwe uitzaaiingen sneller. Deze vaak kleine tumoren kunnen we met een hoge dosis snel, precies en daardoor uiterst effectief bestralen. Dankzij deze stereotactische bestralingen, die we periodiek kunnen herhalen, houden we de ziekte beter onder controle. En dat betekent dat zwaardere vervolgbehandelingen, zoals hormoontherapie, kunnen worden

uitgesteld. Daarnaast neemt de effectiviteit van systeembehandelingen toe. Als de respons hierop goed is, kunnen de tumoren van sommige patiënten met een initieel te uitgebreide ziekte om een lokale behandeling mogelijk te maken, teruggebracht worden tot beperkte uitzaaiingen. Daardoor kunnen ze alsnog in aanmerking komen voor een lokale behandeling, waardoor we andere (belastende) behandelingen kunnen uitstellen. Niet alleen iemands behandeling verandert hierdoor, maar ook het gesprek erover in de spreekkamer. We slagen er soms in de ziekte met lokale behandelingen onder controle te houden, maar lang niet altijd. Ik spreek daarom met patiënten meer over onzekerheden.

‘Ik spreek met patiënten meer dan voorheen over onzekerheden’

Woorden als ‘genezend’ vervang ik in zo’n gesprek door uitleg over het remmen van de ziekte en over uitstel van vervolgbehandelingen met bijwerkingen.

Inmiddels zie ik op mijn spreekuur regelmatig met tussenpozen van enkele jaren mensen terugkomen voor één of enkele uitzaaiingen. Die bestralen we één tot enkele malen, en dan kunnen ze weer voor een paar jaar klaar zijn. Zo stellen we belastende behandelingen zoals hormoontherapie zo lang mogelijk uit. Ik hoop dat we steeds vaker van uitstel ook tot afstel kunnen komen.

Het is begrijpelijk dat lokale behandeling van beperkt uitgezaaide kanker sommige mensen veel onzekerheid kan geven. Toch kiezen verreweg de meeste mensen voor deze optie, die we steeds vaker kunnen bieden. Ook als dit soms maar voor een periode van bijvoorbeeld een half jaar is. Stereotactische bestraling heeft op veel plekken in het lichaam bijna geen bijwerkingen. Ondertussen werken we hard aan een scherpere

selectie van patiënten op basis van kenmerken die samenhangen met een grotere of juist kleinere kans van slagen van deze lokale behandeling. We kunnen ze daardoor ook steeds beter inlichten over het te verwachten effect ervan.

De grenzen van lokale behandeling voor beperkt uitgezaaide kanker zijn nog lang niet bereikt. Ook bij andere soorten kanker nemen de indicaties toe: longkanker, nierkanker, borstkanker en gastro-intestinale kankers. Beperkt uitgezaaide kanker is een proces met verschillende scenario’s, afhankelijk van het ziekteverloop, de effecten van behandelingen en de doelen en wensen van de patiënt. Ik pleit er daarom voor in deze context afscheid te nemen van de termen curatief en palliatief. Ze doen geen recht aan de mogelijkheden en onzekerheden die we tegenkomen.’



Max Peters

werkt als radiotherapeut-oncoloog bij Radiotherapiegroep Deventer.

IN BALANS

THUIS WERK



PRIVÉ Haar zelfgefokte chowchows mogen gezien worden! Daarom bezoekt klinisch geriater in het Radboudumc Yvonne Schoon (56) hondenshows in Nederland en daarbuiten. Alles daaraan is leuk: de autorit (met dochter of vriendin en showhond van dienst), wandelingen en terrasjes onderweg, fijn hotelletje bij aankomst, borstelsessie en daarna: showtime! De honden brengen plezier én fysieke inspanning. Ze leerde: honden floreren bij aandacht, vertrouwen en leiderschap. Veel mensen ook trouwens. Haar eerste chowchow was Tsjang, toen ze 6 was. Nu hebben zij en man Max 19 chowchows op hun Limburgse boerderij. Ze lopen vrij over de weiden en krijgen alle aandacht van Yvonne, Max, hun kinderen (en aanhang). Daar gedijen ze bij, net als patiënten.

WERK Wat voeg ik toe aan kwaliteit van leven, hoe laat ik de patiënt in zijn waarde? De combinatie van analyse en communicatie maakt de geriatrie oneindig mooi, vindt Yvonne. Als klein meisje had ze maar één grootouder. Het contact met opa verliep wat stroef, dat verwonderde en fascineerde de kleine Yvonne. Goed communiceren met ouderen is een vak apart, merkte ze ook tijdens haar extra – en leuke – coschap ouderengeneeskunde, op huisbezoek bij ouderen. Nodig: zorgvuldigheid en aandacht. Met oprechte interesse leest ze de mens achter de patiënt. Dat is ook het geheim van haar omgang met honden.

De Academie voor medisch specialisten

KRACHTIG PERSOONLIJK LEIDERSCHAP

Leg met deze driedaagse training het fundament voor medisch leiderschap. In deze training werk je aan zelfinzicht, persoonlijke visie en doelen, regie in werk en leven, vitaliteit, zingeving en autonomie. Je krijgt meer inzicht in je eigen sterkten en valkuilen en in wat voor jou van belang is in je werk. Door theorie, persoonlijke reflectie, ervaringsgericht leren en praktische toepassing werk je aan het versterken van jouw persoonlijk leiderschap in de praktijk.

DUUR: 3 dagen
LOCATIE: Zeist of Den Dolder
KOSTEN: € 1.925
ACCREDITATIE: 18 punten



TRAINING CONFLICTHANTERING

Waar mensen samenwerken, kunnen lastige situaties, een geschil of zelfs een conflict ontstaan, zeker wanneer deze niet tijdig en goed worden aangepakt. Deze training is bedoeld voor medisch specialisten die hun vaardigheden willen versterken om lastige situaties in teams en samenwerking snel en goed aan te pakken. Je krijgt inzicht in de dynamiek van geschillen en conflicten, leert escalatie en de-escalatie herkennen en toepassen, en krijgt zicht op je eigen gedragspatronen.

DUUR: 1 avond en 1 dag
LOCATIE: Dag 1 online (avond),
dag 2 omgeving Utrecht
KOSTEN: € 775
ACCREDITATIE: 7 punten



VERBINDEND AANSPREKEN VOOR MEDISCH SPECIALISTEN

Een veilig werkklimaat is belangrijk voor het welbevinden en het werkplezier van a(n)ios en medisch specialisten. Elkaar effectief aanspreken op onbewust gedrag helpt daarbij. In deze training leer je verbindend aanspreken vanuit begrip voor elkaars intentie. Je krijgt inzicht in waarom aanspreken en aangesproken worden lastig is, leert belangrijke do's en don'ts, en oefent in groepen met het achteraf één-op-één aanspreken. Het doel is helder zijn én de onderlinge relatie goed houden.

DUUR: 1 dag
LOCATIE: Omgeving Utrecht
KOSTEN: € 795
ACCREDITATIE: 6 punten



EFFECTIEF SAMENWERKEN IN COMPLEXE ZORGOMGEVINGEN

Samenwerken is een kerncompetentie voor goede zorg, maar kan in de praktijk lastig zijn door verschillen in perspectieven, tempo en belangen, onuitgesproken verwachtingen, spanningen of weerstand tegen verandering. Deze training richt zich op het versterken van samenwerking door zelfinzicht, praktische vaardigheden en systemisch bewustzijn. Je leert je eigen rol herkennen, omgaan met verschillen, weerstand en spanningen en beweging creëren wanneer samenwerking of innovatie vastloopt.

DUUR: 3 dagen
LOCATIE: Den Dolder
KOSTEN: € 1.525
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



Federatie
Medisch
Specialisten

over ons

COLOFON

Jaargang 12, september 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

Hoofredactie: Mirjam Siregar

Eindredactie: Vanessa Cruz

Concept en redactiecoördinatie: Fred Hermen, Joke van Rooyen (Maters en Hermen communicatie en journalistiek).

M.m.v. Sjef van der Lans, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen, Margriet Bakker (Federatie Medisch Specialist).

Redactieraad

Cassandra Zuketto (psychiater), Nicole Naus (oogarts), Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden (internist), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Phebe Berben, vicevoorzitter De Jonge Specialist, en Yee Lai Lam (dermatoloog).

Beeldredactie en vormgeving:

Kaisa Pohjola en Stephan van den Burg (Maters en Hermen vormgeving)

Fotografie cover: Linelle Deunk

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:

[in @federatiemedischspecialisten](https://www.linkedin.com/company/federatiemedischspecialisten)
[ig @federatie.medisch.specialisten](https://www.instagram.com/federatie.medisch.specialisten)

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 mogelijkerwijs voortvloeien uit het lezen van deze uitgave. De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de Federatie. De redactie behoudt zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij je contact op te nemen via communicatie@demedischspecialist.nl.

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

Wij staan voor 26 duizend toegewijde 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. De uitdagingen zijn groot. Technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker bedden en handen tekort. 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 wat wij
voor jou doen



Snel antwoord op een juridische vraag?

Chat 24/7 met **Lia** via
chatbot.demedischspecialist.nl

Liever persoonlijk contact met een van onze juristen?
Bel dan 088-134 41 12 (op werkdagen tussen 8.30 en 17.00 uur)



Federatie
Medisch
Specialisten



Landelijke Vereniging van
Artsen in Dienstverband



& nu
verder



Prikken voor een groenere OK

Dit is een afvalbak, Nemo genaamd. Hij ziet er misschien niet zo bijzonder uit, maar schijn bedriegt. Zo kan hij een gaatje in een zak spoelvocht prikken dat tijdens een OK wordt opgevangen. Door dat gaatje zal de zak barsten als het spoelvocht in de zak wordt aangevuld met water. Het spoelvocht kan zo verdund worden afgevoerd; de zak wordt met het restafval weggegooid.

Met Nemo luidt het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis (ETZ) in Tilburg een nieuw tijdperk in. Bob Scheiberlich, OK-assistent en projectleider duurzaamheid in het ETZ: 'Spoelvocht dat tijdens operaties wordt opgevangen, hoeft niet meer te worden verbrand. Het kan - zonder risico's voor mens en milieu - verdund het riool in. Dat is in samenspraak met de omgevingsdienst Midden- en West-Brabant en Waterschap De Dommel vastgesteld. Drie kostbare en energievretende zaken kunnen voortaan achterwege blijven: de aanschaf van speciale vaten om spoelvocht in af te voeren, de vrachtwagenrit naar het verwerkingsbedrijf en het verbranden van de vloeistof.'

Sinds 2026 gebruikt het ETZ deze bijzondere afvalbak: spoelvocht verdunnen en afvoeren kunnen medewerkers voortaan aan Nemo overlaten. Minder uitstoot en een groenere OK zijn met Nemo zo gepiept, of beter: geprikt.

TEKST JOKE VAN ROOVEN BEELD ETZ

Retour: Federatie Medisch Specialisten
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht

Port Betaald

