

Cathy van Beek, oud-kwartier-
maker duurzame zorg VWS

**'Om gezond te kunnen
blijven, hebben we
een gezonde planeet nodig'**

Dossier
Preventie

**Wat is de rol
van de medisch
specialist?**

Traumachirurg
Han Hegeman

**'Landelijke zorgpaden
in het epd verdienen de
hoogste prioriteit'**

Medisch Specialist

maart
2022

Radioloog
Inge Vanhooymissen:

**'Elke dokter zou
1 of 2 jaar als
chef de clinique
moeten werken'**



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Feiten en cijfers over de arbeidsmarkt in de zorg.
We sterven af op een tekort in Nederland.

2 MILJOEN

mensen zijn er in 2040 nodig die in de zorg werken. Dat zijn er nu 1.400.000. Dit jaar is er al een tekort van 49.000 zorgmedewerkers.

1 OP DE 4

werkenden moet in 2040 in de zorg werken. Dat is nu 1 op de 7.

27%

van de zorgmedewerkers die een organisatie verlaat, doet dat binnen één jaar nadat zij in de zorg zijn gestart. 44 procent van de uitstromers geeft aan dat de werkgever niks had kunnen doen om uitstroom te voorkomen (tijd voor iets anders, privé sfeer).

150.000

zpz'ers zijn inzetbaar in de zorg. Dit aantal groeit elk jaar.

24%

van de zorgmedewerkers is 55 jaar of ouder. Zij gaan de komende jaren met pensioen of stoppen eerder met werken vanwege het zware werk.

140.000

studenten startten in 2019/2020 aan een zorg- of welzijnsopleiding op mbo-, hbo- of wo-niveau. Het aantal afgestudeerden neemt de laatste drie jaar toe.

NR.1
maart
2022



8

Cathy van Beek, oud-kwartiermaker
duurzame zorg VWS

‘Juist op werkers in de gezondheidszorg rust een integrale verantwoordelijkheid’

Dossier Preventie

Wat is de rol van de medisch specialist?



13



27

Twee jonge chefs de clinique

Goede leerschool, maar bied sneller zicht op de volgende carrière stap

EN VERDER

5 Column Federatie-
voorzitter Peter Paul
van Benthem

12 Gouden regel:
‘Zie één patiënt per
dag meer als klant, en geef
nét wat extra aandacht’

22 Aan de start: Shoko
Vos, patholoog:
‘Jongeren kunnen
innovaties beter aan, maar
de brede blik komt van
oudere collega’s’

24 Pleidooi:
Han Hegeman,
voorzitter Dutch Hip

Fracture Audit: ‘Alleen
met massa kunnen we
softwareleveranciers
dwingen tot actie’

30 In balans:
Klimmer en
sportarts Prashant
Komdeur



OP DE COVER

Radioloog Inge
Vanhooymissen
Pagina 27

32 & nu verder:
Spoedtransport
per drone

Bent u een goede gesprekspartner voor de raad van bestuur?

Als bestuurslid van medische staf, MSB of VMSD vorm je een belangrijke schakel. Je bent de verbinder vanuit het medisch domein met de zorgorganisatie.

Een goede gesprekspartner zijn vereist vaardigheden op het gebied van beïnvloeden, onderhandelen, samenwerken en vergaderen. Het vraagt ook om actuele kennis van ontwikkelingen, governance, wet- en regelgeving, productie, bekostiging en financiële sturing.

De Academie voor medisch specialisten heeft een divers aanbod voor beginnende en ervaren (staf)bestuurders. Met dit aanbod helpen wij je om professioneel invulling te geven aan rollen zoals vakgroepvoorzitter, medisch manager of bestuurslid van een medische staf, MSB of VMSD.

<p> Training Besturen van een medisch-specialistisch bedrijf*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor beginnende en ervaren MSB-bestuurders • 17 en 18 mei of op 27 en 28 juni 2022 	<p> Training Besturen medische staf in een algemeen ziekenhuis*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor beginnende en ervaren stafbestuurders • 9 en 10 juni 2022 	<p> Training Besturen medische staf in een revalidatie-instelling*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor beginnende en ervaren stafbestuurders • 22 en 23 september 2022
<p> Training Besturen van een VMSD*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor beginnende en ervaren VMSD-bestuurders • 24 en 25 mei 2022 	<p> Training Besturen medische staf in een ggz-instelling*</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor beginnende en ervaren stafbestuurders • 16 en 17 juni 2022 	<p> Postdoctorale leergang Management voor medici</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voor medisch specialisten met een bestuurs- of managementrol of ambities op dat gebied • Duur: 40 dagdelen • Startdatum 26 september 2022

* Deze trainingen kunnen ook incompany en op maat voor uw voltallige stafbestuur worden aangeboden.


 KIKK VOOR MEER INFORMATIE:



COLUMN

TIJD VOOR BEZINNING

Het recente artikel in de Groene Amsterdammer “24 uur dokter? Nee, bedankt” belichtte de moeizame weg van startende medisch specialisten naar een vaste baan. Ik schreef daar al eerder over en sprak er onlangs met startende collega’s over in onze podcast “Stem van de dokter”. Het artikel in de Groene stond uitgebreid stil bij onze werkcultuur. Zowel vanuit het perspectief van artsen in opleiding, startende specialisten als van gepensioneerde collega’s. Tijd voor bezinning en de hoogste tijd om onszelf af te vragen: ‘Zijn we nog blij met de manier waarop wij werken?’ Werkweken van zestig uur zijn tenslotte geen uitzondering. Hoe bepalend is onze werkcultuur hierin eigenlijk?

In het artikel spreken alle generaties over goede, gemotiveerde dokters, aan wiens bevoegdheid niet moet worden getwijfeld. De gepensioneerde collega zegt: ‘Veel dokters storten voor hun pensioenleeftijd al in. En vind je het gek? Dit beroep is fysiek en emotioneel loodzwaar. Je hebt vrije tijd en afleiding nodig om dat te verwerken, maar we slagen er als dokters maar niet in om goed voor onszelf te zorgen.’ Tegenwoordig is er – veel meer dan vroeger – sprake van tweeverdieners. Naast het werk zien we een grotere plek voor het gezin en activiteiten die het leven voorzien van de broodnodige zingeving. Het is in deze context een must om een passende work-life balance te organiseren.

We moeten ons veel vaker samen afvragen: ‘Hoe wil ik dat mijn loopbaan er tot mijn pensioen uitziet, om te zijner tijd met een goed gevoel op onze carrières te kunnen terugkijken?’ Hierin gaat de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten – die we iedere twee jaar uitzetten onder alle medisch specialisten en aios – meer inzicht bieden. Het zou mij niets verbazen als nogal wat dokters best wat minder zouden willen werken.

Ook parttime opleiden moet kunnen. Ik haal vaak het voorbeeld aan van twee aios longziekten die samen als één fte hun opleiding hebben gedaan en ook samen als één fte toetraden tot een maatschap. Op mijn afdeling ging ik enige jaren terug het gesprek aan over parttime opleiden. We hebben toen met elkaar als norm gesteld dat iedere aios parttime wordt opgeleid, tenzij anders gewenst. Ook is het inmiddels doodnormaal dat (senior) stafleden parttime werken.

Soms wat meer en soms wat minder, dat hangt af van de persoonlijke omstandigheden en levensfase van de persoon in kwestie. We bespreken dit ieder jaar en er wordt vaak geswicht. Het doel is natuurlijk onze dokter gemotiveerd en bevoegd te houden. Omdat dat essentieel is voor de kwaliteit van zorg voor de patiënt. Los van de uitkomst van de monitor is mijn conclusie dus al: als we een andere werkcultuur willen dan zullen we daar veel explicieter met elkaar over moeten praten.’



Peter Paul van Benthem
voorzitter Federatie Medisch Specialisten

nieuws
VAN DE
FEDERATIE

**'Ik heb 'm hoor!
Heb jij 'm al?'**

Download



de Richtlijndatabase app

Volg relevante richtlijnen – Abonneer je op updates – Vind snel de juiste aanbevelingen

Krijg ik een transitievergoeding als mijn tijdelijke contract afloopt?

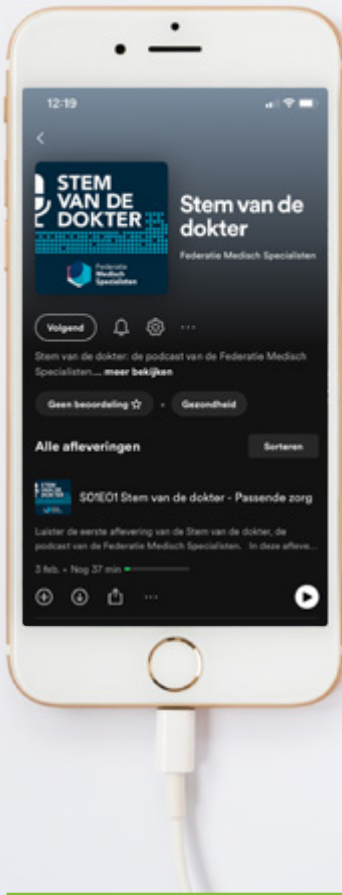
De werkgever van kinderarts Sergio wil zijn jaarcontract niet verlengen. Volgens onze jurist heeft hij recht op een transitievergoeding van een derde bruto maandsalaris. Als de werkgever niet betaalt, kan Sergio binnen drie maanden na het einde van de arbeidsovereenkomst een claim indienen bij de rechter. Hij heeft bovendien recht op een bovenwettelijke uitkering bovenop zijn WW-uitkering omdat hij in een academisch ziekenhuis werkt. Deze wordt wel verminderd met de transitievergoeding.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.





Luister de podcast Stem van de dokter

In de podcast van de Federatie gaan medisch specialisten in gesprek met elkaar en andere deskundigen, zoals verpleegkundigen, patiënten en ziekenhuisbestuurders, over belangrijke thema's binnen de zorg. De eerste aflevering van Stem van de dokter gaat over passende zorg. Volgens het coalitieakkoord is passende zorg de norm is. Wat betekent dit? En wat betekent dit voor medisch specialisten? Gastheer is Peter Paul van Benthem, kno-arts en Federatievoorzitter.

Podcastaflevering 1: Passende zorg; met anios chirurgie Emma Gertsen en gastro-intestinaal en oncologisch chirurg en Federatiebestuurder Jelle Ruurda.

Podcastaflevering 2: Jonge medisch specialisten op de arbeidsmarkt; met chirurg in opleiding Heleen Snijders, klinisch geriater in opleiding Roos van de Zwan en Rozemarijn Teeuw, kno-arts en msb-voorzitter.

Beluister de podcast Stem van de dokter op Spotify (ook beschikbaar op Itunes)



Toenemend gebruik van de digitale leeromgeving

De Federatie heeft in het kader van Opleiden 2025 een besloten digitale leeromgeving (DLO) ontwikkeld voor aios en medisch specialisten. Inmiddels kent het DLO ruim duizend gebruikers en zijn er al negen wetenschappelijke verenigingen die onderwijs aanbieden via dit digitale platform. Wetenschappelijke verenigingen kunnen via de DLO op interactieve wijze kennisproducten zoals een e-learning ontwikkelen of blended learning aanbieden waarbij er sprake is van een combinatie tussen digitaal en fysiek onderwijs. Zo kan een landelijke onderwijsdag bijvoorbeeld fysiek plaatsvinden, maar de voorbereiding en naslag via de DLO. Daarnaast kunnen cursussen



gemakkelijk aan meerdere groepen worden aangeboden. Bijvoorbeeld een cursus neuroradiologie, die zowel vanuit neurologie als de radiologie wordt aangeboden.

Lees de eerste ervaringen met de DLO



Tweejaarlijkse loopbaanmonitor medisch specialisten

Alle 30.000 Nederlandse medisch specialisten (in opleiding), ziekenhuisapothekers, klinisch chemici en klinisch fysici (in opleiding), zijn begin februari uitgenodigd om de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten in te vullen. De Federatie, LAD en De Jonge Specialist (DJS) willen met deze loopbaanmonitor meer inzicht krijgen in hoe de loopbaan van medisch specialisten en aios zich ontwikkelt, van opleiding tot pensioen. Daarnaast helpt de monitor om de knelpunten in de arbeidsmarktproblematiek beter in kaart te brengen. Naast algemene vragen hebben 25 wetenschappelijke verenigingen specialisme-specifieke vragen aangeleverd. Zo krijgen onder meer (in opleiding zijnde) internisten, dermatologen, revalidatieartsen, chirurgen en anesthesiologen een aantal vragen over hun specialisme. Hierdoor krijgen individuele aios en medisch specialisten naast inzicht in hun eigen loopbaanontwikkeling ook inzicht in hoe deze zich verhoudt tot die van collega's en andere specialisten.



Meer informatie op loopbaanmonitormedischspecialisten.nl



CATHY VAN BEEK
OVER DUURZAME ZORG



‘Vergroening in en buiten het ziekenhuis begint met zorgmedewerkers zelf’

Om gezond te kunnen blijven, hebben we een gezonde planeet nodig, zegt Cathy van Beek, oud-kwartiermaker duurzame zorg voor VWS en tegenwoordig voorzitter van de Klimaattafel Gezondheidszorg Rotterdam. De hele sector is aan zet: ‘Juist op ons, werkers in de gezondheidszorg, rust een integrale verantwoordelijkheid voor alle kinderen en hun kinderen.’

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD FRANK RUITER

Zei je tien jaar geleden ‘we hebben duurzame zorg nodig’, dan had je heel wat uit te leggen. ‘Duurzame zorg?’ Cathy van Beek somt zonder te haperen de toenmalige tegenwerpingen op. “Dat is een linkse hobby”, dat hoor ik nu helemaal niet meer. “We doen al heel veel goede dingen, moet dit ook nog?”, ook dat argument is aan het verdwijnen. Blijft over: “We hebben het al zo druk en het is duur”. Dat eerste is waar, maar is dat een reden om niet in de toekomst te investeren? En dat het duur is klopt soms, maar meestal is het goedkoper om bijvoorbeeld de levensduur van apparatuur te verlengen en om spullen niet weg te gooien, maar te hergebruiken. Om dat goed te kunnen doen, is een levenscyclusanalyse nodig waarin de hele keten wordt meegenomen, inclusief de kosten van milieuschade. Daarnaast zijn er innovaties nodig die het mogelijk maken om zuiniger, schoner en efficiënter te werken. En nee, dan hoef je niet alleen aan dure technologie te denken. Want als, bijvoorbeeld, alle afdelingen radiologie hun patiënten plaszakken zouden meegeven om de eerste vierentwintig uur thuis hun urine in te droppen, voorkomen hun patiënten dat jaarlijks ongeveer dertig ton contrastvloeistof het water vervuult.

Goede zorg is duurzame zorg

De zorgsector associëren we met schoon en hygiënisch, maar ze gebruikt ook veel energie, water, voedsel en grondstoffen. Ze is verantwoordelijk voor zeven procent van de CO₂-uitstoot en produceert enorme afvalbergen. Het videokunstwerk dat kunstenaar Maria Kojick maakte van het afval van haar borstoperatie is er een indrukwekkend voorbeeld van. En dan hebben we het nog niet over (overtollige) medicijnen en medicijnresten die in het milieu verdwijnen. Door deze milieubelastende manier van werken is de zorg zélf een van de veroorzakers van gezondheidsproblemen, en dat kan niet de bedoeling zijn. ‘Goede zorg is duurzame zorg in een gezonde omgeving,’ zegt Van Beek dan ook. En dat vraagt om vergroening in én buiten het ziekenhuis. Dat begint met de zorgmedewerkers zelf. Zij hebben baat bij een groene werkomgeving direct

buiten het ziekenhuis, waar ze tijdens hun pauzes gemakkelijk naartoe kunnen. Van Beek: ‘Er is vergelijkend onderzoek gedaan tussen medewerkers die een halfuur naar buiten gingen en daar echt groen konden zien, en mensen die binnen pauze hielden. Daaruit bleek dat de eerste groep een substantieel lagere kans had op een burn-out vergeleken met de tweede. Is er geen groen in de buurt, laat dan een daktuin aanleggen.’

Ook focus op oorzaken ziekte

Buiten het ziekenhuis valt nog meer te vergroenen: ‘Het moet niet zo zijn dat zorgmedewerkers met de uitlaatgassen van hun auto’s bijdragen aan luchtvervuiling die de kans op astma vergroot.’ Van Beek is dan ook groot voorstander van minder – door fossiele brandstoffen aangedreven – auto’s, meer fietsgebruik en ‘veel minder parkeerplaatsen; en maak ze ook héél duur.’ Artsen en andere zorgmedewerkers zouden zich niet alleen om zieke mensen moeten bekommeren, maar ook om de oorzaken van die ziekten, zegt ze met klem. ‘Wereldwijd zien dokters de klimaatcrisis als de grootste bedreiging voor de volksgezondheid en dus als een gezondheidscrisis. Die boodschap hebben 230 medische bladen, inclusief het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG) en Medisch Contact, eind vorig jaar luid en duidelijk laten horen. Om gezond te kunnen blijven, hebben we een gezonde planeet nodig. We moeten ons daar samen voor inspannen door de zorg toekomstbestendig te maken.’

Iedereen aan zet

Het besef dat iederéén aan zet is, begint steeds meer te groeien. In oktober 2018 ondertekenden 132 organisaties, waaronder ook de Federatie Medisch Specialisten, de eerste Green Deal Duurzame Zorg. ‘Inmiddels hebben meer dan driehonderd organisaties de Green Deal ondertekend’, zegt Van Beek trots. De Green Deal bevat vier pijlers. De eerste: minder uitstoot van CO₂, met name als het gaat om gebouwen en vervoer. De tweede pijler: minder verspilling van grondstoffen. Denk dan aan het zo veel mogelijk circulair inkopen van materialen en producten, zodat ze beter opnieuw te gebruiken of te recyclen zijn, en aan het terugdringen van de enorme medicijn- en voedselverspilling in de zorg. De derde pijler: minder watervervuiling door geneesmiddelenresten. Van Beek noemt als voorbeeld het aan vrouwen aanbieden van een spiraaltje als eerste keuze in plaats van anticonceptiepillen. En pijler nummer vier: een groene leef- en werkomgeving.

De ideeën achter de Green Deal slaan aan. Er is inmiddels een Groene Zorg Alliantie waarbij 24 commissies zijn aangesloten, zoals De Klimaatdokter, Groene SEH, De Groene IC, De Duurzame Verpleegkundige en Coalitie Duurzame Farmacie. De Jonge Specialist heeft duurzaam-

‘Wereldwijd zien dokters de klimaatcrisis als de grootste bedreiging van de volksgezondheid en dus als een gezondheidscrisis’



‘Artsen en andere zorgmedewerkers zouden zich niet alleen om zieke mensen moeten bekommeren, maar ook om de oorzaken van die ziekten’

heid prominent op de agenda gezet en de handreiking ‘Groen, groener, groenst’ klaarliggen voor alle aios, anios en arts-onderzoekers die willen bijdragen aan duurzaam dokteren. Van Beek: ‘De Jonge Specialist heeft in 2019 de Green Deal ondertekend, en tegen de toenmalige minister Bruno Bruins van VWS gezegd dat ze niet in ziekenhuizen aan de slag willen die niet aan duurzaamheid doen. Tegenwoordig krijgen ziekenhuizen dan ook vaak van sollicitanten de vraag hoe ze aan duurzaamheid werken. Het Radboudumc, waar mijn duurzaamheidsmissie is begonnen, heeft het credo: “Wat we doen, doen we duurzaam.” Van inkopers tot zorgprofessionals blijkt dat een reden om voor het Radboudumc te komen werken.’

Minder prematuren door betere luchtkwaliteit

Er is een manifest van medici voor een gezonde aarde. De CO2-assistent verenigt Utrechtse en Amsterdamse geneeskundestudenten die pleiten voor meer onderwijs over de klimaatcrisis in het geneeskunde curriculum. Het ‘ten eerste niet schaden’ – onderdeel van de artseneed – reikt verder dan de spreekkamer, zeggen ze. Het Longfonds is daar al langer van overtuigd en heeft het manifest ‘Geef kinderen gezonde lucht – nu en in de toekomst’ opgesteld, dat is ondertekend door onder meer (kinder) longartsen, huisartsen, verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten. Ze pleiten voor een speciale gezant

Gezonde lucht. Van Beek: ‘We zagen dat er tijdens de coronacrisis veel minder prematuren werden geboren, iets wat onder meer werd toegeschreven aan de betere luchtkwaliteit. Die relatie is niet causaal aangetoond, maar het was wel een opvallende correlatie.’

Een ander voorbeeld: het relatief grote aantal mensen met Parkinson in gebieden waar de bollenteelt plaatsvindt en waar mensen veel in aanraking komen met bestrijdingsmiddelen. Van Beek: ‘De causaliteit staat niet keihard wetenschappelijk vast, maar ik vind het heel goed dat onder andere neuroloog Bas Bloem stelt dat er sprake is van een duidelijk verband en dat maatregelen nodig zijn. Ook dat is duurzaam dokteren.’

Nul emissie in 2050

Intussen telt de groene zorglocomotief steeds meer wagons. Medisch specialismen hebben hun eigen werkgroepen duurzaamheid opgericht. Onder de bezielende leiding van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) spannen vijftien wetenschappelijke en beroepsverenigingen zich als landelijk netwerk de Groene OK in voor precies dat: een verduurzaamde, groene ok, vertelt Van Beek. Denk daarbij aan: minder afval, goede afvalscheiding en een slimmer ventilatiebeleid. Doelen waarvoor anesthesiologen, ok-assistenten, anesthesieassistenten en leidinggevenden van de ok de handen ineen hebben geslagen.

Binnen het ziekenhuis is ook winst te behalen met (meer) vegetarische catering, duurzame verlichting en recyclebare koffiebekers – om maar een paar dingen te noemen. Voor wie goed om zich heen kijkt, liggen de verbeteringen voor het oprapen. Van Beek is er dan ook van overtuigd dat duurzaamheid een strategisch speerpunt wordt en blijft in de ziekenhuizen, én breder in de zorg: ‘Dit gaat niet meer weg totdat we in 2050 op of rondom nul emissie uitkomen!’



Lees verder op demedischspecialist.nl/cathyvanbeek en ontdek hoe Cathy denkt over de cruciale rol van ziekenhuisbestuurders.

de
gouden
regel

‘Zie je patiënt als klant’

‘**A**ls hoofd van de apotheek in een streekziekenhuis kreeg ik alle ruimte om te innoveren. Maar op andere afdelingen verliep het stroef – als één cardioloog zijn twijfels uitsprak over het invoeren van telemonitoring, zag de rest het ook niet meer zitten. Als bestuurder van een gezondheidscentrum werd mijn missie om de zorg te verbeteren makkelijker. Met een online afsprakensysteem bijvoorbeeld, belachelijk dat je tegenwoordig sneller in een vliegtuig naar New York zit dan bij je huisarts. We zeggen veel te vaak “ja maar” in plaats van “ja en”. Die passieve houding van “de patiënt komt toch wel” staat innovatie en de noodzakelijke verandering in de zorg nog het meest in de weg. De Nederlandse gezondheidszorg staat dan wel bovenaan allerlei internationale lijstjes, maar patiënten vragen zich af waarom ze maandenlang moeten wachten op hun behandeling en aan tig zorgverleners hun verhaal moeten vertellen. De wereld om ons heen verandert razendsnel en de zorg kan niet achterblijven. Kijk daarom niet alleen naar je eigen handelen, maar vooral ook naar wat er in de wereld om je heen gebeurt. Open je ogen, zie je patiënt als een klant. Je bent er zelf toch ook een? Wat kun je leren van bedrijven zoals Ikea, Coolblue, PostNL, Google? Van welke technologieën maak je thuis gebruik die ook de zorg kunnen verbeteren en de patiënt écht op de eerste plaats kunnen zetten? Eén patiënt per dag meer als een klant beschouwen en nét dat beetje extra aandacht geven is een klein stapje, maar als iedere dokter dat doet, is de noodzakelijke verandering in de zorg groots. Just do it.’

Joris Arts is zorgprofessional, bestuurder, toezichthouder, zorgspreker, zorginnovatie-expert en schrijver van de blogreeks ‘Wat de zorg kan leren van...’. Arts ziet de inzet van technologie, patiëntenparticipatie en kennisdeling als dé oplossingen om de zorg in de toekomst te kunnen blijven garanderen.



Dossier

Preventie



Medische zorg begint niet voorbij de poort van het ziekenhuis, weten de geïnterviewde collega's in dit dossier. Ze zien dat in het dagelijks leven veel winst te halen valt, want zo'n vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en een ongezonde leefstijl. Tegelijk worstelen ze met de vraag: hoe breng je mensen daadwerkelijk in actie? Want op iedere straathoek vind je een snackbar. Het belerende vingertje is in ieder geval uit den boze. De kracht ligt in hulp bieden en de boodschap herhalen, en deel vooral wat je opvalt aan patiënten. Of zoals huisarts Addy van der Woude stelt: 'Ik ben medisch specialisten er dankbaar voor als ze in hun briefje ook de woorden "aandacht voor eenzaamheid" erbij zetten.'

TEKST JOB DE KRUIFF BEELD KAISA POHIOLA



Stelling: Preventie is net zo belangrijk als de medische behandeling

**Tom van Loenhout, cardioloog
in Ziekenhuis Gelderse Vallei
en voorzitter van de Alliantie
Voeding in de Zorg:**

‘**J**a, daar ben ik geleidelijk aan van overtuigd geraakt. Als cardioloog was ik aanvankelijk gefocust op datgene waarvoor ik was opgeleid. Ik vond mezelf een hele pief als ik een diagnose kon stellen en een behandeling uitvoeren. Naarmate ik meer ervaring kreeg ging ik anders tegen mijn vak aankijken. Liever dan die ene patiënt te behandelen, en daarna weer de volgende, wilde ik iets doen aan de diepere oorzaken. Om de ellende vóór te zijn en om meer effect te hebben. Veel hartproblemen hebben te maken met slechte gewoontes en verkeerde leefstijl.

Niet veel tijd

Leefstijladvies als onderdeel van een consult is niet vanzelfsprekend. Financieel is er ook niets voor geregeld. Dus zeggen dokters al gauw dat ze er geen tijd voor hebben. Of ze denken in diagnoses en vinden preventie niet hun taak. Anderen hebben het gevoel dat het “toch niet werkt”. Dat laatste is misschien ook wel eens zo, maar vergeet niet: datzelfde geldt voor de medicijnen die je voorschrijft. Ook met pillen doet slechts een derde van de patiënten precies wat je zegt. Mijn ervaring is dat leefstijladvies niet veel tijd hoeft te kosten, en door het persoonlijk te maken – ik wijs bijvoorbeeld op mijn eigen stapenteller – krijg ik een klik met de patiënt en stijgt het consult iets uit boven alleen maar het voorschrijven van een medicijn.

Onderbouwing helpt én timing

De specialist en de huisarts hebben in mijn ogen beide hun rol. In het ziekenhuis ga je niet uitgebreid doornemen wat iemand precies eet, maar wij kunnen wel markeren dat voeding van belang is. Het effect als de specialist het met gezag zegt is groot. Zo hoor ik het ook terug van huisartsen: “Als jij het benoemt, dan help je mij.” Ook helpt onderbouwing. We voeren meerdere studies uit naar leefstijlinterventies bij patiëntgroepen om de plek van voeding en leefstijl in richtlijnen, spreekkamer en onderwijs te verbeteren.

Bovendien kan ik als interventiecardioloog iemand aanspreken op het perfecte moment, bijvoorbeeld kort na een dotterbehandeling. Patiënten zijn aan iets acuuts geholpen, zijn vreselijk opgelucht en dankbaar. Als ik op dat moment iemand diep in de ogen kijk en zeg: je moet stoppen met roken, doe iets aan je eetpatroon, beweeg genoeg, dan blijft dat echt wel hangen. Dan kunnen mensen veranderen.

Niet verwijtend en belerend

Want laat één ding duidelijk zijn: de patiënt moet het doen. Ik kan niet gaan bewegen voor een patiënt. Ik kan het alleen uitleg-

‘Mijn boodschap: pillen hebben soms negatieve bijwerkingen, werken aan je leefstijl vooral positieve’

gen: “Als je dit gaat doen – gezonder eten, meer bewegen – ga je je beter voelen, en je krijgt er goeie dagen bij. Dat weet ik van mensen die het gedaan hebben.”

Het moet niet verwijtend en niet belerend klinken. En ik heb het niet te veel over de lange termijn. Het vooruitzicht dat je een betere kans hebt om een vitale bejaarde te worden, of dat een andere leefstijl je helpt om 85 te worden in plaats van 83, is natuurlijk heel lang in iemands leven geen aansprekend argument. Maar je voelt je prettiger, meteen al. Wij artsen moeten dat benadrukken. Want dat wil iedereen wel. Mijn boodschap: pillen hebben soms negatieve bijwerkingen, werken aan je leefstijl heeft vooral positieve.’



Expertisecentrum

Tom van Loenhout: ‘De Alliantie Voeding in de Zorg is een expertisecentrum waarin ziekenhuizen Gelderse Vallei en Rijnstate hun kennis bundelen en samenwerken met de voedingsdeskundigen van Wageningen University. Dit jaar bestaan we vijftien jaar. Destijds vroegen mensen zich echt nog af waar we mee bezig waren, inmiddels is goed eten een topic dat iedereen belangrijk vindt. We bepleiten gezonde voeding in het ziekenhuis, voor patiënten, bezoekers en personeel. Het begint met meer vers en minder frituur. Dat project heet “Goede zorg proef je”. Bijna veertig ziekenhuizen zijn aangesloten en er is brede waardering, zowel van de patiënt als van de medewerkers. Daarnaast onderzoeken we hoe voedingsadvies in de zorg beter kan. Zowel een gezonder eetpatroon bij chronische aandoeningen als specifieke adviezen in de voorbereiding op een operatie en bij herstel na een behandeling. Lees meer op alliantievoeding.nl



BEELD SIMONE MICHELLE FOTOGRAFIE

Huisarts Addy van der Woude

‘Met aandacht van alle zorgprofessionals, stijgt de kans op effect’

Ja, de huisartsenpraktijk is de aangewezen plek voor de meeste vormen van preventie, zegt Addy van der Woude. Het is er dagelijkse kost, vooral de primaire preventie: proberen te voorkomen dat het bij patiënten met risicofactoren tot bijvoorbeeld een hartinfarct komt. Maar preventie is veel breder, benadrukt zij. ‘Het tijdig signaleren van risico’s is een gezamenlijke opdracht van alle zorgprofessionals.’

Voor échte preventie ben je al te laat als iemand bij de huisarts komt, vindt huisarts Addy van der Woude eigenlijk. Want iedereen die zich in haar spreekkamer meldt heeft al een heel leven achter de rug waarin het wel of niet opvolgen van wat ze ‘grootmoeders adviezen’ noemt, zijn invloed heeft op diens gezondheidstoestand. Op individueel niveau begint het bij de conceptie, met een moeder die wel of geen foliumzuur slikt. Vervolgens hangt veel af van hoe we slapen, eten en drinken, ons middelengebruik. En er is een maatschappelijk niveau: ‘Hoe we ons gedragen, op wie we stemmen, waar we ons geld aan uitgeven.’

Zaadje planten

Voor die hele breedte aan onderwerpen probeert ze oog te hebben in haar praktijk, in de Amsterdamse Bijlmer. In

het kennismakingsgesprek met een nieuwe patiënt gaat het onder meer over de (medische) familievoor- geschiedenis, allergieën en drank. 'En hier in Amsterdam ook drugsgebruik.' Ze bespreekt ook veilige seks en ongewenste zwangerschap. En als iemand rookt vraagt ze altijd of diegene misschien wil stoppen. Maar niet alleen in dat eerste gesprek, ook in andere consulten en ook bij iemand die binnenkomt met een splinter kan ze bijvoorbeeld terugkomen op het roken. 'Dan zeg ik niet betweterig hoe slecht het is, dat weten mensen heus wel, maar ik noem de mogelijke hulp die iemand kan krijgen bij het stoppen, en dat dat nu nog in het basis- pakket zit.' Soms blijkt er dan een zaadje geplant, dat pas bij de tweede of de derde keer naar boven komt.

Kracht van herhaling

Juist omdat zulke boodschappen aan kracht winnen bij herhaling, hebben naar haar overtuiging alle zorgprofessionals een taak. Als de medisch specialist, verpleegkundige en bijvoorbeeld ook de tandarts tegen de patiënt iets zegt over het gedrag, bijvoorbeeld roken, stijgt de kans op effect. Ook het tijdig signaleren van problemen of risico's vindt ze een gezamenlijke opdracht voor alle medici en paramedici die iemand ziet. 'Ik kan niet alles weten van elke patiënt en ik zie ze niet al- lemaal regelmatig. Dus als je als medisch specialist iets signaleert of je ergens zorgen over maakt: meld het me.'

Het hoeft daarbij niet eens alleen om medische zorgen te gaan. 'Iemand uit zijn eenzaamheid halen is ook een vorm van preventie. Dus als ik over een patiënt van de cardioloog hoor dat die zich zorgen maakt op dat gebied, dan ben ik blij met dat signaal. Want inderdaad: wij als huisartsen weten of er in de wijk sociale steun is, een kookclubje of een ontmoetingsplek. We hebben zelfs een speciale praktijkondersteuner voor het sociale domein. Ik heb zóveel patiënten bij wie niets kapot is, maar waar stress of iets anders zich uit in klachten. Gezondheid is niet alleen de aan- of afwezigheid van ziekte, wij sleutelen aan het hele welbevinden.'

Dat daar in het ziekenhuis weinig tijd voor is, snapt Van der Woude. 'Dat geldt voor ons ook, alles moet in tien minuten. Maar ik ben medisch specialisten er dankbaar voor als ze in hun briefje ook de woorden 'aandacht voor eenzaamheid' erbij zetten. Hoe eerder het signaal hoe beter.'



'Ik zeg niet betweterig hoe slecht het is, dat weten mensen heus wel, ik noem de mogelijke hulp die iemand kan krijgen bij het stoppen met roken, en dat dat nu nog in het basispakket zit'

‘We moeten af van het vingerwijzen en beschuldigen’

Eric Hazebroek is bariatrisch chirurg bij Vitalys, kliniek tegen overgewicht, onderdeel van Rijnstate en buitengewoon hoogleraar Nutrition and Obesity Treatment aan Wageningen University & Research (WUR). Hij doet onderzoek naar behandelmethodes die leefstijl, medicijnen of een operatie combineren. Resultaten van eerdere studies zijn veelbelovend, maar voor échte preventie zullen we uiteindelijk onze leefomgeving moeten veranderen. ‘Op elke straathoek is een snackbar te vinden, daar moeten we echt iets aan doen.’

Als een patiënt bij jou komt, heeft preventie dan al gefaald? ‘In feite wel. Ik zie mensen voor een maagverkleiningsoperatie. Vaak hebben ze al een hele geschiedenis achter de rug van intensief diëten, daardoor afvallen en vervolgens juist weer méér aankomen. Dan zijn de processen in het lichaam vaak al dusdanig verstoord dat een meer drastische oplossing nodig is. Simpel gezegd: als je eenmaal 140 kilo weegt, is het lastig om met alleen leefstijlaanpassing de kilo’s er blijvend af te houden.



Die operatie moet je overigens niet zien als een quick fix, daar gaat een heel begeleidingstraject mee gepaard waarin patiënten een nieuwe en gezonde leefstijl aangeleerd wordt. Het eerste jaar na de operatie zie je dat mensen flink afvallen, daarna stabiliseert het gewicht zich en komen ze weer iets aan, dat is normaal. Juist dan is een gezonde leefstijl heel belangrijk.'

Kan het ook zonder operatie, dus met alleen aanpassingen in de leefstijl?

'Soms lukt afvallen goed door gezonder te eten en meer te bewegen. Vaak zien we bij mensen met ernstig overgewicht en (morbide) obesitas dat er meer nodig is. Een maagverkleinende operatie is tot nu toe de enige bewezen effectieve oplossing op de lange termijn.

We proberen bij Vitalys/Rijnstate nu een behandelmethode te ontwikkelen voor de groep die niet in aanmerking komt voor een operatie – of geen operatie wil. Die behandeling bestaat uit medicatie in combinatie met een leefstijlprogramma. Resultaten van eerdere studies zijn veelbelovend en wijzen uit dat mensen met dit medicijn in combinatie met een leefstijlprogramma van een jaar acht tot twaalf procent van hun gewicht verliezen. Wij bieden zelf een traject van twee jaar. Ons onderzoek moet uitwijzen of deze combinatie betere resultaten biedt en behoud van gewichtsverlies op langere termijn.'

Wat zijn de oorzaken van obesitas?

'Sommige mensen hebben al hun hele leven een ongezonde leefstijl en weten eigenlijk niet beter. Toch vind ik "ieder pondje gaat door het mondje" veel te gemakkelijk gedacht. Er zijn naast leefstijl vele oorzaken die aanleiding geven voor het ontwikkelen van



overgewicht en obesitas, zoals hormonale invloeden en stress. En uiteraard zijn er ook genetische invloeden. Denk maar aan je eigen lagerschoolklas: je hebt mensen die van kinds af aan fors van postuur zijn. Net zoals je ongeveer kunt uitrekenen hoe lang iemand gaat worden, weet je ook een beetje wie er te zwaar wordt. Diegene kan daar maar in bepaalde mate iets aan doen.'

Maar als we aan die aanleg niets kunnen doen, waar dan wel te beginnen?

'Uiteindelijk zullen we toch onze leefomgeving moeten veranderen. Dat heeft meer effect dan wat wij als

'Uiteindelijk zullen we toch onze leefomgeving moeten veranderen'

medisch specialisten kunnen doen. Ga maar eens de stad in of een willekeurig dorp ... op elke hoek is een snackbar te vinden. Daar moeten we echt iets aan doen. Voor bijvoorbeeld sportkantines, benzinstations maar ook ziekenhuizen geldt hetzelfde: ongezonde producten zijn vaak meer aanwezig en makkelijker te verkrijgen dan het gezonde aanbod.





Je zult maar vrachtwagenchauffeur zijn. Dan heb je al een zittend beroep, probeer maar eens langs de snelweg iets gezonds te kopen.'

Dus het ligt niet aan de mensen zelf? Dit klinkt als rokers die de sigarettenfabrikant de schuld geven.

'Inderdaad zijn er veel overeenkomsten tussen slecht eten en roken. Het belangrijke verschil is dat je met roken in principe helemaal kunt stoppen – of er niet aan beginnen. Maar een mens móét eten. Ons eetgedrag is deels het gevolg van een maatschappelijke ontwikkeling waarbij ongezonde producten, rijk aan vet en suikers, de overhand hebben gekregen. Dat is een wereldwijd probleem. Vanuit de overheid worden gelukkig nu al goede stappen gemaakt met het Nationaal Preventieakkoord. Hierin is het streven om obesitas terug te

dringen, onder meer door een gezonder aanbod van voeding te realiseren.'

Is er iets dat we morgen al kunnen invoeren?

'Een suikertaks wordt vaak genoemd. Supermarkten minder laten stunten met ongezonde dingen. Minder grote porties eten aanbieden. Dat laatste kan vandaag al. Zulk beleid zal er ooit wel komen, maar de lobby van de voedingsindustrie maakt het ingewikkeld. Anderzijds, ik weet nog dat je in het ziekenhuis mocht roken, nu mag het niet eens meer binnen een straal van zoveel meter eromheen. De tabaksindustrie leek ooit te sterk om roken te kunnen verbieden, dus dat is hoopvol.'

Gaat zulk beleid ook de oplossing worden voor obesitas?

'Of je hiermee obesitas kan voorkomen, dat denk ik niet. Obesitas moeten we echt gaan beschouwen als een chronische ziekte. Dit gaat over mensen met een BMI boven de 35, niet over mensen met een beetje overgewicht. Bij iemand die véél te zwaar is, is echt iets aan de hand. We moeten daarom ook af van het vingerwijzen en beschuldigen: "Had je maar niet zoveel moeten eten." Dat heeft geen zin. Zo bejegenen we andere patiënten immers ook niet. Stress en een maagzweer waren misschien ook te voorkomen geweest. Of hartproblemen. Toch zal een cardioloog niet snel zeggen: deze dotter-procedure doen we maar niet want het is je eigen schuld.'

Wat is dan de behandeling van de toekomst?

'Naarmate we meer zicht krijgen op de verschillende oorzaken die bijdragen aan obesitas, komt er ook een aanpak van meerdere kanten. Leefstijl en voeding, preventie dus, is er hier één van. Hiervoor moet ook veel meer aandacht komen in de medische opleidingen. De behandeling van obesitas is echt een gebied in ontwikkeling. Wellicht is het in de toekomst mogelijk om, net zoals dat al in de oncologie gebeurt, naar een sequentiële behandeling toe te gaan. Waar voor de een leefstijlaanpassingen voldoende zijn, zal voor iemand anders medicatie of een operatie nodig zijn. En soms wellicht een combinatie van die twee. Uiteindelijk zou het mooi zijn als we steeds minder invasieve behandelingen nodig hebben.'

Wat verwacht je van collega-medisch specialisten als ze een patiënt met overgewicht voor zich krijgen?

'Wat ik de medisch specialist in het algemeen mee wil geven is om de patiënt in de spreekkamer met bijvoorbeeld gewrichtsklachten, hartfalen, problemen met zwanger worden of slaapapneu, en bij wie sprake is van licht tot matig overgewicht, aan te bevelen preventief gewicht te verliezen. Naast een vroege signalering om ernstig overgewicht en obesitas te voorkomen kan vijf tot tien procent gewichtsverlies in dit geval namelijk al enorm grote gezondheidswinst opleveren.'

'Obesitas moeten we echt gaan beschouwen als een chronische ziekte'

Geef ruimte aan de waarden, bezorgdheden en wensen van de patiënt

TEKST LEONIE HAGE

Het is in de praktijk vaak moeilijk om een patiënt van preventieve gezondheidsadviezen te overtuigen. In de curatieve geneeskunde spreekt dat meer voor zich. Een trauma of een medisch voorval heeft een belangrijke impact op de motivatie van de patiënt. Maar hoe werkt dat voor 'gezonde' patiënten?

Binnen de preventie spreken we over een levensstijl- of gedragsaanpassing. We vragen patiënten te stoppen met roken of meer te bewegen. Hoewel dergelijke adviezen geformuleerd worden op basis van de situatie van de patiënt en onderbouwd zijn door robuust onderzoek, blijkt het moeilijk om patiënten aan te zetten hun leven over een andere boeg te gooien. Een mogelijke verklaring voor die moeilijkheden is het *soort* advies dat we geven.

In de bio-ethiek worden dergelijke levensstijlaanpassingen vaak als paternalistisch aangeduid; er is weinig ruimte voor de waarden van de patiënt wanneer enkel gezondheid centraal staat. In de (preventieve) geneeskunde staat – natuurlijk – gezondheid centraal. We hebben ook een specifiek idee van wat gezondheid en een ongezonde levensstijl is. Die ideeën geven vorm aan preventieve gezondheidsaanbevelingen. In de vanzelfsprekendheid waarmee gezondheid, levensstijl en welzijn aan elkaar gelijkgesteld worden, botsen we soms op de autonomie van de patiënt. Zo deelt een patiënt vast de overtuiging dat roken ongezond is, maar kan een sigaret een moment van rust bieden. De arts geeft het advies te stoppen, maar dat is moeilijk want er spelen ook andere, mogelijk belangrijkere overwegingen. Daar geen ruimte aan toekennen, is niet alleen paternalistisch, maar ook rampzalig voor de motivatie blijkt uit onderzoek. Wanneer levensstijladviezen geen rekenschap geven van de waarden, bezorgdheden en wensen van de patiënt zetten ze weinig aan tot gedragsverandering.

Filosoof Per-Anders Tengland draagt *empowerment* aan als alternatieve aanpak. Tengland meent dat we niet zozeer de nadruk op gedragsverandering bij de patiënt moeten leggen. We moeten kijken hoe gezondheid als doel een plaats kan krijgen tussen andere waarden die belangrijk zijn. Preventie bestaat dan niet uit het promoten van gedragsaanpassing, maar de patiënt in diens sociale context en met een eigen waardenkader – op een holistische en gepersonaliseerde manier – te helpen diens gezondheid in eigen hand te nemen.

Daan Kenis, PhD onderzoeker bij het Centrum voor Ethiek aan de Universiteit Antwerpen

Nationaal Preventieakkoord

Een vijfde van de ziektelast is gerelateerd aan ongezond gedrag en ongezonde leefstijl. In het Nationaal Preventieakkoord staan afspraken van meer dan 70 organisaties waaronder die vanuit de zorg. Omdat er jaarlijks 35.000 Nederlanders sterven door roken, overgewicht of probleemdrinken zijn de afspraken in het akkoord gericht op deze drie oorzaken van ziekte.

Roken

Jaarlijks sterven meer dan 20.000 mensen in Nederland door roken of meerroken. Doel van het Preventieakkoord is een rookvrije generatie in 2040. Dat betekent dat kinderen niet meer beginnen met roken. En dat zwangere vrouwen niet meer roken. Ook staat in het akkoord dat het aantal rokende volwassenen moet dalen van 23% naar maximaal 5%.

Overgewicht en obesitas

Overgewicht en obesitas zijn na roken de belangrijkste oorzaak van ziekten in Nederland. Bijvoorbeeld hart- en vaatziekten of diabetes. Bijna de helft van de Nederlanders van 20 jaar en ouder is te zwaar. Het doel van het Preventieakkoord is voor 2040 dat het percentage van de volwassen Nederlanders die te zwaar is (nu ongeveer 50%) terug is gedrongen naar maximaal 38%.

Problematisch alcoholgebruik

Voor jongeren is alcohol extra schadelijk. Het belemmert de ontwikkeling van hun hersenen. Daarnaast is alcohol ook gevaarlijk voor ongeboren kinderen. Doel van het Nationaal Preventieakkoord is dat voor 2040 jongeren en zwangere vrouwen geen alcohol meer drinken en het aantal volwassenen Nederlanders dat teveel drinkt van 8,8% naar maximaal 5% is gedaald.



‘Goede zorg begint met de juiste diagnose, en daar komt patholoog Shoko Vos om de hoek kijken. ‘Dat je daar slechts een minuscuul stukje weefsel voor nodig hebt, intrigeert me.’



Ze begon niet aan de opleiding geneeskunde met het idee om patholoog te worden. ‘Gaandeweg groeide mijn interesse in de pathofysiologie en de diagnostiek van ziektes – dat vond ik interessanter dan de behandeling zelf. Toen een collega-student over haar coschap pathologie vertelde, werd ik nog enthousiaster. Hoewel ik mijn keuzecoschap al had vastgelegd – op de afdeling neonatologie in het Zuid-Afrikaanse Stellenbosch notabene – voelde ik heel sterk: ik moet dit afzeggen en voor pathologie kiezen.’

Verbaasde die switch je?

‘Op sommige momenten dacht ik: ga ik dit echt doen? Het betekende namelijk dat ik nooit direct met patiënten zou werken, iets wat je wel voor ogen hebt als je geneeskunde studeert. Dat was even schakelen.’

Was het een goede zet?

‘Vanaf dag één dacht ik: wauw, dit is het gewoon.’

De nadruk ligt niet meer op genezen, maar op onderzoek. Waar zit voor jou de uitdaging?

‘Goede zorg begint met de juiste diagnose. Ik wil daarom zo goed mogelijk weten wat een patiënt mankeert. Dat je daar slechts een klein stukje weefsel voor nodig hebt, intrigeert me. Bij een leverbiopsie kijk je bijvoorbeeld naar één vijftigduizendste deel van de lever, maar je ziet wel afwijkingen die het klinische beeld kunnen verklaren. Fascinerend.’

Hoe kijk je naar patiënten, zie je ze eigenlijk als mens of als casus?

‘In principe niet als mens, ik kijk puur naar het weefsel en wat daarin te zien is. Dat betekent niet dat er nooit een casus blijft.’

Zoals?

‘Onlangs had ik te maken met een jongeman met een snelgroeiende zwelling in de thorax. De arts vroeg of ik het weefsel zo snel mogelijk kon onderzoeken. Samen met mijn collega’s uit het lab zette ik alles op alles, en aan het einde van de dag had ik een diagnose – ik was ontzettend opgelucht. Toen ik de arts belde, bleek de patiënt echter al overleden. Dat was een klap in mijn gezicht.’

Je werkt veel samen met andere medisch specialisten. Wat valt je daarbij op?

‘Sommige klinici weten aardig wat over pathologie, anderen hebben weinig idee van wat ons vak inhoudt

en hoeveel werk erin zit. Ook is er het vooroordeel dat we met name onderzoek doen op overleden patiënten, in de kelder van het ziekenhuis.’

En, zit je in de kelder?

‘Ha, nee, ik zit op de tweede tot en met de vierde verdieping. De obductieruimte is overigens wel in de kelder, maar dat is nog geen vijf procent van ons werk.’

Wanneer moet je langer naar een afwijking speuren?

‘Laatst onderzocht ik weefsel van de twaalfvingerige darm van een patiënt die met klachten in de bovenbuik kampte. Er zaten tumorcellen verstopt in de vaatjes in het slijmvlies, en uiteindelijk bleek de patiënt alvleesklierkanker te hebben – een compleet andere diagnose.’

Wat maakt jou anders dan anderen?

‘Ik heb een brede blik. Zo studeerde ik ook nog een jaar kunstfilosofie en geschiedenis en kwam ik in aanraking met het vak medische ethiek. Dat lijkt mijlenver af te staan van de pathologie, maar er zijn genoeg ethische aspecten op het vlak van digitalisering en kunstmatige intelligentie.’

Wat kunnen ervaren pathologen leren van de jonge garde?

‘De pathologie maakt veel technologische ontwikkelingen door – denk aan het bekijken van coupes op een computerscherm in plaats van onder de microscoop. Op zich is het logisch dat jonge mensen die nieuwe technieken makkelijker eigen maken, maar sommige ervaren pathologen blijven daar terughoudend in.’

En andersom?

‘Er zijn steeds meer subspecialisaties in de pathologie, maar de oudere garde is nog breed opgeleid. Die hebben dus een bak aan ervaring waar de jonge garde van kan leren. Ik ben sowieso van mening dat je laagdrempelig ervaren collega’s erbij moet kunnen vragen als je twijfelt over een casus.’

Heb jij een lijfspreuk?

‘Op mijn werkkamer hangt een poster met een spreuk van K. Schippers: ‘Als je goed om je heen kijkt zie je dat alles gekleurd is’. Die vind ik heel toepasselijk op mijn werk. Allereerst letterlijk, omdat wij het weefsel kleuren. Maar ook omdat mensen dus vaak denken dat pathologie zwartwit is – terwijl juist de correlatie met de kliniek zo belangrijk is.’



Shoko Vos

- **GEBOREN** op 4 oktober 1988 in Amersfoort
- **VOLGDE** haar opleiding geneeskunde van 2006 tot 2013 in Utrecht. Volgde de opleiding tot patholoog van 2014 tot 2019 in het UMC Utrecht
- **WERKT** als patholoog in het Radboudumc met de aandachtsgebieden thorax- en maag-darm-leverpathologie
- **WOONT** samen en is moeder van twee kinderen van 4 en 1
- **HOBBY'S** zijn uit eten gaan en nieuwe restaurants uitproberen, yoga, wandelen met de kinderen, musea bezoeken, film en (kinder)theater

Om softwareleveranciers
wakker te schudden:

‘We moeten massa creëren’

Voorzitter Han Hegeman van de Dutch Hip Fracture Audit legde zijn ziel en zaligheid in een eenduidig landelijk zorgpad voor de behandeling van heupfracturen. Administratieve lastenverlichting, registratie aan de bron en kwaliteit van zorg gaan hand in hand, en staan voorop in het hoofdlijnenakkoord. Maar dan moeten de grote softwareleveranciers wel eerst zorgpaden inbouwen en hun epd-systemen koppelen met landelijke registraties. Die komen echter moeizaam over de brug.

TEKST FRED HERMSEN BEELD MONIQUE WIJBRANDS

‘In 2016 ging de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA) van start. Doel: de zorg inzichtelijk maken die geleverd wordt aan patiënten met een heupfractuur in Nederland. Inmiddels staat zo’n 85 procent van alle heupfracturen in Nederland geregistreerd in de DHFA, en komen er 16,5 duizend per jaar bij. Met de groeiende hoeveelheid data groeit ons inzicht in de geleverde zorg aan deze patiëntengroep en kunnen collega’s terugvallen op steeds meer handige spiegelinformatie. Op dit moment moet bijna iedere behandelaar de gegevens die eerder in het epd zijn ingevuld handmatig overzetten naar het registratiesysteem van de Dutch Hip Fracture Audit. Dubbel werk, met de kans op fouten. Velen besteden dit tikwerk uit, maar je moet altijd zelf nog een eindcontrole uitvoeren. Dit proces zou je natuurlijk willen automatiseren. Daarvoor hebben we allereerst een eenduidige manier van werken en registreren nodig. Met behulp van kwaliteits-

gelden (SKMS) hebben we een landelijk zorgpad voor de behandeling van heupfracturen ontwikkeld, in samenwerking met de belangrijkste betrokken wetenschappelijke verenigingen. Hierbij hebben we bewust ook relevante andere initiatieven betrokken, zoals de handreiking Implementatieroute Gestructureerde Verslaglegging EPD, het project Verduurzamen Kwaliteitsregistraties en de Zorginformatie bouwstenen (zibs). Deze juiste aanvliegroute maakte de ontwikkeling wat complexer, maar heeft het draagvlak voor implementatie vergroot. Dat scheelt later hopelijk tijd.

Het landelijke zorgpad is inmiddels klaar, de wetenschappelijke verenigingen voor heelkunde (NVvH), traumachirurgie (NVT), orthopedie (NOV), klinische geriatrie (NVKG) en interne

‘Het zorgpad voor heupfracturen heeft vanaf dag één vruchten afgeworpen’





geneeskunde (NIV) hebben het zorgpad geautoriseerd. In mijn eigen ziekenhuis werkten we al met een dergelijk zorgpad voor heupfracturen, en die keuze heeft vanaf dag één vruchten afgeworpen. Het zorgpad werkt ook goed doordat de geregistreerde informatie veelomvattend is, maar niet uitputtend. En de data zijn eenvoudig herbruikbaar. Bovendien komt de informatie automatisch terecht in de brief voor patiënten en eerstelijns behandelaars. De koppeling met de landelijke registratie geeft medisch specialisten inzicht in de behandelingen die heupfractuurpatiënten al achter de rug hebben, ze zien bovendien waar hun eigen verbeterpotentieel ligt. Een belangrijk onderdeel van het hele traject is dat we dit zorgpad landelijk willen uitrollen. De automatische koppeling tussen epd-systemen

en het registratiesysteem van de Dutch Hip Fracture Audit staat daarbij hoog op de agenda. Logische stappen zou je denken, dus vooruit met de geit. Maar zo makkelijk gaat dat niet. De meeste ziekenhuizen werken met een zorginformatiesysteem van één van de drie grote softwareleveranciers: Chipsoft, Epic of Nexus. Een aantal van hen maakt geen haast om het zorgpad in te bouwen. Ik heb de indruk dat daarbij – anders dan in de media weleens wordt gesuggereerd – niet zozeer angst voor verlies van marktaandeel een rol speelt, maar dat het inbouwen



Han Hegeman

Han Hegeman is traumachirurg bij Ziekenhuisgroep Twente (ZGT) in Almelo, voorzitter van de Dutch Hip Fracture Audit (DHFA), voormalig bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Traumachirurgie (NVT) en voorzitter van het SKMS-project 'Landelijk EPD Zorgpad Heupfractuur'. Als guest associate professor aan de Universiteit Twente houdt hij zich onder meer bezig met monitoring van revalidatie op afstand en de inzet van kunstmatige intelligentie bij predictie van complicaties na een operatie vanwege een heupfractuur.





van het zorgpad inclusief de koppeling met de Dutch Hip Fracture Audit simpelweg niet hoog op hun prioriteitenlijst staat.

De context verschilt per leverancier. In Epic bouw je zelf een zorgpad. Wel zijn er verschillende Epic-versies in omloop, wat het landelijk uitrollen van het zorgpad van de DHFA onder Epic-gebruikers kan frustreren. Nexus heeft weliswaar aangegeven het inbouwen van het zorgpad een goed idee te vinden, maar na die uitspraak volgde langdurige radiostilte. Chipsoft werkt met zogeheten standaard content van HIX. Daarin wordt met geen enkel individueel ontwikkeld zorgpad rekening gehouden. Mijn ziekenhuis werkt met dit Chipsoft. We hebben in ons ziekenhuis het landelijk goedgekeurde zorgpad voor heupfracturen geadopteerd, maar het is nog maar de vraag of het ook daadwerkelijk in de standaard content van HIX terecht komt. Andere ziekenhuizen met Chipsoft kunnen alleen gebruikmaken van dit landelijk zorgpad als dat wel gebeurt. Ik heb dus

‘We vinden gepokte en gemazelde it-specialisten op ons pad die veel dieper in de materie zitten’

‘Ik heb soms het idee dat ik voor het systeem werk, terwijl het systeem de zorg zou moeten dienen’

soms het idee dat ik voor het systeem werk, terwijl het systeem de zorg zou moeten dienen. Je zou ook kunnen kijken naar het belang van de ziekenhuizen. Die hebben er ook veel bij te winnen. Met goede dataverzameling zie je immers meer, krijg je beter inzicht in de kwaliteit van zorg. Het is echter niet te doen om alle ziekenhuizen van deze boodschap te overtuigen. Waarschijnlijk is ons belang ook te klein; dit landelijk zorgpad is tenslotte slechts een van de vele. Mogelijk zien zowel ziekenhuizen als softwareleveranciers dat zo. De versnippering zit ons dus in de weg. En vergeet niet, een vuist maken is moeilijk. We doen dit “erbij” uit gedrevenheid en we vinden gepokte en gemazelde it-specialisten op ons pad die veel dieper in de materie zitten.

Aan deze omstandigheden is niet veel te veranderen; en alle medische disciplines kampen ermee. Wél kunnen we massa creëren: één dwingende boodschap laten horen richting politiek, overheid, verzekeraars en leveranciers: “Uniforme zorgpaden, registratie aan de bron en gekoppelde informatiesystemen leiden tot hogere zorgkwaliteit en minder administratieve lastendruk.” Daarom hebben we de krachten gebundeld met de Federatie Medisch Specialisten. Ik verwacht dat we deze handschoen samen effectief kunnen oppakken, dat we kunnen zorgen voor een overtuigende visie, een effectieve lobby en samenwerking met bijvoorbeeld het ministerie van VWS. Alles om de softwareleveranciers ervan te doordringen dat landelijk geautoriseerde zorgpaden en de automatische koppeling van deze zorgpaden met de kwaliteitsregistraties de hoogste prioriteit verdienen. Vergeet ook niet dat het initiatief naadloos aansluit bij het Hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg.’

ANDERE BLIK OP CHEF DE CLINIQUE

‘De tijdelijkheid van de functie is een gemiste kans’

Van oudsher is de chef de clinique als een piloot die na het maken van veel vliegreizen op verschillende plekken een grotere kans heeft op een vaste aanstelling. Anno 2022 is dat laatste niet meer vanzelfsprekend. Daar zit een afbreukrisico aan: ‘De vrijheid blijheid is leuk, maar zonder uitzicht verliest de functie zijn aantrekkelijkheid.’

TEKST NAOMI VAN ESSCHOTEN BEELD EELKJE COLMION

De allerbeste pr voor de functie chef de clinique is waarschijnlijk de televisieserie Medisch Centrum West geweest. In 1990 keek Nederland massaal op vrijdagavond naar de strijd tussen de knappe dokter Jan van de Wouden en de door en door slechterik Eric Koning. Beide internisten van het Zuiderzeeziekenhuis trokken alles uit de kast voor de felbegeerde positie van chef de clinique. Vooral voor Koning was geen streek te laag. Natuurlijk kwam uiteindelijk de sympathieke, integere dokter Jan als winnaar uit de bus.

Ruim dertig jaar later heeft de functie een stuk minder sexappeal. Hoe dat kan? In de negentiende en begin twintigste eeuw was de chef de clinique in het algemeen een senior arts in een ziekenhuis die leermeester was van assistenten en de dagelijkse leiding voerde over een ziekenhuisafdeling. De functie ging vanzelfsprekend gepaard met morele en wetenschappelijke autoriteit. Tegenwoordig gaat het meestal om een startersfunctie. Doordat elk ziekenhuis de functie anders invult, is het een uitstekende manier om veel verschillende ervaringen op te doen. Maar waar de schoen wringt, is de tijdelijkheid: een

vaste aanstelling blijkt geen logische vervolgstap. Nog steeds is de functie leerzaam en waardevol, vinden radioloog Inge Vanhooymissen en cardioloog Maarten de Mulder. Beiden voerden de functie meerdere jaren uit in diverse ziekenhuizen. Maar ze zien ook dat steeds meer jonge klaren noodgedwongen langer in de tijdelijke baan blijven hangen. Vanhooymissen en De Mulder waarschuwen voor het effect daarvan: ‘De uitzichtloosheid heeft een negatieve impact op de patiëntenzorg, de organisatie en de motivatie van jonge specialisten om vernieuwing te brengen.’



Radioloog Inge Vanhooymissen

‘Mijn ideaalbeeld is dat iedereen een paar jaar als chef werkt’

Ervaring opdoen, netwerken en je ogen op diverse plekken de kost geven: Inge Vanhooymissen zag haar tijd als chef de clinique vooral als kans. Inmiddels heeft ze een vaste aanstelling gekregen op haar ‘oude’ plek in het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) Den Haag.

‘Een erebaan? Nee, zo zie ik de functie van chef de clinique niet. Het is een functie om een tijdelijk tekort in de vakgroep aan te vullen. Voor het ziekenhuis is het handig om over extra handen te beschikken en als jonge klare biedt het je kansen. Zo was ik net klaar met een fellowship abdominale radiologie in het Erasmus MC, maar merkte ik dat ik nog wel meer bagage kon gebruiken.’

Keukens

‘De chef-functie in het HMC bood me de gelegenheid om in verschillende keukens te kijken. Het blijkt lastig om echte veranderingen door te voeren of protocollen aan te passen: je bent tenslotte niet bij de vakgroep- of managementvergaderingen aanwezig. Maar ik kreeg wel alle ruimte om vliegreuen te maken en kon veel zelfstandig doen. Het uitbreiden van mijn netwerk en de positieve referenties vergrootten bovendien de kans op een vaste plek.’

Misbruik

‘Soms hoor je verhalen dat er misbruik wordt gemaakt van chefs voor diensten, maar dat was in Den Haag zeker niet het geval. Diensten draaien was af en toe nodig, maar altijd in overleg en niet structureel van aard. Toch hangt het er maar net vanaf hoe een vakgroep ermee omgaat: bij de één word je ingedeeld bij de assistentengroep en bij

de ander bij de stafleden. Je valt er net tussenin. En het blijft een spanningsveld: krapte opvangen is begrijpelijk, maar we zijn geen goedkope werkrachten.’

Hypotheek

‘Wat wel op mijn gemoed drukte, was de tijdelijkheid van de functie. Na een halfjaar moet je alweer verder kijken. Ook financieel is het onzeker. Met een contract als chef de clinique kun je geen hypotheek afsluiten. Overigens is het cv-technisch ook niet aantrekkelijk om lang te blijven ‘cheffen’: drie tot vijf jaar is het maximum. Daarna krijg je toch een beetje het stempel van flie-refluiter. Helaas blijven mensen door de krappe arbeidsmarkt nu langer in chef-functies hangen.’

Uitzicht

‘Mijn ideaalbeeld is dat elke dokter één à twee jaar in een chef-functie werkt. Het is goed voor je algemene ontwikkeling, je doet ervaring op en je groeit erdoor. Door op verschillende plekken te werken, leer je dat er meer manieren zijn om ergens naar te kijken en ontdek je welke niet-klinische taken je leuk vindt. Als de chef-functie ook meer uitzicht zou bieden op een vaste aanstelling zou dat zeer helpen de functie aantrekkelijk te houden.’



Cardioloog Maarten de Mulder

‘Het is een goede manier om je loopbaan te beginnen’

De afgelopen drie jaar werkte Maarten de Mulder achtereenvolgens in Breda, Amstelveen en Den Haag. Hij deed een sloot ervaring op met patiëntenzorg en de organisatie van een hartfalenpoli. Nu zou hij graag de volgende fase van zijn loopbaan in gaan.

‘Als je net klaar bent, is de functie van chef de clinique een ontzettende goede plek. Zo heb ik in Breda tweeënhalf jaar veel klinische patiëntenzorg en poli’s gedaan. En in het Hagaziekenhuis waar ik nu werk, mag ik me daarnaast ook bezighouden met de organisatie van zorg. Zo richt ik me nu op het stroomlijnen van de verpleegkundig-specialistische zorg na een hartinfarct.’

Volgende stap

‘De functie is ook noodzaak, werk is er namelijk volop. Op sommige plekken vind je zelfs meerdere chefs naast elkaar. Maar veel jonge klaren blijven nu te lang hangen in deze functie. Net zoals je “uit” je studentenkamer groeit, wil je ook dóór als je dit werk een paar jaar gedaan hebt. Dat die volgende stap niet vanzelf volgt, ligt niet aan het individu maar aan de belabberde arbeidsmarkt. Uit een recente arbeidsmarktmonitor blijkt bijvoorbeeld dat 43 procent van de cardiologen na drie jaar nog geen vaste aanstelling heeft. Dat gebrek aan perspectief heeft negatieve gevolgen.’

Investeren

‘Ik ben dokter geworden om patiënten iets te bieden, waaronder continuïteit van zorg: de cardioloog

ziet patiënten met hartaandoeningen vaak jarenlang. Ook ik wil graag investeren in dat contact, maar moet telkens na een halfjaar alweer om me heen kijken. Daarnaast vind ik het interessant om mee te denken over de organisatie van zorg. Dat lukt vaak wel in een chef-functie, maar als je steeds ergens tijdelijk zit of vooral als werkpaard wordt gezien, motiveert dat niet. Een gemiste kans, zowel voor de chef de clinique als voor de vakgroep en de organisatie.’

Verouderd idee

‘Het romantische beeld dat de chique klinkende titel nog oproept bij mensen buiten de ziekenhuizen, is dus aan herziening toe. Als chef de clinique krijgen jonge klaren de ruimte om waardevolle ervaringen op te doen, eventueel in verschillende ziekenhuizen. Maar het zou alle belangen, die van de jonge klare, vakgroep en patiënt, dienen als na een tijdelijke betrekking ook vastigheid in het verschieft ligt. Er zijn mogelijkheden om ruimte te creëren voor een nieuwe maat, maar dat vraagt wel een andere organisatie van vakgroepen, msb’s en ziekenhuizen. Die insteek levert behalve meer zekerheid ook de juiste zorg op, door de juiste mensen op de juiste plek.’



IN BALANS

WERK/THUIS

WERK Hoe zet ik mijn volgende stap op de klim-of bergwand? Waar komt deze enkelblessure vandaan? Geef sportarts Prashant Komdeur zo'n puzzel en hij geniet. Lang twijfelde hij tussen kindergeneeskunde en sportgeneeskunde. Een jaar lang werkte hij op de afdeling kindergeneeskunde in een ziekenhuis op Curaçao. Op het eiland leerde hij duiken én ontmoette er zijn vrouw. Uiteindelijk koos hij met hart en ziel voor de sportgeneeskunde, met als een van zijn specialismes duikgeneeskunde. Nu keurt hij (top)sporters en behandelt sport- en beweegblessures op het Sport Medisch Centrum Papendal te Nijmegen. Zo fijn als je in je werk je hobby's kwijt kunt. Als geen ander kan hij zich verplaatsen in de sportende medemens. Naast klimmen en duiken, staan ook taekwondo, skiën en bergwandelen op zijn activiteitenlijst. En is hij toetsenist in twee bands.

THUIS De klimpassie begon met zijn vrijgezellenfeest. Zo'n klimhal is ook heel geschikt voor een kinderfeestje; drie keer raden waar dochterlief zes jaar geleden haar zevende verjaardag vierde? Zijn vrouw was al klimfan en zoon (toen 5) bleef niet achter. Een gezinspassie was geboren. Iedere zaterdag staan/hangen ze in de klimhal, iedere zomer *klettersteigen* ze langs oude militaire routes in de Oostenrijkse bergen. De ambities groeien: (gezekerd) rotsklimmen staat nu op het gezamenlijke doelenlijstje. Tot het zover is – en zo lang de klimhal wegens corona dicht is – vermaakt Prashant zich in het fitnesscentrum van Papendal en op hardloopschoenen. Want de vereiste klimvaardigheden (kracht, uithoudingsvermogen, souplesse en balans) moeten wel op peil blijven. De schoonheid van klimmen? Het is een *full body workout* én een mentale puzzel – hoe kom ik door deze route heen? – waarbij je jezelf tegenkomt.



COLOFON

Jaargang 8, maart 2022

Uitgave

Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialististen en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 28 duizend exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie en aan artsen in opleiding die lid zijn van De Jonge Specialist.

Redactie

Sjef van der Lans: hoofdredactie, Mirjam Siregar: eindredactie, Fred Hermsen (Maters en Hermsen communicatie en journalistiek): concept en redactiecoördinatie.

M.m.v. Magriet Bakker, Hanneke Bos, Vanessa Cruz, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Sandra Schoonderwoerd, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialististen)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Ivan Gan (oogarts), Anne Koppelaar (bestuurslid De Jonge Specialist), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lankeren (radioloog), Shahrzad Sepehrkhoy (patholoog), Joost van der Sijp (chirurg-oncoloog), Margot Wagendorp (psychiater)

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 Specialististen, Cindy van Schendel, afdeling Communicatie
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht, (088) 505 34 34
communicatie@demedischspecialist.nl

Abonnement

Vragen over uw abonnement of een adreswijziging kunt u sturen aan het secretariaat van uw wetenschappelijke vereniging.

Via www.demedischspecialist.nl/magazine kunt u alle edities van Medisch Specialist online lezen en/of downloaden (pdf).
© Medisch Specialist 2022.
ISSN 2451-9952
e-ISSN 2666-9234

Via de wetenschappelijke vereniging bent u aangesloten bij de Federatie Medisch Specialististen.

Wij staan voor 23 duizend toegewijde dokters in ziekenhuizen en instellingen. Wij verenigen alle 32 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

Want er gebeurt ontzettend veel in de zorg. De uitdagingen zijn groot. De technologische ontwikkelingen gaan razendsnel, de zorgvraag neemt toe, budgetten staan onder druk en we komen steeds vaker handen tekort.

Veel partijen beïnvloeden het werk van de medisch specialist: verzekeraars, politiek, managers, farmaceuten, patiëntenorganisaties. Er zijn grote belangen.

Daarom werken we samen in de Federatie Medisch Specialististen. Samen gaan we voorop in vernieuwing zodat 17 miljoen Nederlanders kunnen rekenen op de beste zorg ter wereld.

Bekijk alles wat wij voor u doen:



Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk. De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden welke mogelijk voortvloeien uit het lezen van deze uitgave. De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de Federatie. De redactie behoudt zich het recht voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via communicatie@demedischspecialist.nl.

Moet ik een gespreksverslag over functioneren voor akkoord tekenen?

Internist Vincent heeft geen prettig functioneringsgesprek. Na afloop krijgt hij hier een verslag van, met de vraag het voor akkoord te ondertekenen. Hij neemt contact met ons op omdat hij het niet eens is met de beoordeling van zijn functioneren. Onze jurist vertelt dat Vincent niet verplicht is om voor akkoord te tekenen; hij kan het ook tekenen voor 'gezien'. De jurist adviseert Vincent bovendien zelf een reactie te schrijven zodat zijn visie ook in het personeelsdossier wordt opgenomen.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Het Kennis- en dienstverleningscentrum is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialististen en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. Wij geven juridisch advies bij onder andere arbeidsconflicten, opleidingsgeschillen en MSB-contracten.



Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband

& nu
verder



Medisch spoedtransport met een drone

Een drone met een spanwijdte van 2,4 meter vervoert met een kruissnelheid van 75 kilometer per uur binnen 20 minuten bloed of medicijnen tussen Meppel en Zwolle. Naast het sneller en veiliger transporteren van bloed, medicijnen of diagnostische gegevens kan de drone ondersteuning bieden bij spoedsituaties. Artsen en ambulancepersoneel kunnen zo sneller voorzien worden van de juiste benodigdheden en informatie op locatie.

Het is voor het eerst in Nederland dat een medische drone over een langere afstand zelfstandig en buiten het zicht vliegt – op 100 meter hoogte – boven dunbevolkt gebied.

In het buitenland vinden er al langer bloedtransporten per drone plaats in slecht bereikbare gebieden. De drones moeten vanaf 2023 tussen Meppel en Zwolle gaan vliegen. Dat gaat niet vanzelf: er zijn bijvoorbeeld wijzigingen nodig in de wet- en regelgeving voor dronetransport om een permanente vliegvergunning te verkrijgen. Het Isala ziekenhuis test drones voor medisch spoedtransport in samenwerking met onder meer Medical Drone Service. Het Isala ziekenhuis wil in de toekomst de drones in een groter netwerk opnemen, zodat andere ziekenhuizen en zorginstellingen ook op het dronenetwerk kunnen aansluiten.