

Vrijgevestigd dermatoloog
Amber Goedkoop

**'Verkeerde beeldvorming
mag mij de vrije keuze
niet ontnemen'**

De loopbaan van drie
generaties medisch
specialisten

'Niet alles hoeft nu'

Dossier
Grensoverschrijdend gedrag

**'Maak ruimte om te
praten over respectvol
gedrag'**

Medisch Specialist

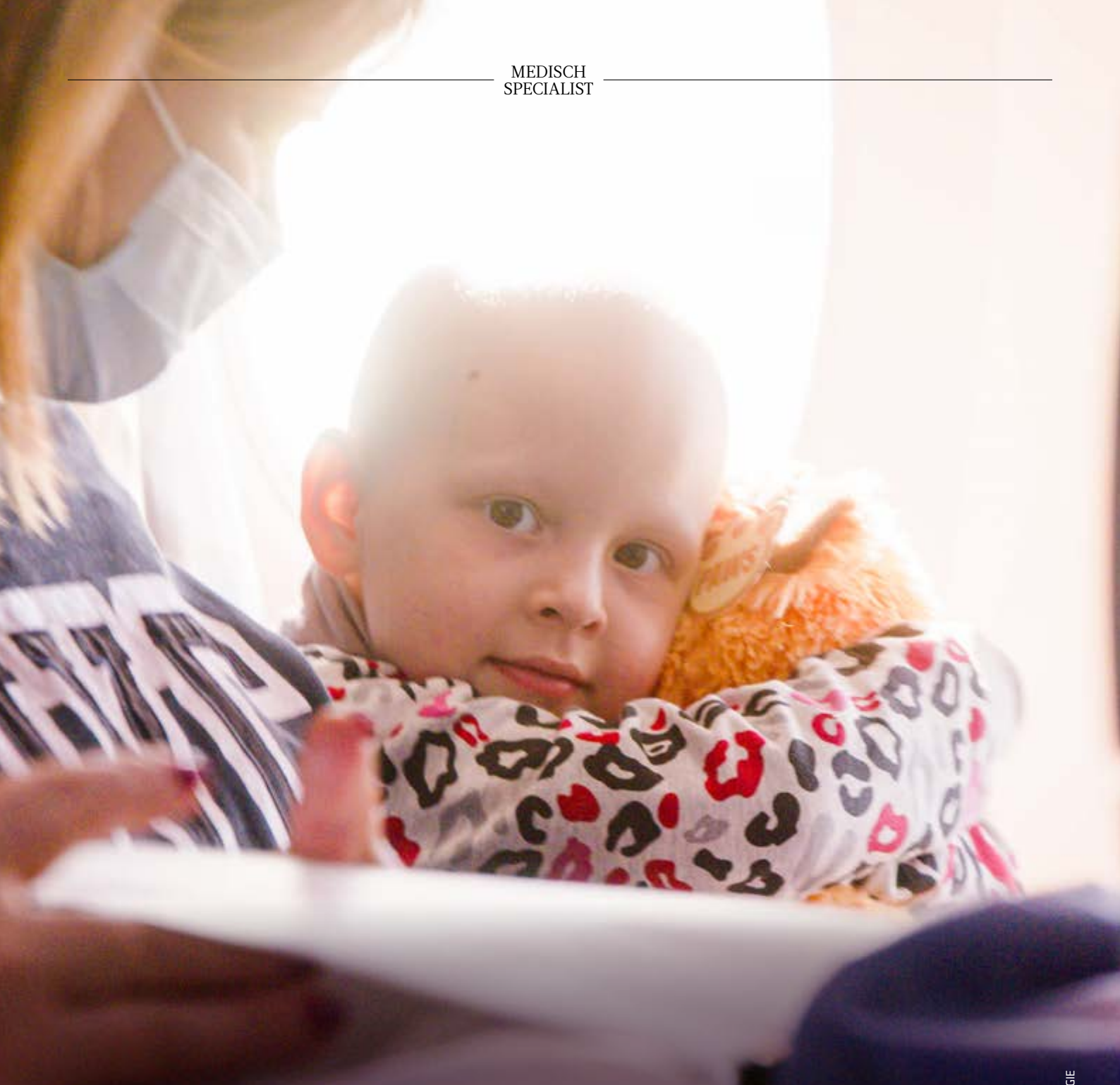
juni
2022

Hoogleraar farmacogenetica
Ron van Schaik

**'Medicatie voor-
schrijven zonder
DNA-informatie
is niet ethisch'**



Federatie
Medisch
Specialisten



Half maart brachten twee vliegtuigen 44 Oekraïense kinderen met kanker naar Nederland, vergezeld van hun directe familieleden. Doel: medische opvang in het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie in Utrecht. De eerste triage voor de overtocht had al in Polen plaatsgevonden, op Schiphol en Eindhoven Airport namen de medische teams en tolken de medische dossiers, scans en bipten in ontvangst, voerden ze medische checks uit en hielpen ze de gezinnen op weg. De kinderen, hun broertjes en zusjes, hun moeder en soms hun meegekomen grootouders vonden onderdak bij gastgezinnen, waaronder ook ziekenhuismedewerkers. Twee kinderen werden direct opgenomen in het ziekenhuis, de anderen zouden later die week volgen via de polikliniek en dagbehandeling. Kinderoncoloog Kathelijne Kraal is hoofd van de kliniek solide

tumoren en leidt het kersverse International office, dat zijn vuurdoop kreeg door deelname aan het internationale evacuatieprogramma Safer Ukraine. Normaal gesproken verwelkomt het centrum zo'n zeshonderd patiënten door het jaar heen. Deze grote hulpactie was enerverend. 'Het levert een dubbel gevoel op', ervaart Kathelijne. 'Aan de ene kant is de kick enorm om met z'n allen zó te kunnen helpen, en werken we geweldig samen met de Vereniging Kinderkanker Nederland. Maar je ziet ook voor je ogen hoe onwezenlijk, dichtbij en intriest de oorlog is.' Wekelijks melden zich nog steeds twee tot drie nieuwe Oekraïense patiëntjes. De groep is inmiddels opgenomen in de dagelijkse organisatie van het Prinses Máxima Centrum. 'We behandelen hen met dezelfde aandacht als alle andere kinderen.'

NR.2
juni
2022



15

Chirurg Bernard Elsman in dossier
Grensoverschrijdend gedrag

**‘Ga fatsoenlijk om met
macht, gezag en
leeftijdsverschillen’**

Drie loopbaanpaden
**Keuzes maken,
kansen pakken en
toevalstreffers**



24



28

Amber Goedkoop, dermatoloog

**‘Dwing je ons in
loondienst, dan
verdwijnt een unieke
en effectieve dualiteit’**

EN VERDER

5 Column Federatie-
voorzitter Peter Paul
van Benthem

7 Federatienieuws met
o.a. Loopbaanmonitor
en keuzekaarten op
Thuisarts.nl

8 In balans: schilder
en aios cardiologie
Marco Voortman

10 Hoogleraar
farmacogenetica
Ron van Schaik ‘Genotype-
ring werkt en is niet duur’

22 Aan de start: de
perfecte uroloog
bestaat niet volgens
uroloog Saskia Welting

30 Gouden regel:
Kinder- en thorax-
radioloog Pierluigi Ciet
leert door zijn trots opzij
te zetten



**OP DE
COVER**

Hoogleraar
farmacogenetica
Ron van Schaik
Pagina 10

32 & nu verder:
microchirurgie
als samenspel
tussen arts en robot

LEERGANG MANAGEMENT VOOR MEDICI VOOR MEDISCH SPECIALISTEN MET AMBITIE

Vervul of ambieer je de rol van afdelingshoofd, medisch manager, vakgroepvoorzitter of (staf)bestuurder? Of ben je in algemene zin breed geïnteresseerd in management van zorg? Dan is de postdoctorale leergang Management voor medici wellicht iets voor jou. Je volgt diverse modules waarin alle ins en outs van management en besturing in de zorg aan bod komen. Denk daarbij aan marktontwikkelingen, strategie en verandermanagement, leiderschap, financiën, organisatie, ondernemerschap en samenwerking.

DEELNEMERS OVER HUN ERVARINGEN

- 'De interactie en intervisie met de andere cursisten gaf een mooie uitwisseling en fijne sfeer.'
- 'De modules waren een goede combinatie van theoretische achtergrond en praktijk.'
- 'De interessante sprekers gaven een blik op het brede werkveld.'
- 'Als ik nu aan tafel zit met bestuurders, merk ik het verschil: ik haal er meer uit en kan meer inbrengen.'

WAAROM KIEZEN VOOR MANAGEMENT VOOR MEDICI?

- Wetenschappelijk onderbouwd programma met accent op directe toepasbaarheid
- Intensief opdoen van gerichte kennis en vaardigheden
- Leren in een netwerk van collega's met vergelijkbare ervaringen in andere zorgorganisaties
- Individuele begeleiding en intensieve interactie in kleine groep
- Ruimte voor eigen casuïstiek
- Les van ervaren managers, experts en ziekenhuisbestuurders
- Deelnemers waarden de leergang gemiddeld met een 8,7

PRAKTISCH

- **Startdatum:** 26 september 2022, in de regio Utrecht
- Acht blokken van twee aaneengesloten dagen (vijf dagdelen)
- **ABAN:** 40 punten
- **Cursusgeld:** € 11.750,- voor deelnemers die via hun wetenschappelijke vereniging aangesloten zijn bij de Federatie en lid zijn van VvAA, anders € 12.650,-



COLUMN

Kwetsbaar

De oorlog in Oekraïne. Verschrikkelijke beelden komen dagelijks via de media onze huiskamers binnen. Het is bizar om je te realiseren hoe dichtbij deze oorlog is. Tegelijkertijd zie ik ook hartverwarmende reacties van zorgprofessionals in Nederland. Massaal kwamen medisch specialisten, verpleegkundigen en andere collega's uit de zorg in actie en zetten initiatieven op om collega's en patiënten daar te helpen. Medicijnen en hulpmiddelen werden die kant op gestuurd, via zoomsessies werden collega's met raad en daad bijgestaan.

Neem het Prinses Máxima Centrum voor kinderoncologie, waar het meisje van de indrukwekkende foto op pagina 2 naartoe onderweg is. Oekraïense kinderen met kanker worden met hun ouders opgevangen, zodat de behandeling kan worden voortgezet. Stevig omarmt ze haar knuffel. Met haar donkere ogen kijkt ze recht in de camera. De foto komt bij me binnen. Niet alleen omdat ze je recht aankijkt, maar omdat ze in haar jonge leven al zoveel heeft meegemaakt; ziek, kanker, de bijbehorende behandelingen met mogelijke bijwerkingen en dan nu onderweg naar een vreemd land om hier de zorg te krijgen die ze nodig heeft. Weg van het bekende en vertrouwde. Heel kwetsbaar. En dan is er nog zoveel meer aan verhaal in haar leven dat de foto niet vertelt.

De geboden gastvrijheid en hulp komt vanuit een sterk staaltje intrinsieke motivatie om het goede te doen voor patiënten. Kenmerkend voor alle zorgverleners. Hulp bieden waar het nodig is. En ondanks dat we in ons eigen land ook nog steeds met grote uitdagingen te maken hebben, zoals de inhaalzorg en het nog steeds hoge ziekteverzuim onder zorgpersoneel, gaan we in volle overtuiging, elke dag weer, aan het werk om de beste zorg te leveren aan onze patiënten. Want al die uitdagingen maken maar weer eens duidelijk dat we iets kunnen toevoegen. We hebben het mooiste vak ter wereld.



Peter Paul van Benthem
voorzitter Federatie Medisch Specialisten

Hallo dokter

Heb je gevraagd
wat de voorkeuren/
wensen van je
patiënt zijn?

Beslis samen met je patiënt
welke zorg het beste past.



Moet ik me altijd aanmelden bij pensioenfonds SPMS?

Kno-arts Remco werkt in een umc en daarnaast als zelfstandige voor een audiologisch centrum. Hij vraagt of hij zich moet aanmelden bij pensioenfonds SPMS, aangezien hij maar beperkt werkt als zelfstandige. We leggen uit dat alle medisch specialisten die volledig of deels in vrij beroep werken, wettelijk verplicht zijn deel te nemen aan de pensioenregeling van SPMS. Remco kan via de rekenmodule op de website van SPMS berekenen of en zo ja, hoeveel premie hij verschuldigd is.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Nieuwe afleveringen Podcast Stem van de dokter



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

In de podcast Stem van de dokter gaat kno-arts en voorzitter van de Federatie Medisch Specialisten Peter Paul van Benthem met medisch specialisten en andere zorgverleners en deskundigen in gesprek over belangrijke thema's in de zorg.

DE NIEUWSTE AFLEVERINGEN ZIJN:

- **De zorgsector is een vervuilende sector**
Wat motiveert zorgverleners om zich elke dag weer hard te maken voor duurzaamheid in de zorg? Gasten zijn Nicole Hunfeld,

ziekenhuisapotheker en projectleider van de Groene IC, Evelyn Brakema, huisarts in opleiding en voorzitter van de Groene Zorg Alliantie en Annemarie Leliveld, uroloog, bestuurslid van het landelijk netwerk van de Groene OK en Sanne Jansen, uroloog en medeoprichter van De Groene Uroloog.

- **De maatschappelijk betrokken dokter**
Medisch specialisten die maatschappelijke acties in en buiten het ziekenhuis opzetten. Maakt dat hen tot een betere medisch specialist? Gasten zijn

longarts Wanda de Kanter en internist Robin Peeters.

- **Praten over de dood**
Praten we in Nederland te weinig over de dood? Hoe ga je als arts het gesprek aan met de patiënt en familie over de dood? En wanneer is het juiste moment? Gasten zijn klinisch geriatr en voorzitter van de NVKG Esther Cornegé, internist-oncoloog Erik Geijteman en huisarts en kaderarts palliatieve zorg Classien Rebergen. Longarts Sander de Hosson belt in met een aantal gerichte vragen over palliatieve zorg.

Nieuw op Thuisarts.nl: keuzekaarten voor samen beslissen

Om samen beslissen in de spreekkamer te ondersteunen ontwikkelen medisch specialisten, huisartsen en patiëntenorganisaties zogeheten keuzekaarten. Een keuzekaart geeft een overzicht van mogelijke opties bij een bepaalde aandoening en beantwoordt de belangrijkste vragen van patiënten. Voorheen werkten huisartsen met keuzetabellen en medisch specialisten met consultkaarten. Zij gaan vanaf nu samen verder op Thuisarts.nl onder de naam keuzekaart. Daarmee zijn ze breed toegankelijk voor zowel patiënten als dokters. Elke keuzekaart is te vinden bij de aandoening waar deze bij hoort.



*Bekijk het overzicht
van keuzekaarten op
thuisarts.nl/keuzekaart*

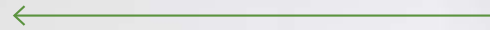
Resultaten eerste Loopbaanmonitor Medisch Specialisten gepubliceerd



Deze maand zijn de resultaten van de eerste Loopbaanmonitor Medisch Specialisten gepubliceerd. Een gezamenlijk initiatief van de Federatie Medisch Specialisten, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en De Jonge Specialist (DJS). 10.810 Nederlandse aios en medisch specialisten gaven antwoord op meer dan 50 vragen over onder andere de werkvorm, werkdruk, ambities, arbeidsvoorwaarden, werkplezier en tevredenheid.

Alle resultaten zijn in te zien op de website loopbaanmonitormedischspecialisten.nl. Je kunt in de resultaten selecties toepassen zoals op carrière-fase, leeftijd, geslacht, werkvorm, sector en verschillende specialismen.

Dat iedere loopbaan uniek is, kun je lezen op pagina 24. Anton de Bruin (43), Anne Strik (33) en Marij Bontemps (73) vertellen hoe zij op eigen wijze bepalende keuzes hebben gemaakt in hun loopbaan.



WERK Geef aios cardiologie Marco Voortman een plaatje van het hart en hij ziet niets anders meer. De anatomie en fysiologie van het hart fascineren hem mateloos. Als je het hart goed snapt, kun je alles verklaren. Kijkend naar hartfoto's en plaatjes, zoekend naar de kleinste verschillen, beredeneert hij wat patiënten mankeert of werkt hij aan zijn promotieonderzoek naar hartklepaandoeningen bij mensen met aangeboren hartafwijkingen. Cardiologie vereist hyperfocus – bijvoorbeeld bij infarcten en reanimaties – en dat gaat hem goed af. Volledig geconcentreerd, maar zich nog wel bewust van zijn omgeving gaat hij te werk. Net zoals hij schildert...

WERK/THUIS



THUIS Buiten het ziekenhuis begint zijn andere wereld. Als amateurkunstschilder dompelt Marco zich al sinds zijn studietijd in Groningen onder in kunst. Hij volgt schilderlessen, schildert in zijn eigen atelier, in oma's atelier op de boerderij of in de vrije natuur. Schilderend gaat hij los. Hij leegt zijn hoofd, maakt kennis met andere werelden, ontmoet kunstzinnige, creatieve mensen. Zoals bij tv-programma Project Rembrandt. Mooie bijwerking daarvan: patiënten herkennen hem – 'U schildert ook!' – en collega's willen praten over kunst, merkt hij. Goed zo, want op termijn wil hij exposeren en werk verkopen. Maar eerst de volgende stap: schilderijen maken die een verhaal vertellen.



GENOTYPERING WERKT
EN IS NIET DUUR, ZEGT HOOGLERAAR
FARMACOGENETICA RON VAN SCHAIK



‘Weten dat het kan is belangrijk’

Medicijnen helpen niet bij iedereen even goed, sterker nog: mensen kunnen er zieker van worden en soms zelfs door overlijden. Genotypering voorafgaand aan therapie kan dat voorkomen, maar wordt nog onvoldoende toegepast. Dat is niet ethisch, vindt hoogleraar farmacogenetica Ron van Schaik.

TEKST MALOU VAN HINTUM BEELD LARS VAN DEN BRINK

Vraag Ron van Schaik, buitengewoon hoogleraar farmacogenetica en laboratoriumsPECIALIST klinische chemie in het Erasmus MC, naar de noodzaak van genotyperingen bij het voorschrijven van medicatie en hij is niet te stuiten. Sinds 2005

verzamelt hij als lid van de KNMP-werkgroep systematisch farmacogenetische informatie over geneesmiddelen. Inmiddels is voor meer dan honderd veelgebruikte geneesmiddelen op farmacogenetica.nl in overzichtelijke tabellen te vinden wat artsen en apothekers moeten weten over farmacogenetica als ze een geneesmiddel voorschrijven. Deze groep, internationaal bekend als de Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG), geldt wereldwijd naast het Amerikaanse Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) als dé autoriteit op het gebied van farmacogenetica. Waar een klein land groot in kan zijn.

Waarom is genotypering bij medicatie belangrijk?

‘We schrijven op dit moment medicijnen voor met het idee dat iedereen die op dezelfde manier afbreekt. Maar dat is niet zo. We weten dat er een samenhang is tussen effect, bloedspiegel en dosering. We snappen ook dat een patiënt met een slechte nierfunctie soms een lagere dosering moet hebben, want anders heb je mogelijk een te hoge bloedspiegel en dus meer kans op bijwerkingen. Maar er is onvoldoende aandacht voor de genetische aanleg om geneesmiddelen af te breken.’

‘Binnen de lever zijn de cytochroom P450-enzymen betrokken bij de afbraak van tachtig procent van onze medicatie. Eén ervan, het cytochroom 2D6 (CYP2D6) is betrokken bij de afbraak van twintig procent van de voorgeschreven geneesmiddelen. Maar niet iedereen heeft dezelfde enzymactiviteit. Vijf tot tien procent van de mensen blijkt dat CYP2D6 helemaal niet te hebben. Als je

‘We schrijven op dit moment medicijnen voor met het idee dat iedereen die op dezelfde manier afbreekt’

deze patiënten een standaarddosering geeft, ben je dus aan het overdoseren. Met een hoger risico op bijwerkingen. Vijf tot zeven procent van alle ziekenhuisopnames is toe te schrijven aan bijwerkingen door medicatie. Door genotypering van enzymen kun je van tevoren in kaart brengen wie zo'n risico heeft. Ik vind het daarom niet ethisch om medicatie voor te schrijven zonder dat een patiënt een DNA-paspoort heeft.’

Voor welke medicijnen wordt genotypering het meest aangevraagd?

‘We krijgen momenteel twintigduizend farmacogenetica-aanvragen per jaar, en dat aantal groeit elk jaar. De helft van die aanvragen betreft antidepressiva. Die zijn lastig te doseren: meestal duurt het vier tot zes weken voordat een patiënt goed is ingesteld. En soms moet een patiënt daarna alsnog switchen van medicatie. DNA-informatie kan die insteltijd aanzienlijk verkorten. Dat is in het belang van de patiënt en van de behandelaar, en maatschappelijk kunnen mensen weer sneller meedoen.’

Zijn er medicijnen waarvoor genotypering extra belangrijk is?

‘CYP2D6 speelt met name een rol bij de afbraak van antidepressiva, antipsychotica, bètablokkers en tamoxifen. Bij antidepressiva krijg je bijwerkingen omdat je het medicijn niet goed kunt afbreken. Bij tamoxifen zorgt dit enzym juist voor activatie van het geneesmiddel. Als je het CYP2D6 mist, zul je dus een minder goede anti-kankerwerking hebben. Voor de pijnstillers tramadol en codeïne geldt hetzelfde: ook die moeten geactiveerd worden door het CYP2D6. Dat betekent dat ze bij vijf tot tien procent van de mensen niet goed werken.

‘Een ander belangrijk enzym is het cytochroom 2C19 (CYP2C19). Dat speelt een belangrijke rol bij de activering van clopidogrel, een antistollingsremmer die veel wordt voorgeschreven na bijvoorbeeld een beroerte of een hartinfarct. Twee tot drie procent van de blanke bevolking mist dit enzym, en tien tot elf procent van de Aziatische bevolking. Ook dit defect ligt in het DNA, en is dus van tevoren eenvoudig met een DNA-test vast te stellen. Neem je het genotype bij het voorschrijven van dit middel niet mee, dan hebben deze mensen een hoger risico om opnieuw een beroerte of hartinfarct te krijgen of om te overlijden als gevolg van ineffectieve therapie. Inmiddels is het nu min of meer standaard care dat bij het voorschrijven van clopidogrel eerst een CYP2C19 DNA-analyse wordt gedaan, zodat de patiënten een veilige behandeling krijgen.

‘Een derde enzym tenslotte - DPD - is belangrijk voor patiënten die worden behandeld met capecitabine, een



medicijn dat onder meer wordt voorgeschreven bij darmkanker en borstkanker. Het gen dat daarbij hoort is het DPYD. Ook hier leiden DNA-varianten in de bevolking bij sommige patiënten tot een verlaagde DPD-activiteit. Daardoor kunnen ernstige bijwerkingen optreden en kunnen patiënten overlijden als gevolg van de therapie. Wanneer je op voorhand de dosering halveert voor mensen met deze DNA-variant, verlaag je het risico op toxiciteit aanzienlijk. Inmiddels behandelen in Nederland oncologen hun patiënten pas met capecitabine als er eerst zo'n DPYD-genotypering is gedaan.'

Zijn alle medisch specialisten zo enthousiast?

'Het heeft tijd nodig. Neem azathioprine, dat wordt gebruikt in de dermatologie en bij de ziekte van Crohn.

'DNA-informatie kan de insteltijd aanzienlijk verkorten. Dat is in het belang van de patiënt en van de behandelaar'



Het wordt omgezet door het enzym TPMT. Dit enzym ontbreekt bij 0,3 procent van de bevolking, en bij tien procent is het maar voor vijftig procent actief. Patiënten kunnen daardoor ernstige bijwerkingen krijgen, en zelfs overlijden als gevolg van de therapie. Geef je deze mensen de helft van de dosering, dan is dat voldoende om hen goed te behandelen, zonder een verhoogd risico op ernstige bijwerkingen. Deze benadering met genotypering is zelfs kostenbesparend. Toch is de invoering nog niet overal gemeengoed. Inmiddels zie je wel dat mensen ook in de kliniek steeds meer wennen aan het gebruik van DNA-informatie bij het voorschrijven van medicatie. Naarmate die acceptatie groeit, zal het steeds gemakkelijker worden om ook genotypering toe te passen.’

Welke hobbels moet u nog nemen?

‘Als we binnen de oncologie kijken naar de DPYD-genotypering, dan is die inmiddels door bijna iedereen geaccepteerd. Maar over CYP2C19 en clopidogrel zijn de cardiologen en de neurologen nog wel kritisch. Ik realiseer me heel goed dat medisch specialisten van allerlei kanten informatie krijgen die de behandeling van patiënten mogelijk kan verbeteren. Om te kunnen beslissen waar je precies op moet inzetten, zijn een goede argumentatie en bewijsvoering essentieel. Maar wat de één voldoende bewijs vindt, kan een ander te mager vinden.’

‘Over CYP2C19 en clopidogrel verschenen in 2009 diverse studies in onder meer de New England Journal en The Lancet. Die lieten zien dat er een hoger risico is op ernstige bijwerkingen en overlijden als een patiënt met clopidogrel het CYP2C19-enzym mist. De FDA nam dit in 2012 op als officiële waarschuwing in de bijsluiters van clopidogrel. In 2015 vond de European Society of Cardiology toch dat er nog onvoldoende bewijs was om CYP2C19-genotypering in te voeren. Pas in 2019 is die richtlijn aangepast. Dat is dus tien jaar na de eerste publicaties.’

Spelen financiële afwegingen ook een rol?

‘Er is al meer dan twintig jaar discussie over CYP2D6 en tamoxifen. Apothekers en klinisch farmacologen zeggen “als je het CYP2D6-enzym mist, pas dan de dosering van tamoxifen aan van 20 milligram naar 40 milligram per dag”. De European Society of Medical Oncology stelt dat er nog onvoldoende bewijs is voor CYP2D6-genotypering bij tamoxifen in de klinische praktijk. Die controverse is niet fijn voor de patiënt. Je praat over 180 euro voor een 2D6-test die wordt vergoed door de verzekeraar. De relatieve kosten vallen op de totale dbc borstkanker dus

‘Zie het als een extra stukje van de puzzel voor het leveren van medicatie op maat’

erg mee. Als je daarmee weet of iemand wel voldoende metaboliet voor het activeren van tamoxifen aanmaakt, dan zou je dat mijns inziens moeten doen.

‘Het valt wel op dat de toepassing van genotypering gemakkelijker gaat als het geneesmiddel heel duur is. Zo is er voor actieve secundaire multiple sclerose (SPMS) een nieuw, duur middel op de markt: siponimod. De fabrikant heeft aangegeven dat voor het juiste gebruik een CYP2C9-genotypering noodzakelijk is, en dat gebeurt dan ook. Zo’n CYP2C9-test kost 80 euro, en dat valt goed weg tegen de kosten van het geneesmiddel. Hetzelfde geldt voor eliglustat, een middel dat wordt voorgeschreven bij de ziekte van Gaucher, waarvoor de fabrikant een CYP2D6-genotypering noodzakelijk vindt. Dus als het gaat om dure geneesmiddelen voor een kleine groep patiënten, wordt farmacogenetica gemakkelijker ingezet.’

Wat moeten specialisten weten die twifelen aan het belang van genotypering voor het voorschrijven van de juiste (dosering van) medicatie?

‘Er bestaat inmiddels heel veel bewijs voor diverse gen-geneesmiddelcombinaties; het wordt steeds meer toegepast en je kunt de patiënt hier echt mee helpen. Zie het als een extra stukje van de puzzel voor het leveren van medicatie op maat, naast bloedspiegels meten en patiënten bevragen op bijwerkingen.’

‘Vergeet niet: farmacogenetica is niet heel duur – ongeveer 80 euro per test. Het wordt meestal vergoed door de verzekeraar, is gemakkelijk aan te vragen bij zestien laboratoria in Nederland en het resultaat is er binnen één tot twee weken. Voor het enzym CYP2C19 zelfs binnen 24 uur. Bovendien zijn doseringsadviezen op basis van genotype bij elke apotheek te verkrijgen. Medisch specialisten kunnen zien of er in hun vakgebied een mogelijke toepassing is, en zo ja, dan kunnen ze overleggen of die genotyperingen ook daadwerkelijk kunnen worden ingezet. Weten dat het kan is belangrijk: awareness, daar gaat het om.’

DOSSIER

Grensoverschrijdend gedrag

Grensoverschrijdend gedrag komt overal voor, ook in de zorg. Berichtgeving rondom The Voice heeft het onderwerp opnieuw bovenaan de agenda gezet en een landelijke discussie op gang gebracht. Ook ziekenhuizen, beleidsinstituten en andere zorginstellingen buigen zich over de vraag wat de verantwoordelijkheid is van de organisatie, leidinggevenden en medewerkers. In dit dossier gaan we in op de vraag hoe we met grensoverschrijdend gedrag omgaan, hoe we het kunnen voorkomen en hoe slachtoffers opgevangen en geholpen kunnen worden. De verhalen hierover laten zien hoe urgent en taai het onderwerp is, het is lang niet altijd zwart/wit of goed/slecht. En de discussie komt erg dichtbij en vergt zelfonderzoek: wat betekent het voor mij, wat betekent het voor jou? Hoe houden we de dialoog open en constructief?

BEELD MONIQUE WIJBRANDS

Verpleegafdelingen A, B, C ↑
Vergadercentrum K2 →
Kinderverpleegafdeling R2 →

Voorzitter Bernard Elsman van de NVvH na statement over grensoverschrijdend gedrag

‘Ga fatsoenlijk om met macht, gezag en leeftijdsverschillen’

De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (NVvH) publiceerde in februari – na berichtgeving van NRC over de ziekenhuis-cultuur – als enige medisch-wetenschappelijke vereniging een statement over grensoverschrijdend gedrag. Een vraag-gesprek met voorzitter Bernard Elsman. **TEKST** JOB DE KRUIFF

Was die verklaring in jouw ogen een moedige stap, zoals wel werd gezegd? ‘Daar was niet echt moed voor nodig, hoor. Kort na de onthullingen over The Voice verschenen artikelen in de NRC en het Nederlands Juristenblad over de ziekenhuiscultuur, over de situatie rond artsen in opleiding. Toen hebben wij ons als bestuur van de NVvH afgevraagd: als wij nu benaderd worden, hebben wij het goed geregeld voor onze leden en hebben we dan een verhaal over ons beleid, of gaan we net zo’n stotterend interview geven als John de Mol? Daar kwam dit statement uit voort.’

Is het tot op zekere hoogte ook een bekentenis?

‘Nee, zo moet je het niet zien. Al realiseren we ons natuurlijk welk beeld er over chirurgen bestaat. Bij seksuele intimidatie in de zorg denken de meeste mensen niet in eerste instantie aan de huisarts.’

Maar is dat beeld van chirurgen terecht of onterecht, of misschien achterhaald?

‘Dat wil ik in het midden laten, want we kennen de cijfers niet. We vonden als bestuur simpelweg dat we er actief mee aan de gang moesten. Je kunt niet zeggen: “Er zijn geen meldingen, dus hoeven we niets te doen.” Het probleem kan immers juist zijn dat degene die te ver gaat dat niet goed doorheeft, en het slachtoffer vanuit een ondergeschikte rol geen melding durft te maken.’

Het niet door hebben, bestaat dat nog?

‘Iedereen zou het inmiddels inderdaad wel door moeten hebben. Als je de enige bent die om je eigen grap lacht, je mensen bits afsnauwt zonder er later excuses voor te maken, iemand links laat liggen die wel bij een groep of team hoort. Laat staan als je iemand ongevraagd aanraakt, of erger. Toch hoor je helaas nog: “Ik dacht dat het wel kon.”

Is zo’n verweer typisch voor chirurgen?

‘Niet per se. We hebben weliswaar de naam van alfamannetjes en haantjesgedrag, en we kennen van oudsher inderdaad een masculiene cultuur. Dat zit niet alleen in het seksueel getinte, maar bijvoorbeeld ook in hoe stevig we elkaar aanspreken. Nogmaals: vandaar ook ons statement. Maar het kan net zo goed elders spelen. In het algemeen gaat het om de awareness bij mensen in leidinggevende posities.’

Wat moeten zij dan leren als ze het nu nog niet zien?

‘De maatstaf is eigenlijk behoorlijk simpel: behandel

‘De maatstaf is eigenlijk behoorlijk simpel: behandel je ondergeschikte zoals je ook omgaat met je baas. Sensitief en respectvol’

je ondergeschikte zoals je ook omgaat met je baas. Sensitief en respectvol. Natuurlijk moet je iemand in opleiding soms corrigeren, maar het gaat om de toon en het respect. Een jolig bedoelde opmerking die je tegen je baas niet zou maken, moet je ook niet maken bij een ondergeschikte. Bedenk: er is een hiërarchische verhouding, je staat niet in de kroeg.'

Jullie vereniging was de enige die zich uitsprak, ben je daar trots op?

'Niet in het bijzonder. Navraag leerde dat andere verenigingen vinden: wat op de werkvloer gebeurt, dus in het ziekenhuis, moet ook daár opgepakt worden. Wij denken dat grensoverschrijdend gedrag ook in onze opleidingen, cursussen en op congressen kan spelen. Hier zijn wij als NVvH verantwoordelijk voor en dit willen we goed regelen voor onze leden.'

De NVvH kondigde een vertrouwenspersoon aan.

'Om misstanden aan te kunnen pakken, moeten mensen hun verhaal, klacht of melding veilig ergens kwijt kunnen. Een externe vertrouwenspersoon is hierbij een belangrijke stap. De regeling is bijna rond en we gaan dat binnenkort communiceren. Het gaat daarbij om kwesties die niet direct de werksituatie betreffen, maar die bijvoorbeeld spelen binnen opleidingen. Als werkgever hebben ziekenhuizen hun eigen vertrouwenspersonen, naar wie onze vertrouwenspersoon eventueel kan doorverwijzen.'

En het beleid?

'Beleid gaat verder dan een vertrouwenspersoon uiteraard. Je wilt bewustwording, een klimaat waarin mensen elkaar aanspreken en goede procedures. Onze middelen als vakvereniging zijn beperkt. Daarom richten we ons vooralsnog vooral op bewustwording. Het is al eens een thema op de Chirurgedagen geweest, en we blijven het agenderen. Alles om een veilige cultuur tot stand te brengen. We gebruiken de kracht van herhaling en blijven erkennen dat ongewenst gedrag bestaat. We praten erover en bevorderen dat mensen elkaar erop aanspreken.'



Dus bij de eerste flauwe grap moet iemand al opstaan?

'Je wilt dat mensen doorhebben wat wel en wat niet kan, wat gewenst is en wat ongewenst, en wat echt aanstootgevend is. Ik hoop dat we niet de hele dag gaan zitten opletten of iemand iets ongewensts doet of zegt. Maar wel dat medisch specialisten fatsoenlijk

Bernard Elsman
chirurg en voorzitter Nederlandse
Vereniging voor Heelkunde (NVvH)



omgaan met macht, gezag en leeftijdsverschillen. Verken daarom al vroeg in de samenwerking, bijvoorbeeld in een kennismakingsgesprek, samen hoe je het prettigst met elkaar omgaat. Blijf vervolgens dat compliment en die grap binnen de kaders gewoon maken, en sta open voor reacties. Op die manier kom je verder.'

Heb je zelf wel eens iets gedaan of meegemaakt dat over de grens ging?

'Ik heb de tijd van grovere teksten meegemaakt. Dat iemand in een vergadering tot pispaaftje werd gemaakt, op een manier die we nu niet meer zouden accepteren. Ik ben gisteren toevallig op een cursus diversiteit en inclusie geweest; daar is nu veel aandacht voor. Ook ik leer doordat we elkaar meenemen in maatschappelijke veranderingen.'

Is die ontwikkeling in de hele chirurgische wereld gaande?

'Absoluut. Neem alleen al het feit dat in opleidingen vrouwen inmiddels in de meerderheid zijn. Ook in de personele bezetting zie je op alle niveaus verbetering. Of het probleem daarmee vanzelf en compleet verdwijnt? Sinds de oorlog in Oekraïne ben ik niet meer zo zeker dat we zorgen ooit definitief achter ons kunnen laten.'

Maar vind je dat we na vijf jaar #MeToo niet al wat verder hadden kunnen zijn?

'Ik zie dat we de goede kant op gaan, al is er nog veel te winnen. We vinden het inmiddels raar als een entertainment-CEO op tv zegt: "De slachtoffers hadden zich kunnen melden, we hebben toch een loket?" We vinden dat niet slachtoffers iets hadden moeten doen, maar dat hij iets had moeten doen om hun veiligheid te verbeteren. Hij zocht het niet bij zichzelf. Dat is precies de reflex waar we nu vanaf moeten.'

Hoe is er eigenlijk op jullie statement gereageerd?

'Vooral positief. We kregen wel terug dat er ook veel gewenste relaties in het ziekenhuis ontstaan. Dokters met elkaar, of met een verpleegkundige. En dat brengt het vak inderdaad traditioneel met zich mee. Dit zijn situaties met consent, ook al is er soms machtsverschil. Daartoe moeten we ons ook verhouden in het beleid.'



**Lees het statement
van de Nederlandse Vereniging
voor Heelkunde**

'Bewustwording, een code en protocollen zijn pas het begin'

Als vice-decaan onderwijs Amsterdam UMC, locatie VUmc, stak Christa Boer al jarenlang haar nek uit voor steviger beleid tegen grensoverschrijdend gedrag. Onder meer via de studentencampagne #zouikwatzeggen en een gelijknamige app waarmee studenten ongewenst gedrag kunnen melden. Na de BOOS-uitzending over The Voice in november explodeerde haar telefoon en betrad ze een groter podium, waarop ze nu voerspelt dat er een enorme zoektocht aanstaande is.

TEKST FRED HERMSEN

Er werd wel gesproken over de hobby van mevrouw Boer', blikte de vice-decaan terug op de laatste jaren. 'De gedachte

heerste dat gedragszaken horen bij de opvoeding, niet bij de opleiding. En het is natuurlijk ook een spannend onderwerp. Zelfs reclamebureaus die we hadden uitgenodigd om mee te pitchen voor de campagne haakten af.' Met de uiteindelijke campagne in 2019 kregen studenten het signaal dat er naar hen werd geluisterd, en hun meldingen worden ook serieus genomen. 'Maar van een cultuuromslag was nog geen sprake.' Ze schetst: 'Zo kon je in de wandelgangen nog steeds horen: "Hem moet je vooral mijden op borrels", terwijl niemand tegen diegene opstond en zei: "Je hebt het misschien niet door, maar je gaat echt over de grens."' De grens kreeg na de uitzending van BOOS over The Voice eindelijk maatschappelijk momentum, ook ziekenhuizen en universiteiten kregen de geest: 'Ze beseften ineens: je bent er niet met een loket. Wat dat betreft heeft John de Mol ons goede diensten bewezen. Iedereen wilde van me horen hoe wij het aanpakken.'

Diep en wijdvertakt

Eén ding houdt ze in gesprekken en presentaties bij diverse vakgroepen haar gehoor altijd voor: de wortels van grensoverschrijdend gedrag – seksueel van aard of niet – liggen diep en zijn wijdvertakt. 'Wat je ziet zijn voortrekkerij, ongevraagde aanrakingen, verbale uitvallen, ogenschijnlijk onschuldige pesterijtjes en subtiele uitsluiting en soms regelrecht wangedrag. De oorzaken zijn complex. Vaak ligt er een zekere mate van onbewuste onbekwaamheid aan ten grondslag, een persoonlijke stijl of een wat te groot ego. En jongeren met hooggestemde ambities voelen zich niet veilig genoeg om daar iets tegen in te brengen; ze verwachten dat het hun beoordeling negatief kan beïnvloeden. Ook de omgeving speelt een cruciale rol. Denk maar aan de oor-

'De wortels van grensoverschrijdend gedrag – seksueel van aard of niet – liggen diep en zijn wijdvertakt'



Christa Boer

vice-decaan onderwijs Amsterdam UMC,
locatie VUmc • portefeuillehouder
onderwijs geneeskunde VU • hoogleraar
medisch onderwijs

verdovende stilte wanneer niemand opstaat voor een machteloze eenling.' Christa trekt de problematiek verder de breedte in: 'Grensoverschrijdend gedrag hoort thuis in hetzelfde rijtje als inclusiviteit, culturele en seksuele diversiteit en discriminatie. Een voorbeeld? Degene met een voorsprong door de juiste vinkjes bij de geboorte, is veel minder kwetsbaar dan iemand die moet vechten tegen allerlei impliciet of expliciet geuite vooroordelen om die achterstand in te halen.' Het is volgens Christa al met al duidelijk dat je de problematiek niet langer meer bagatelliserend kunt wegzetten als iets dat wel meevalt of niet over jou gaat. En er is nog iets', zegt ze na een korte stilte: 'Onze kijk op presteren helpt ook niet mee.'

Cum laude

De lat ligt hoog in ons land; studenten en opleiders gaan voor het hoogste cijfer. 'Voor velen hoort dat er gewoon bij, maar ze beseffen niet dat je op die manier fouten reduceert tot iets dat je per se moet zien te voorkomen. Met de focus op feilloze prestaties en hoge cijfers creëren we bovendien een afrekencultuur waarin zwijgen goud is, en angst de raadgever. Wat heel raar is, want de verkramping die dat veroorzaakt raakt uiteindelijk ook degenen in machtsposities. Ook zij moeten feilloos acteren binnen de meester-gezelverhouding.' Tekenend vindt ze het feit dat meldingen en klachten vaak pas worden ingediend als studenten eenmaal hun beoordeling binnen hebben. 'Pas dan voelen ze zich veilig en lopen ze naar hun overtuiging niet meer het risico van een onevenredig harde beoordeling. Amsterdam UMC, locatie VUmc ziet fouten in de opleiding liever als een aanleiding om te leren en te verbeteren. Daarom is dit voorjaar op ons initiatief de mogelijkheid geschrapt om een cum laude-aantekening in de master geneeskunde te behalen. 'Zo komt het leerproces centraal te staan, niet de jacht naar het hoogste cijfer.'

Het mag duidelijk zijn, benadrukt de vice-decaan, dat je er niet bent met bewustwording, meer praten, een gedragscode en een protocol. 'Daarmee begint het pas.' Zo vindt ze de praktische definitie van het begrip





'Maak standaard al in een kennismakingsgesprek ruimte om te praten over respectvol gedrag en prettige omgangsvormen'

'grensoverschrijdend' al een hele kluijf: 'Leg de vraag maar eens voor aan twaalf mensen en je krijgt een totaal diffuus beeld. Grenzen zijn sterk individueel bepaald. Vanuit een gedragscode zul je dus altijd op zoek moeten naar de individuele implicaties.'

Menselijke maat

En dat is een lastige voor leidinggevend: 'Managers kijken van nature naar groepen. Ze vragen zich bijvoorbeeld af of het met het team, de afdeling of de vakgroep de goede kant op gaat.' Grensoverschrijdend gedrag gaat over individualiteit, zegt ze, en daarbij draait alles om de menselijke maat. 'Als de generieke norm de menselijke maat is, kun je invullen wat dat voor individuen betekent, en hoe je allemaal kan helpen de norm te bewaken.' Vrij eenvoudig: lach niet mee als iemand belachelijk wordt gemaakt in een groep, spreek je direct of later uit als je een aanraking of opmerking te ver vindt gaan, zet een onprettig gesprek stil en zeg: 'Zullen we die laatste zin even overnieuw doen?' En zet je ego even in de wachtstand als je wordt aangesproken op je eigen gedrag.' Dit proces van heropvoeden is volgens haar een opdracht aan zowel leidinggevend als medewerkers, maar het begint wel bij de voorbeeldrol van bestuur en leidinggevend.

Klinkt heropvoeden niet wat te zwaar? 'Het is bij de een harder nodig dan bij de ander. Ik ben nu vijftig jaar en

merk dat ik me in een soort grijs gebied bevind. Mensen in machtsposities die ouder zijn dan ik worstelen vaak met het verwijt aan hun generatie, en vinden het ongemakkelijk om kritisch te reflecteren op de houdbaarheid van hun eigen denkbeelden. Dat voelt - hoe onterecht ook - wellicht als falen en dat vinden ze moeilijk uit te leggen aan hun omgeving. Vanwege die taaheid richt ik mijn pijlen liever op de jongeren, beginnend in de opleidingen. Ik hoop studenten al direct te leren geen copycat te worden, maar een eigen ethisch kader te ontwikkelen en zich daarover uit te spreken.'

Professioneel gedrag

En als je in een leidinggevende positie bent, en vandaag al iets wilt verbeteren? 'Vanuit een gedragscode kun je verdiepen. Maak standaard al in een kennismakingsgesprek ruimte om te praten over respectvol gedrag en prettige omgangsvormen; wat ok is, en wat niet. Verken en individualiseer dat samen en spreek af hoe je elkaar in de dagelijkse praktijk hierop kunt aanspreken zonder in ongemakkelijke conflictsituaties terecht te komen. Evalueer dit vervolgens ook regelmatig. Zo werk je aan de basishygiëne van professioneel gedrag en hoeft je je niet iedere keer vertwijfeld af te vragen of een grap, compliment of aanraking kan of niet.'



Lees online over de meldingsapp #watzouikzeggen? die Amsterdam UMC voor studenten en voor personeel beschikbaar heeft gesteld.

COLUMN

Mag ik dan niet eens meer ...?

Grensoverschrijdend gedrag staat volop in de schijnwerpers, wat uiteenlopende reacties oplevert. Eén van mijn favorieten is: “Mag ik dan niet meer ...?” Mag ik geen grappen meer maken, geen schouderklopje meer geven, niet meer alleen met iemand in een kamer zijn? Vragen met veel potentie, want als er oprechte zelfreflectie uit voortkomt, wordt het probleem bij de wortel aangepakt: bij degenen die andermans grenzen overschrijden. Die zelfreflectie kan ingewikkeld zijn. Er bestaan immers verschillende vormen van grensoverschrijdend gedrag, in allerlei subtiele en minder subtiele varianten. Bovendien is elke situatie anders en kunnen mensen dezelfde situatie verschillend beleven.

Maar er is meer aan de hand. Het zijn namelijk vooral mensen in machtsposities die ongemak uiten over het verzoek tot zelfreflectie, zoals mensen in leidinggevende functies, cisgender mannen, witte mensen en hetero's. Dat komt mogelijk doordat de rollen voorheen omgedraaid waren: het waren mensen uit gemarginaliseerde groepen die hun gedrag veranderden. Denk aan vrouwen die hun kleding aanpassen om dubbelzinnige opmerkingen of aanrakingen te voorkomen. Geprivilegieerde mensen hoefden deze moeite nooit te doen. Zij waren de onzichtbare norm die geen reflectie behoeft. Zij “waren nou eenmaal aanrakerig”, “maakten nou eenmaal graag harde grappen”. Aan dat privilege lijkt nu een eind te komen.

Het is hoog tijd dat juist mensen in machtsposities op hun gedrag gaan reflecteren, waarbij niet de intentie centraal staat, maar het effect op anderen. Dit vereist openheid voor feedback en een lerende instelling. En de uitkomst kan inderdaad zijn dat we bepaalde grappen liever achterwege laten, schouderklopjes omzetten in verbale complimenten en oplossingen zoeken voor intimiderende situaties. Kleine aanpassingen, die een wereld van verschil kunnen maken.

Marijke Naezer, cultureel antropoloog en wetenschapper genderstudies, gespecialiseerd in de thema's gender, diversiteit en seksualiteit



6x GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG

Op basis van het onderzoek naar grensoverschrijdend gedrag in de academische wereld (2019) worden zes vormen van grensoverschrijdend gedrag onderscheiden:

- **SABOTAGE** – mensen belemmeren in de uitvoering van hun werk, bijvoorbeeld door hen onzichtbaar te maken, over hen te roddelen of hun werk kapot te maken.
- **SEKSUELE INTIMIDATIE** – mensen intimideren en/of hun waardigheid schenden door seksueel getint gedrag, zoals dubbelzinnige opmerkingen en aanrakingen.
- **FYSIEKE EN VERBALE BEDREIGINGEN** – mensen intimideren door fysiek en verbaal bedreigend gedrag, zoals schreeuwen en op tafels slaan.
- **DENIGREREN** – mensen vernederen, bijvoorbeeld door grapjes over ze te maken of hen beledigende bijnamen te geven.
- **BUITENSLUITING** – mensen de toegang ontnemen tot bepaalde informatie of activiteiten die bijdragen aan een groepsgevoel, bijvoorbeeld door hen niet uit te nodigen voor uitjes.
- **PROBLEMATISEREN VAN 'SPECIALE BEHOEFTE'S'** – negatief reageren op behoeftes die zogenaamd 'speciaal' zijn, zoals specifieke behoeftes van zwangere mensen of mensen met een handicap.



Lees meer over het onderzoek



‘De perfecte uroloog bestaat niet volgens Saskia Weltings – onmogelijk, met zoveel soorten patiënten en zorgvragen. Wel hoopt ze te excelleren ‘en nóg beter’ te worden in de behandeling van nierstenen.’

Was het moeilijk om een vast dienstverband te krijgen? 'Er was keuze, maar de banen lagen niet voor het oprapen – zeker niet in mijn regio. Ik ben vanuit Den Haag naar Jisp verhuisd.'

Wat trekt jou in de urologie?

'De afwisseling. Alleen de populatie al: man, vrouw, jong en oud. Ook de ziektebeelden zijn divers – van goedaardige nierstenen tot kwaadaardige tumoren. Beide zijn vaak goed te behandelen, gelukkig. Ik vind het prettig dat ik daarin patiënten houvast kan bieden.'

Vanwaar je interesse in nierstenen?

'Ze intrigeren me: hoe ontstaat zo'n steen, waarom op die plek en waarom groeit hij bij de ene patiënt sneller dan bij de andere? De operaties zijn ook spannend: je werkt met kleine materialen in de urineleider. Het voelt als een soort videogame omdat je de operatie uitvoert met een beeldscherm en voetpedaal – en dan maar meebewegen met je handen.'

Bestaat er een prototype patiënt?

'In steden staan patiënten sneller bij je op de stoep dan in een landelijke regio. Daar lopen mensen langer rond met klachten, misschien door schaamte of taboe.'

Hoe ga jij om met dit soort psychologische aspecten?

'Als iemand gesloten of angstig binnenkomt, probeer ik te achterhalen wat diegene echt wil weten. Mannen met plasproblemen zijn soms bijvoorbeeld bang voor prostaatkanker omdat dat in de familie voorkomt. Met die kennis begint mijn onderzoek anders – zodat ik snel iemand kan geruststellen.'

Wat vind je van de term "loodgieter"?

'Toepasselijk, als het tenminste om ons werk aan urinewegen gaat. We kijken en beredeneren waarom een nier niet goed afloopt en hoe we dat kunnen verhelpen – net als bij een lekkende kraan. Ik gebruik de term daarom zelf ook wel eens, al beschrijft die maar een klein deel van ons vakgebied.'

Bestaat dé perfecte uroloog?

'Er zijn zoveel soorten patiënten en zorgvragen, je kunt die niet in je eentje perfect behandelen. Wel kun je uitblinken in het gebruik van je sociale voelsprieten. En je moet in dit vak natuurlijk geen twee linkerhanden hebben.'

Werk je veel samen met andere specialismen?

'Ja, want we kunnen niet zonder andere vakgroepen. Wordt de wachttijd bij de radioloog langer, dan merken we dat bijvoorbeeld meteen.'

Wat gaat goed in die samenwerking?

'Technisch wordt steeds meer mogelijk, waardoor de samenwerking intensiever wordt. Zo krijgen nucleair geneeskundigen en radiotherapeuten een grotere rol in het multidisciplinaire overleg doordat scans en bestralingen steeds geavanceerder worden. Dat lijkt mij een mooie ontwikkeling.'

Wat kan beter?

'De samenwerking met huisartsen. Het gros van de verwijzingen is adequaat, maar ik denk dat een aantal patiënten met plasklachten ook prima in de eerste lijn behandeld kan worden.'

Hoe krijg je dat voor elkaar?

'Een digitaal meekijkconsult zou kunnen helpen. Je kunt daar dan gelijk een onderwijsmoment van maken. Als we die lichtere zorg uit het ziekenhuis kunnen houden, is dat bovendien kostenefficiënt.'

Delen vrienden en familie makkelijker hun ongemakken met jou?

'Mijn vriend is dermatoloog. Op iedere verjaardag krijgt hij wel vragen over huidplekjes of eczeem. Mij vragen ze nooit wat.'

Welke ene patiënt is je bijgebleven?

'Ik denk nog wel eens terug aan een patiënt met gangreen. Die bacterie tast gezond weefsel aan en kan ook voorkomen in de genitale regio. Gangreen is aangrijpend, levert een heftig en pijnlijk ziektebeeld op, verloopt ontzettend snel en leidt tot invaliditeit.'

Waar liggen jouw ambities?

'Ik wil nóg beter worden in de behandeling van nierstenen. Dat is dankbaar werk omdat nierstenen ontzettend pijnlijk zijn. Mensen daarvan te bevrijden vind ik het allermooiste.'

Dat levert je vast veel applaus en bloemen op...

'Nou, dat valt tegen hoor. Na een operatie met veel bloed, zweet en tranen, denk ik soms: "Die zal wel net zo blij zijn als ik." Maar bij het eerste gesprek vraagt de patiënt dan al gelijk naar het bezoeken. Blijkbaar vinden mensen een goede uitslag vanzelfsprekend. En dat is ook eigenlijk wel prima.'



Saskia Weltings

- GEBOREN op 8 november 1988 in Roosendaal
- VOLGDE de studie Geneeskunde in Leiden van 2006 tot 2012, de opleiding tot uroloog van 2015 tot 2021 in het HagaZiekenhuis en promoveerde in 2021 op minimaal invasieve behandelingen bij nierstenen
- WERKT als uroloog in het Zaans Medisch Centrum met aandachtsgebieden nierstenen en oncologie
- WOONT samen en is moeder van Ava (2) en Kjeld (10 maanden)
- HOBBY'S mountainbiken en wielrennen

KRUISPUNTEN IN DRIE CARRIÈRES

Keuzes maken, kansen pakken en toevalstreffers

Een uitgestippeld loopbaanpad bestaat niet. Als medisch specialist kom je voor keuzes te staan die bepalend zijn voor de invulling van ambities, je carrièreverloop en de balans tussen werk en privé. Heldere principes kunnen de weg wijzen, maar ook: 'Ik heb leren surfen op de golven van het leven.'

TEKST NAOMI VAN ESSCHOTEN BEELD ERIK SMITS

Krijgen en benutten medisch specialisten carrièrekansen? Waar halen ze hun werkplezier uit? Hoe zit het met de balans tussen werk en privé? En hoe verandert dat allemaal met de jaren? Meer dan tienduizend medisch specialisten beantwoordden deze vragen in de Loopbaanmonitor van de Federatie, de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en De Jonge Specialist (DJS).

De uitkomsten laten zien dat medisch specialisten en aios in het algemeen tevreden zijn over hun werk (56%), minder tevreden zijn ze over de balans tussen werk en privé (43%) en de mogelijkheden tot bij- en nascholing (79%). Daarnaast zijn ze ontevreden over de werkdruk en het rooster (beide 26%). Toch vinden velen nog tijd voor bijvoorbeeld nevenactiviteiten binnen de zorginstelling (33,9%) of voor hun wetenschappelijke vereniging (29,9%) of om te promoveren (9%). Maar cijfers vertellen nooit het hele verhaal. Daarom gaan Anton de Bruin (43), Anne Strik (33) en Marij Bontemps (73) in op de bepalende keuzes in hun loopbaan, het belang van werkplezier en het geheim van een goede werk-privébalans.





‘Sommige kansen komen maar één keer voorbij’

Anton de Bruin (43) is anesthesioloog-intensivist in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Hij is bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (NVA) en werkt aan een handboek postoperatieve zorg op de Post Anesthesia Care Unit (PACU).

Bepalende keuzes ontstaan vaak door toeval en geluk. Op school vonden ze dat ik het beste met mijn handen kon werken. Maar toen ik een medische documentaire zag, leek de chirurgie me wel wat. Na de havo en het vwo ben ik in twee keer ingeloot. Bij de heekunde voelde ik me op mijn plek, maar werd ik niet aangenomen. Zo kwam ik terecht op de ic waar ik in aanraking kwam met de anesthesiologie. Daar bleek mijn hart ook echt te liggen en ik kwam meteen in een opleiding in het St. Antonius Ziekenhuis.’

Pijlers

‘Je kunt het leven dus niet afdwingen, maar wel kansen grijpen als ze voorbijkomen. Ook toen ik een fellowship ic kon doen in Leiden, heb ik dat meteen gedaan. Kellie, mijn vrouw, was toen al ziek door borstkanker. Je leven steunt op vier pijlers: thuis, werk, persoonlijke ontwikkeling en kinderen. Als één pijler niet goed gaat, kun je vertrouwen op de andere drie. Zo hielpen collega’s, werkplezier en mijn kinderen mij om in balans te blijven. Na haar overlijden ben ik daarom vrij snel weer aan het werk gegaan.’

Verliefd

‘Het leven komt zoals het gaat, iets achterlaten, er helemaal voor gaan. Drie maanden later werd ik hopeloos verliefd. Dat voelde verwarrend, ik was ook nog in de rouw. Toch vertrouwde ik op de liefde. Inmiddels wonen we met onze tweeling van twee en mijn pubers in Amsterdam. We inspireren elkaar. Waar Marlieke, mijn huidige partner, een jaar voor verdieping heeft gekozen door Health Sciences - Health Policy te gaan studeren, zit ik nu in het bestuur van de NVA, schrijf ik een handboek over PACU-zorg en werk ik aan mijn promotie. Veel? Ja. Maar sommige kansen komen maar één keer voorbij.’



‘Mijn focus is ook mijn valkuil’

Anne Strik (33) is derdejaars aios mdl in het Amsterdam UMC, locatie AMC. Ze heeft een dochter van 4,5 maand.

Je kunt me typeren als vastberaden en gefocust. Als kind wilde ik ballerina worden en droomde ik van het conservatorium. Totdat ik op mijn achtste zeker wist dat ik dokter wilde worden. Nog steeds dans ik, al is het op een lager niveau. Mijn studie bekostigde ik met lesgeven in de dans- en sportschool. Tijdens de keuze-coschap mdl wist ik vrijwel meteen: dit is het. Ik begon aan een promotietraject en volgde daarnaast een opleiding tot klinisch farmacoloog. Daarnaast werkte ik als medisch adviseur en was ik nog steeds bezig met dansen.’

De beste zijn

‘In het laatste jaar van mijn promotietraject ging het mis. Focus is goed, maar ook mijn valkuil. Ik werkte alleen maar en wilde daarnaast ook nog de beste partner zijn, de beste vriendin en de beste dochter. Ik stapte ziek op het vliegtuig naar India – om een presentatie te geven. Het emotionele en dringende advies van mijn man om niet te gaan, sloeg ik in de wind. Terug op Schiphol kon ik niet meer. Ik was op. Achteraf is het ongelofelijk dat ik dat jaar toch nog mijn proefschrift heb verdedigd en dat we getrouwd zijn.’

Moedig

‘De burn-out verplichtte me om aan mezelf te werken. Na een periode van rust en psychische hulp zeg ik nu vaker nee en ben ik minder streng voor mezelf. Als drie keer in de week sporten niet lukt, is twee keer óók goed. Verder luister ik bij het maken van keuzes beter of mijn hart zegt “doen”. Als dat zo is, denk ik: ga ervoor en kijk maar hoe. Die instelling heb ik van mijn moeder. Toen mijn docenten me verzekerden dat geneeskunde te hoog gegrepen was, waren dit haar woorden. De studie toch gaan doen was mijn moedigste keuze. Wat zou ik nu die docenten graag mijn diploma’s laten zien en vertellen hoe gelukkig ik ben.’





‘Ik kon niet kiezen, dus deed ik het allebei’

Marij Bontemps (73) is oud-kinderarts en oud-bestuurder van ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk. Na haar pensioen promoveerde ze op praktische wijsheid aan de Universiteit voor Humanistiek.

Natuurlijk maak je keuzes, maar ik heb ook veel geluk gehad. Bijvoorbeeld met docenten die me stimuleerden om te gaan studeren. Dat een meisje een academische opleiding volgde, en ook nog in een andere stad, was destijds immers niet vanzelfsprekend. Daarbij heeft mijn man mijn ambitie om kinderarts te worden, nooit in de weg gestaan. Integendeel: we zorgden samen voor onze kinderen en het huishouden. Dat hij koos voor parttime werk was toen heel gebruikelijk.’

Weinig slaap

‘Ik kan toe met weinig slaap en krijg energie van mijn werk. Mijn optimistische aard en het doorzettingsvermogen heb ik van mijn moeder: van niets iets kunnen maken. Dat kwam allemaal erg van pas toen ik werd gevraagd voor de raad van bestuur van het ziekenhuis St Jansdal. Ik vind dat vrouwen en artsen in het bestuur van een ziekenhuis thuishoren, maar ik wilde mijn vak als kinderarts niet opgeven. Uiteindelijk besloot ik om het allebei te doen.’

Niet alles

‘Hoe ik dat tien jaar heb volgehouden? Door twee momenten per etmaal – ’s morgens en ’s avonds – voor mezelf te plannen. En door het besef dat niet alles “nu” hoeft. Zo wist ik: onderzoek doen komt later wel, als ik het minder druk heb. Dat is na mijn pensionering geworden. Voor mij was de rangorde: ik ben moeder, echtgenote en heb mijn werk. De leuke dingen kwamen daarna, zoals vakantie of uitgaan. Ik genoot overigens wel volop, bijvoorbeeld van weekenden weg met de kinderen, die dan allerlei vriendjes meenamen. En de laatste jaren van onderzoek doen en onze grote bostuin. Terugkijkend geeft het me voldoening dat ik veel goeds heb kunnen doen voor anderen. Spijt heb ik van geen enkele keuze.’

‘Focus op de gezamenlijke kracht’

Toen politieke partijen gedwongen loondienst als thema in hun verkiezingsprogramma opnamen, groeide bij dermatoloog Amber Goedkoop sterk het gevoel dat ze iets moest doen. Ze vraagt zich af: Hoe bestaat het dat verkeerde beeldvorming mij de keuze ontnemt om vrijgevestigd medisch specialist te zijn?

TEKST VANESSA CRUZ BEELD MONIQUE WIJBRANDS

Natuurlijk tekende ik als voorzitter van ons msh het manifest dat stelt dat vrijgevestigd medisch specialisten een onmisbare partner zijn voor de zorg. En nee, dat is niet polariserend ten opzichte van specialisten in loondienst. Integendeel. De discussie draait niet om kwaliteitsverschil; als dokters staan wij allen voor het leveren van de beste zorg voor onze patiënten. Waar het om draait is het belang van keuzevrijheid: pas als we vrij kunnen kiezen zijn we op ons best. Al tijdens mijn opleiding wist ik dat mij het vrije beroep het best past, ook al had ik op dat moment nog geen volledig zicht op wat hier allemaal bij komt kijken - daar werd in de opleiding toen nog weinig aandacht aan besteed. Nooit heb ik spijt gehad van mijn keuze, nooit getwijfeld of loondienst misschien toch ... Als vrijgevestigde voel ik me persoonlijk als een vis in

het water. Ik houd van het ondernemerschap dat bij het vrijgevestigd beroep komt kijken en de kansen die dit biedt om ook op bestuurlijk niveau mee te denken. Dat is een mindset die voor anderen helemaal niet hoeft op te gaan.

Nu ben ik van nature een rustig en beschouwend persoon. Ik koers graag op feiten, en kijk daardoor ook met de nodige distantie en begrip naar besluitvorming die niet de mijne zou zijn. Toch stoort de huidige politieke discussie over de vermeende problematiek rondom vrijgevestigd medisch specialisten me enorm, net als de manier waarop de media dit aanwakkeren. Dat we worden weggezet als graaiers die zich laten sturen door perverse prikkels deugt van geen kant en doet geen recht aan de inspanningen van vrijgevestigd medisch specialisten om de zorg betaalbaar te houden.

Twee jaar sta ik inmiddels als voorzitter met mijn bestuur aan het roer van een coöperatie met 250

‘Dat we worden weggezet als graaiers die zich laten sturen door perverse prikkels deugt van geen kant’

medisch specialisten. Ik geniet van hun creativiteit en inspanningen om de zorg nog efficiënter en effectiever te organiseren. Ook van mijn collega's in loondienst overigens. Met de raad van bestuur, ons stafbestuur, onze cliëntenraad en de ondernemingsraad bedenken we creatieve oplossingen om de zorg beter te maken. Dus vertel mij eens waarom we dat allemaal overhoop zouden gooien? Ik zie het msb ook zeker niet alleen als een financieel bedrijf. Natuurlijk is de verdeling van het honorarium een van onze taken en dragen we bij aan investeringen in kwaliteit van zorg in het ziekenhuis. Maar een groot deel van onze tijd besteden we direct aan patiënten die we vanuit onze passie willen helpen.

De discussie over de vermeende problemen van het vrijgevestigd beroep woekert voort terwijl we ons druk zouden moeten maken over werkelijke problemen, zoals de transformatie die nodig is om de zorg betaalbaar te houden. Daar wil ik mijn energie in steken, niet in allerlei vooroor-

delen en ongenuanceerde beelden die je eenvoudig kunt weerleggen met feiten. Zo zouden msb's de gelijkgerichtheid en bestuurbaarheid in de weg staan, terwijl uit verschillende onderzoeken - waaronder van toezichthouder NZa - blijkt dat die gelijkgerichtheid de laatste jaren juist is toegenomen.

Laten we dus stoppen mee te gaan in de beeldvorming dat het vrijgevestigd beroep een probleem is. In plaats van ons te richten op de verschillen tussen loondienst en vrijgevestigden moeten we ons focussen op de kracht die artsen in loondienst en in een msb samen kunnen leveren. Vanuit verschillende perspectieven verbeteren we iedere dag opnieuw de zorg en voegen we waarde toe aan het leven van onze patiënten. Zij aan zij is "the sky the limit", iedere dag opnieuw. Dwing je ons in loondienst, dan verliest de zorg een unieke en zeer effectieve dualiteit.'



Amber Goedkoop
is dermatoloog en
voorzitter van het
Coöperatief MSB
St. Antonius
Ziekenhuis in Utrecht

de
gouden
regel

‘Soms moet je je trots opzijzetten’

‘Voorordat ik vanuit Italië als radioloog in Rotterdam aan de slag kon, volgde ik een individueel scholingsprogramma om mijn Nederlands en mijn kennis van de radiologie hier te verbeteren. En dat was geweldig. Nederlandse radiologen behoren tot de beste van de wereld; op internationale congressen presenteren zij de nieuwe technieken en interessante onderzoeksresultaten. Toch zijn congresorganisaties vaak druk met een evenredige verdeling van radiologen uit verschillende landen. Dat vind ik onzinnig; leer gewoon van de beste mensen. Dat doe ik zelf ook, elke dag. Ik herken snel mensen die beter zijn dan ik op bepaalde vlakken. Van deze mensen vraag ik meestal advies om zo mijn radiologische kennis en vaardigheden te verbeteren.

Bij die zelfontwikkeling stuit ik soms ook op onverwachte inspiratie, bijvoorbeeld bij de zes promovendi die ik begeleid. Jonge mensen met een frisse blik, niet vastgeroest in: “Zo doen we dat nu eenmaal”. Het klinkt gek, maar veel ervaring kan ook tot een tunnelvisie leiden, en daardoor mis je soms voor de hand liggende zaken die net buiten je verwachtingspatroon liggen. Zelf wees een promovendus mij er bijvoorbeeld op dat er verschil is in omvang tussen luchtwegen van geïntubeerde en van niet-geïntubeerde patiënten. Iets wat ik wel weet, maar hij benadrukte dat dat een bias in ons onderzoek kon opleveren. Zo kunnen ook promovendi mij helpen om open naar mijn werk te blijven kijken, om me altijd af te vragen: “Wat als ik het fout heb?” Ik koester de waarde van feedback. En ja, soms moet je je trots even opzijzetten. Dat maakt me een betere specialist en een beter mens.’

Pierluigi Ciet, is kinder- en thoraxradioloog in het Erasmus MC. Daarnaast doet hij onderzoek naar longziekten en begeleidt hij promovendi. Hij begon zijn studie geneeskunde en carrière in Italië waar hij zich specialiseerde als radioloog.



COLOFON

Jaargang 8, juni 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 Trig (Federatie Medisch Specialististen)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Rutger Hengeveld (klinisch chemicus), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lankeren (radio- loog), Nicole Naus (oogarts), Tessa Noijons (bestuurslid De Jonge Specialist), 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:

Lars van den Brink

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.

Kan ik deelnemen aan IFMS als mijn instelling dit niet aanbiedt?

Dermatoloog José werkt in een zelfstandig behandelcentrum waar geen traject voor Individueel Functioneren Medisch Specialististen (IFMS) wordt aangeboden. Ze belt met een van onze juristen met de vraag hoe ze toch kan deelnemen. Onze jurist legt uit dat ze zelf een getrainde gespreksleider kan benaderen. José krijgt informatie over de diverse organisaties die haar kunnen begeleiden.

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.





& nu
verder

Hechten op de vierkante millimeter

Zo goed als onzichtbaar met het blote oog: microchirurg Tom van Mulken hecht met naald en draad twee bloedvatbuisjes van tussen de 0,3 en 2 millimeter aan elkaar. Extreem precisiewerk van een microscoop en de stabiele hand van de chirurg. Om nog beter vakwerk af te leveren, maakt Van Mulken gebruik van microrobot MUSA, waarmee hij op de vierkante millimeter de kleinste structuren kan opereren. Robots zijn al twintig jaar in zwang in de chirurgie, maar MUSA is de eerste robot in de microchirurgie, een wereldprimeur dus. Belangrijkste doel is om de precisie te verbeteren van de menselijke hand, die met zijn motoriek tegen de grenzen van het mogelijke aanloopt. De robot kan trillingen uit de hand wegnemen

en kan bewegingen schalen. Als de chirurg tien millimeter met zijn hand beweegt, kan de robot dat schalen naar 1 millimeter. Het leidt tot betere operatieresultaten. Het ontwerp is even simpel als uniek: het bestaat uit een ring met meerdere armen, waarin je instrumenten kunt klikken die microchirurgen al gebruiken. Dat betekent een enorme kostenbesparing. Ook verwacht Van Mulken dat vanwege de eenvoud van MUSA een grotere groep microchirurgen ermee uit de voeten kan. MUSA is ondergebracht in een op zichzelf staand bedrijf Microsure en wordt in studieverband, in samenwerking met Maastricht UMC+ en de Technische Universiteit Eindhoven, verder ontwikkeld in diverse Europese ziekenhuizen.