

Neuroloog en opleider
Marijke Eurelings
**'Medisch leiderschap
zit in elke dokter'**

Uroloog Bart
van Bezooijen
**'Je onderhandelt
continu met jezelf'**

Startende traumachirurg
Kim Benders
**'Met 50% informatie
maak je 100% keuzes'**

Medisch Specialist

december
2020

Jeroen Meijerink strijdt
tegen verspilling op de OK

**'Irritatie is
vruchtbare grond
voor verandering'**



Federatie
**Medisch
Specialisten**

OP DE SNIJTAFEL



Economische gevolgen van de COVID-19 pandemie

We raken het spoor snel bijster als we de schommelende cijfers over de economie voorbij zien komen. Zo steeg het Bruto Nationaal Product in juli en augustus met **7,1%**, nadat het cijfer in het tweede kwartaal van 2020 met 8,5% was gedaald ten opzichte van een kwartaal eerder. Over het tweede kwartaal – de periode dat de zorg het hardst werd geraakt – is het meest bekend. Een duik in de onderliggende cijfers.



In het tweede kwartaal van 2020 daalde de omzet ten opzichte van het tweede kwartaal in 2019 met:

- **18,5%** in de zakelijke dienstverlening
- **9%** in de groothandel en handelsbemiddeling
- **21%** in de transportsector
- **1,6%** in de bouw
- **25%** in de auto- en motorbranche.

50%

lager viel de omzet in de horeca uit in het tweede kwartaal dan een kwartaal eerder. In het eerste kwartaal was de omzet al met bijna 14% gedaald.

€48 miljard

steeg de schuld van de Rijksoverheid tussen januari en oktober 2020.



Niet voor iedereen werd het er slechter op:

- **50%** meer omzet voor bouwmarkten in de derde week van maart dan een jaar eerder
- **25%** meer omzet voor de supermarkten in diezelfde week dan in de derde week van 2019
- **23,1%** meer omzet voor de groothandel in landbouwproducten.

- **45,2%** meer uitgaven bij Europese webwinkels door Nederlandse consumenten
- **6%** lager was de afzet van motorbrandstoffen in augustus dan in dezelfde maand een jaar eerder, de afzet van kerosine was zelfs 45% lager. Winst voor de natuur.

Bron: CBS



14

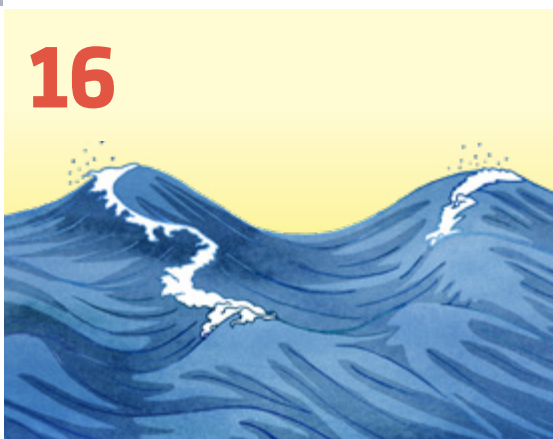
De gouden regel van neuroloog en opleider Marijke Eurelings

‘Medisch leiderschap is durven doen waar je blij van wordt’

Bestuursvoorzitter Isala Rob Dillmann over nieuwe coronagolven

‘Pas als er een vaccin is, moeten we bepaalde maatregelen versoepelen’

16



Longarts in opleiding Roel van Pel over COVID-zorg in dit voorjaar

‘Een week zaalwerk leverde je ervaringen op die de supervisor nog niet had’



28

EN VERDER

4 Column Peter Paul van Benthem: 'Op weg naar rust en licht'

13 Cardioloog Tamara Aipassa verlengt haar poli met een weblog

15 Dossier COVID-19: Omgaan met onzekerheid. Met uroloog Bart van Bezooijen, geriater Arend Arends, chirurg Jaap Bonjer en internist Robin Peeters

24 Startend traumachirurg Kim Benders: 'Soms zoek ik onnodig extra bevestiging'

26 Anesthesioloog Wolfgang Slack over verslaving op de werkvloer: 'Kijk niet weg, steek een hand uit'



OP DE COVER

Jeroen Meijerink, hoogleraar innovatieve chirurgie en voorzitter Landelijk Netwerk Groene OK
Pagina 8

32 Ieder jaar een nieuw exoskelet


COLUMN OP WEG NAAR RUST EN LICHT

Het lijkt als de dag van gisteren, en tegelijk al zo ver achter ons: in maart verscheen de eerste editie van dit magazine en stonden we aan de start van een lente vol uitbundig zonnige dagen. Hoe schrill was het contrast met het drama dat zich toen zo snel voltrok in ziekenhuizen en verpleeghuizen. Nu, aan het eind van dit jaar is dat contrast een stuk minder. Misschien waren de herfstkleuren in de najaarszon nog wel uitbundig, maar voor de rest bevestigde de koude en natte herfst vooral het zorginfarct waarin we bijna terechtgekomen zijn. Geschokt zijn we nu niet meer, wel is de tweede golf extra pijnlijk voor de grote groep medisch specialisten, artsen in opleiding, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals die nog niet waren gekomen van de eerste. En die opnieuw alles op alles zetten om goede zorg te blijven leveren, opnieuw tonend wat medisch leiderschap betekent.

We gaan in deze editie op zoek naar dit medisch leiderschap. En dat levert – zoals we al hoopten – een afwisselend tableau op. In 2020 pakken we bijvoorbeeld ook uitdagingen op die er niet minder op worden door de pandemie, zoals Jeroen Meijerink laat zien in het hoofdartikel. Als voorzitter van het kersverse Landelijk Netwerk Groene OK – met dertien wetenschappelijke verenigingen – spoort hij ons allemaal aan vanaf vandaag de CO2-voetprint van de zorg terug te dringen. Medisch leiderschap hoort zich ook te laten zien in de manier waarop we omgaan met collega's in nood, bijvoorbeeld als ze hun toevlucht zoeken in verdovende middelen. "Reik hen de hand", bepleit Wolfgang Slack op indrukwekkende wijze op pagina 24.

In 'het dossier' – dit keer over de druk op de zorg – schetsen collega's hoe zij hun leiderschap in deze stormachtige tijd inzetten om zichzelf en hun omgeving te blijven motiveren. Daar bestaat geen eenduidig recept voor, valt mij op. Rob Dillmann, Robin Peeters, Arend Arends en Bart van Bezooijen geven er allemaal hun eigen invulling aan. We richten de spotlights ook op onze artsen in opleiding tot specialist. Terecht, want ook zij toonden hun enorme inzet in de twee perioden dat het virus heeft huisgehouden. Nog voordat hun opleiding is beëindigd hebben zij de competentie medisch leiderschap al met grote effectiviteit leren toepassen.

Deze pandemie reikt veel verder dan het virus, het zit in alles. Ik voel het als dokter en collega en als echtgenoot, vader en zoon. En natuurlijk als burger die ziet hoe de hele maatschappij ermee worstelt. Voor jullie zal dat niet anders zijn. Ik kijk reikhalzend uit naar betere tijden, en ik geloof daar ook in. Soms zien we daar al signalen van. Wat zou het mooi zijn als ons al vóór de jaarwisseling wat meer rust en licht gegund is. Wat hebben we dat met z'n allen verdiend.'



**Peter Paul
van Benthem**
Voorzitter Federatie
Medisch Specialisten

COVID-19 leidraden

Expertteams en werkgroepen van de Federatie Medisch Specialisten hebben ook tijdens de tweede golf veel werk verzet om collega-specialisten en ziekenhuizen te ondersteunen. Nieuwe leidraden zagen het licht en bestaande leidraden kregen een update naar de laatste inzichten. Een overzicht vanaf oktober 2020.

De leidraad Infectiepreventie maatregelen voor de ziekenhuiszorg van bij COVID-19 (verdachte) patiënten (publicatie 3 november) is een hulpmiddel voor zorginstellingen om het infectiepreventiebeleid waar nodig aan te passen om verspreiding van COVID-19 te voorkomen of te verkleinen.

Raamwerk voor het behoud van reguliere klinische non-COVID zorg in relatie tot de pandemische druk (publicatie 30 oktober) geeft medisch specialisten en ziekenhuizen concrete handvatten

waarmee instellingen de continuïteit van de acute en de kritieke planbare zorg voor hun patiënten kunnen waarborgen. En daarmee blijvende gezondheidsschade en het verlies van levensjaren zo veel mogelijk voorkomen.

De leidraad Diagnostiek bij patiënten met opname-indicatie en verdenking op COVID-19 is herzien (publicatie 29 oktober). De leidraad behelst een stroomschema waarmee de wijze van diagnosticeren van COVID-19 kan worden vastgesteld. Onder andere komen het gebruik en de betrouwbaarheid van

de microbiologische test, de ct-scan en de inzet van serologie aan de orde.

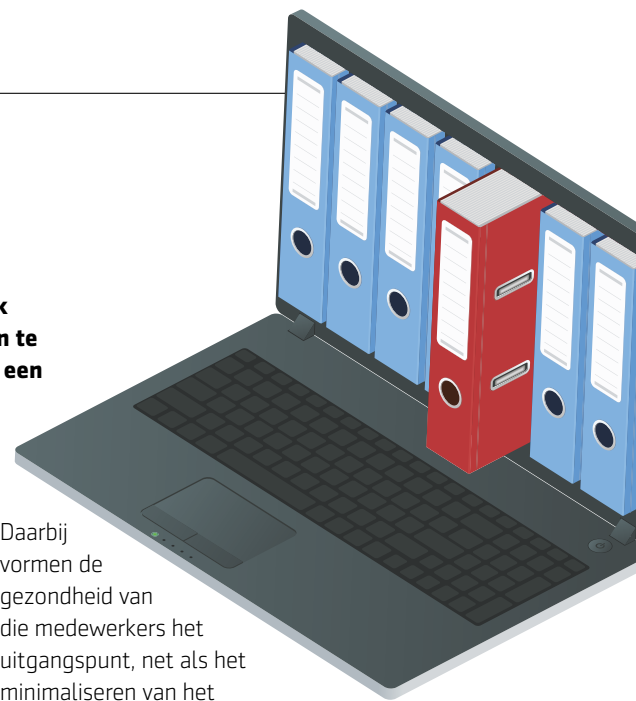
De leidraad Corticosteroïden bij de behandeling van COVID-19 (publicatie 29 oktober) geeft een update van de aanbevelingen voor het starten van dexamethason of een ander steroïde in de verschillende fasen van COVID-19.

De leidraad Testbeleid en inzet zorgmedewerkers in het ziekenhuis (publicatie 15 oktober) is aangepast en bevat aanbevelingen voor een optimale inzet van ziekenhuismedewerkers.

Daarbij vormen de gezondheid van die medewerkers het uitgangspunt, net als het minimaliseren van het risico op besmetting van patiënten, cliënten en collega's.

De leidraad Veilige non-COVID zorg in ziekenhuizen (publicatie 13 oktober) beschrijft per risiconiveau welke beheersmaatregelen een zorginstelling kan nemen. Het gaat om minimale handvatten die prevalentie van het coronavirus helpen voorkomen.

Raadpleeg alle leidraden op de overzichtspagina COVID-19.



CIJFER

2.800

Het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie Medisch Specialisten en de LAD verwacht over heel 2020 circa 2.800 vragen in behandeling te hebben genomen. Aan het eind van het derde kwartaal stond de teller op 2.069. De meeste vragen zijn arbeidsrechtelijk van aard (59%). Runner up zijn met 14% de vragen over gezondheids- en ondernemingsrecht.



De eerste klinisch fysici. Links Irene Joliot-Curie en rechts haar moeder Marie Curie. Zij maakten samen in de eerste wereldoorlog röntgenfoto's van gewonde soldaten.



De moves van zorgpersoneel op Jerusalema van de Zuid-Afrikaanse dj Master KG gaan heel de wereld over. Ook Nederlandse ziekenhuismedewerkers plaatsten tot ver in het najaar hun verfilming op social media. De challenge symboliseert zo de wereldwijde verbondenheid in de zorg. Daarbij verzetten de deelnemers met dit luchtige tussendoortje de zinnen in deze drukke en zware tijden. Op deze foto tonen de collega's van het Catharina Ziekenhuis hoe geweldig ze ook vóór het ziekenhuis op elkaar zijn ingespeeld.

ADVERTENTIE

Kan ik bij- en nascholingskosten voor herregistratie declareren?

Die vraag werd gesteld door kno-arts Remco. Een van onze juristen legt uit dat in veel cao's een budget voor beroepskosten is geregeld. Remco werkt in een umc en valt onder de werkingssfeer van de Cao UMC. In deze cao is zo'n budget expliciet opgenomen voor medisch specialisten. Dat betekent dat Remco de kosten voor het congres dat hij binnenkort volgt, kan declareren bij zijn werkgever.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Vier tips om toekomstproof te blijven in de zorg

Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch-inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de ándere rollen van de medicus. Daarom biedt De Academie voor medisch specialisten discipline-overstijgende opleidingen voor medisch specialisten op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid. Altijd actueel en specifiek toegespitst op de dynamiek van het zorgveld. Een kwalitatieve aanvulling op uw rol als professional, ondernemer, leidinggevende, bestuurder, opleider, onderzoeker of toezichthouder van de toekomst.

Tip 1: Management voor medici

Versterk uw managementkennis met dit postdoctorale programma. Focus op marktontwikkelingen, strategie en verandermanagement, leiderschap, financiën, organisatie, ondernemerschap en samenwerking. Wetenschappelijk niveau, gericht op directe toepassing in de praktijk. Een onmisbare en bewezen basis voor ervaren en startende medici die leidinggevende functies vervullen of ambiëren.

Startdatum 27 september 2021

Prijs leden FMS en VvAA €11.750,- (€ 12.650,- niet leden)

Locatie centraal in Nederland

Tip 2: Basics van management en beleid

In deze korte en krachtige opleiding krijgt u toepasbare theoretische kennis aangeleerd waarmee u beter uw weg kunt vinden in de complexe werkomgeving van het ziekenhuis. Naast de 'basics' over de inrichting van een ziekenhuisorganisatie en de positie van de medische staf hierin, leert u ook hoe u een verbetering kunt invoeren en wat de kaders zijn van het kwaliteitsbeleid en de financiële stromen.

Startdatum 18 maart 2021

Prijs leden FMS en VvAA € 1.895,- (€ 2.150,- niet leden)

Locatie regio Utrecht

Tip 3: Incompany

Het aanbod van De Academie is ook in opdracht beschikbaar: incompany bij uw ziekenhuis, vakgroep of wetenschappelijke vereniging. Over uw opleidingsvraag of ontwikkelingsvraagstuk denken wij graag met u mee. Zodat u een voorstel op maat in uw organisatie aanbiedt dat is toegespitst op uw specifieke vraag, doelstelling of omgeving. Denk hierbij aan onderwerpen als kwaliteitszorg of medisch management waarbij we bijvoorbeeld vergadertechniek, onderhandelen, beleidsontwikkeling, een APK van de vakgroep of persoonlijk leiderschap aanbieden.

Altijd ABAN geaccrediteerd.

Tip 4: Volg een masterclass

Masterclass

Vakgroepvoorzitter

Deze masterclass geeft inzicht in de taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden die passen bij het voorzitterschap. Optioneel kunt u kiezen voor een unieke follow up van begeleide (online) ontmoetingen met deelnemers van deze masterclass gericht op intervisie.

Startdatum 24 februari 2021

Locatie regio Utrecht

Masterclass

Persoonlijk leiderschap

Groei en ontwikkeling naar leiderschap, op eigen kracht en koers. In de soms hectische dynamiek van alledag raakt u uzelf 'makkelijk' kwijt. De Masterclass Persoonlijk leiderschap geeft handreikingen om de eigen energiebalans te bewaken, naast kennis en vaardigheden om leiderschap verder te ontwikkelen.

Startdatum

14 april 2021 in Zwolle

22 april 2021 in Nootdorp

De partners van De Academie voor medisch specialisten



De Academie 
voor medisch specialisten

academiemedischspecialisten.nl
info@academiems.nl • 030 247 4197



JEROEN MEIJERINK VAN
LANDELIJK NETWERK GROENE OK
SMEEDT INNOVATIEVE ALLIANTIES



‘Irritatie is vruchtbare grond voor verandering’

Jeroen Meijerink, hoogleraar innovatieve chirurgie en afdelingshoofd Operatiekamers in het Radboudumc, ontsteekt met het kersverse *Landelijk Netwerk Groene OK* het vuur bij collega's, ziekenhuizen en industrie. ‘De tijd dringt, en in de operatiekamer is veel winst te boeken.’

TEKST FRED HERMSEN BEELD FRANK RUITER

Wat is de allerhoogste vorm van duurzaamheid? 'Niets doen. Niet vliegen, niet wintersporten, niet autorijden. Voor de ok is dat: niet

behandelen. Maar we staan ook voor de best mogelijke behandeling van patiënten, dus het is: geen overbodige ingrepen doen. Zinnige zorg en duurzaamheid gaan zo hand in hand. Neem een man die al jaren in een rolstoel zit, bij wie de kans dat hij ooit zal opstaan nihil is. Wordt het dan een knieoperatie of kun je hem beter op een andere manier helpen?'

Kan iedere chirurg bij de volgende operatie iets groens doen?

'Zeker. Bij buikchirurgie is waarschijnlijk meer mogelijk dan bij hartchirurgie, met alle plastic slangen die daar nodig zijn voor een bypassoperatie. Maar als je kijkt naar het instrumentarium, dan heeft iedere specialist keuzemomenten voor *single patient use of reusable* instrumenten. Maak je een darmaad met een hecht draad of met een disposable nietmachine? Die kost honderden euro's en heeft een heel veel grotere ecologische voetdruk.'

Maar die hechting kost je vijf minuten, en met die stapler ben je zo klaar. Met tien operaties per dag scheelt dat al snel een klein uur. Waarin je een extra patiënt kan helpen...

'Dat klopt bij de kleine ingrepen. Maar bij meer gecompliceerde operaties doen die vijf minuten hechten er minder toe. En vergeet niet dat je ook kosten bespaart. Je moet uiteindelijk afwegen of de kosten opwegen tegen tijdwinst en het milieuverlies. We weten steeds meer van kosten. De ok gebruikt 30 tot 40 procent van alle medische materialen in een ziekenhuis en genereert 25 tot 30 procent van het ziekenhuisafval. Maar de precieze milieuschade laat

zich vooralsnog raden. Met *life cycle analysis* kunnen we milieukosten van de grondstoffendelving tot de afvalverwerking per product inzichtelijk maken en op basis daarvan juiste keuzen maken. Op termijn zullen we de financiële parameters daardoor kunnen afzetten tegen die van het milieu.'

Maar zover is het nog niet, en we zien in de praktijk nog niet heel veel concreets. Gaat de sector wel hard genoeg?

'Niet snel genoeg, maar er is vooruitgang. Zo'n beetje alle congressen gaan over dit thema, en ik spreek alleen maar welwillende ok-medewerkers en medisch specialisten, net als mensen van de afvaldiensten graag een extra meter lopen voor het milieu. De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care sprak laatst in mijn bijzijn haar irritatie uit over de enorme afvalberg door COVID-zorg. Irritatie is vruchtbare grond voor verandering. Een aantal ziekenhuizen is er al actief mee aan de slag. Zij leren dat je vaak makkelijk twee vliegen in één klap kunt slaan. Als je het ventilatiesysteem 's nachts uitzet als de ok niet wordt gebruikt, scheelt dat tot 50 procent aan energiekosten. Het zou pas écht mooi zijn, als die bezuiniging, die kan oplopen tot jaarlijks dertigduizend euro, per operatiekamer meetbaar zou zijn, en vervolgens weer aan verduurzaming zou kunnen worden uitgegeven. Maar het ontbreekt nog aan een aparte energiemeter voor de ok en investeringsbereidheid.'

En dat terwijl de tijd dringt...

'De zorg is verantwoordelijk voor zo'n 5 tot 7 procent van de CO²-uitstoot wereldwijd, in Nederland zelfs eerder 8 procent. Ziekenhuizen moeten als uitkomst van de klimaattafels net als andere sectoren 49 procent CO²-reductie in 2030 bereiken. Je kunt niet zeggen: "Ik doe even niet mee." Ieder jaar dat je hier géén beleid op loslaat, betekent een verhoging van je doelstelling in het jaar erop. Ik zie hier overigens een schone taak weggelegd voor de Federatie, bijvoorbeeld in de sfeer van richtlijnen en bewustwording.'

Maar ziekenhuizen zijn afhankelijk van de industrie, en artsen moeten het uiteindelijk doen met het beschikbare materiaal...

'Er zijn natuurlijk keuzes die het individuele en de invloedssfeer van het ziekenhuis overstijgen. Daarom hebben "snijdende" wetenschappelijke en beroepsverenigingen in oktober het *Landelijke Netwerk Groene OK* gelanceerd. Daarin zoeken we nadrukkelijk de samenwerking met de industrie, afvalverwerkers en

'De OK gebruikt 30 tot 40 procent van alle medische materialen in een ziekenhuis en genereert 25 tot 30 procent van het ziekenhuisafval'



overheid. Als je van medici vraagt hun werk anders te doen, moet dat natuurlijk ook anders kunnen.'

Waar verwacht je een grote ommekeer?

'In de laatste twintig jaar is 60 procent van ons instrumentarium *disposable* geworden. Mede onder druk van de industrie, die stelde: *single patient use* materiaal voorkomt infecties. Dat was ook zo, maar we willen af van de bijkomende verspilling. Waarom kunnen we die *disposables* niet hergebruiken en met minder verpakkingsmateriaal? Zouden we die plastic instrumenten ook kunnen omsmelten voor hergebruik? Dat ziet ook de industrie langzaam in. Met Johnson & Johnson zijn we bijvoorbeeld in gesprek over terugkeer naar *reusables*. Vergeet niet dat voor

'Je kunt als professional niet langer zeggen: "Die groene hype waait wel over, bij mij staat de kwaliteit van de medische zorg voorop"'

de industrie duurzaamheid ook een marketing argument begint te worden.'

Je zou op het eerste gezicht zeggen dat het hun businessmodel aantast...

'Neem die disposale nietmachine. Zeg dat de productiekosten daarvan zeventig euro zijn, en dat die ons nu wordt verkocht voor vierhonderd euro. We hebben ontdekt dat we zo'n hoogwaardig apparaat voor eenmalig gebruik best tot twintig keer verantwoord kunnen hergebruiken. Als we nu afspreken met een leverancier dat hij ieder apparaat niet eenmalig voor vierhonderd euro verkoopt, maar twintig keer voor driehonderd euro, en dat hij na ieder gebruik het apparaat inneemt voor hersterilisatie. Dan blijft de winst per saldo op peil, wij krijgen nietapparaten voor drievierde van de prijs en je produceert twintig keer minder afval.'

Kun je ze als ziekenhuis niet zelf steriliseren?

'Dan neem je de gebruiksrisico's over van de producent, met het gevaar van claims. Productrisico's horen bij de producent.'

En laat de regelgeving het toe?

'Ik merk dat veel collega's lijden aan gepercipieerde regelgeving. Als ik met de Inspectie aan tafel zit, krijg ik vaak te horen: "Daar is helemaal geen regelgeving voor." Of: "Wij volgen hier de normen die jullie beroepsverenigingen zelf vaststellen. Je beperkt jezelf." We moeten in de beroepsverenigingen dus onze eigen normen heroverwegen.'

Even naar een extreem: bebloed afvalmateriaal...

'Daar bestaat natuurlijk wel strikte regelgeving voor; dat gaat nu naar Dordrecht voor verwerking. Maar ook hierover wil het landelijk netwerk nadenken.'



'Zo'n hoogwaardige disposable nietmachine zou je best tot twintig keer verantwoord kunnen hergebruiken.'

We weten dat materiaal steriel wordt bij verwarming vanaf 150 graden Celsius. Als je bebloed plastic laat onsmelten op 350 graden om het te gebruiken als grondstof voor nieuwe instrumenten, zou het dan niet steriel zijn? Dit moeten we natuurlijk eerst wetenschappelijk aantonen, dus is er onderzoek nodig. Samen met gedreven collega's van het LUMC, het Amsterdam UMC en de TU Delft voeren we over dergelijke casussen regelmatig overleg met afvalverwerkers, industrie en inkooporganisaties. We kijken met de afvalverwerker naar het onsmeltproces en praten met producenten over designaanpassingen.'

Wat zijn andere voorbeelden van industrieel omdenken?

'Neem kleinere verpakkingen, duurzamer in transport en afval. Nu is er vaak 90 procent van verpakking karton, plastic en lucht, en 10 procent

product. En wat te denken van die dikke handleidingen in 27 Europese talen die iedereen ongelezen weggooit als je eenmaal weet hoe iets werkt. Dat kan allemaal online. Met bijvoorbeeld een QR-code op de verpakking, ook al is daar gek genoeg wel wat overtuigingskracht voor nodig, mogelijk zelfs aanpassing van Europese regelgeving. Maar ook concreter: met producent Mölnlycke kijken we naar afdeklakens op de ok. Momenteel zijn die van plastic en papier. Dat plastic kan voor 75 procent vervangen worden door biovezels, in de toekomst zelfs voor 90 procent. Als dit bedrijf zo'n innovatie als eerste op de markt brengt, is het natuurlijk spekkoper.'

En bij farmaceuten?

'Ook daar kan heel veel verbeteren, en ik zie ook wat veranderen. Baxter maakt bijvoorbeeld anesthesiegassen die 2.500 keer meer milieuschade veroorzaken dan CO₂. Eigenlijk zou je zo'n middel onmiddellijk moeten verbieden. De fabrikant heeft nu een vat ontwikkeld waarin deze gassen worden opgevangen en gebonden, met behulp van actieve koolstof. Baxter haalt de gassen in Zwitserland weer uit het vat voor hergebruik. Of dat uiteindelijk ook de impact op het milieu verkleint, moeten we afwachten.'

Waar ligt het echte kantelpunt?

Dat ligt in handen van de medisch specialist zelf, die zich bewust moet zijn van zijn of haar brede maatschappelijke verantwoordelijkheid. 'Alles hangt af van de bereidheid ingeslepen gewoonten te herzien en je invloed aan te wenden.' En dat begint bij de opleidingen, waar arts-assistenten naar zijn idee teveel leren 'hoe het altijd al is gedaan'. Daar staat tegenover: 'Bij jong en oud zie ik veel enthousiasme, ondernemerszin ook. Het Maasstad Ziekenhuis, Alrijne en Amphia Ziekenhuis belden me vorige week, of ze zich kunnen aansluiten bij het ons netwerk. We bundelen enkel beroeps- en wetenschappelijke organisaties, maar we gaan wel regionale bijeenkomsten organiseren voor ziekenhuizen met regionale projecten. Het illustreert dat we niet langer met lede ogen willen aanzien dat we het milieu onnodig belasten. En je kunt als professional niet langer zeggen: "Die groene hype waait wel over, bij mij staat de kwaliteit van de medische zorg voorop." Duurzaam handelen heeft de toekomst en gaat prima samen met de beste patiëntenzorg.'

'Ik merk dat veel collega's lijden aan gepercipieerde regelgeving'

IN BALANS

WERK/THUIS



WERK Informatieoverdracht is een belangrijk onderdeel van het artsenberoep. Maar het is druk op de poli en tijd is schaars. 'Heeft mijn patiënt wel alles gehoord en begrepen?', vraagt Tamara Aipassa zich regelmatig af. Haar website werkt als een mooi verlengstuk van haar poli. De blogs lezen zoals ze praat in de spreekkamer, van cardioloog tot iedereen. Een geïnformeerde patiënt kan beter meebeslissen over zijn behandeling, weet ze. In haar verhalen toont ze ook de menselijke kant van artsen. Artsen komen er namelijk soms bekaaid af in de media; worden neergezet als geldbelust en niet communicatief. Dat beeld herkent Tamara meestal niet. Laat je zien als arts, betoogt ze dan ook. Maak mensen wijzer en leer je patiënten kennen. Er is een wereld te winnen buiten de spreekkamer.

THUIS Schrijven en verhalen delen geeft voldoening, ontdekte cardioloog Tamara Aipassa toen ze een reisblog bijhield voor familie en vrienden. 'Je schijft zo leuk, daar moet je iets mee doen', zeiden die. Zo geschiedde, jaren later. 's Avonds thuis, liggend op de bank – doktersjas uit, joggingbroek aan – mijmert ze over de werkdag en raakt ze soms zomaar geïnspireerd. Flarden van gesprekken, verhalen van patiënten. Zoals de man die in een Jappenkamp heeft gezeten en toch dankbaar is. Omdat hij beter waardeert wat hij heeft en kan genieten van kleine dingen. Waar haalt hij die veerkracht vandaan? Dan is de laptop zo gepakt, en schrijft Tamara verhalen voor haar zelfgebouwde website hartverslag.nl.

de
gouden
regel

‘Medisch leiderschap is durven doen waar je blij van wordt’



‘Sinds de eerste golf zie ik veel jonge dokters opstaan. Twee van mijn arts-assistenten zijn bijvoorbeeld initiatiefnemers van een beldienst, die ervoor zorgt dat de naasten van COVID-patiënten in alle hectiek niet vergeten worden. Zij houden me een spiegel voor – wat kan ik zélf bijdragen? Eén telefoontje naar het hoofd Facilitaire Dienst en mijn collega’s op de cohort-afdeling kunnen samen eten in hun eigen rust-ruimte. Je moet durven vragen om hulp. Maar vooral durven doen waar je blij van wordt. Ik geloof dat medisch leiderschap in elke dokter zit. Door de individualisering en de regionalisering van de opleiding hebben aios nu meer mogelijkheden dan toen ik een jonge dokter was. Het is mijn missie om arts-assistenten op hun potenties te wijzen, zodat ze de beste versie worden van zichzelf.

Daarvoor moet je op zoek naar de kleinste gemene deler: "Wat maakt jou anders, waar zit jouw kracht, waar precies krijg je energie van?" Ik moedig aan: "Luister, kijk, en heb de moed te vragen wat er speelt." Goede tekenen zijn vaak op het eerste gezicht onbetekenende gedragingen. Een aios die met een glimlach rondloopt op de spoedeisende hulp, een ander die net iets langer dan anderen blijft kijken naar nieuwe beeldvormende technieken. Voor mijzelf is tijd de grootste vijand. Maar inmiddels weet ik dat als je het lef hebt om te doen wat je blij maakt, de tijd ook een vriend kan zijn die je stap voor stap verder helpt.’

Neuroloog Marijke Eurelings (48) is opleider in het Spaarne Gasthuis. Zij is al jaren actief voorstander van verankering van medisch leiderschap in medische vervolgoopleidingen.

DOSSIER COVID-19

Omgaan met onzekerheid

De tweede COVID-19 golf bracht nieuwe uitdagingen, opnieuw overuren, vermoeidheid en ziekte onder personeel. Met minder publieke bijval dan in het voorjaar. En het einde van deze pandemie komt maar langzaam in zicht. Hoe gaan we om met de onzekerheden? Hoe houden we voldoende adaptief vermogen om de golven die op de zorg afkomen te kunnen blijven opvangen, mentaal, fysiek en organisatorisch? Hoe stel je je prioriteiten? Hoe communiceer je daarover intern en met de buitenwereld? We vragen het aan een bestuursvoorzitter van een ziekenhuis en vier medisch specialisten.

TEKST JOB DE KRUIFF EN OEKJE VAN ASTEN BEELD MIREILLE SCHAAP

‘Ik reef de zeilen op tijd’

Misschien nogal vroeg, en onmogelijk te beantwoorden, maar we vragen het de voorzitter van de raad van bestuur Rob Dillmann toch. Hoe gaan de Isala-ziekenhuizen een mogelijke derde golf straks managen?

‘**H**eel goed juist’, reageert de bestuursvoorzitter, ‘om daar nu al mee bezig te zijn. Anticiperen is cruciaal. Je moet proberen om vooruit te zien, dus moet je je nú afvragen hoe je straks dat vaccin snel bij de risicogroepen krijgt. Ik zou zelf al heel graag een landelijk vaccinatieplan zien. En ik vind dat we bepaalde maatregelen pas zouden moeten versoepelen als er een vaccin is, zodat we de derde golf goed de baas kunnen.’

Leiderschap bij een crisis die zich in steeds nieuwe golven aandient, vergelijkt Dillmann met zeilen, wat hij graag doet. ‘Soms moet je een besluit nemen als het nog niet zo erg is. In een boot geldt dat ook: op het moment dat je bedacht hebt dat je een rif in een zeil moet steken omdat je uit ervaring weet dat het straks harder gaat waaien, moet je het ook direct doen. Dat geldt in mijn functie precies zo. Met ogenschijnlijk vroegtijdige maatregelen probeer ik te

voorkomen dat dingen uit de hand lopen of dat personeel onnodig moet gaan improviseren.’ Problemen voorblijven lukt niet altijd, erkent hij. En in een aantal opzichten was de eerste golf gemakkelijker het hoofd te bieden dan de tweede. ‘Toen waren de poli’s vrijwel dicht, alles week voor dat speciale en breed gedragen doel. Binnen het ziekenhuis konden heel veel mensen inspringen bij de COVID-zorg, doordat ze op andere plekken even geen werk hadden. En de maatschappelijke waardering was veel groter.’ Nu heeft hij een drievoudige uitdaging: de COVID-zorg, de reguliere zorg die zoveel mogelijk doorgaat, en wat hij noemt ‘elkaar heel houden’. Zoals in elk ziekenhuis heeft hij veel te maken met personeel dat ziek is of thuisblijft in

‘Ik vind dat we bepaalde maatregelen pas zouden moeten versoepelen als er een vaccin is’

afwachting van een testresultaat. 'En naarmate het allemaal langer gaat duren voelen mensen ook de mentale en fysieke druk toenemen.'

Dillmann vraagt zijn mensen voortdurend wat ze nodig hebben om de belasting aan te kunnen. Hij tracht als bestuurder veel 'in de buurt van de werkvloer' te zijn en probeert problemen snel op te lossen. En nu de maatschappij wat minder scheutig haar waardering uit, blijft de voorzitter zoeken naar nieuwe manieren om zijn mensen te prijzen. 'In mei hebben wij in de nacht vóór en de nacht ná de Dag van de Verpleging de namen van alle Isala-medewerkers op de gevel geprojecteerd. Dat maakte indruk, verpleegkundigen bleven na hun avonddienst wachten tot ze hun naam zagen. Ik zit erover te denken om zo iets opnieuw te doen, maar dan misschien net even anders.'

'Als we de golven achter ons hebben, zullen we concluderen – hoe moe we ook zijn – dat we ons schip er met elkaar verdomd goed doorheen geloodst hebben'

Hij wijst ook op de kracht van een ouder project. 'We begonnen twee jaar geleden verhalen op te halen bij onze medewerkers en publiceerden die. Onder een "verhaal" verstaan we een gebeurtenis – of wat groter: een geschiedenis – uit je werkzame of persoonlijke leven die je inspireert om te werken in de zorg. Daar zitten nu natuurlijk COVID-verhalen tussen. Het delen versterkt de banden, en dus 'het weefsel van de organisatie', zegt Dillmann, terwijl het tegelijkertijd het persoonlijke karakter van de zorg benadrukt. En het effect is soms

groot. 'Een collega die een verhaal uit zijn eerdere carrière als fysiotherapeut online zette, kreeg daarvoor tienduizend likes op LinkedIn.'

Zulke projecten helpen de spirit erin te houden nu alle afdelingen van zijn ziekenhuis op de proef worden gesteld. 'In de eerste golf waren de cohort-afdelingen het zwaarst belast, nu is de druk verdeeld.' Een compleet 'zorginfarct' ziet hij niet gebeuren. 'Een verpleegkundige zei me in maart: "Dit is de gelegenheid om te laten zien wat we kunnen." Dat motto blijft glanzen doordat de tweede gelegenheid geen herhaling van zetten is. 'We zien daarbij dat we heel veel dingen beter doen. Urgentiegestuurd afschalen voorkomt bijvoorbeeld veel gezondheidsschade bij non-COVID patiënten. De digitalisering van de zorg wordt op bewonderenswaardige wijze doorgezet. En met al onze opgedane kennis leveren we effectievere COVID-zorg, medisch en organisatorisch. Het verplaatsen van patiënten gaf eerst nog wel geharrewar, maar ook dat gaat nu beter. En een derde golf? Die zal weer anders zijn, hopelijk minder hoog. Nieuwe competenties zullen we aanspreken, en we zullen zien dat dat opnieuw beter gaat.'

Het mag duidelijk zijn, naast anticiperen is ook perspectief bieden dagelijkse kost voor bestuurder Dillmann. En opnieuw put hij inspiratie uit zijn maritieme oeuvre. 'Een uitdagende overtocht doet je soms verlangen naar het einde. Maar er komt altijd een moment dat je aan de horizon de lucht ziet openbreken. Dan weet je dat het goed gaat komen. Als we de golven achter ons hebben blikken we terug, en zullen we concluderen – hoe moe we ook zijn – dat we ons schip er met elkaar verdomd goed doorheen geloodst hebben.'



Rob Dillman
voorzitter raad
van bestuur

'Je bent voortdurend aan het schipperen en onderhandelen met jezelf'

Bart van Bezooijen is uroloog in het Meander Medisch Centrum en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Je moet nu harder werken aan de saamhorigheid, ervaart hij.

voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Urologie

'De saamhorigheid moet je nu actiever op peil houden'

voorzitter raad van bestuur



Bart van Bezooijen
uroloog, voorzitter
Nederlandse
Vereniging voor
Urologie

Draagt iedereen nog vanzelfsprekend zijn steentje bij? 'De solidariteit is even groot als in maart, maar ziekenhuizen zijn natuurlijk ook gewoon bedrijven, met soms tegenstrijdige belangen binnen en buiten de organisatie. Daarnaast moeten ze het geld zien te verdienen met de reguliere zorg. Daarom is het goed dat de regio nu van het Landelijk Coördinatiecentrum Patiënten Spreiding (LCPS) dagelijks krijgt opgelegd hoeveel bedden vrijgemaakt moeten worden voor COVID-zorg. Mijn ziekenhuis kent dat principe, werkt altijd al met een centrale opnameplanning. Daardoor wordt van oudsher al eerlijk verdeeld.'

Waren jullie nu ook beter voorbereid of werd je toch weer verrast?

'We hebben ons wel laten verrassen door de snelheid waarmee de tweede golf kwam.'

Helpt het dan dat je al ervaring hebt met afschalen?

'In de eerste golf hebben we te veel reguliere zorg afgeschaald, zeker wat de polikliniek betreft. Daarvan hebben we geleerd en nu doen we er alles aan om die in stand te houden. In mijn ziekenhuis in Amersfoort zijn we nu – begin november – ongeveer 30 procent afgeschaald. De situatie is nog te behappen, en we kunnen patiënten overnemen uit het westen.'

Wat betekent dit voor de reguliere zorg?

'De diagnostiek proberen we uit alle macht in de lucht te houden. Anders dan in de eerste golf zijn de meeste mensen gelukkig niet meer zo bang om naar het ziekenhuis te komen, al zullen er spijtig genoeg best nog wel zorgmijders zijn.'

Wat is de moeilijkste boodschap in de spreekkamer?

'Dat een behandeling nog moet wachten, en dat we niet kunnen zeggen hoelang. Dat zal misschien nog wel tot eind 2021 zo blijven. Het kost me moeite de verwachtingen te temperen. Misschien kunnen we daar allemaal nog wat oefening in gebruiken.'

'We hebben ons wel laten verrassen door de snelheid waarmee de tweede golf kwam'

Hoe is het voor patiënten, dat er opnieuw behandelingen worden uitgesteld?

'De acceptatie neemt af; we merken toenemende onvrede en woede aan de telefoon als verpleegkundigen en assistenten

patiënten moeten afbellen. Mijn specialisme kent best veel behandelingen die je zonder gevaar kunt uitstellen, maar mensen hebben er wel last van. Het is een bittere pil als je bijvoorbeeld met een katheter rondloopt en geholpen moet worden aan je prostaat, maar je hoort dat het nog een paar maanden kan duren. Als dokter vind ik dat ook vreselijk.'

Welke impact heeft deze tweede golf op jezelf en je collega's?

'Je bent voortdurend aan het schipperen en onderhandelen met jezelf. Per patiënt maak je de afweging welke zorg je iemand nog kan bieden. Dat had ik nooit gedacht te hoeven doen. Ik zie veel onrust bij dokters én verpleegkundigen, de lontjes worden korter. Er vallen mensen uit die ziek zijn of getest moeten worden. En iedereen is moe.'

Wat doe je eraan?

'In de eerste golf kregen we steun en waardering, er hingen hier spandoeken in de buurt en elke dag was er wel een traktaatie. We krijgen nog steeds wel waardering, maar de saamhorigheid moet je nu actiever op peil houden. Dat doen we door elkaar moed in te spreken, regelmatig aan elkaar te vragen hoe het gaat en ondanks alles uiteraard te blijven lachen. Ik loop nog als vanouds te fluiten door de gangen van mijn ziekenhuis, al klinkt het wat minder met een mondkapje.'

Vechten voor je patiënten

Hoe ontwikkel je adaptief vermogen terwijl de zorg al op allerlei fronten onder druk staat? Een eenvoudig antwoord: on the job. In de flow van de crisis ga je door, en pas je je voortdurend aan op de vraag.

Puur op adrenaline. We moesten vechten voor onze eigen patiëntengroep. Het aanbod nam af, ouderen meldden zich niet meer. We waren tegelijkertijd heel hard bezig met alle logistiek rondom de geriatrische zorg, zodat die toch kon doorgaan. En we overlegden veel met huisartsen, regelden nazorg, en vroegen aandacht voor onze extra kwetsbare groep patiënten in deze crisis.

Toen we merkten dat alle hectiek links en rechts tot kriebeligheid leidde, gingen we elkaar bevragen: kunnen we elkaar helpen, als vakgroep en in ons multidisciplinaire team? Zo'n gesprek was dringend nodig want we schaakten op meerdere borden tegelijk. In het begin was nog niet helder dat COVID-19 vooral de ouderen trof. We kregen wel signalen uit het land dat de ouderengeneeskunde stokte en er overleden veel oudere mensen. Op zo'n moment moet je voor je vakgebied staan, leiderschap tonen: "Hoe gaan wij als gerieters hiermee om, en wat hebben onze collega's in het land nodig?" In een week tijd stampden we een multidisciplinaire leidraad uit de grond, voor huisartsen en specialisten. De centrale vraag was: stuur je oudere patiënten wel of niet naar het ziekenhuis? Het advies luidde: ga met kwetsbare ouderen in gesprek. Blijft iemand

thuis, wat zijn dan de voorwaarden voor goede patiëntenzorg? Hoe regel je de thuiszorg en de thuisbehandeling, zoals zuurstof? Hebben de thuiszorgverpleegkundigen en mantelzorgers de beschikking over voldoende persoonlijke beschermingsmiddelen? De boost voor deze leidraad kwam ook van de seniororganisaties. Zij vertelden dat de intelligente lockdown tot isolatie en gezondheidsproblemen leidde. Dit ging verder dan eenzaamheid. Op het moment dat niemand meer langskomt - geen thuiszorgmedewerker, geen familielid - dan signaleert ook niemand het meer als het slechter gaat. Onze ouderen raken dan ongemerkt ziek. Ze eten niet meer, krijgen uitdrogingsverschijnselen en vermageren.

Ook op maatschappelijk vlak pakten we daarom de handschoen op. Begin april zochten we met de Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie contact met het Outbreak Management Team (OMT) en het ministerie van VWS. We kwamen tot een advies om te voorkomen dat ouderen gezondheidsproblemen krijgen door te strikte isolatie. We adviseerden - binnen de maatregelen - een minimaal aantal contacten. Daarnaast schreven we gemeenten aan via de Vereniging van Nederlandse Gemeenten. We spoorden hen aan om welzijnsorganisaties extra aandacht te laten geven aan deze sociaal geïsoleerde, kwetsbare mensen. Dit soort crisis versterkt mijn intrinsieke motivatie om de zorgkwaliteit te borgen of zelfs te verbeteren. Ik dacht: "Mijn patiënten hebben het meer dan ooit nodig, voor deze mensen moet ik juist nu een extra stap zetten." En dat lukte, maar het kostte veel energie. Ik ben nu vermoeid en ik heb steun gezocht in de vorm van coaching. In een crisis pak ik dingen blijkbaar anders aan, wat mijn verantwoordelijkheidsgevoel meer lading geeft. Het helpt om daar met mijn coach over te praten, te reflecteren. En mijn gedrag is veranderd, krijg ik terug van mijn teamleden. Ze merken dat er meer rust komt in wat ik doe.

Deze tijd doet veel met ons, alles is anders en we spreken nieuwe competenties aan. En het draait om snelheid, om mensen meekrijgen. In de flow van de crisis lukt dat, ook in de tweede golf, maar daarna moet je echt weer bijsturen.'



Arend Arends klinisch geriater, voorzitter Nederlandse Vereniging voor Klinische Geriatrie

'Ik had me voor- genomen mensen recht in de ogen te kijken'

Toen de puzzel COVID-19 versus de reguliere zorg steeds lastiger werd, stapte Jaap Bonjer, chirurg in AmsterdamUMC en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde naar de media om deze kwestie aan te kaarten.

Wat was het moment waarop je dacht: 'Nu moet ik van me laten horen!'

'Op een dag moesten acht electieve operatiepatiënten afgezegd worden. Het weekend ervoor was ik nog de stad in geweest en het viel me op dat niemand z'n mondkapje ophad. Hier kan je boos om worden, maar dat heeft niet zoveel zin. Veel mensen wisten gewoon niet wat er aan de hand was in het ziekenhuis. Als behandelend arts vond ik het tijd de mensen in Nederland uit te leggen wat de consequenties van zulk gedrag zijn.'

Bij Op1 gaf je een zogeheten 'Wiegeltje' ten beste en sprak je de kijkers direct toe. Dat leek een bewuste actie?

'Televisie is een krachtig medium, daar wilde ik gebruik van maken. Ik kende de term niet, maar ik had me wel voorgenomen de mensen recht in de ogen te kijken om de oproep zo persoonlijk mogelijk te maken. Van tevoren probeer ik me voor te stellen op wie er kijkt; je moet het verhaal kort en helder uitleggen. Ik heb veel positieve reacties gekregen achteraf, ook online. Als arts zit je toch een beetje in je eigen bubbel, dus input van mensen buiten je circuit is prettig.'

Er is ook weerwoord, zoals van hoogleraar ouderengeneeskunde Rudi Westendorp die pleitte voor maatschappelijke acceptatie van de dood, en hoogleraar Besturen van Veiligheid Ira Helsloot die vindt dat het financieel onterecht is dat coronapatiënten momenteel 'supergoede' zorg krijgen...

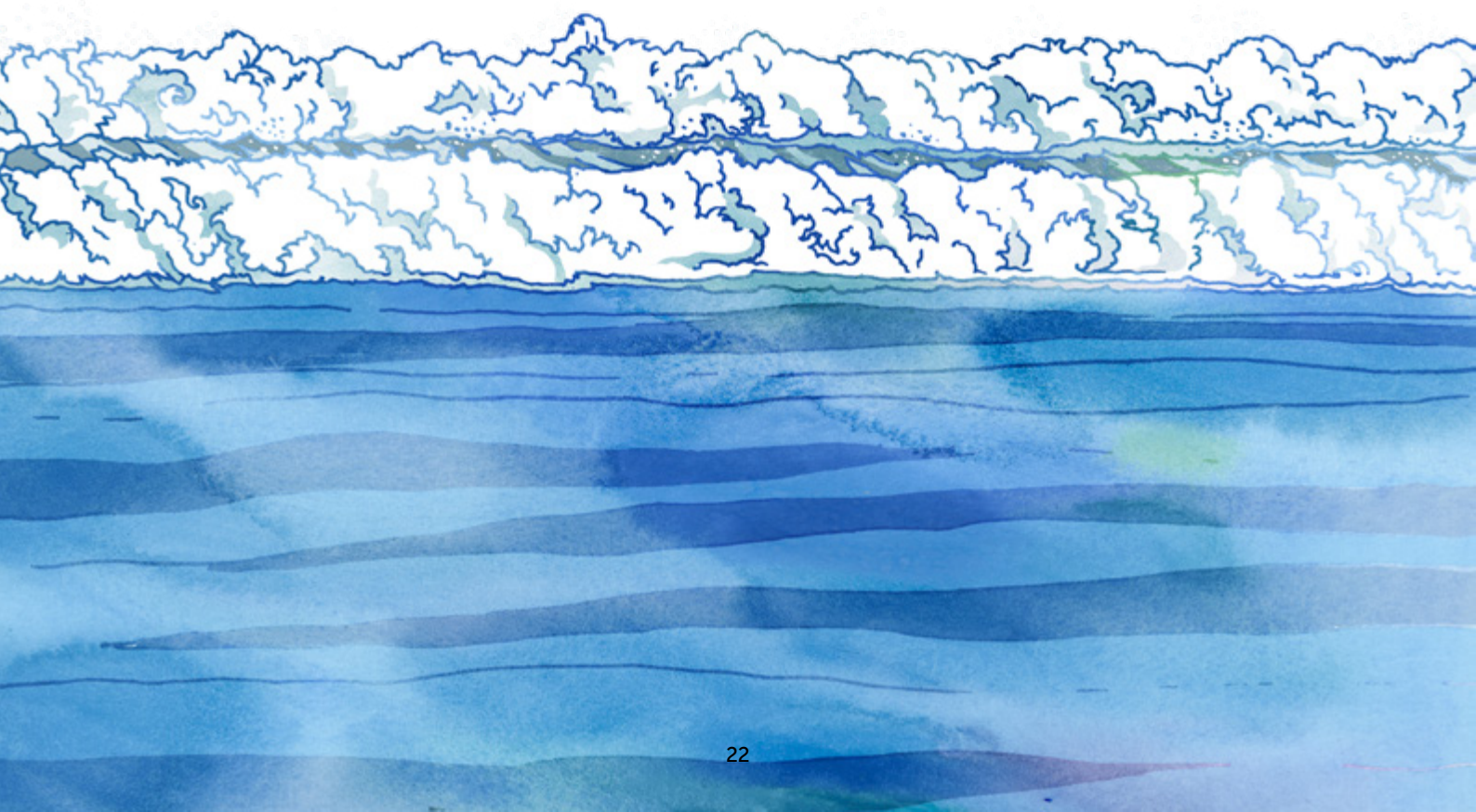
'Af en toe lijkt het of er 17 miljoen hoogleraren Virologie en ziekenhuisdirecteuren in Nederland zijn. Ik vind dergelijke berichten ongelukkig omdat de context ontbreekt, waardoor er onnodige onrust kan ontstaan. Het is zo dat iedere ziekenhuispatiënt goede zorg krijgt, of de patiënt COVID-19 heeft of niet. Dit soort fundamentele discussies moet je voeren, maar dus wel op het juiste moment.'

Heb je nog tips voor collega's?

'Ik word alleen actief in de media als ik een duidelijke boodschap heb voor een groter publiek. Om te voorkomen dat ik buiten mijn eigen domein treed, maak ik van te voren heldere afspraken met de presentatoren. Het is goed om te zien dat medisch specialisten veel in de media zijn, maar ik zou ook graag meer verpleegkundigen, operatieassistenten en anesthesiemedewerkers aan bod willen zien komen. Ze hebben een zware taak, zijn onmisbare spelers in het zorgteam en verdienen daarom ook een podium.'

‘We mogen niet vergeten hoeveel vooruitgang er al is geboekt’

‘We evalueren continu, we blijven uitdragen dat we het met alle specialismen samen doen, en we worden er steeds beter in.’ Dat is het mentaal recept waarmee internist en voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging Robin Peeters de rest van de coronacrisis hoopt aan te kunnen. Daarbij krijgt hij energie van de jonge dokters om zich heen.



Inspirerend, noemt Peeters de aios in zijn ziekenhuis, het Erasmus MC. ‘Ze spelen een belangrijke rol, en ze pakken die echt zelf. Als wij op vrijdag aan zien komen dat we in het weekend iemand extra nodig hebben, dan hoeven we nooit lang te zoeken. Ons rooster is meteen gevuld.’ Of hij die specialisten in opleiding daarvoor ook geregeld prijst? ‘Je kunt ze niet elke week in het zonnetje zetten, maar we geven ze die waardering wel, ja.’

Het op peil houden van teamgevoel en solidariteit, zowel binnen het ziekenhuis als tussen ziekenhuizen, heeft volgens hem meer effect dan – pakweg – een zorgbonus. ‘Voor het ziekenhuis als geheel is financiële zekerheid natuurlijk cruciaal. Maar dokters en verpleegkundigen doen dit werk allemaal omdat ze patiënten willen helpen. Wel of niet een zorgbonus verandert weinig aan die motivatie. We willen alle patiënten zo goed mogelijke zorg kunnen bieden, en dat blijft de komende tijd spannend.’ Op het moment van schrijven, eind oktober, is de reguliere zorg zo’n 20 procent afgeschaald. Het zijn (nog) vooral de internisten en de longartsen die belast zijn met de COVID-zorg. Dat is een van de grote verschillen met de eerste golf, merkt Peeters op. ‘Toen liet iedereen alles uit zijn handen vallen en kwamen ook andere specialisten ons helpen, zoals de cardiologen en neurologen. Nu loopt ook bij hen alles nog gewoon door. Terecht, we hebben geleerd dat rigoureuze afschalen ook gezondheidsschade oplevert.’

Niet doemdenken

Voelde de COVID-zorg dit voorjaar nog als een sprint die iedereen onvoorbereid moest trekken, nu is duidelijk dat het een lange adem vergt. Waarbij het verloop afhangt van hoe de bevolking zich gedraagt. ‘En dat is niet te voorspellen. Het enige zekere is dat het virus goed gedijt bij laksheid.’ Peeters hoort om zich heen dat er naast respect en waardering ook steeds meer verzet klinkt vanuit de samenleving. ‘Ik heb het zelf zó druk dat ik van die reacties in de maatschappij eigenlijk niets merk’, zegt hij. ‘Ik heb zelfs geen tijd om ergens moedeloos van te worden, en ik wil ook niet doemdenken. Bovendien raakt het ons allemaal, niet alleen de zorg. Ik heb vrienden met een eigen bedrijf in de horeca. Die hebben heel andere problemen.’

‘Het op peil houden van het teamgevoel heeft meer effect dan een zorgbonus’

Psychische ondersteuning

In het Erasmus MC is er psychische ondersteuning voor personeel dat daar behoefte aan heeft. En in zijn eigen groep zorgt Peeters dat er voor en na elke dienst goed wordt gepraat en geëvalueerd. Dat knelpunten meteen worden aangepakt. Hij wil nergens scheve gezichten, en iedereen moet beseffen dat het een klus is om gezamenlijk aan te pakken. ‘Ik ben ook erg geschrokken van het onderzoek waaruit bleek hoeveel ic-verpleegkundigen na de eerste golf met vermoeidheid en depressie kampen. Direct na de eerste golf hebben wij met volle inzet de reguliere zorg weer opgestart, waardoor er nauwelijks tijd is geweest om bij te komen. Daar hebben we oog voor en ik doe er alles aan om het ontstaan van dit soort klachten binnen mijn staf te voorkomen.’

Wat we niet mogen vergeten, benadrukt Peeters, is hoeveel vooruitgang er al is geboekt. ‘Het feit dat we nu relatief veel meer patiënten in de kliniek hebben dan op

de ic’s, getuigt van betere behandelingen, al kunnen we bij lang niet alle patiënten een ic-opname voorkomen. We kunnen medicamenteus nu veel meer dan in de eerste golf. Toen hadden we ook tekorten aan apparatuur en bescherming. Dat soort zaken is nu allemaal geregeld. We zijn ook

beter in de patiënten opvang, in het betrekken van de anderhalvelijnszorg en in het uitplaatsen om de druk op het aantal ziekenhuisbedden te verlichten.’

Elke dag leren

Hij noemt tot slot het onderzoek van het Erasmus MC, het LUMC en Sanquin, waarin ouderen en kwetsbaren die besmet zijn maar nog niet opgenomen, behandeld worden met plasma met antistoffen van ex-COVID-patiënten (www.coronaplasmastudie.nl). ‘Ook daarvan hopen we dat het leidt tot een betere behandeling en minder opnames. Ik put hoop uit zulke ontwikkelingen, die vaak alleen in de zijlijn van de berichtgeving genoemd worden, maar wel wezenlijk invloed hebben.’ Het is elke dag leren, vat hij zijn ervaringen samen. ‘En je neemt al die dingen weer mee naar de toekomst, of het nou één lange tweede golf wordt, of straks een derde en een vierde.’



Robin Peeters
internist-endocrinoloog,
voorzitter Nederlandse
Internisten Vereniging

Kim Benders stapte over van orthopedie naar traumachirurgie. Ze is niet bang voor beslissingen. 'Met 50 procent van de informatie moet je honderd procent keuzes maken.'



Wanneer moet jij stoom afblazen? 'Zware ongelukken moet ik altijd van me afzetten en het raakt me als ik zie welke nare dingen mensen elkaar kunnen aandoen in relaties en vechtpartijen. Maar ik blijf er nooit te lang bij stilstaan, je moet verder, ook na werk.'

Vanwaar jouw ommezwaai van orthopedie naar traumachirurgie?

'Ik hou altijd mijn liefde voor de orthopedie; een operatie verbetert daar al snel de mobiliteit van een patiënt.' Maar tijdens mijn opleiding liep ik stage op de trauma-afdeling in Utrecht, en klopte mijn hart sneller van het acute karakter van dat vak. 's Morgens niet weten wat de dag brengt, onder hoge druk alles uit de kast moeten halen om mensen te redden.'

Wat deed dat besef met je?

'Ik schrok. Al die jaren had ik een andere loopbaan voor ogen gehad. Maar ik ben ervan overtuigd dat je moet doen wat je gelukkig maakt. Na afronding van mijn opleiding orthopedie koos ik daarom voor een tweejarig fellowship traumachirurgie.'

Wat leverde de overstap je op?

'Tijdens mijn vooropleiding zei een chirurg: "Life begins at the end of your comfortzone". Hoe spannend ook, het onbekende gééft me juist energie.'

Wat heb je meegenomen?

'Mijn passie voor het bewegingsapparaat. Handig ook, want veel traumapatiënten hebben extremitetsletsels.'

Wat waardeerde je minder bij orthopedie?

'Nachtdiensten waren daar minder intens, alsof ik op de afdeling moest passen tot het weer dag was. Ongelukken houden zich niet aan kantooruren; je kunt er dag en nacht mee te maken krijgen.'

Wat is jouw grootste wens voor het vak?

'Het gebeurt al, maar ik zou het mooi vinden als orthopeden altijd deel uitmaken van een traumateam.'

Traumachirurgie betekent snel denken. Wat trekt je daarin aan?

'Het snelle puzzelen voor de gehele patiënt. Laatst had ik iemand met een bovenbeenbreuk, een

gescheurde milt en een klaplong. Je kunt dan denken: "Het bot is kapot, we zetten er meteen een pen in." Maar als je daarbij niet die andere aandoeningen betreft, mis je voor je het weet zaken die de patiënt acuut kunnen bedreigen.'

Maar soms moet je handelen voor de puzzel gelegd is.

'Mark Rutte zei het mooi: met 50 procent van de informatie maak je 100 procent keuzes. Bij aankomst van een patiënt weet je niet meteen wat alle letsels zijn, maar daar kom je gaandeweg achter als je iemand systematisch bekijkt. Het belangrijke is dat je een beslissing neemt, en niet blijft twijfelen.'

Wil je niet liever zeker van je zaak zijn?

'Dat kan dus niet altijd. Traumachirurgen houden graag de touwtjes in handen, misschien juist omdat er zoveel onzekerheden zijn. Soms zoek ik onnodig extra bevestiging en baal ik daar achteraf van. Laatst maakte ik een scan van een bloedende patiënt. Dat veranderde mijn besluit niet, en nam alleen maar kostbare minuten in beslag. Het liep goed af, maar de volgende keer doe ik dit anders.'

Wat is een misverstand over traumachirurgen?

'Dat we adrenalinejunkies zouden zijn. We doen alles om patiënten te redden, niet omdat we denken: "Kijk mij eens tof tot het uiterste gaan".'

Lees je veel vakliteratuur?

'Tijdens een dienst lees ik weleens Top Knife opnieuw, over hoe je een buik of borstkas openmaakt en bij het hart komt. Je zal er maar net mee in aanraking komen.'

'Als je leert omgaan met de rimpels, heb je een leuker leven', zegt die quote je iets?

'Die komt uit 'Spreek', een boekje dat mijn opleidingsmaatje Anne Spaans en ik schreven over de bizarre hoeveelheid oneliners binnen de orthopedie. Hij slaat ook op dit werk: als je deze rollercoaster kunt handlen, zijn je dagen een stuk prettiger.'

Wat is jouw belangrijkste vraag aan jezelf?

'Ik heb geen dag spijt gehad, maar soms denk ik: "Wist je echt zeker dat je dit wilde?" Dat klinkt misschien gek, want ik volgde mijn gevoel, maar ik ben ook een control freak, dus: hoe heeft het in vredesnaam zo anders kunnen gaan dan ik gepland had?'



Kim Benders

Geboren 12 oktober 1984 in Nieuwegein

Deed in 2006 de vierjarige *Selective Utrecht Medical Master*, en voerde daarna twee jaar promotieonderzoek uit bij de orthopedie. Volgde van 2012 tot 2018 de opleiding tot orthopedisch chirurg

Startte in 2019 een tweejarig fellowship op de afdeling traumachirurgie in het UMC Utrecht

Ongehuwd

Hobby's: koken en genieten van eten, met vrienden bordspellen doen en gamen

Heldin: Jamie Coleman, een vrouwelijke Amerikaanse traumachirurg

Verlaafde collega?

‘Kijk niet weg, maar bied hulp’

Wolfgang Schlack is anesthesioloog en afdelingshoofd van de ic van het Amsterdam UMC. Hij roept artsen op verlaafde collega's te helpen.

‘Iemand die een verslaving heeft, is ziek. Besef dat als je vermoedt dat een collega te veel drinkt of drugs gebruikt. En zieke mensen hebben hulp nodig. Maar dat is meestal niet de eerste reactie. Als een collega naar alcohol ruikt – de meest voorkomende verslaving, óók onder artsen – draaien de meeste artsen hun hoofd weg. De verlaafde ontkent zijn verslaving, en diens omgeving doet dat meestal ook.

‘De verlaafde ontkent zijn verslaving, en diens omgeving doet dat meestal ook’

‘De eerste keer dat ik met de verslaving van een collega te maken kreeg, werkte ik nog in Duitsland. Dat was ruim vijftien jaar geleden. Zijn echtgenote kwam naar ons toe, ze zei: “Hebben jullie het echt niet door?” Haar man was een typische *bright young star*, degene naar wie je vraagt als je eigen familie een narcose nodig heeft. Hij bleek al lange tijd opiaatverlaafd. Pas toen zij dat vertelde, vielen allerlei dingen op hun plek. Dat de patiënt die we van hem hadden overgenomen ontzettend veel pijn had, ondanks het feit dat hij al heel veel opiaten had gekregen. Dat deze collega in het weekend, dus in zijn vrije tijd, naar het ziekenhuis kwam om voor zijn patiënten de pijnpompen klaar te zetten om zo de verpleging te ontlasten – was opvallend aardig.

‘Ik zocht hulp bij de afdeling HR, waar me de ontslagprocedure werd uitgelegd. Want, zo redeneerden ze daar, “een arts die opiaten gebruikt, heeft gestolen van het ziekenhuis.” Stelen is een grond voor ontslag, en daarna is het probleem opgelost.” Een redenering die je in sommige Nederlandse ziekenhuizen nog steeds hoort. Maar ontslag verergert het probleem.’

'Het begint allemaal met niet weggijken. Verslaving is een ziekte. Een goede collega wil je niet kwijtraken aan die ziekte. En dat hoeft ook niet, als jij je hand naar hem uitsteekt'

Het verhoogt de drempel om zelf hulp te zoeken en collega's zullen nog meer weggijken. Want zij willen niet verantwoordelijk zijn voor het ontslag van een collega.

'Op basis van adviezen van Amerikaanse collega's heb ik destijds samen met een collega een ontzettend moeilijk, confronterend gesprek gevoerd met deze arts. Hij ontkende op een agressieve manier dat hij verslaafd was, maar we hadden voldoende bewijs. Incidenten, recepten. Onder zware druk ging hij naar de kliniek, werd behandeld, en kwam enkele maanden later naar het ziekenhuis terug. Daar heeft hijzelf de hele afdeling, inclusief de verpleegkundigen, geïnformeerd en om hulp gevraagd. Hij zei: "Laat me de eerste tijd niet alleen met opiaten op de operatiekamer; neem ze mee. Zorg ervoor dat jij ze toedient als verpleegkundige, niet ik. Laat ampullen niet rondslingeren als ik in de buurt ben." Het hele team heeft hem geholpen en ondersteund om weer op de werkvloer te kunnen functioneren.

'Vermoed je een verslaving, bied dan collegiale hulp. Denk niet: "Rook ik nou alcohol tijdens de overdracht? Ach, het zal wel die ene keer zijn geweest. Al komt hij de laatste tijd wel vaak te laat. En lijkt hij slordiger met zijn afspraken. Nou ja, wie ben ik om daar wat van te vinden." Stap in plaats daarvan op iemand af en ga het gesprek aan. Bereid je daar wel op voor, en laat je daar eventueel bij helpen.

'Zo'n gesprek kun je op een goede manier beginnen door aan te geven dat je je zorgen maakt en je observaties te delen. Op basis daarvan vraag je door. Ga niet mee in excuses, dat is een klassieke valkuil. En verwacht niet dat je al meteen in het eerste gesprek iets kunt oplossen. Je kunt wel

mogelijke oplossingen aandragen, zoals anoniem in gesprek gaan via een hulplijn. Als er na het tweede en derde gesprek nog geen voortgang in zit, zal je moeten aangeven dat je je ernstige zorgen maakt over je collega én over de patiënten. En dat je nu andere stappen gaat zetten. Misschien krijg je dan een hoop agressie over je heen. Dat is heel moeilijk, maar accepteer dat, want je wilt je collega helpen.

'Er zijn allerlei mogelijkheden om met derden te overleggen: de ABS-artsen, de Arbodienst, of een vertrouwenspersoon of ombudsman. In vrijwel alle gevallen kun je ervoor zorgen dat iemand een goede behandeling krijgt, en vaak zal een verslaafde arts zich laten helpen. Bij die hulp horen een monitoringprogramma en glasheldere afspraken: als een arts een terugval heeft, mag hij niet werken, want dan is hij ziek. Als hij zich daar niet aan houdt, is het afgelopen, want we moeten onze patiënten beschermen. Dat moet heel duidelijk zijn.

'Het begint allemaal met niet weggijken. Bedenk dat artsen net zoals andere mensen ook ziek kunnen worden. Dat verslaving een ziekte is. Dat je een goede collega niet kwijt wilt raken aan die ziekte. En dat hoeft ook niet, als jij je hand naar hem uitsteekt.'

Bij dit steunpunt kunnen verslaafde artsen en hun omgeving terecht voor hulp, advies en begeleiding.
knmg.nl/abs-artsen

Voor artsen die het probleem bespreekbaar willen maken, is er ook een helpende hand: abs-artsen.nl/toolkit

Duiken vanaf de hoogste springplank

Artsen in opleiding hebben een belangrijke stempel gedrukt op de medische zorg in de twee keer dat het virus oplaaide. Ze gooiden hun persoonlijke opleidingsplanning om, lieten zich volop inroosteren tijdens de lastigste diensten en zetten zich vol in voor de COVID-patienten, ook al lag hun specialisme in een andere richting. We vragen twee aios: 'Wat heb je ervoor gelaten, hoe hield je je rug recht en wat kreeg je ervoor terug?' Hun steile leercurve van de eerste golf lijkt nu plaats te maken voor een scherpere focus op de toekomst als medisch specialist.

**INGE LIEM, ORTHOPEED
IN OPLEIDING, HAGAZIEKENHUIS**



An mijn collega's op de corona-afdeling ligt het niet. Ze vangen me supergoed op en het onderlinge contact is prettig. Maar ik mis mijn eigen collega's bij orthopedie, en moet eerlijk zeggen dat ik blij ben als ik straks weer naar mijn eigen afdeling kan. Door het werk als zaalarzt op de corona-afdeling besef ik des te meer dat orthopedie echt bij me past.

Het grootste verschil zit hem in de inhoud van het werk. Ik mis het technische aspect. Als orthopeed ben ik bezig met botten, spieren en gewrichten, dat is heel concreet. Patiënten kunnen wel ernstig letsel hebben, maar dat is meestal niet levensbedreigend. Bij corona is dat anders. Hoewel we nu meer kennis hebben dan tijdens de eerste golf, zijn de behandelmogelijkheden nog steeds beperkt.

Als ik visite loop, helemaal ingepakt in beschermende kleding, dan beoordeel ik of patiënten extra behandeling nodig hebben, zoals het toedienen van extra zuurstof of

ontstekingsremmers. In tegenstelling tot een botbreuk kun je bij corona niet met zekerheid inschatten of en hoe iemand herstelt. Dat vind ik moeilijk aan dit werk. Mensen die nog zoveel levenslust hebben, maar die het gewoon niet gaan redden. Er was een vrouw die niet bij de crematie van haar eigen man kon zijn, omdat ze zelf al haar aandacht nodig had voor haar herstel. Patiënten liggen hier vaak wat langer, dus je bouwt een band met ze op. Dat is heel anders dan bij orthopedie, waar mensen vaak maar een of twee dagen worden opgenomen. Zij gaan met een concreet herstelplan weer naar huis.

Bang om zelf besmet te raken, ben ik niet. Als je voorzichtig bent en je goed aan de voorschriften houdt, dan loop je niet meer risico om besmet te raken dan in de supermarkt of op straat. Wel vind ik het ritme zwaar. Om de week moet ik het weekend werken, dat vraagt ook veel van mijn partner en dochter. Maar ik vind het belangrijk dat ik iets kan bijdragen in deze crisistijd. Het heeft me vertrouwen gegeven dat ik ook kan functioneren in onverwachte situaties.'



**ROEL VAN PEL, LONGARTS
IN OPLEIDING UMCG**

In het algemeen hebben supervisors meer ervaring met ziektebeelden dan assistent-artsen. In de beginfase van COVID-19 was dat anders, en kon het zijn dat een week zaalwerk je ervaringen opleverde die de supervisor nog niet had. Dan kwam ik met een voorstel voor bepaalde medicatie of het maken van een scan, en zei de specialist: "Nog niet aan gedacht, goed idee." Je kwam samen tot beleid en er heerste een andere dynamiek. Als longarts in opleiding ben je gewend aan benauwde patiënten, daarin zat niet de verrassing. Wel in de omgang met patiënt en familie in isolatiekleding, op gepaste afstand. Door de onzekerheid vind ik de periode in aanloop naar een nieuwe golf toe mentaal lastiger dan de golf zelf als die er eenmaal is. Dan doe je gewoon wat je kan. Als je inziet dat je geen veelkoppig monster voor je hebt, maar "gewoon" een zieke patiënt en een afdeling die volstroomt, wordt het bijzondere snel normaal. In maart liep ik stage in Enschede, nu rond ik mijn opleiding af in het UMCG. We hebben hier

vooral overgeplaatste patiënten uit het westen. Communicatie met familie ver weg is apart. Gelukkig mogen de naasten nu wel beperkt op bezoek. De tweede golf verschilt ook op andere fronten: hij zwol langzamer aan en je wist al een beetje wat je te wachten stond. Wat ook verschilt, is de algehele waardering. Op weg naar het ziekenhuis zie ik nu geen spandoeken van bijvoorbeeld de voetbalvereniging meer. Jammer, want dat motiveerde wel. Daarnaast proberen we nu reguliere en COVID-zorg af te wisselen, daardoor kan ik wel meer aandacht aan mijn opleiding besteden.

Natuurlijk ken ik baaldagen, maar tot nu toe kunnen we het hier tot op heden goed aan. Doorgaans tonen patiënten in de reguliere zorg gelukkig begrip als er sprake is van uitstel. Privé ontspan ik met hardlopen, wielrennen en puzzelen. En het is goed om te kunnen praten met mijn vriendin – die ook in de zorg werkt – en met vrienden die dat juist niet doen. Zo wil ik positief blijven, en dat lukt.'

COLOFON

jaargang 6, december 2020

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 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. Hanneke Bos, Vanessa Cruz, Aukje Ravensbergen, Cindy van Schendel, Femke Theunissen en Carlijn van Trigt (Federatie Medisch Specialististen)

Redactieraad

Mariëlle Bartholomeus (neuroloog), Ivan Gan (oogarts), Fardou Heida (bestuurslid De Jonge Specialist), Johan Lange (chirurg), Winnifred van Lanckeren (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: Frank Ruiter

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 2020.
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 33 specialismen, ondersteunen bij de uitoefening van het vak en spreken met één krachtige stem in politiek en samenleving.

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

ADVERTENTIE

Mag ik naast mijn dienstverband een eigen bedrijf oprichten?

Audrey is parttime kinderarts in een umc, maar wil ook een eigen bedrijfje opstarten. Zij vraagt zich af of zij hier toestemming voor moet vragen aan haar werkgever. Onze jurist legt haar uit dat een eigen bedrijf als nevenwerkzaamheid kan worden gezien. In een arbeidsovereenkomst en/of de cao zijn hierover vaak regels opgenomen. Audrey wil zich specifiek richten op diabeteszorg voor kinderen en dat ligt in lijn met haar eigen werk. Ze wordt daarom geadviseerd schriftelijk toestemming te vragen, omdat de werkgever dit als concurrerend kan beschouwen.

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



Ieder jaar een nieuw harnas

Een wandeling door het bos of zelf opstaan uit je bed; dat kun je vergeten als je benen verlamd zijn. Als het aan het studententeam Project MARCH van TU Delft ligt, gaat het exoskelet daar verandering in brengen. Dit gemotoriseerd robotisch harnas kan mensen met een dwarslaesie weer laten lopen. Toekomstmuziek nog, want voor het zover is, zijn we jaren verder. Een wisselend 26-koppig studententeam bouwt wel elk jaar een nieuwe versie van het exoskelet, volledig vanaf *scratch*. Dat laatste is het innovatieve eraan, volgens teammanager Francesca Kessler. Met een frisse start kun je *out-of-the-box* denken en makkelijker nieuwe materialen en ideeën in het ontwerp verwerken. De studenten

werken samen met fysiotherapeuten en revalidatieartsen, die aangeven dat het exoskelet bijdraagt aan het beter functioneren van blaas, darmen en bloedsomloop, en versterking van spieren en botten. In het 34 kilo tellende exoskelet van 2019 lag het accent op betere *fixtures*, de onderdelen die zorgen voor een stabielere houding van de 'piloot' van het skelet. Het huidige team werkt aan de integratie van *realtime* sensorische *feedback* in het ontwerp, waardoor het exoskelet in staat is om te reageren op de omgeving. Een flinke stap vooruit, want tot nu toe waren alle skeletten voorgeprogrammeerd. Maar zover is het nog niet, want ook de doorontwikkeling van dit exoskelet gaat volgens Francesca stapje voor stapje.