

Vrouwelijk leiderschap in
de top van het ziekenhuis

**'Met stereotypen doe je
geen recht aan het individu'**

Warner Prevoo,
interventieradioloog

**'Goede uitkomstinformatie gaat
ook over het sociale leven'**

Casper Tax,
bestuurslid De Jonge Specialist

**'Alleen sámen kunnen we jonge
specialisten een eerlijke start bieden'**

Medisch Specialist

maart
2021

Plastisch chirurg
Josien van der Meer

**'Ik heb niet de illusie dat
teleurgestelde patiënten
mij bespaard zullen
blijven'**



Federatie
Medisch
Specialisten

OP DE SNIJTAFEL



Hoe zit het met de in- en uitstroom van medisch specialisten? Enkele cijfers.

23.000

medisch specialisten (praktiserend) zijn lid van de 33 wetenschappelijke verenigingen die samen de Federatie Medisch Specialisten vormen. In totaal staan ruim 27.000 medisch specialisten in Nederland geregistreerd (inclusief niet-praktiserend).

10%

is de verwachte uitstroom over 5 jaar (13 procent mannen en 6 procent vrouwen).

53%

van de medisch specialisten is in 2039 uitgestroomd. Er stromen meer mannen (61 procent) dan vrouwen (43 procent) uit.

88%

van de medisch specialisten werkt in deeltijd.

45%

van de medisch specialisten is vrouw. Klinische genetica (82 procent) en klinische geriatrie (77 procent) springen eruit met het grootste aandeel vrouwen. Gevolgd door revalidatiegeneeskunde (67 procent) en kindergeneeskunde (67 procent). In de orthopedie (12 procent) en de neurochirurgie (14 procent) is het aandeel vrouwen het kleinst.

Bron:
demedischspecialist.nl/werkveld
Prismant 2019



NR.1
maart
2021



8

Vrouwelijk leiderschap in de top van het ziekenhuis

‘Er is geen vrouwelijk of mannelijk leiderschap; er zijn verschillende leiderschapsstijlen’

Dossier Uitkomstgerichte Zorg
Medisch specialisten over betere zorg en communicatie met uitkomst-informatie

13



24

Casper Tax pleit voor betere startpositie van jonge medisch specialisten

‘Zonder contract, met een jong gezin en een werkende partner zit je al snel in een spagaat’

EN VERDER

4 Column Peter Paul van Benthem: Onderzoek nodig naar situatie van jonge medisch specialisten

12 Psychiater Rixt Riemersma: ‘Mijn

professionele autonomie staat voorop’

20 Dit willen politieke partijen met de zorg

26 Medisch specialisten en verpleegkundigen innoveren samen in het OLVG

29 Annette Westgeest staat ieder weekend samen met collega’s op de kitesurfplank

30 In de media: Intimidatie maakt OMT-lid Andreas Voss voorzigtiger



OP DE COVER

Ik ben geen schilder, maar een restaurateur, zegt startend plastisch chirurg Josien van der Meer

32 Holograms zijn een 3D-routekaart voor neurochirurgen

Pagina 22

COLUMN

DE TOEKOMST VAN JONGE MEDISCH SPECIALISTEN

Terwijl corona ons land en de rest van de wereld onverminderd in z'n greep houdt, eisen genoeg andere uitdagingen onze aandacht. En terecht. Zo krijg ik steeds meer signalen over de moeizame carrièrestart van onze jonge collega medisch specialisten. Helaas geen fenomeen dat uit het niets opkomt. De stagnatie van hun in- en doorstroom speelt al veel langer.

Hoe trots was ik toen ik zelf net mijn opleiding had afgerond, in de jaren negentig. Vol ontzag voor mijn opleiders en mijn ervaren collega's mocht ik mezelf na twaalf jaar opleiding eindelijk ook medisch specialist noemen. Vol enthousiasme stond ik aan de start van mijn carrière. Echter, ook toen was de arbeidsmarkt al moeizaam voor 'jonge klaren'. Na een korte tijd als junior stafid in het toenmalige Academisch Ziekenhuis Utrecht had ik het geluk om te kunnen toetreden tot de maatschap kno-artsen in Apeldoorn. Maar wat heb ik veel collega's zien zwoegen om uiteindelijk een goede positie te vinden. Omdat ik vroeger dus ook zo'n situatie van disbalans heb meegemaakt, kan ik mij goed inleven in de situatie van de 'jonge klaren' nu. Al is hun huidige positie toch anders.

Er zijn pogingen geweest om oplossingen te vinden voor de stagnatie van de doorstroom van jonge medisch specialisten. Via lokale initiatieven, maar ook door landelijke acties van wetenschappelijke verenigingen om banen te creëren. Denk aan stafleden die gezamenlijk uren inleveren of oudere specialisten die door vroegtijdige pensionering ruimte maken. Daarnaast komt het onafhankelijke capaciteitsorgaan eens in de zoveel tijd met ramingen waarop de minister de instroom baseert van jonge dokters in de opleiding; juist om disbalans tussen vraag naar en aanbod van medisch specialisten te voorkomen. Toch hebben we voor een aantal vakken weer een probleem. Voor sommige jonge collega's duurt het zelfs jaren voordat ze een vaste plek hebben.

Die moeizame start baart mij zorgen. We moeten dit heel serieus nemen, ons erin verdiepen en het probleem objectiveren. Waar zit de oorzaak van het probleem precies? Ligt het aan het aantal opleidingsplekken? Aan de geografische spreiding? De beperkende afspraken uit het hoofdlijnenakkoord? Zijn de ramingen van het Capaciteitsorgaan niet goed? Om antwoorden te krijgen op dit soort vragen werken we samen met De Jonge Specialist en de LAD aan een arbeidsmarktmonitor. Met de juiste feiten en cijfers in handen kunnen we de problemen beter vastpakken, en werken aan een structurele oplossing.

Een antwoord heb ik dus nog niet, maar onze jonge collega's verdienen een eerlijke start van hun carrière, dat staat buiten kijf. Zoals ook Casper Tax, bestuurslid van de Jonge Specialist in zijn pleidooi in deze editie betoogt. Hij levert met zijn inzicht een mooie bijdrage aan een relevante discussie waarmee we nog niet klaar zijn.'

Alle informatie over COVID-19 in één overzicht

Op de website van de Federatie staan alle actuele COVID-19 leidraden, webinars, omscholingsmaterialen, onderzoeksinformatie en handvatten die kunnen helpen om onder stressvolle omstandigheden fysiek en mentaal gezond te blijven. Vier expertiseteams van de Federatie ontwikkelden al meer dan vijftig leidraden, handreikingen en richtlijnen.

Ze zijn op de website onderverdeeld in de categorieën:

- Infectiepreventie
- Voor opname/spoedeisende hulp
- Behandeling/opname op de afdeling
- Opname ic
- Nazorg
- Niet-COVID zorg

Alle leidraden worden continu geüpdatet, zoals onlangs de leidraad Persoonlijke Beschermingsmiddelen in de poliklinische setting en de leidraad Medicamenteuze behandelopties. Sinds kort is ook de Kennisagenda COVID-19 te raadplegen, met de tien belangrijkste onderzoeksvragen in de bestrijding van COVID-19.

[Bekijk de overzichtspagina op demedischspecialist.nl/covid-19](https://demedischspecialist.nl/covid-19)



Terugvragen contributiegelden

Medisch specialisten in dienstverband kunnen hun contributies van beroeps- en belangenorganisaties – zoals de wetenschappelijke vereniging, de Federatie en de LAD – vaak volledig vergoed krijgen van hun werkgever. Via het *budget functiegebonden kosten* kunnen lidmaatschapskosten doorgaans volledig worden vergoed. Wanneer een functiegebonden budget ontbreekt of niet toereikend is, kan je in de regel tot vijftig procent van de contributie onbelast vergoed krijgen op grond van de werkkostenregeling. Medisch specialisten vrij beroepsbeoefenaren kunnen deze lidmaatschapskosten als zakelijke kostenpost opvoeren. Medisch specialisten die onder de Cao ggz vallen, kunnen persoonlijke kosten declareren vanuit het jaarlijks maximumbudget dat hen wordt toegekend.

[Lees meer over de vergoedingsmogelijkheden op demedischspecialist.nl/contributie](https://demedischspecialist.nl/contributie)

CIJFER

65 miljoen

Dit is het totaal aantal bezoeken aan Thuisarts.nl in 2020. Een stijging van 36 procent ten opzichte van 2019. Deze stijging is te danken aan het sterk groeiend aantal onderwerpen op Thuisarts.nl én aan de grote groep mensen die meer over COVID-19 willen weten. Er staan inmiddels ruim driehonderd medisch-specialistische onderwerpen op Thuisarts. Dit aantal groeit hard nu de site vast onderdeel is geworden van richtlijnontwikkeling.



WETENSCHAPS- EN INNOVATIEPRIJS 2021

Excellent wetenschappelijk onderzoek verdient natuurlijk een podium. Om het jaar reikt de Federatie Medisch Specialisten dan ook de Wetenschaps- en Innovatieprijs uit. In 2021 valt deze eer toe aan de medisch specialist met het beste onderzoek naar de evaluatie van bestaande behandelingen of diagnostiek. In totaal hebben 24 wetenschappelijke verenigingen een voordracht gedaan aan de vakjury. In mei worden drie

genomineerden voor de Wetenschaps- en Innovatieprijs 2021 bekendgemaakt.

[Bekijk het overzicht van alle ingezonden onderzoeken op demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs](https://demedischspecialist.nl/wetenschapsprijs)





De Brabantse verpleeghuismedewerker Sanna Elkadiri kreeg als eerste Nederlander een vaccinatie tegen COVID-19 toegediend op 7 januari 2021. 'Ik heb aan de frontlinie gestaan, veel verdriet en verlies meegemaakt. Dat wil je niet meer, je wil niet dat dat blijft terugkomen,' aldus Elkadiri. Meer dan 700 duizend Nederlanders keken ernaar en putten hoop uit dit voorzichtig kantelpunt.

Moet ik een gespreksverslag over functioneren voor akkoord tekenen?

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

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12



Geef uw kennis en vaardigheden dit jaar een kickstart

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 en masterclasses op het gebied van management, leiderschap, bestuur en beleid. Altijd actueel en specifiek toegespitst op de dynamiek van het zorgveld.

Vernieuwde leergang Basics voor management en beleid

Een klassieker in ons aanbod is de leergang Basics voor management en beleid, die dit jaar aangevuld is met de nieuwste inzichten en praktijkvoorbeelden. In deze korte maar krachtige opleiding krijgt u toepasbare theoretische kennis aangereikt waarmee u beter uw weg kunt vinden in de complexe werkomgeving van het ziekenhuis. Hoe ziet een ziekenhuisorganisatie eruit en wat is de positie van de vakgroep, medische staf en het msb? Hoe veranderingen door te voeren en wat zijn de kaders van het kwaliteitsbeleid en de financiële stromen? Daarnaast besteden we aandacht aan persoonlijk leiderschap.

De leergang Basics voor management en beleid wordt door deelnemers gemiddeld gewaardeerd met een 8,6. De

leergang kent een open inschrijving, maar wordt ook regelmatig lokaal in ziekenhuizen gegeven. Gert-Jan Milhous, cardioloog bij het Adrz heeft de leergang verleden jaar in zijn eigen ziekenhuis gevolgd. Hierdoor is er ook ruimte in het programma om vertegenwoordigers uit de eigen organisatie een bijdrage te laten verzorgen. "Het is een gedegen en brede training voor medisch specialisten die meer willen weten hoe alles geregeld is in de gezondheidszorg en met name in het ziekenhuis", zegt Milhous. "Het is een leuke vorm om collega's op een andere manier in een andere setting te leren kennen. Ik heb interessante dingen gehoord, die spelen in ons ziekenhuis. Er is veel ruimte voor discussie waardoor er een verdiepings-slag ontstaat."

"Wat ik zelf heel erg boeiend vind is de softe kant van het geheel en daar wordt toch wel veel aandacht aan besteed tijdens deze training", schetst Milhous. "Ik denk dat dat heel goed is. Ik merk dat veel dokters op een operationele manier naar het management kijken, terwijl het toch voor 85% psychologie is. Voor veel mensen is dit een eyeopener. Dat merk ik aan de vragen in de groep en de discussies die we met elkaar hebben."

"Wat ik heel interessant en boeiend vind, is omgaan met groepsdynamica", zegt Milhous. "Hoe wordt een groep een groep? De groepsprocessen en alles daaromheen wordt mooi gepresenteerd tijdens de leergang. Er worden goede praktijkvoorbeelden gegeven. Veel mensen denken: 'We

maken een afspraak en dan is het toch geregeld?' Zo werkt het in de praktijk niet. Deze leergang heeft mij veel inzicht gegeven en veel herkenning."

Start dit jaar met de basics

De leergang Basics voor management en beleid wordt elk voor- en najaar gegeven (open inschrijving).

Locatie: centraal in het land.
Prijs FMS en VvAA: € 1.895,- (niet-leden € 2.150,-). Duur: drie dagen van 14.00 tot 20.30 uur.
Accreditatie: 15 punten (ABAN).

Liever de leergang Basics voor management in company?

Neem dan contact met ons op via info@academiems.nl.

De partners van De Academie voor medisch specialisten



De **Academie** 
voor medisch specialisten

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

Meer informatie:





VROUWELIJKE MEDISCH SPECIALISTEN
IN DE TOP VAN HET ZIEKENHUIS



Effectief leiderschap vraagt om een mix van feminiene en masculiene kwaliteiten

Ziekenhuizen tellen steeds meer vrouwelijke topbestuurders. Geven zij anders leiding dan hun mannelijke collega's? En wordt de organisatie er beter van? Twee leden van raden van bestuur en een hoogleraar leiderschap delen hun inzichten.



**Mariëlle
Bartholomeus,**
neuroloog en lid
van raad van
bestuur Rivas
Zorggroep

Ineens lagen ze door de coronacrisis onder een vergrootglas: de vrouwelijke politiek leiders die het, zo meldden de media, zo veel beter doen dan de mannen. Scherpe maatregelen, minder doden, meer draagvlak. Hoe lukt ze dat toch? Vooral de jonge Nieuw-Zeelandse premier Jacinda Ardern, die oktober vorig jaar een verpletterende verkiezingszege boekte dankzij haar – strenge en succesvolle – maatregelen om het coronavirus te beteugelen, geldt als een rolmodel voor vrouwelijke leiders.

‘Ja, dat geldt ook voor mij,’ zegt neuroloog Mariëlle Bartholomeus, sinds 1 januari dit jaar lid van de raad van bestuur van Rivas Zorggroep. Hiervóór was ze medisch directeur van Bernhoven, het Udense ziekenhuis dat in het epicentrum lag van de coronapandemie. Bartholomeus kreeg de titel ‘Topvrouw van het Jaar 2020’ vanwege haar ‘doortastende optreden tijdens de coronacrisis’. Eervol, dat wel, maar ‘het is natuurlijk van de zotte dat die prijs bestaat’, vindt ze. ‘Je moet je nog steeds meer bewijzen dan een man. Toen ik net medisch directeur was, werkte ik veel te veel uren en was ik ook elk weekend aan de slag. Ik ging helemaal in de *overdrive* om te bewijzen dat ik het kon.’



**Desiree
Creemers,**
kinderarts en
voorzitter raad
van bestuur
Deventer
Ziekenhuis

Ook voor kinderarts Desiree Creemers, sinds juni vorig jaar voorzitter van de raad van bestuur van het Deventer Ziekenhuis en daarvóór medisch directeur van Rijnstate, is premier Ardern een rolmodel. Zelf ziet Creemers zich als een leider die er staat als het nodig is, en die ook goed luistert. ‘Als er moeilijke besluiten genomen moeten worden, neem ik die, ook al word je daar niet erg populair van. En vervolgens leg ik goed uit welke afwegingen ik heb gemaakt.’ Ze vindt goed luisteren ‘verdraaid belangrijk’: ‘naar de artsen, de verpleegkundigen, de secretaresse die achter de balie zit en de familie in de gaten houdt. Met de oude, autoritaire stijl van leidinggeven is daar geen sprake van. Maar de tijd dat je topdown een ziekenhuis kon besturen, is echt voorbij.’

‘Ziekenhuizen hebben leiders nodig die autoriteit combineren met verbinding, zelfreflectie en zelfrelativering’

Verschillen

Kunnen we hieruit afleiden dat Bartholomeus en Creemers hun werk anders doen dan hun mannelijke collega’s? ‘Ik zie wel verschillen tussen mannen en vrouwen,’ zegt Bartholomeus. ‘Dat begint al met het solliciteren naar een functie. Vrouwen kijken in de regel naar wat ze niet kunnen, mannen poetsen op wat ze wel kunnen. Dat is een man-vrouwverschil dat volgens mij toch wel intrinsiek is.’ Als Bartholomeus een besluit heeft genomen, kijkt ze altijd naar de non-verbale reacties van de mensen die aan tafel zitten, vertelt ze. ‘Dan zeg ik “je zegt wel “ja”, maar je gezicht zegt wat anders”. Dat vinden mannen niet altijd leuk om te horen, maar ik heb liever dat de bezwaren meteen op tafel liggen. Dan voeren we het juiste gesprek, en heb je daarna een beter draagvlak.’ Maar, relateert ze, ‘er zijn ook wel mannen die dat doen, hoor. In mijn vorige baan kon ik heel goed reflecteren met mijn mannelijke collega, en daardoor konden we veel betekenen in de coronacrisis.’

‘Kijk’, zegt Janka Stoker, hoogleraar leiderschap en organisatieverandering aan de Rijksuniversiteit Groningen, ‘dat is nou precies het punt. Mannen en vrouwen kunnen allebei zogeheten feminiene en masculiene kwaliteiten hebben. In de coronacrisis zie je dat vrouwelijke leiders zoals Ardern feminien zijn in hun communicatie: ze luisteren, en zijn empathisch en begripvol. Tegelijk zijn ze direct, duidelijk en daadkrachtig – masculiene eigenschappen – als het gaat om de maatregelen die ze nemen. Die combinatie van eigenschappen levert androgyn leiderschap op. In tijden van crisis doen vrouwelijke leiders daar hun voordeel mee, want een crisis maakt het gemakkelijker en acceptabeler om ook hun masculiene kwaliteiten in te zetten.’ Dat juist vrouwelijke leiders weten hoe ze tijdens de pandemie adequaat kunnen handelen, is niet meer dan logisch, legt Stoker uit: ‘Vrouwen die leidinggeven, moeten vaak extra goed zijn om zo’n positie te verwerven en te behouden. Ze scoren gemiddeld op alle leiderschapsstijlen iets hoger dan mannen.’ Een vrouwelijke leider moet zich extra inspannen om dezelfde waardering te krijgen, omdat het stereotype van ‘een goede vrouw’ – zorgzaam en bescheiden zijn, goed luisteren – haaks staat op het stereotype van een goede leider: sterk en daadkrachtig zijn. Bij die laatste eigenschappen denken heel veel mensen nog steeds automatisch aan een man.

Volgens Creemers heeft de stereotiepe masculiene leider geen toekomst meer. ‘Als leider heb je verschillende kanten nodig. Je moet autoriteit hebben én je moet verbindend kunnen zijn.’ Maar, zegt ze evenals Stoker: ‘Die kwaliteiten kunnen zowel mannen als vrouwen



Janka Stoker, hoogleraar leiderschap
Rijksuniversiteit Groningen

‘Er is geen vrouwelijk of mannelijk leiderschap; er zijn verschillende leiderschapsstijlen’

hebben. Er is geen vrouwelijk of mannelijk leiderschap; er zijn verschillende leiderschapsstijlen.’

Ziekenhuizen hebben leiders nodig die autoriteit combineren met verbinding, zelfreflectie en zelfrelativering, vindt Creemers. ‘Die zie je ook bij de Ardens van deze wereld. Die kwaliteiten maken uit voor je eigen functioneren, en voor de manier waarop je met je mensen omgaat. Ik ben echt niet onmisbaar in het ziekenhuis, dat draait heus wel door als ik er niet ben. Maar ik kan het in mijn rol wel een beetje beter maken en ervoor zorgen dat de juiste dingen op de agenda komen; de dingen die we met elkaar belangrijk vinden.’

Die verbindende leiders zijn volgens Creemers ook hard nodig gezien de opgaven waar de zorg voor staat. ‘De komende jaren moeten we er, nog los van COVID, voor zorgen dat de ziekenhuizen kunnen blijven bestaan en dat we de patiënten goede zorg kunnen blijven leveren. Ziekenhuizen zijn onderdeel van een zorgnetwerk en worden steeds afhankelijker van goede samenwerking met verpleeghuizen, huisartsen, thuiszorg, de welzijnssector, de gemeente. Daarvoor heb je die verbindende eigenschappen heel erg nodig, en moet je niet alleen het belang van je eigen organisatie vooropstellen. Je kunt niet meer autoritair zeggen “dit is mijn ziekenhuis en je moet doen wat ik zeg”. In plaats daarvan moet je vanuit verschillende perspectieven naar een kwestie kunnen kijken, en af en toe wat toegeven. Op die manier kun je met elkaar de patiëntenzorg nog beter krijgen, en tegelijk betaalbaar en toegankelijk houden.’

Wie zo’n verbindende leider wil zijn, moet openstaan voor feedback. En daarin zijn vrouwen beter dan mannen, is de ervaring van Bartholomeus: ‘Vrouwen durven zich gemakkelijker kwetsbaar op te stellen en vragen te stellen.’ Stoker weet waarom

dat zo is: ‘Dat komt doordat mannen zichzelf gemiddeld genomen als leider iets meer overschatten dan vrouwen. Als je dat doet, stel je jezelf ook minder kwetsbaar op. Want je denkt dat je al heel goed bent. Vrouwen scoren bovendien gemiddeld ook op sociaal-ondersteunend leiderschap iets hoger dan mannen, wat betekent dat ze meer oog hebben voor de gevoelens van anderen.’

Krukje

Daar kan Bartholomeus een mooi voorbeeld van geven. Ze vertelt dat ze op een krukje gaat zitten naast een ziekenhuisbed om zo op ooghoogte te komen met de patiënt, in plaats van staand naast het bed boven hem uit te toeren zodat hij naar haar op moet kijken. ‘Dat doe ik automatisch, maar ik weet niet of alleen vrouwen dat doen.’ Stoker denkt van niet: ‘Zulk gedrag is aangeleerd, en niet aangeboren. Bovendien zijn er ook directieve vrouwen. Het is niet zo dat je doordat je vrouw bent of doordat je man bent, je wel bepaalde leidinggevende kwaliteiten zult hebben. Dat is enorm stereotyperend, en daarmee doe je geen recht aan de individuele man of vrouw.’

Mede door de coronacrisis is zichtbaar geworden dat effectief leiderschap vraagt om een mix van feminiene en masculiene kwaliteiten. Zulk leiderschap is niet voorbehouden aan vrouwen; mannen kunnen het ook. Betekent dit nou dat er geen vrouwen meer nodig zijn als mannen zich hebben bekwaamd in androgyn leiderschap? ‘Natuurlijk wel!’ zegt Creemers. ‘Het gaat erom dat je de talenten in je organisatie benut, en er zit onder vrouwen nog altijd veel meer onderbenut talent dan onder mannen. Dus kijk nou eens goed wat die vrouwen allemaal kunnen. Zij hebben een bepaald soort leiderschap dat we allemaal heel graag willen. Ook mannen.’

Bijna helft ziekenhuizen voldoet aan streefpercentage

Op 31 december 2019 zaten er 63 vrouwen (38%) in de raden van bestuur (RvB) en 145 (36%) in de raden van toezicht (RvT) van de 72 Nederlandse ziekenhuizen, aldus de Hospital Leadership Monitor 2020 van TIAS – Tilburg University.

Bij 34 ziekenhuizen (47% van het totaal) bestaat in 2019 zowel hun RvB als hun RvT voor minimaal 30% uit vrouwen. Dat percentage is het wettelijk streefcijfer dat in 2013 is vastgesteld voor de raden van bestuur en de raden van commissarissen bij grote vennootschappen. De umc’s tellen in 2019 relatief de meeste vrouwen in hun RvB (42%) en RvT (41%).

De vrouwelijke ziekenhuisbestuurders zijn in 2019 gemiddeld 4,8 jaar jonger dan hun mannelijke collega’s, de vrouwelijke toezichthouders 5,2 jaar. Gemiddeld genomen zijn het midden- tot eindvijftigers die in beide raden de scepter zwaaien. Het aantal vrouwelijke voorzitters is de afgelopen jaren toegenomen, maar het zijn in meerderheid mannen die de scepter zwaaien: 71% bij de RvB en 89% bij de RvT.

de
gouden
regel

‘Professionele autonomie staat voorop’



‘**P**sychiaters hebben te dealen met opeenvolgende reorganisaties en fusies, en zien de wachtlijsten groeien. De regelgeving wordt steeds complexer. Een eenvoudige behandelregistratie verandert geregeld in een bewerkelijke goocheltruc. Op dit moment vallen veel collega’s uit of vertrekken vanuit ggz-instellingen, wat de druk voor de blijvers vergroot. We kunnen niet altijd meer honderd procent dokter zijn, terwijl patiënten ons meer dan ooit nodig hebben. Ik vind het cruciaal dat we in dit krachtenveld samen onze professionele autonomie bewaken. We hebben elkaar nodig om het beste te blijven doen voor onze patiënten, en daarvoor moeten we van de gebaande paden kunnen wijken, soms tegen de heersende organisatiestroom in. Een goede medische staf geeft je daarbij rugdekking. Met de huidige Cao ggz is een medische staf niet langer vrijblijvend en afhankelijk van de goodwill van bestuurders. We hebben bijvoorbeeld goede afspraken kunnen maken over onze 24-uursdienst. Een sluitend rooster rondkrijgen is door uitval vaak een drama. Wij hebben met onze medische staf een duidelijke urennorm kunnen afspreken in onze instelling. Collega’s die nu vrijwillig in het gat springen, krijgen extra waardering. Dat werkt.

Alleen mopperen bij de koffieautomaat werkt niet. Ik zorg er met mijn medische staf liever voor dat signalen ook daadwerkelijk in de besluitvorming worden meegenomen. Dat begint met oog hebben voor zowel de eigen als de professionele autonomie van mijn collega’s. Ook psychiaters willen gezien worden. Daarom kom ik mijn spreekkamer uit en zoek contact met hen. Simpelweg even bellen of een appje of mailtje sturen. Vragen hoe het gaat en of ik ergens mee kan helpen. Hoe sterker die onderlinge verbinding, des te krachtiger uiteindelijk de medische staf. Dat zijn we onszelf en onze patiënten vanuit de artseneed verplicht.’

Rixt Riemersma (1972) is psychiater bij het Expertisecentrum Slaap en Psychiatrie van GGZ Drenthe in Assen. Zij is nauw betrokken bij de start van het Platform ggz van de Federatie Medisch Specialisten en de LAD. Meer informatie www.demedischspecialist.nl/ggz

DOSSIER UITKOMSTGERICHTE ZORG

Uitkomstgerichte zorg voedt betere gesprekken

Een betere zorgkwaliteit waarbij je inspeelt op de uitkomsten die de patiënt belangrijk vindt. Dat vraagt -uiteraard- om meer inzichten in die uitkomsten, maar ook om een verandering in houding en gedrag van zowel zorgprofessionals als patiënten. Het programma Uitkomstgerichte Zorg pakt dit sinds 2018 aan. Wat levert het op, voor de zorg en in de spreekkamer? Een kleine verkenning.

TEKST JOB DE KRUIFF BEELD ANNEMARIE GORISSEN



Interventieradioloog Warner Prevoo
werd zelf patiënt, en beseft nu:

‘Uitkomstinformatie kan het gesprek met patiënten zoveel rijker maken’

Warner Prevoo werkte als interventieradioloog in het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis toen hij zelf kanker kreeg, vrijwel tegelijk met zijn vader. Over die ervaring als patiënt en als naaste schreef hij het boek *Echte dokters huilen ook*. Hij pleit nu voor betere gesprekken, meer samen beslissen en bruikbare uitkomstinformatie.



Wat heeft de ervaring als patiënt jou geleerd?

‘Dat wij dokters nooit kunnen weten wat er precies in een patiënt omgaat. Dat kan ook niet in de korte tijd dat wij ze zien. Ik ben gemaakte empathie moeilijk gaan vinden. Misschien dat een reguliere patiënt dat niet echt merkt. Als de arts van nature niet empathisch is, dan moet-ie de relatie misschien maar vooral zakelijk houden. Waarbij je als arts wel de tijd moet hebben zodat de patiënt volledig op de hoogte is over de diagnose en behandeling.’

Heb je die tijd wel?

‘Natuurlijk ervaar je vaak te weinig tijd om een patiënt echt ruimte te geven. Het is allemaal soms net genoeg voor een diagnose en behandelplan, maar nauwelijks voor emoties. Een slechtnieuwsgesprek in tien minuten is niet te doen.’



Hoe zou uitkomst informatie daaraan iets kunnen veranderen?

‘Uitkomst informatie levert aanknopingspunten om de zorg en ook het arts-patiënt contact te verbeteren. Zo kun je weten hoeveel procent van de patiënten echt tevreden is met een behandeling, of wat er verbeterd moet worden.’

Dat getal ken je straks. En dan?

‘De crux is natuurlijk communicatie, altijd weer. Dat is ook de kern van ‘samen beslissen’. De patiënt moeten we meer als de klant gaan zien die om maatwerk vraagt. Het is voor ons belangrijk om te herkennen wat voor soort patiënt we voor ons hebben en wat voor “zorg” hij of zij nodig heeft. Sommige patiënten zijn als een hondje dat op de rug gaat liggen: ‘bepaalt u het maar, dokter’. Maar we krijgen ook patiënten die het halve internet hebben afgestruind, die een bevriende arts meenemen naar het gesprek en die precies weten wat ze willen. Zo is ieder gesprek anders. Uitkomst informatie kan ons daarbij helpen. Misschien is de oncologie, met soms maar één behandeloptie, niet eens het beste voorbeeld. Maar zeker met diabetici of patiënten met hoge bloeddruk kun je goed praten over de voors en tegens van behandelingen, de bijwerkingen, de leefregels.’

Gebeurt dat dan niet vanzelfsprekend?

‘De medische uitkomsten bespreek je altijd. In de oncologie bijvoorbeeld de overlevingskansen. Maar goede uitkomst informatie gaat ook over consequenties voor het sociale leven van een patiënt, diens werk, mobiliteit, voor mijn part zelfs seksualiteit. Kortom: wat er gebeurt in het bestaan van de patiënt. Dat weten we nu niet altijd.’

Dus het gaat vooral om zachte uitkomsten?

‘Nee, ik vind dat we ook bij de puur medische informatie nog winst boeken. Ik denk dat DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing) daarbij belangrijk is. Die organisatie bestaat nog niet zo lang en doet nu bij steeds meer aandoeningen heel specifieke *medical audits*. Zo

‘Begin bij de opleidingen, bij de geneeskundestudenten en jonge dokters. Zij staan nog echt open voor een nieuwe benadering van de arts-patiënt relatie’

wordt per kliniek geregistreerd wat bij een bepaalde behandeling de uitkomsten zijn, en daar kunnen we veel van leren.’

Ervaarde u zelf als patiënt te weinig uitkomstgerichtheid van uw arts?

‘Ik had vooral veel moeite met de bejegening gedurende een bepaalde ingreep. Dat heb ik tegen de hierbij betrokken arts, met wie ik een goede band had, later ook gezegd. Hij was blij met die feedback, maar ik moest wel zélf het initiatief nemen. Want vragen naar de ervaring van de patiënt, dat deden ze eigenlijk niet. Ik snapte daar niks van. De allerbeste reden om na te vragen hoe een behandeling verlopen is, hoe de patiënt die heeft ervaren en hoe het nu gaat? Dat is dat het heel fijn is voor die patiënt. Bovendien bouw je er ook je eigen uitkomst informatie mee op.’

De patiënt meer naar zijn beleving vragen, is dat ook de belangrijkste les van uw boek?

‘Een bevriende collega vertelde me nadat ze het boek had gelezen: “Ik ben mijn poli anders gaan doen.” Haar eerste vraag is nog steeds hoe het met iemand gaat, maar de tweede vraag is nu: ‘En wat kan ik voor u doen?’ Daarmee legt ze het initiatief ongedwongen bij de patiënt.’

Dat is één individuele les...

‘Veel van ons houden niet zo van verandering, sommigen zijn zelfs allergisch voor beleidsmakers die hen zeggen wat te doen. Want “Ik doe het al jaren zo en heb nooit klachten ontvangen.”





Dat is mooi, maar is je werkwijze ooit geëvalueerd? Misschien dat de patiënten het anders hebben ervaren. Over evalueren, motiveren en overtuigen zijn boeken volgeschreven, en die hebben dat niet veranderd. Mijn advies is daarom ook: begin bij de opleidingen, bij de geneeskundestudenten en jonge dokters. Zij staan nog echt open voor een nieuwe benadering van de arts-patiëntrelatie.'

En dat overtuigen en motiveren?

'Wij dokters moeten eerst het vertrouwen krijgen dat iets werkt, dat we ons geen zorgen hoeven te maken over de financiën, dat we betrokken worden bij de ontwikkeling, het opzetten en de uitvoering. En dat we niet veel tijd hoeven te steken in registreren...'

En dan pas komt de motivatie voor samen beslissen?

'We praten al heel veel over de omgang met patiënten. Vergeet niet, uitzonderingen daargelaten zijn dokters tegenwoordig allang niet meer zo arrogant, afstandelijk en onaardig als men vroeger vond. De motivatie zal voortkomen uit goede uitkomstinformatie die ons helpt de zorg en het patiënten-contact te verbeteren, en dus ook bij "samen beslissen" helpt.'

Programma Uitkomstgerichte Zorg

In dit landelijke programma werkt de Federatie Medisch Specialisten samen met het ministerie van VWS en de koepels van patiëntenorganisaties, verpleegkundigen, ziekenhuizen en zorgverzekeraars. Naast inzicht in uitkomsten wordt gewerkt aan de thema's: meer samen beslissen, anders organiseren en inkopen, goede ict-ondersteuning en toegankelijkheid en leren en veranderen. Lees meer op demedischspecialist.nl/uitkomstgerichtezorg



Orthopedisch chirurg Kirsten Veenstra kwalificeert de Landelijke Registratie Orthopedische Implantatie als het 'paradepaardje' op het gebied van uitkomstgerichte zorg. Dat was bij de start in 2007 wel anders. 'Sta je te opereren, moet je ook nog eens vijf minuten kruisjes gaan zetten.'

Sinds 2007 leveren orthopeden informatie over welk implantaat er bij welke patiënt 'in is gestopt'. In eerste instantie werden alleen knie- en heupprothesen geregistreerd – er staan nu alleen al 300 duizend heupprothesen in het bestand. In 2014 kwamen daar de enkels bij, en een paar jaar later schouder-, vinger- en polsprothesen. 'We begonnen eraan met tegenzin', erkent Veenstra. 'Maar al snel ervoeren orthopeden de voordelen. Een voorbeeld? 'De "sportheup" was een aantal jaren geleden populair, maar het register toonde al snel aan dat het een probleemheup was, die vaak met botverlies en pijn gepaard ging.' De Nederlandse Orthopaedische Vereniging adviseerde daarom deze prothese niet meer te plaatsen.



‘Je moet wel de goede dingen meten en de cijfers duiden’

Meer recent worden ook de PROMs (Patient Reported Outcome Measures) die de ervaren gezondheid en kwaliteit van leven van patiënten meten, in het register gekoppeld. Hierin wordt bijgehouden hoe de patiënt er na zes weken, na drie maanden en na een jaar aan toe is.

Lerende cultuur

Het grote voordeel van de groeiende berg data: orthopeden kunnen eenvoudig hun eigen prestaties vergelijken met de benchmark. ‘Je ziet snel of een complicatie vaker voorkomt, en of jouw kliniek voor verbetering vatbaar is.’ Zo draagt uitkomstinformatie fors bij aan de lerende cultuur, vertelt Veenstra. ‘Cijfers tonen de situaties die om extra aandacht vragen. Het inwerken van een nieuwe collega bijvoorbeeld, of als een heel team andere protheses gaat gebruiken. Bovendien gaan mensen vanzelf meer samenwerken. Als een prothese drie keer een bepaald probleem oplevert, zoek je een collega die met dezelfde spullen werkt, en kun je gericht vragen: “wat doe ik hier verkeerd?”’

Naming and shaming

Overigens hebben cijfers als deze altijd duiding nodig, waarschuwt Veenstra. Een kliniek, of zelfs een individu, kan een mindere score lijken te hebben, die bij nadere beschouwing het gevolg is van een andere patiëntenpopulatie. ‘In Engeland gingen cijfers een eigen leven leiden en ontstond *naming and shaming*. Daar is niemand mee geholpen. Je moet dus zorgen dat je de goeie dingen meet, dat je de cijfers kunt duiden, en dat er een open cultuur is, waarin je vooral van elkaar wilt leren.’

En dan is er ook nog belangrijke winst voor de patiënt. Die kun je voorafgaand aan een ingreep informatie geven over grote groepen vergelijkbare gevallen. Samen beslissen gaat dan bijna vanzelf, ervaart Veenstra. ‘Ik kan een patiënt nu beter voorspellen wat er gebeurt als je niks doet en wat een prothese weer mogelijk maakt. Maar ik geef ook cijfermatig inzicht in pijn en hersteltijd, en in de blijvende beperkingen en mogelijke nadelen.’

Alsnog de operatie

Wie met al deze kennis zelf meebeslist, is tevredener over zijn behandeling, zo blijkt uit diverse onderzoeken. ‘Zelfs een eventuele complicatie blijkt voor patiënten beter te verteren als die voortkomt uit een ingreep waarvoor ze bewust en goed geïnformeerd gekozen hebben.’ De aanpak biedt bovendien ruimte aan heel praktische en persoonlijke overwegingen. ‘Ik kreeg een keer een fervent zeiler voor een nieuwe knie. Ik kon hem goed onderbouwd waarschuwen dat hij met de kunstknie waarschijnlijk niet makkelijk onder de giek door zou kunnen. Pas drie jaar later zagen we hem terug. Hij had nog even van zijn hobby kunnen genieten, nu was het tijd geworden om zijn bootje te verkopen en wilde hij alsnog de operatie.’

‘Een PROM waar iedereen beter van wordt’

Eén universele vragenlijst voor alle patiënten, door elke patiënt gemakkelijk in te vullen. Stéphanie Breukink, dikkedarmchirurg in het Maastricht UMC+, is betrokken bij de ontwikkeling van zo’n generieke PROM.

Een PROM (Patient Reported Outcome Measure) meet vooral uitkomsten van de zorg waar alleen patiënten uitspraken over kunnen doen. Bijvoorbeeld somberheid, pijn, vermoeidheid en kwaliteit van leven in

het algemeen. ‘De meeste vragenlijsten die we daarvoor nu hanteren zijn gemaakt voor wetenschappelijk onderzoek’, begint Breukink. ‘Die zijn vaak veel te lang. En een chronische patiënt die bij meerdere specialisten loopt, moet zich door een woud aan vragenlijsten



werken. Als dat al lukt, ziet de patiënt zijn eigen resultaten dikwijls niet eens terug.’ Ze was daarom blij met het initiatief om een generieke PROM te ontwikkelen en sloot zich aan bij de werkgroep van het programma Uitkomstgerichte Zorg.

Uitkomstgericht

Volgens Breukink valt er met een universele vragenlijst veel te winnen, met name voor de patiënt, en daarnaast kan het ingezet worden in het optimaliseren van uitkomstgerichte zorg. Ze ziet een PROM voor zich die in elk ziekenhuis en voor elke aandoening wordt gebruikt, en die alleen een aantal algemene onderwerpen bevat. De patiënt wordt bijvoorbeeld gevraagd naar een oordeel over haar of zijn zelfstandigheid, slaap, sociale relaties en mobiliteit. Bij chronische patiënten, of het nou om COPD, hartklachten of kanker gaat, geven deze algemene domeinen veel informatie over de patiënt zelf. En ook na een heupoperatie. ‘Je kunt vragen of iemand zijn nieuwe heup zoveel graden kan draaien. Maar in de spreekkamer gaat het ook over de persoonlijke maatstaf: de een wil zonder pijn of angst de hond kunnen uitlaten, een ander hoopt weer marathons te lopen. Dus de eerste vraag moet zijn: wat is belangrijk voor u



gezien het feit dat u deze aandoening hebt? Om van daaruit te bespreken wat de verdere mogelijkheden zijn.'

Verdiepingslag

Doordat de patiënt zich op die manier beter gehoord voelt, ontstaan betere gesprekken. Je kunt als behandelaar en patiënt samen een verdiepingsslag maken, en je hebt een bruikbaar kader voor 'samen beslissen', is haar stellige overtuiging. 'Het is ongelooflijk belangrijk dat een patiënt voelt: "deze vragen en dit gesprek gaan over mij". Dat verlaagt de drempel om het niet alleen te hebben over het medische, maar ook over werk, relaties en intimiteit. Veel mensen klappen dicht of durven niet alles te zeggen in het ziekenhuis, je moet het ze gemakkelijk maken.'

Terugkoppeling naar de patiënt

Een grote wens van haar is om een vragenlijst te kiezen die geschikt is voor laaggeletterden én die tevens makkelijk terug te koppelen is aan de patiënt. Zo hanteert Breukink's collega Gidding-Slok in haar onderzoek een vragenlijst die patiënten hun resultaten toont met behulp van ballonnen. De ballon kleurt groen als de patiënt tevreden is over bijvoorbeeld vermoeidheid, rood bij ernstige moeheidsklachten en oranje als de patiënt ertussenin scoort.

Het klinkt te mooi om waar te zijn, die ene PROM waar iedereen beter van wordt. En Breukink kent de tegenargumenten: je verliest detaillering, alwéér zo'n initiatief, we zijn te verschillend, en natuurlijk: moeten we wéér iets gaan registreren. 'Over deze bekende bezwaren hebben we het gehad. We weten ook dat er heel goede ict-ondersteuning moet komen. Dat we mensen zullen moeten overtuigen. Maar ik zie altijd wel een weg. Ook omdat dit op den duur juist tijd gaat schelen. Want een patiënt die zich begrepen voelt en tevreden is, heeft vaak minder zorg nodig.'

'Deze vragen en dit gesprek gaan over mij'



Dit zeggen de politieke partijen over de zorg

Tijdens de Tweede Kamerverkiezingen op 17 maart mag Nederland haar stem uitbrengen. Wat zeggen de verschillende partijprogramma's over de zorg? Een overzicht op hoofdlijnen.

Administratieve lasten

De **VVD** wil problemen als gevolg van doorgeschoten marktwerking en doorgeschoten bureaucratie aanpakken, zoals toegenomen regeldruk, registraties en declaratiedrang. De VVD wil meer tijd voor zorgverleners om aan patiënten te besteden. Administratieve lasten worden tot een minimum beperkt, waarbij de partij uitgaat van vertrouwen in de zorgverleners.

De **PVV** wil er een heilige plicht van maken dat administratie wordt geautomatiseerd, gestandaardiseerd of afgeschaft. Zodat zorgmedewerkers steeds meer tijd krijgen om dat te doen waarvoor ze zijn aangenomen: zorgen voor mensen.

GroenLinks maakt een einde aan de ellenlange wachtlijsten in de geestelijke gezondheidszorg. De partij wil de enorme administratiedruk en de financiële problemen van zorgaanbieders verlagen door de bekostiging via diagnosebehandel-combinaties (dbc) te vervangen door een vergoeding op basis van daadwerkelijke kosten.

Het **CDA** verlaagt de werkdruk in de zorg door te zorgen voor voldoende personeel en minder

administratieve rompslomp. De partij is kritisch als het gaat om het implementeren van nieuwe regels en registraties.

De **ChristenUnie** zorgt voor een regelvrije ruimte om de huidige vormen van verantwoording af te bouwen. Vertrouwen in de professional wordt het uitgangspunt.

D66 wil de administratieve lasten inperken. Het werkplezier van zorgprofessionals is gebaat bij meer vertrouwen in hun professionaliteit en motivatie.

De **SP** wil dat zorgverleners meer invloed krijgen om onzinnige regels en bureaucratie te schrappen.

De **SGP** wil meer vertrouwen in zorgverleners en meer ruimte voor maatwerk. De regeldruk kan en moet fors omlaag. Het schrappen van regels vraagt om een andere vorm van toezicht op de kwaliteit van zorg. Dialoog en vertrouwen tussen toezichthouder en zorgverlener moeten voorop staan.

FVD wil minder bureaucratie door 'ontregel de zorg' en het afschaffen van de vinkjescultuur.

Dienstverband

Zorgaanbieders moeten volgens het **CDA** gericht zijn op zinnige zorg en bijbehorende verdienmodellen, in plaats van dat zij door productie worden gedreven. Mocht blijken dat zorgaanbieders vooral door productie worden gedreven, dan moet worden ingegrepen. Bijvoorbeeld door medisch specialisten in loondienst te nemen.

Een financiële prikkel om veel behandelingen uit te voeren rijmt niet met het streven de best passende zorg te leveren. **D66** wil dat alle medisch specialisten in loondienst van hun ziekenhuis gaan werken.

GroenLinks wil dat medisch specialisten in loondienst komen en onder de Wet normering topinkomens gaan vallen.

Medisch specialisten gaan wat de **SP** betreft in loondienst werken.

De **PvdA** wil medisch specialisten in dienst van het ziekenhuis, met een nette cao. Tegelijkertijd wil

de partij de salarissen van artsen in opleiding verhogen.

Het komt volgens de **SGP** té vaak voor dat zorgwerkers vanwege oneigenlijke (financiële) prikkels uit loondienst treden en als zelfstandige aan de slag gaan. Duurzame arbeidsrelaties moeten daarom aantrekkelijker worden gemaakt en in balans worden gebracht met 'echt' ondernemerschap.

FVD gaat voor kleinschalige medische zorg, onder andere door in te zetten op maatschappen in plaats van loondienst.

DENK wil medisch specialisten niet meer in maatschappen maar in loondienst.

Alle medisch specialisten komen in loondienst. Dit vermindert volgens de **ChristenUnie** de productie-prikkel ten aanzien van behandelvolume en zorgt voor meer gelijkgerichtheid tussen ziekenhuisbestuur en specialisten.



Digitale zorg & gegevensuitwisseling

Door de zorg zelf in kaart gebrachte 'beter-niet-doen-behandelingen' verdwijnen uit het basispakket en maken plaats voor zorginnovaties en slimme, digitale oplossingen (e-Health, zorg op afstand). De **VVD** zet in op betrouwbare digitale gegevensuitwisseling tussen zorgverleners. Het wetsvoorstel Elektronische Gegevensuitwisseling is een eerste stap, en wordt uitgebreid naar uitwisseling tussen alle organisaties en tussen zorgverlener en patiënt.

Het **CDA** stimuleert de innovatie en digitalisering in de zorg volop. Nieuwe behandelingen, videoconsults met een arts en het gebruik van data en nieuwe technologie bieden nieuwe mogelijkheden om de zorg voor patiënten te verbeteren, het werk van professionals te ondersteunen en kosten te besparen.

D66 wil onderzoek naar e-health stimuleren. Patiëntgegevens moeten op een veilige manier kunnen worden uitgewisseld tussen zorginstellingen. Hierin moet de overheid een leidende rol aannemen, door te zorgen dat dit op korte termijn mogelijk is op een manier die de privacy van de patiënt waarborgt.

De **PvdA** wil investeren in technologische ontwikkelingen die het leven makkelijker en gezonder kunnen maken. Tegelijkertijd zijn nieuwe technieken geen vervanging voor menselijk contact.

Zolang goede zorg voorop staat en de aandacht voor het menselijk contact niet op de achtergrond raakt, is de **ChristenUnie** voor meer zorg op afstand, met name in de chronische zorg (thuismonitoring). De betaling van reguliere en digitale zorg wordt meer gelijkgetrokken.

Systemen die de privacy niet kunnen waarborgen wil de **PvdD** afschaffen of aanpassen, zoals de landelijke elektronische patiëntendossiers.

Zorgvuldige registratie en uitwisseling van patiëntgegevens vindt de **SGP** broodnodig, zodat informatie niet dubbel of onnodig hoeft te worden geregistreerd en medische missers kunnen worden voorkomen. De overheid faciliteert een goede landelijke voorziening voor het uitwisselen van patiëntgegevens.

Het afwentelen van de stijgende zorgkosten op de premiebetaler heeft zijn langste tijd gehad. Daarom stelt **DENK** voor om in te zetten op innovatie door e-health en het stimuleren van domotica.

50PLUS vindt het van groot belang dat het patiënten-/ cliëntendossier toegankelijk is voor alle betrokken zorgaanbieders. Ondanks alle inzet is de inzage nog veel te beperkt, terwijl de noodzaak om relevante informatie te delen alleen maar groter wordt.



Gepast gebruik

Investeren in de zorg is een investering in de samenleving, aldus de **VVD**. Omdat iedereen daaraan bijdraagt heeft men ook de plicht om de zorg voor iedereen betaalbaar te houden en kritisch te kijken of alle zorg echt passend is.

Het **CDA** kiest nadrukkelijk voor zinnige zorg, waarbij het belang van de patiënt voorop staat. Zinnige zorg betekent een rem op overbehandeling en onbewezen behandelingen, omdat minder zorg soms beter en sowieso minder belastend is voor de patiënt.

Zorgverleners gaan zelf vaker evalueren welke behandelmethoden niet of niet langer (kosten-)effectief zijn. Hiervoor komt meer aandacht in de opleidingen. Wat betreft **D66** moeten ziekenhuizen gemakkelijker onderling de resultaten van hun behandelingen kunnen vergelijken. Zorg die niet langer voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk moet niet meer worden vergoed.

GroenLinks geeft zorgprofessionals een zwaarwegende stem in het oordeel of iets noodzakelijke zorg is.

De **SP** brengt de menselijke maat terug in de zorg en herstelt het vertrouwen in beroepskrachten. Niet verzekeraars maar zorg-

professionals stellen vast welke zorg nodig is.

Behandelingen die bewezen ineffectief zijn gaan wat de **PvdA** betreft uit het basispakket. Onnodige zorg en overbehandeling pakken ze aan.

De **ChristenUnie** vindt dat van te veel medische behandelingen niet vaststaat of deze effectief zijn en voor wie. Na onderzoek moet worden besloten of de behandeling wordt vergoed of niet. De IGJ en de zorgverzekeraars gaan veel strakker toe zijn op gepaste doelmatige zorg als onderdeel van kwaliteit.

De **PvdD** komt met een taskforce om verspilling in de zorg op alle fronten tegen te gaan en perverse prikkels af te schaffen.

Het leveren van zinnige zorg blijft voor de **SGP** het uitgangspunt. Ook moet er werk worden gemaakt van het gepast(er) gebruik van het basispakket. Het komt te vaak voor dat er onverklaarbare verschillen zijn in behandeling bij vergelijkbare patiënten met vergelijkbare aandoeningen.

50PLUS wil goede kostenbatenanalyses over de vergoedingen vanuit de basisverzekering, gebaseerd op zinnige zorg en bewezen effectiviteit.

Dit artikel is een samenvatting. Bekijk het complete en uitgebreide overzicht op demedischspecialist.nl/verkiezingen





‘Het succes van een behandeling is niet altijd rechtevenredig met de uitkomst van een operatie,’ aldus plastisch chirurg Josien van der Meer. ‘Iemand moet zich vooral gehoord en begrepen voelen.’

‘Plastisch chirurgen zijn de schilder na een ingrijpende verbouwing. Kun je je in die uitspraak vinden?’
 ‘Je bent als plastisch chirurg meer een restaurateur.’

In welke zin?

‘Ons vak bestaat grotendeels uit het herstellen van vorm en functie naar hoe het ooit was. Botdefecten herstellen waarbij het fundament cruciaal is. Of de opbouw van het kraakbeen in de neus. Het fundament is dan cruciaal. Maar het laagje verf is wél de kers op de taart, dat moet zonder druppels of vegen.’

Hoever ga jij in de precisie?

‘Ik ben wel van de details, negentig procent vind ik meestal niet genoeg. Waarom zou ik ergens aan beginnen zonder het maximale eruit te willen halen?’

Bij welk deelgebied binnen de plastische chirurgie ligt jouw passie?

‘Bij de aangezichtschirurgie en de mamma-chirurgie, denk daarbij aan borstreconstructies. Overigens houd ik me momenteel bezig met alle deelgebieden. Ik wil mijn blikveld aan de start breed houden.’

Wat vind je interessant aan het aangezicht?

‘Het lichaam is behoorlijk vergevingsgezind. Het aangezicht kent een extra uitdaging, dit is letterlijk het eerste dat je ziet.’

Wat vind je het mooiste aan je vak?

‘Bij de plastische chirurgie zijn de protocollen beperkt. Er is geen standaard workflow zoals bij vele andere specialismen. Iedere patiënt is anders, ook de problemen en wensen. Als zo’n wens écht bijdraagt echt aan de levenskwaliteit, werk ik daar graag aan mee.’

En het moeilijkste?

‘Dat zijn binnen de esthetiek de mensen die van een negen een tien willen maken.’

Met welke wensen krijg je zoal te maken?

‘Die wensen zijn ontzettend divers. Iemand die weer wil pianospelen na een handletsel, bijvoorbeeld. Of een patiënt die moet herstellen van een doorligwond na een lange ic-opname. Maar denk ook aan patiënten die weer willen lezen zonder ‘luikjes’ voor de ogen.’

Voldoe je aan al die wensen?

‘Als ik denk dat een ingreep niets verbetert of de kans op complicaties groot is, bespreek ik dat en zeg ik: “Nee”. Het blijft een operatie met bijbehorende risico’s, die ik ook moet willen nemen.’

Als je zelf plastische chirurgie zou moeten ondergaan, wat wordt dan jouw belangrijkste eis?

‘Dat de arts vooraf een realistisch verwachtingspatroon schept. Het succes van een behandeling is niet altijd rechtvenredig met de uitkomst van de operatie; iemand moet zich gehoord en begrepen voelen.’

Welk misverstand over plastische chirurgie zou je willen rechtzetten?

‘Andere specialisten weten wel wat ons werk inhoudt. Maar het grote publiek weet vaak niet dat we ook zijn opgeleid in onder meer handchirurgie. Er heerst een wat eenzijdig beeld.’

Spring je weleens in op de trauma-afdeling?

‘In het OLVG zien we veel traumapatiënten. Bij grote extremitetsletsels opereer ik samen met bijvoorbeeld de traumatologen en orthopeden. Zij behandelen de fractuur, ik de pezen, zenuwen en weke delen.’

Gaat dit je ook goed af?

‘Rust in die hectiek moet ik dan wel bij mezelf afdwingen. Je hebt maar één kans.’

Wat zijn jouw wensen als het gaat om de relatie tussen plastisch chirurgen en de rest?

‘Neem dat acute handletsel: niet alle specialismen worden meteen opgetrommeld als er een spoedpatiënt binnenkomt, terwijl de klachten vaak wel multidisciplinair zijn. De acute samenwerking zou wat mij betreft intensiever mogen.’

Hebben jouw patiënten weleens spijt van een gemaakte keuze?

‘Nee, maar ik heb niet de illusie dat teleurgestelde patiënten – ondanks het samen beslissen – mij bespaard zullen blijven.’

Worstel je weleens met vragen over je toekomst?

‘Ik kan onrustig worden van het idee dat ik vandaag niet verder ben gekomen dan gisteren. Misschien dat ik daardoor ook geneigd ben nieuwe dingen uit te proberen, altijd kritisch te kijken naar de standaardbehandeling. Dat kan ook in mijn specialisatie. Eigenlijk is het dus geen vraag, maar meer een angst voorbij de horizon: “Wat als ik op een dag verzadigd raak?”’



Josien van der Meer

Geboren 17 april 1986 in Boxtel

Werkt vier dagen per week in het OLVG en de Jan van Goyen kliniek

Deed in 2014 de opleiding tot plastisch chirurg in het Amsterdam Universitair Medisch Centrum – AMC

Ging tijdens haar opleiding op een aantal medische missies naar onder meer Marokko, Congo en Laos

Volgde in 2019 een fellowship esthetische en reconstructieve periorbitale aangezichtschirurgie in het Duitse Wesseling

Doet aan hardlopen, yoga, ergometer roeien en koken

Leest Max, Mischa en het Tet-offensief van Johan Harstad

Kijkt Sex & love around the World van Christiane Amanpour

‘Alleen sámen kunnen we jonge medisch specialisten een eerlijker start bieden’

Casper Tax, aios heelkunde en vicevoorzitter van De Jonge Specialist, krijgt veel verontrustende signalen van startende medisch specialisten die maar niet aan een vaste baan komen, met ingrijpende persoonlijke gevolgen. Aios kijken naar hun toekomst, en daarom pakt Caspar als hun belangenbehartiger de handschoen op in dit pleidooi. Hij schetst een oplossingsrichting die zowel de gevestigde als de startende medisch specialist perspectief biedt.

“Ik hoor wel eens: “Vroeger was het ook echt niet makkelijk om een vaste aanstelling te krijgen.” Ik wil die herinnering allerminst bagatelliseren, maar het aantal startende medisch specialisten dat drie jaar na de opleiding nog steeds geen vast contract heeft, loopt nu al jaren op, inmiddels tot ongekende hoogte. Evenals de werkloosheid, uitstroom naar het buitenland en uitstroom naar niet-medische beroepen. Dat geldt voor cardiologie, gynaecologie, heelkunde, interne kno, mdl, orthopedie, radiologie en urologie, en ik vrees ook voor andere specialismen. En het tij is nog lang niet gekeerd, want tijdelijke contracten nemen toe in duur en aantal, en er zijn steeds

‘Zelden praten we over nevenfuncties “in plaats van” klinische werkzaamheden, evenmin over de afbouw van taken als specialisten richting hun pensioen gaan’

meer startende medisch specialisten die zelfs na vijf jaar nog geen vast contract hebben. Vijf jaar! Dat deze signalen maar zo spaarzaam naar buiten komen? Dat komt doordat niemand zijn eigen ruiten wil ingooien; voor die ene ‘klager’ heb je immers zo tien anderen.

“Zonder contract komen starters moeizaam in aanmerking voor koophuizen, en met een jong gezin en werkende partner zitten ze al snel in een spagaat, omdat ze voor die ene vacature wel moeten verhuizen naar de andere kant van het land, terwijl hun partner in de omgeving een carrière heeft. Daarnaast worden er contracten afgesloten waarbij beginnende medisch specialisten niet het volledige takenpakket uitvoeren van een gevestigd medisch specialist. Hiermee lopen ze het risico te weinig ervaring op te bouwen. Zo creëren we zogenaamde B-specialisten, met nóg lagere kansen op de arbeidsmarkt. Je zou dit al met al kunnen zien als misplaatst vrijwilligerswerk.

‘Daar zou je tegenin kunnen brengen: “Maar de goeden komen er wel!” Die rationalisatie impliceert dat er ook minder goede en zelfs ongeschikte medisch specialisten zouden zijn. Vreemd toch, na een lange opleiding die expliciet

tot doel heeft een op maat samengestelde beroepsgroep af te leveren die aan alle competenties en vaardigheden voldoet. De drempel zou bij toetreding tot die opleiding moeten liggen, en binnen de opleiding zelf, maar zeker niet ná de opleiding. Dan heb je als jonge specialist immers bewezen klaar te zijn voor de eerste stap in een wederkerige omgeving.

‘Medisch Specialisten zijn welwillend, dat merk ik als ik met hen praat. Maar wat ik ook zie is dat ze veelal gaandeweg hun positie opbouwen. Daar horen nevenfuncties in commissies, projectgroepen, onderzoeksgroepen en dergelijke vrijwel altijd bij, met een groeiend aantal overuren tot gevolg, die niet altijd worden vergoed. Zelden praten we over nevenfuncties “in plaats van” klinische werkzaamheden, evenmin over de afbouw van taken als specialisten richting hun pensioen gaan. Ik begrijp dat best, je staat natuurlijk niet te popelen om iets van je verworvenheden en kapitaalopbouw in te leveren, zelfs niet als je daarmee startende specialisten een duwtje in de rug kunt geven. Maar wrang is dat wel voor de starter. Startende medisch specialisten die dat felbegeerde vaste contract wel kunnen bemachtigen, kijken minder snel solidair achterom, zij richten zich het liefst op hun toekomst. Daarmee creëren we zelf dus ook geen solide belangenbehartiging.

‘Het klinkt al met al mooier dan het is: “In solidariteit ligt de oplossing.” Toegegeven, soms werkt het ook. Zoals bij de traumachirurgen en urologen, die hebben afgesproken om uren in te leveren ten faveure van startende vakgenoten. Dat toont hun goede wil en empathie. Ook ten gunste van henzelf overigens, want we weten dat de gemiddelde levensverwachting van chirurgen die hun pensioen halen 80 jaar is. Terwijl dit op gemiddeld 87,4 jaar ligt voor alle hoogopgeleide Nederlandse mannen. Een verschil van 7,4 jaar! Zolang we accepteren dat de werklast per medisch specialist groter blijft dan 1 fte, accepteren we niet alleen de groeiende werkloosheid en het aantal tijdelijke contracten onder startende medisch specialisten, maar nemen we ook gezondheidsrisico’s voor lief. Traumachirurgen en urologen hebben dat goed gezien.

‘Toch schuilt in deze vorm van solidariteit ook het risico dat we onszelf als beroepsgroep steeds verder in de nesten werken. We zitten tenslotte in de knellende houdgreep van enerzijds een gereguleerde marktwerking en een Hoofdlijnenakkoord waarin nul procent groei is afgesproken, en anderzijds de vergrijzing die leidt tot meer zorgvraag en een toenemende complexiteit van medische zorg. We kunnen alleen aan deze druk ontkomen door het aantal medisch

specialisten in absolute termen te laten groeien. Maar meer specialisten opleiden en meer complexe zorg leveren, kan op dit moment alleen binnen de kaders van het Hoofdlijnenakkoord. Oftewel: de absolute kosten moeten gelijk blijven. Bij meer eerlijke en vaste contracten van startende medisch specialisten betekent dit automatisch een steeds groter beroep op de solidariteit van de overige medisch specialisten. En natuurlijk kunnen we ook met efficiëntere zorg een winstmarge creëren of bezuinigen. Los van het feit dat deze aanpak tot pijnlijke dilemma’s kan leiden, is het maar de vraag of je met het gespaarde geld meer starters vast kunt aannemen. Ziekenhuizen concurreren immers om steeds efficiënter te werken, zonder dat de winstmarge hieruit op de lange termijn voor hen behouden blijft. Als zorginstellingen met succes efficiënter gaan werken, zal de zorgverzekeraar vervolgens het budget verlagen. Het zorgstelsel streeft in deze race ieder jaar opnieuw naar optimale kostenefficiëntie. Met de specialist als de formule-1-coureur die op een nat parcours zoekt naar de ideale snelheid, zonder onderstuur en overstuur. Hij weet daarbij dat een podiumplek géén beloning of betere startpositie oplevert. Een *race to the bottom* dus, waar de zorg niet wijzer van wordt.

‘En dat terwijl medisch specialisten helemaal niet willen racen, maar gecontroleerd willen sturen op kwaliteit en patiëntenzorg. In de wetenschap dat dat het beste lukt met gemotiveerde collega’s, inclusief degenen die aan het begin van hun loopbaan staan.

Mijn oproep: laten we als beroepsgroep, dus samen een nieuwe balans vinden. Oftewel: kritisch kijken naar de werklust en -invulling, en het begrip solidariteit opnieuw definiëren. En tegelijkertijd buiten de bekende kaders om: nadenken over duurzame alternatieven voor die *race to the bottom*, die we dan aan het ministerie en de zorgverzekeraars kunnen voorleggen. Daarbij zou de winst die onze groeiende efficiëntie oplevert – al is het maar deels – voortaan bij de ziekenhuizen moeten worden gelaten. Met als doel meer vaste contracten voor startende collega’s, waarbij we rekening houden met de verworvenheden en werk-privébalans van de zittende medisch specialist. Dit doel kan ons verbinden in plaats van slijten.’

Dat de nood pijnlijk hoog is, illustreren de verhalen van startendemedisch specialisten op dejongespecialist.nl



Medisch specialisten
en verpleegkundigen
innoveren samen in OLVG

'WE DENKEN NOOIT VANUIT DE TECHNOLOGIE'

Innovatie laat zich vaak lastig vertalen naar de werkvloer. Daarom heeft het OLVG in Amsterdam tijd en geld vrijgemaakt voor een speciaal innovatieteam, waarin vijf innovatieartsen en de Chief Medical Information Officer (CMIO) en de Chief Nursing Information Officer (CNIO) samenwerken aan zorgvernieuwing. Drie hoofdrolspelers vertellen hoe die aanpak werkt.

TEKST HILDE DUYX BEELD LARS VAN DEN BRINK

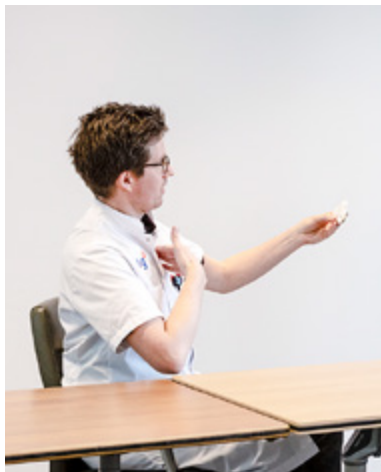


'Innoveren is uit je comfortzone stappen'

Paul Bresser, longarts en CMIO

Innoveren is duwen en trekken. Je moet mensen meekrijgen en vrijwel altijd kost het eerst geld. Als dokters zijn we gewend om te reageren op een probleem. Met het innovatieteam zitten we aan tafel om problemen vóór te zijn. Altijd met de behoeften van de patiënt op één. Daarna de zorgverlener en dan het kostenplaatje. In die volgorde. We krijgen hierin volop steun van het bestuur van het OLVG. We zijn altijd al een innovatief ziekenhuis geweest, met veel aandacht voor zorgvernieuwing. 'Innoveren is uit je comfortzone stappen. Mijn rol is om voorloper te zijn. Hoe

Sander en Florian demonstreren de biosensor, die kan meten hoe het met een coronapatiënt gaat.



krijg je nieuwe ideeën over het voetlicht? Door ze uit te dragen, met mensen te praten, te laten zien dat het werkt. Neem de COPD-coach, die ik vanuit mijn functie als longarts heb geïntroduceerd. Een nieuw zorgconcept, waarbij een digitale e-coach COPD-patiënten monitort en zorg op afstand biedt. Dat scheelt reguliere ziekenhuisbezoeken en opnames, want we ontdekken ontsporingen in de gezondheid eerder. Nu mensen zien dat dit werkt – inmiddels gebruiken zeshonderd patiënten de coach – gaan ze erin mee. We hebben ook een astma-coach.

‘Dat is innoveren. Lef hebben, ervoor gaan en aantonen dat het werkt. Maar je wilt ook meer kunnen experimenteren. Die ruimte blijft beperkt. Hoe bewijs je zonder geld dat iets werkt? Daar voeren we gesprekken over met zorgverzekeraars, want investeringen zijn nodig. Mensen weten ons binnen het ziekenhuis gelukkig steeds beter te vinden. Geweldig om samen met collega’s te kijken waar en hoe zaken beter kunnen. Ik zie zoveel goede ideeën.’



‘Binnen twee weken was het goedgekeurd’

**Florian van Hunnik,
verpleegkundige en CNIO**

‘**B**innen het innovatieteam is het mijn taak om steeds weer de link te leggen met verpleegkundigen. Ik denk mee over digitalisering en innovatie om systemen en processen slimmer te maken, zodat deze ondersteunend zijn aan de zorgverleners en zij minder administratieve last ervaren. Ik vind dat niet alleen belangrijk, maar ook gewoon leuk. Informatisering interesseert me en ik wil het graag snappen.’

‘Met de hulp van ons actieve verpleegkundig stafbestuur kan ik mijn zeventienhonderd collega-verpleegkundigen goed bereiken – en zij mij – en ze op de hoogte houden van waar ik mee bezig ben. Onlangs was dat nog de biosensor. Die meet aan de hand van de ademhaling en hartslag hoe het met een coronapatiënt gaat. Heel belangrijk, want door



de bijzondere omstandigheden kun je als verpleegkundige niet meer zo vaak bij een coronapatiënt binnenlopen, en dus minder varen op je 'niet-pluis-gevoel'. In de eerste golf dacht ik na een week: die moeten we hebben. Het bestuur keurde mijn voorstel binnen twee dagen goed. We zijn de eerste in de wereld die de nieuwe versie van de biosensor zijn gaan gebruiken.'

Dit is een mooi voorbeeld van hoe het ziekenhuis stappen neemt op het gebied van

innovatie en luistert naar de ideeën van medewerkers. Natuurlijk gaat het door corona sneller, maar ook los daarvan lukt het ons binnen het innovatieteam steeds beter om lijn aan te brengen in de stroom aan innovaties en ideeën. Mijn praktijkervaring als verpleegkundige helpt om te beoordelen of innovaties de praktijk echt verbeteren.'

Meer voorbeelden van innoverende medisch specialisten staan op de themapagina demedischspecialist.nl/jzojp



'Digitalisering is geen doel op zich'

Sander van Schaik, neuroloog en innovatiearts

Voordat dit innovatieteam bestond, voelde ik me weleens machteloos in mijn werk als neuroloog. Dan liep ik tegen een probleem aan, verzong ik een oplossing, maar kon ik er nergens mee terecht. Nu krijg ik de kans en de ruimte om er iets mee te doen. En dat geldt voor alle collega's – zowel artsen als verpleegkundigen – in het ziekenhuis: ze kunnen bij het innovatieteam aankloppen met ideeën. Iets wat ze gelukkig steeds vaker doen.

'Patiëntenparticipatie heeft me altijd geïnteresseerd, ook door mijn opleiding aan de *Health Innovation School*. Ik geloof erin dat bepaalde systeemverbeteringen de kwaliteit van zorg en de levenskwaliteit van patiënten kunnen verbeteren. Dat zie ik

ook in de praktijk. Als neuroloog behandel ik patiënten die een beroerte hebben gehad. Wij laten hen via PROMIS, een online tool, vragenlijsten invullen om de kwaliteit van leven te meten. Met de informatie uit deze vragenlijsten gaan wij tijdens het consult het gesprek aan met de patiënt, die zich hierdoor meer serieus genomen voelt. Door frequent te meten, kun je monitoren en op basis daarvan beslissingen nemen. Een goede stap richting zorgverbetering: van meten naar weten.

'Digitalisering is trouwens geen doel op zich. We werken binnen het innovatieteam ook aan verbeteringen op het gebied van de logistiek op de poli's, werkprocessen, en wensen van patiënten. Daarbij kan het ook gaan om meer persoonlijk contact bijvoorbeeld. Florian geeft ons hierover waardevolle informatie vanuit de verpleegkundigen. We denken nooit vanuit de technologie. Maar altijd vanuit wat goed is voor de patiënt.'

IN BALANS

WERK/THUIS

WERK Veel met het hoofd, weinig met de handen. Het werk van een internist in opleiding is niet superfysiek, stelt Annette Westgeest. Tijdens de lange werkdagen in het Curaçao Medical Center bestaat de wereld buiten het ziekenhuis niet. Alleen in de koffiekamer gaan de luiken open.

De collega's uit het ziekenhuis kitesurfen. Niet gek, want watersporten is wat je doet op Curaçao. Het maakt de gesprekken in de pauzes net wat leuker. Het team is hecht, want Nederlandse familie en vrienden zijn ver weg. En in de zon op het strand worden de collega's ware vrienden. Waardoor je elkaar in het ziekenhuis ook weer makkelijker aanspreekt of om raad vraagt.

THUIS Als het weekend zich aandient, pakt Annette haar kitespullen. Op de plank is alles fysiek en intuïtief, geen tijd om na te denken. Ook niet over corona. Het enige dat telt is de adrenalinekick. Harder werken, maar ook harder ontspannen. Dat is het motto op Curaçao. De wind, het water en de kite; al na een uurtje zit Annette weer vol energie. Af en toe denkt ze aan Nederland, dat zeker, waar ze vaak de stranden van Noordwijk en Den Haag opzoekt. Maar dit is anders: de wind constanter, de zon warmer, de zee blauw en bruisend. Met collega's om zich heen gaat Annette voor haar doel deze vier maanden: de perfecte *jump* en wie weet een *Big Air*.



‘We moeten ons de mond niet laten snoeren’

in de
media



Naar aanleiding van zijn optredens in de media kreeg arts-microbioloog en OMT-lid Andreas Voss te maken met intimidatie, tot aan zijn voordeur. Dat heeft hem voorzichtiger gemaakt.

TEKST SARAH LEERS BEELD ANP

De afzender bezorgde intimiderende brieven persoonlijk op uw huisadres. Had u vooraf verwacht dat dit het gevolg zou kunnen zijn van uw mediaoptredens?

‘Je weet dat er een kans op reacties is als je in de media verschijnt. Maar dat dit al na enkele mediaoptredens gebeurt, had ik niet verwacht. En iemand intimideren of bedreigen omdat je het niet eens bent met het beleid, dat gaat wel erg ver. De afzender van dergelijke brieven beseft misschien niet dat het intimiderend is om die brieven aan huis te bezorgen.

Ik kan best begrijpen dat mensen problemen hebben en angstig zijn, maar dit is niet de manier om dat kenbaar te maken.’

Bent u door de reacties op uw mediaoptredens voorzichtiger geworden?

‘Ja, ik weeg zorgvuldig af of ik niet te vaak in de media verschijn. Mede door de reacties op mijn televisie-optredens ben ik toen tijdelijk gestopt met Twitter en Facebook, en heb ik eind 2020 veel verzoeken van media afgewezen. Dat is niet zozeer omdat ik

bang ben voor bedreigingen, maar vooral omdat ik de discussie op dat moment niet zinvol vond. Ik vind dat we ons aan de maatregelen moeten houden. In een normale situatie juich ik discussie toe, maar dit is een crisissituatie.’

Ziet u ook bij uw collega's deze worsteling met de media?

‘Laat ik vooropstellen dat de media zelf niet het probleem zijn. De gesprekken worden bijna altijd goed voorbereid en daar houden journalisten zich grotendeels aan. Het zijn de reacties van sommige kijkers of luisteraars die nogal extreem zijn. Ja, er zijn collega's die zich op de achtergrond houden, of zich zelfs overal van hebben teruggetrokken. Dat is jammer, ik hoop dat ze snel weer terugkeren in het publieke debat. We moeten ons niet de mond laten snoeren.’

COLOFON

jaargang 7, maart 2021

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

Beeldredactie en vormgeving:

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

Fotografie cover: 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 2021.
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.

Moet ik meewerken aan mediation?

Psychiater Ingrid heeft een conflict met haar leidinggevende. Hij stelt mediation voor. Ingrid belt met een van onze juristen voor advies. Mediation is niet verplicht, maar het is vaak wel verstandig eraan mee te werken. Zo laat je zien dat je aan een oplossing wil werken. Ingrid besluit mee te doen, waarna onze jurist de mediation-overeenkomst checkt en haar desgewenst naar een mediator doorverwijst. Het traject dat Ingrid vervolgens ingaat, leidt tot een oplossing van het conflict.

Juridische vragen? Bel:
088 - 134 41 12

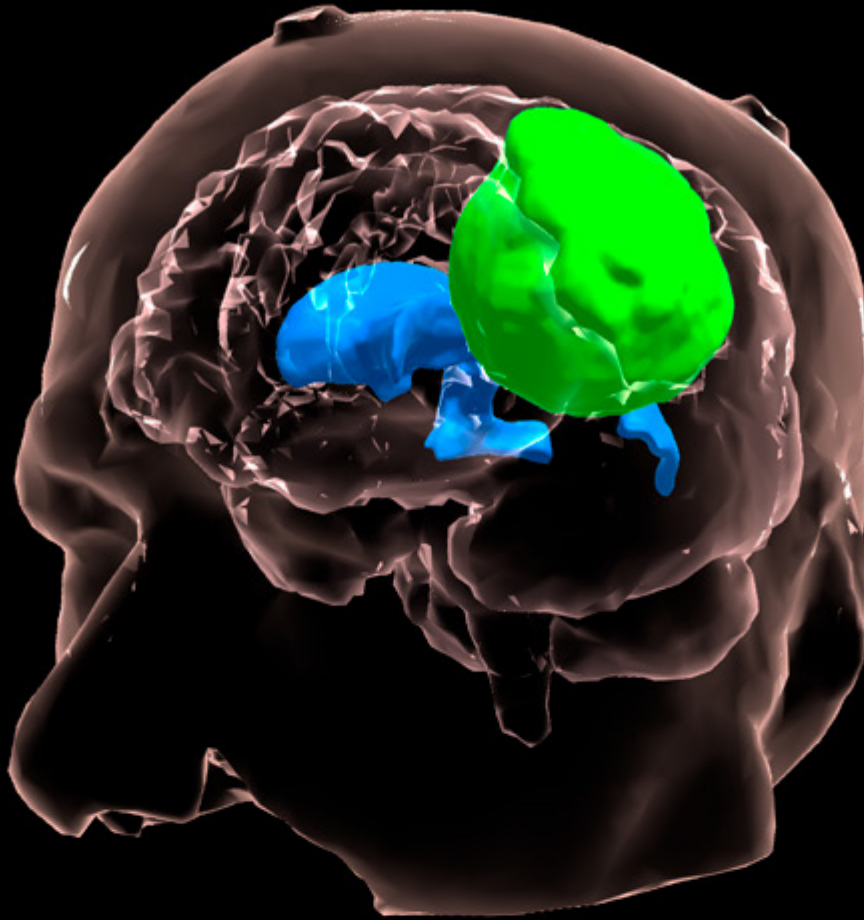


Federatie
Medisch
Specialisten

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



Landelijke vereniging van
Artsen in Dienstverband



Hologram: betere afspiegeling van de werkelijkheid

In het *Star Trek* van de jaren zeventig waren hologrammen nog pure *science fiction*, maar in ziekenhuizen zijn ze inmiddels werkelijkheid. In zekere zin tastbaar, want neurochirurgen gebruiken hologrammen om hersenoperaties voor te bereiden, uit te leggen en uit te voeren. Platte afbeeldingen van MRI-hersenscans worden binnen een half uur automatisch omgezet in een hologram, waardoor hersenchirurgen preciezer, sneller en veiliger kunnen opereren. Tristan van Doormaal, neurochirurg bij het UMC Utrecht voert in onderzoeksverband hersenoperaties uit met een 3D-bril, die het hologram linkt met het hoofd van de patiënt. Met het hologram kan hij tot op de kubieke millimeter zien wat het volume van de tumor is of waar een bloedvatafwijking begint. Een betere afspiegeling van de werkelijkheid is er niet. In de nabije toekomst wordt het uitvoeren van eenvoudige operaties, zoals het plaatsen van een drain of het ontlasten van een bloeding met een hologram en een 3D-bril voor iedere neurochirurg mogelijk. Voor gedetailleerde operaties hebben de chirurgen een microscoop of een endoscoop nodig; de integratie van hologrammen hierbij is nog in ontwikkeling.

Tristan verwacht dat de neurochirurgie, maar ook andere specialismen zoals de kaak- en plastische chirurgie, over een aantal jaren volledig driedimensionaal kunnen werken. Het heeft nog een bijkomend voordeel: met de 3D-techniek kunnen chirurgen hun patiënten nauwkeuriger voorlichten over de precieze plek van de operatie en over kwetsbare delen die ze moeten ontzien. Zo worden de verschillende behandelmethoden in de spreekkamer beter bespreekbaar. Ook artsen in opleiding hebben er baat bij. Waar het Tristan nog jaren kostte om 'het gevoel te krijgen' waar alles precies zit in het hoofd, leren toekomstige chirurgen dat nu veel sneller. Tristan heeft samen met twee partners vanuit het UMC Utrecht de startup Augmedit opgericht om de 3D-technieken bij hersenoperaties breed inzetbaar te maken voor andere ziekenhuizen. De techniek is niet moeilijk om mee te werken en er kleven geen grote risico's aan, vertelt Tristan. Wel kan zo'n hologram tijdens een operatie te veel laten zien en daardoor in de weg zitten. Dat is op te lossen door het hologram zo te programmeren dat het alleen de nuttige informatie overzichtelijk zichtbaar maakt.