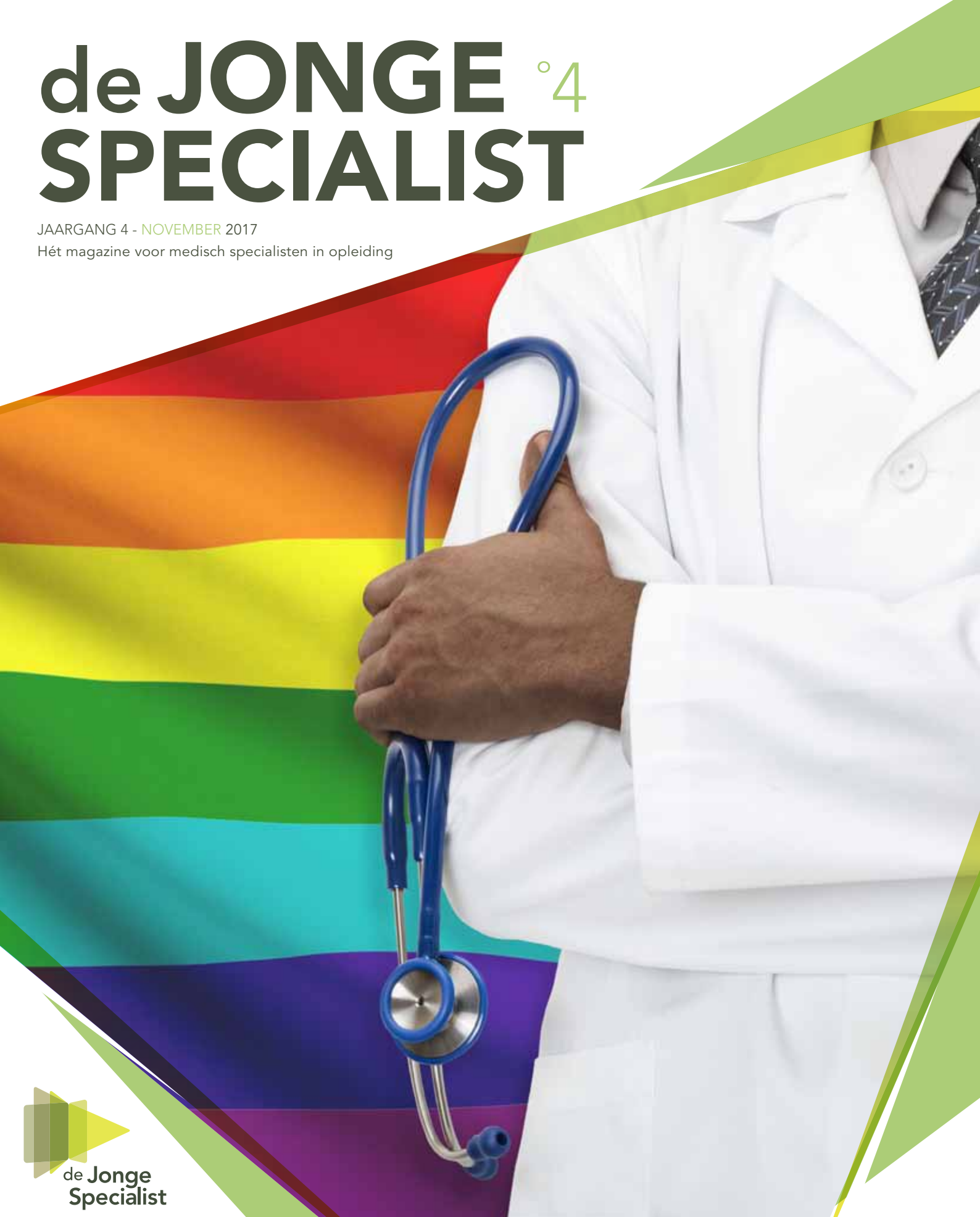


# de JONGE °4 SPECIALIST

JAARGANG 4 - NOVEMBER 2017

Hét magazine voor medisch specialisten in opleiding

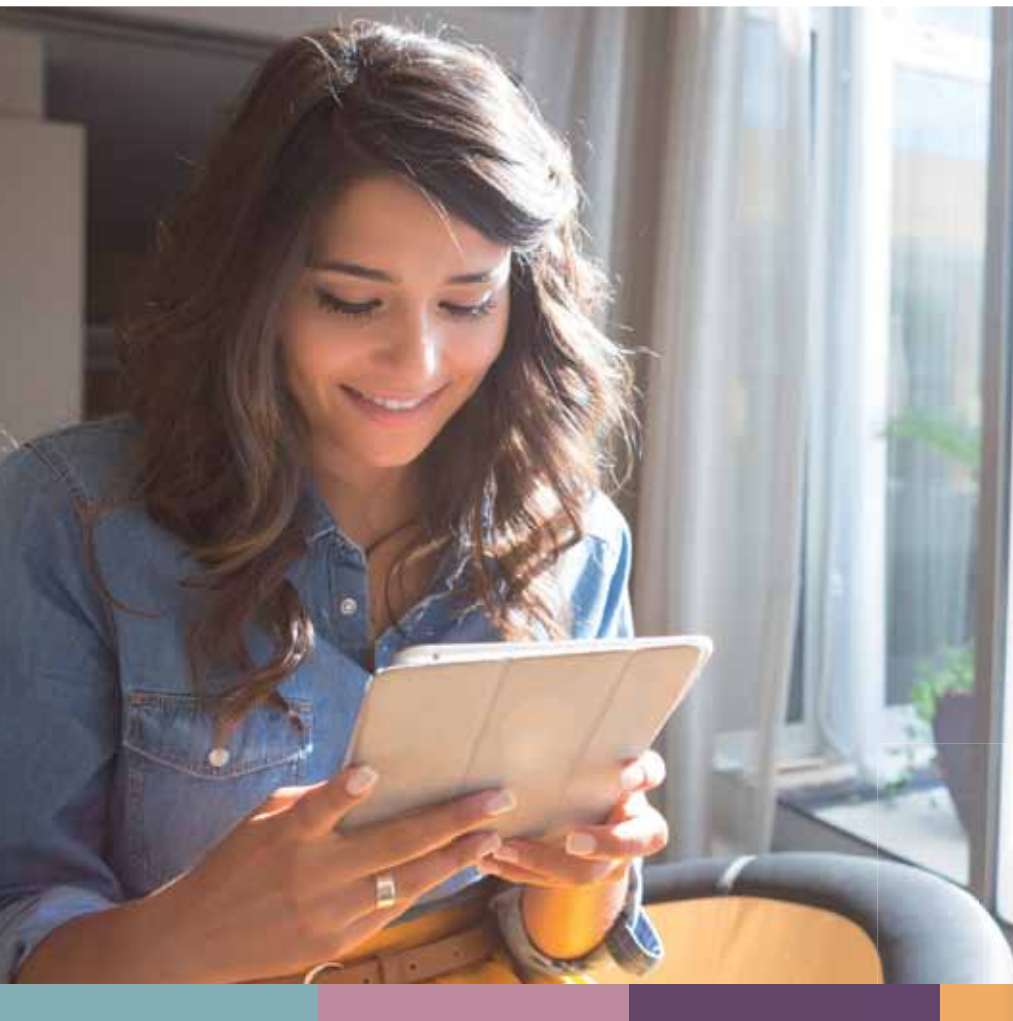


**ROZE IN WIT: HETEROGENITEIT IN HET ZIEKENHUIS?** | Visitatie: Durven aios te zeggen wat ze denken?  
| **Geestelijk verzorgers: helemaal niet zweverig** | Buitenlandse aios over hun opleiding in Nederland |  
**Snelle innovatie met Health Hackatons?** | Wie zijn die klinisch fysici eigenlijk? | **Casus: Uit de opleiding  
gezet na geschil** | Hetzelfde werk met minder aios | **Medische tatoeage**

# Speciaal voor u

Financiële jungle voor de startende medisch specialist

Bestel  
uw gratis  
exemplaar



Wilt u gaan werken in loondienst of gaat uw voorkeur uit naar vrije vestiging? Welke vorm van werken u ook kiest: Sibbing kan u deskundig begeleiden en adviseren in uw keuze. U kunt bij ons terecht voor praktijkadvies, financieel advies en accountancy, maar ook voor de benodigde verzekeringen. We bieden u persoonlijke dienstverlening met aandacht voor praktijk en privé.

## Bestel direct uw gratis exemplaar

Speciaal voor u als startend medisch specialist heeft Sibbing een praktijkgericht boek geschreven dat op heldere wijze ingaat op belangrijke financiële, contractuele en fiscale zaken die betrekking hebben op uw medische beroepspraktijk. Wilt u meer weten? Bestel dan uw gratis exemplaar via [www.sibbing.nl](http://www.sibbing.nl).



0318 - 544 044 • [info@sibbing.nl](mailto:info@sibbing.nl)  
[www.sibbing.nl](http://www.sibbing.nl)

**Sibbing**

**Redactie**

Berber Piet, hoofdredacteur  
 Hanneke Verheijde  
 Daniël Dresden  
 Susanne Korsse  
 Eva Stortelder  
 Wouter Blox  
 Rosa Nieuwenhuize

**Eindredactie**

Liza Leijenhorst, Prescripts

**Vormgeving**

Marjanne van Bentum, studio Parvenu

**Redactieadres**

Postbus 20057, 3502 LB Utrecht  
 info@dejongespecialist.nl

**Centraal Bestuur De Jonge Specialist**

drs. Marjolein (M.N.T.) Kremers  
 drs. Thomas (T.) Schok  
 drs. Edin (E.) Hajder  
 drs. Paul (P.) de Laat  
 drs. Wouter (W.J.B.) Blox  
 dr. Edith (E.M.G.) van Esch  
 dr. Irma (I.) Scholten  
 drs. Jodine (J.E.) Smits  
 drs. Vicky (V.L.M.N.) Soomers

**Adreswijzigingen**

Adreswijzigingen kunnen worden doorgegeven aan De Jonge Specialist.

**Uitgever**

De Jonge Specialist

**Drukwerk**

Centrum Drukwerk, Maartensdijk

**Basisontwerp**

IJzersterk, Rotterdam

**Adverteren**

Neem hiervoor contact op met De Jonge Specialist:  
 info@dejongespecialist.nl

**Magazine De Jonge Specialist**

De Jonge Specialist is hét magazine voor medisch specialisten in opleiding. Het tijdschrift wordt vier keer per jaar uitgegeven door De Jonge Specialist.

Oplage 3.000, ISSN: 2352-3670 Jaargang 4

© 2017 DJS. Alle rechten voorbehouden. Artikelen geven de mening weer van auteurs en niet noodzakelijkerwijs van De Jonge Specialist. Niets uit dit magazine mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, microfilm of welke wijze dan ook, zonder toestemming van de uitgever.

## voorwoord

## WIT, MAAR NIET KLEURLOOS

Onze doktersjas laat ons neutraliteit en professionaliteit uitstralen. We willen openstaan voor onze volledige patiëntenpopulatie. Velen vinden dat een uitgesproken presentatie dit kan verstoren. Met die witte steriliteit bedekken we fysiek én symbolisch een stukje van onszelf. Ik weet dat er collega's zijn die dit fijn vinden. Als zij hun witte jas aandoen, spelen zij de doktersrol en proberen ze hun eigen persoon zo veel mogelijk te verhullen. Het tonen van emoties of het delen van persoonlijke zaken vinden ze ongemakkelijk of onprofessioneel.

Soms kan toneelspel je werk inderdaad een stuk gemakkelijker maken. In de rubriek 'In consult' lees je hoe een collega bijna zijn opleidingsplek kwijtraakte, doordat hij te open communiceerde en problemen aan de kaak stelde. Ik heb door schade en schande geleerd mijn mening in aanwezigheid van bepaalde specialisten slechts selectief te uiten. Helaas verraadt mijn gezicht meestal toch wat ik denk en sta ik alsnog als "lastig" of "te kritisch" te boek bij bepaalde bazen.

Wat dat betreft begrijp ik dat aios niet altijd openlijk hun mening uiten. Het is zorgwekkend dat dit over zaken kan gaan die essentieel zijn voor de kwaliteit van de opleiding, zoals blijkt uit de visitatie-enquête. Medisch specialistisch opleidend Nederland mag zich achter de oren krabben: een derde van de aios houdt tijdens de visitatie informatie achter over belangrijke onderwerpen als veiligheid en het functioneren van stafleden. Jammer, want zoals gezondheidswetenschapper Luc Pluijmen op Twitter schrijft: "Echte lei-

ders omringen zich met kritische vrienden in plaats van met mensen die in de pas lopen. Omdat ze verbetering willen." Dat moet zeker ook gelden voor opleiders.

Patiënten waarderen authenticiteit in het algemeen enorm. Misschien omdat ze zich daardoor letterlijk en figuurlijk aan ons bloot durven geven. En zeg nu zelf, het is toch veel gemakkelijker om écht contact te maken met je patiënten als je jezelf bent als arts?! Zo beschrijft Eva Stortelder in haar column hoe haar 'patiëntenervaring' met haar ernstig zieke kind haar benadering van patiënten beïnvloedt. Zij is lang niet de enige die ervaart een betere arts te zijn door het benutten van haar persoonlijke ervaringen.

Maar hoe is dat als onderdelen van jouw identiteit niet de grote gemene deler zijn? In 'Roze in wit' beschrijft Laurens Bos dat het soms juist de artsen zelf zijn die moeite hebben met variatie. Hij snijdt een interessant punt aan: leuk al die paradijsvogels onder onze patiënten, maar zoeken wij artsen onder elkaar wel diversiteit? Of werken we het liefst met mensen die zoveel mogelijk op onszelf lijken? Hij postuleert dat heterogeniteit creativiteit bevordert wat kan bijdragen aan verbetering van de zorg. Wij doen onszelf en onze patiënten dus te kort als wij streven naar een homogene teamsamenstelling. Dus laten wij ondanks onze witte jas vooral niet kleurloos zijn!

*Berber Piet, hoofdredacteur De Jonge Specialist, aios longgeneeskunde*



8, 9

Laurens Bos  
Roze in wit



13

Harm Prins  
Geestelijk verzorger



18, 19, 20

Ervaringen  
Buitenlandse aios

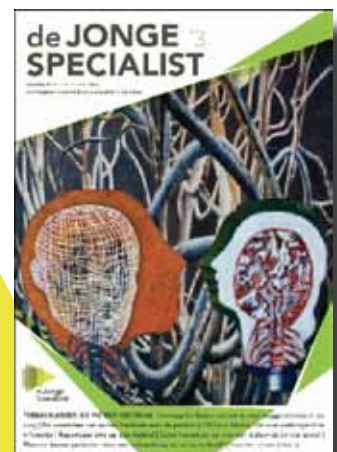


## VACATURE REDACTIELID EN FOTOGRAAF VOOR DE JONGE SPECIALIST MAGAZINE

Heb je het gevoel dat jouw schrijfkunsten niet goed tot hun recht komen bij ontslagbrieven? Zijn OK-verslagen jouw kans om een epos te schrijven? Dan ben jij misschien wel op zoek naar ons! Het redactieteam van De Jonge Specialist magazine is namelijk op zoek naar een enthousiaste schrijver, die meer uit zijn talent wil halen.

Ben je niet zo van het schrijven, maar meer van de foto's? Een beeld zegt meer dan duizend woorden, daarom zoeken we ook een fotografietalent voor ons magazine.

Stuur je CV en motivatie op naar [info@dejongespecialist.nl](mailto:info@dejongespecialist.nl)















22, 23

In Consult  
Uit opleiding gezet

#### Rubrieken legenda

-  Oogopslag
-  Opleiding
-  Toekomst & Innovatie
-  In consult
-  Gezondheid
-  Beroepsbelangen
-  Buitenland
-  Vrije tijd
-  Geneeskunst
-  Column



## Inhoud

	Oogopslag	6, 7
	Aios Laurens Bos over roze in wit	8, 9
	Evenveel werk, minder aios	10, 11, 12
	Spiritualiteit in het ziekenhuis	13
	Wat doen klinisch fysici eigenlijk?	14,15
	Health Hackatons	16, 17
	Immigreren in het artsenvak	18, 19, 20
	Bekentenissen van een jonge klare	21
	Geneeskunst: medische tatoeage	22, 23
	Uit de opleiding gezet na geschil	24 ,25
	Enquête opleidingsvisitatie	26
	Column Eva Stortelder	27



# OOGOPSLAG

## KORT NIEUWS EN FEITJES



## Terugblik AIOS Upgrade

Bijna 200 enthousiaste aios woonden op 27 oktober in het IJsseldelta Center in Zwolle de AIOS Upgrade bij, die De Jonge Specialist jaarlijks samen met de Federatie Medisch Specialist, LAD en VvAA organiseert. Voorzitter Marjolein Kremers gaf in haar welkomstwoord aan dat aios tijdens de opleiding heel veel moeten leren, waardoor er nauwelijks ruimte is voor innovatie. "Dat is best gek als je bedenkt hoe groot de invloed van innovatie is op diagnostiek en behandelingen. Als we de opleiding laten zoals hij is, zullen de medisch specialisten van de toekomst worden verrast door ontwikkelingen van buitenaf." De Jonge Specialist heeft inmiddels de contouren geschetst voor een innovatieprofiel binnen de medische vervolgopleiding, waarin naast de technische aspecten ook aandacht is voor verandermanagement.

Het thema van de AIOS Upgrade was dit jaar *Value Based Healthcare* (VBHC). Fred van Eenennaam, oprichter van het *Value Based Healthcare Centre Europe*, nam de aanwezigen mee naar de kern van VBHC: het leveren van zorg die écht van toegevoegde waarde is voor de patiënt.

Naast plenaire sessies over VBHC konden de deelnemers zoals elk jaar uit een breed palet aan workshops kiezen. Deze stonden deels in het teken van VBHC, maar gingen ook over werken in dienstverband, de optimale balans tussen werk en privé, *entrustable professional activities* (EPA's), onderhandelen en netwerkgeneeskunde.

Verder werd dit jaar voor de negende keer de Opleidingsprijs t.w.v. 10.000 euro uitgereikt. Er waren drie opleiders genomineerd. Naast winnaar Michael

van Balken (uroloog Rijnstate ziekenhuis) waren dit op de tweede plaats klinisch genetica Eva Brilstra (UMC Utrecht) en op de derde plaats orthopeed Gino Kerkhoffs (AMC).

De aios van Van Balken nomineerden hem, "omdat hij streng doch rechtvaardig is en iedereen meegeeft dat alles mogelijk is, als je er maar voor inzet". 'Dream big' is wat hem typeert. Van Balken: "Ik vind het een eer dat ik ben genomineerd. Het is mooi om de onderbouwing van de aios te horen, want ik probeer hen inderdaad de ruimte te geven om hun eigen pad uit te stippelen. Ik bepaal niet iemands weg, maar probeer wel de randvoorwaarden te creëren. Uiteindelijk zijn het de aios die hun eigen opleiding maken."



Beeld © Yvonne Stufano



## Verplichte literatuur

Nu de donkere decembermaanden weer aangebroken zijn, is er soms niets fijner dan met een goed boek op de bank te kruipen. De volgende twee boeken kunnen we je absoluut aanraden.

### Het verpleeghuis is het einde!

In dit boek nemen specialisten ouderengeneeskunde in opleiding Freya Angenent en Lauke Bisschops je mee naar de wereld van het verpleeghuis. Je leest dit boek met een lach en een traan. De verhalen van verpleeghuisbewoners en verpleeghuisartsen zijn uit het leven gegrepen, ontroerend, humoristisch, inspirerend, optimistisch maar vooral écht. Mogen er meer handen aan het bed? Ja. Maar de handen die er zijn, worden zeer gewaardeerd, getuige de ouderen die aan het woord zijn in dit boek. Zo slecht is dat verpleeghuis nog niet. 'Het verpleeghuis is het einde!' is een aanrader voor iedere arts, maar eigenlijk voor ieder mens. We kunnen in onze haastige maatschappij nog een hoop leren van de ouderen onder ons. Luister naar ze, zie ze en waardeer ze.



### Menselijkheid in de zorg

We maken in ons werk regelmatig moeilijke gesprekken mee. Daarbij kun je denken aan een slecht-nieuwsgesprek, maar bijvoorbeeld ook een gesprek met een patiënt die een onderzoek wil waarvoor jij de indicatie niet ziet. Heb je er wel eens bij stilgestaan wat voor invloed de manier van communicatie kan hebben bij zo'n gesprek? Professor Leo Visser, neuroloog in het Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis in Tilburg, diept in dit boek uit welke verschillende modellen van communicatie er zijn tussen arts en patiënt, welk model wanneer toepasbaar is en wat voor gevolgen dat heeft voor de loop en uitkomst van het gesprek. Omdat de zorg complexer wordt, wordt communicatie steeds belangrijker. Daarom is dit boek een *must-read* voor elke arts.



## Nieuw bestuurslid gezocht!

Vanwege het vertrek van een van onze bestuursleden, zijn we op zoek naar een nieuw (aios) bestuurslid voor de portefeuille Beroepsbelangen.

Als dé beroepsvereniging voor en door Nederlandse aios, behartigen we de belangen van alle medisch specialisten in opleiding. We bewaken de arbeidsvoorwaarden en proberen deze te verbeteren waar nodig. Via onze nauwe samenwerking met de LAD ben je als bestuurslid Beroepsbelangen betrokken bij de onderhandelingen over de verschillende cao's die voor aios relevant zijn. Verder houd je je onder meer bezig met dossiers als de steeds veranderende arbeidsmarkt, pensioenen en gezond en veilig werken.

Als jouw interesse gewekt is, zien wij graag je schriftelijke motivatie en cv tegemoet voor 22-12-2017 via [info@dejongespecialist.nl](mailto:info@dejongespecialist.nl). Eerdere bestuurservaring is een pré, maar geen vereiste. Natuurlijk kun je via dit mailadres ook meer informatie krijgen over De Jonge Specialist en deze vacature.

## Rectificatie

In ons vorige magazine publiceerden we het artikel 'Een zakcentje bijverdienen'. Hierin gaven we verschillende voorbeelden van werkzaamheden die je naast je werk als arts uit zou kunnen voeren. Een van die voorbeelden was om bij de plaatselijke voetbalvereniging als sportarts te werken. Dit is een ongelukkige formulering, waar we graag op terug willen komen.

Het werk dat een basisarts bij een sportclub doet is zeker niet van dezelfde inhoud of kwaliteit als dat van een sportarts. Het werken bij een sportclub maakt niet dat iemand sportarts is, daarvoor is een specialisatie vereist.

Wij willen daarom, ook namens het bestuur van De Jonge Specialist, onze excuses aanbieden voor deze verwarring.



# Roze in wit

auteur: **Laurens Bos**, aios longeneeskunde

**Wat is het toch fijn om te mogen zijn, wie je bent. Of je nou man of vrouw, jong of oud, blank, zwart of welke mooie kleur dan ook bent. In ons westerse Nederland worden vrijheid en diversiteit als groot goed beschouwd. Toch zijn er ook in Nederland en zelfs binnen onze artsenwereld mensen die kleurrijkheid geen warm hart toe dragen, die het liefst zo veel mogelijk dezelfde mensen om zich heen zien. Hoe is het om dan iemand te zijn die een andere identiteit uitdraagt dan de grote gemene deler? Hoe is het bijvoorbeeld om 'roze' in wit te zijn?**

Foto van Laurens Bos



We vieren jaarlijks onze nationale vrijheid en bemoeien ons ook internationaal graag met het bevorderen van gelijke rechten voor iedereen. We vinden het bijna vanzelfsprekend om in vrijheid te leven

en te mogen zijn, zoals we willen zijn. Zo is het jaarlijkse 'homo-onderonsje' *Gay Pride* uitgegroeid tot een *happening* waarvoor de halve natie uitloopt. En het zijn echt niet louter lesbo's, homo's, biseksuelen, transgenders of interseksen (LHBTI's) die hier voor warm lopen. Misschien is tegenwoordig de helft van de aanwezigen wel 'gewoon' hetero. We kunnen gelukkig concluderen, dat het goed zit met de nationale acceptatie van LHBTI's in Nederland...

## Diversiteit

Toch moet een kanttekening bij deze lofzang op vrijheid en acceptatie worden geplaatst, want ook binnen onze begripvolle maatschappij zijn er groepen mensen die zich uitspreken tegen gelijke rechten voor of gelijke behandeling van LHBTI's. In een vrij land mag ook die

mening geuit worden. Gelukkig wordt deze mening niet door onze beroepsgroep uitgedragen. Dat zou ook vreemd zijn, omdat wij bij de eed van Hippocrates beloofd hebben dat wij ons "open [...] zullen opstellen, en verantwoordelijkheid voor de samenleving zullen dragen". Ondanks onze voorbeeldfunctie moeten we echter niet vergeten, dat wij artsen net mensen zijn, met voorkeuren en vooroordelen. Zijn wij artsen wel meer *openminded* dan de rest van de bevolking?

Naast onze taak als zorgverlener, moeten wij samenwerken met collega's en een werkbare sfeer in de vakgroep onderhouden. Een goed functionerende vakgroep valt of staat met een uitgebalanceerde teamsamenstelling. Iedereen moet professioneel met elkaar door één deur kunnen. Is het dan wel van meerwaarde om diversiteit na te streven? Diversiteit kan immers leiden tot verschil van mening, onbegrip, of misschien zelfs tweedracht. Aan de andere kant kan variatie leiden tot creativiteit, wat kan bijdragen aan werkplezier en aan het vinden van oplossingen.

## Homogeniteit

Zelf heb ik als openlijk homoseksuele man

de volgende ervaring tijdens mijn sollicitatie naar een opleidingsplek in een groot perifeer ziekenhuis in de Randstad. Op basis van mijn motivatiebrief en cv werd ik uitgenodigd voor een gesprek met de opleider. Ik probeerde mij goed te presenteren en was gekleed in een net blauw pak, wit overhemd met lichtroze das en geboende schoenen. Bij het gesprek was ook een vrouwelijke aios aanwezig. Zij was blond en ging gekleed in modieuze blouse en pastelkleurige *skinny* broek met daaronder *flatjes*. Het was een prettig gesprek dat verliep in een rustige, zakelijke sfeer. Na afloop werd ik uitgenodigd om andere aios te ontmoeten en de afdeling en polikliniek te zien. De arts-assistente van het gesprek begeleidde mij naar een collega-aios: een jonge blonde vrouw met keurige blouse, pastelkleurige *skinny* broek en daaronder *flatjes*. Zij leidde mij vriendelijk in het ziekenhuis rond. Naderhand werd ik voorgesteld aan de andere leden van de aios-groep: allen net geklede jonge dames, met blouse, pastelbroeken en *flatjes*...

Ik reed naar huis. Het gevoel van spanning of ik deze baan wilde en zou krijgen, ontbrak volledig. De eerst zo felbegeerde baan als aios longeneeskunde in één







© Beeld Keith Negley

van de meest vooraanstaande opleidingspraktijken leek zo begeerlijk niet meer. Zag ik mij later werken in zo'n uniforme vakgroep? Ondanks de prettige gesprekken, voelde ik mij een vreemde eend in de bijt. Een week later kreeg ik een brief van de opleider. "[...] met spijt moet ik mededelen, dat de keuze als aios niet op u is gevallen. De reden hiervoor is dat wij streven naar een evenwichtige, homogene assistentenpopulatie, waarvan ik denk dat u daarin niet geheel past [...]." De derde afwijzing in mijn carrière voor een aios-plek, maar dit keer ervoer ik het als een bevrijding!

Ik ben mij bewust van mijn onconventionele voorkomen. Ik heb een opvallende stem en presenteer mijzelf met weidse gesticulaties. Maar binnen deze uiterlijke presentatie schuilen innerlijke kwaliteiten die wel degelijk van meerwaarde kunnen zijn als hulpverlener en een aanvulling kunnen vormen op de bestaande kwaliteiten binnen de vakgroep. Kwaliteiten die niet tijdens het gesprek naar voren zijn gekomen. In het eerste contact met patiënten merk ik soms ook een verraste reactie. Maar vaak uiten zij later hun waardering voor de persoonlijke ruimte, aandacht en zorg die zij in het contact met mij ervaren.

### Roze in blauw

Natuurlijk hebben niet alleen LHBTI-artsen met deze situaties te maken; ook in andere beroepsgroepen, zoals de politie, kan dit spelen. Er zijn best veel parallellen tussen de politie en de artsenwereld.

WIJ STREVEN NAAR  
EEN EVENWICHTIGE,  
HOMOGENE  
ASSISTENTENPOPULATIE,  
WAARVAN IK DENK  
DAT U DAARIN  
NIET GEHEEL PAST

Er is sprake van hiërarchie, afhankelijkheid in de opleidingssituatie en het is nog steeds best een machowereld. Ellie Lust is werkzaam bij de Amsterdamse politie bij bureau communicatie. Als voorzitter van 'Roze in Blauw' werkt zij al meer dan twintig jaar aan meer zichtbaarheid van de LHBTI-medewerkers binnen de politie. Dit heeft geleid tot meer gelijkwaardigheid

en veiligheid voor deze groep medewerkers. Ook naar buiten toe heeft het een belangrijke functie: wanneer je als organisatie uitdraagt dat je het belangrijk vindt dat er oog en respect is voor diversiteit, zal dat ook zijn weerslag hebben op de maatschappij. Het is zo'n succesvol concept, dat er inmiddels ook bij het leger, in de zakenwereld en bij de ambulance-dienst roze afdelingen zijn.

### Roze in wit

Afgelopen mei was er voor het eerst een landelijke bijeenkomst van roze longartsen. Rond Amsterdam waren er in kleiner verband al vaker activiteiten voor en door homoseksuele en lesbische longartsen geweest, georganiseerd door een groep collega's die zich de HoLa's (homoseksuele longartsen) noemt. Tijdens deze laatste bijeenkomst werd besproken om ook binnen onze artsenwereld een landelijke roze vereniging te ontwikkelen: 'Roze in wit'. Net als bij de politie zal één van de speerpunten meer gelijkwaardigheid van roze medewerkers zijn. Het uitdragen van diversiteit binnen de medische wereld zal hopelijk bijdragen aan een veiliger en leuker werkklimaat. Want, *last, but not least*: van Dirksland tot Heerenveen, met een LHBTI in je vakgroep is elke dag een beetje LHBTI+hetero *Pride*!





# Hoe doen we hetzelfde werk met minder aios?



**Auteurs**

*Wouter Blox, aios longgeneeskunde, bestuurslid De Jonge Specialist*

*Thomas Schok, aios chirurgie, vice-voorzitter De Jonge Specialist*

*Ramon van den Berg, projectmanager RIO, Federatie Medisch Specialisten*

In het Opleidingsakkoord van oktober 2013 zijn twee belangrijke maatregelen beschreven: individualisering van de opleiding en het terugschroeven van de instroom van aios. Eén van de gevolgen hiervan is dat er minder aios-uren overblijven voor het werk in de kliniek. Desondanks moeten de kwaliteit van de zorg en de opleiding uiteraard gewaarborgd blijven.

Dit zal een uitdaging zijn en daarom is het belangrijk dat ziekenhuizen nadenken over de optimale formatie op de werkvloer. Vanuit de Federatie Medisch Specialisten (FMS) is ter ondersteuning het TOKIO Optimum Traject en Model ontwikkeld. TOKIO staat voor Taakgericht Omdenken voor Kostenverantwoorde Individualisering Opleidingsduur. Wat het traject precies inhoudt, vroegen we aan twee aios die hier sinds kort als projectbegeleider bij betrokken zijn. Steven Giesbers is aios gynaecologie in het Radboud universitair medisch centrum en Robert Hoekstra is aios urologie in het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

### Hoe zijn jullie erop gekomen om met dit project aan de slag te gaan?

**Steven:** Vanaf het begin van mijn opleiding ben ik bezig geweest met doelmatigheid van zorg. Ik raakte bij TOKIO betrokken nadat mijn opleider een masterclass van de Federatie over dit onderwerp had bezocht. Het plan is om voor de vakgroep gynaecologie het TOKIO Traject te doorlopen. Mijn opleider dacht meteen aan mij, gezien mijn interesses.

**Robert:** Binnen ons ziekenhuis hebben we een zogenaamd Parel-traject. Dat is een traject dat erop gericht is om naast je opleiding meer inzicht te krijgen in vakoverstijgende zaken als bestuur en organisatie, financiering van de zorg en kwaliteit en patiëntveiligheid. Zo kwam ik met TOKIO in aanraking. Anders dan Steven kijk ik ziekenhuisbreed naar het optimaliseren van de formatie, dus ik kom met alle vakgroepen in aanraking. Ik doe dit overigens niet alleen, ik werk samen met de directeur van de coöperatie van medisch specialisten binnen het Jeroen Bosch Ziekenhuis.

### Wat is het doel dat je voor ogen hebt met het TOKIO traject?

**Steven:** We merken de laatste tijd steeds duidelijker dat er minder aios instromen in de kliniek. Binnen de gynaecologie, waar de dienstbelasting relatief hoog is, merken we als aios dat we steeds vaker diensten draaien. Dat valt eigenlijk niet te rijmen met een goede opleiding. Een oplossing voor dit probleem is

taakherschikking. Zijn er taken die nu door aios worden gedaan, maar die ook door iemand anders kunnen worden gedaan?

**Robert:** Ook bij ons groeit het besef dat er steeds minder aios op de werkvloer lopen. Omdat dit bij meerdere vakgroepen speelt, is in onze kliniek besloten om het probleem ziekenhuisbreed te benaderen. Zelfs vakgroepen die geen aios hebben, betrekken we, want ook voor hen is het zinvol om te zien of processen geoptimaliseerd kunnen worden.

### Hoe verloopt zo'n traject precies?

**Robert:** Momenteel zijn we nog in de verkennende fase. We kijken dus hoe de dagen en de diensten ingedeeld zijn, met speciale aandacht voor de taken van de arts-assistenten. We willen per vakgroep weten welke eisen ze stellen aan de kwaliteit van

WIJ ZIJN OP DE  
WERKVLOER DEGENEN  
DIE HUN STEM MOETEN  
LATEN HOREN OVER WAT  
WIJ ACCEPTABEL VINDEN  
ALS HET GAAT OM DE  
KWALITEIT VAN DE ZORG  
EN DE OPLEIDING.

zorg en welke knelpunten ze zien als het aantal aios terugloopt. Daarna komt de vraag: wie kan die taken overnemen? Is dat een *physician assistant*, een anios, een ziekenhuisarts of een medisch specialist? Een *physician assistant* kan bijvoorbeeld geen arts vervangen in het reanimatieteam, maar kan wel taken op zaal overnemen. Als we die vragen beantwoord hebben, kunnen we het TOKIO-rekenmodel gebruiken om allerlei verschillende scenario's met elkaar te vergelijken.

**Steven:** Het is belangrijk dat we per scenario beoordelen en



## TOKIO OPTIMUM MODEL EN TRAJECT

Met het sluiten van het opleidingsakkoord in 2013, was direct duidelijk dat er vanaf 2018 aios-uren en geld voor aios gaan verdwijnen. Van allebei zo'n 25% van het totaal van 2013 zelfs. Project RIO (Realisatie Individualisering Opleidingsduur) van de Federatie ondersteunt het veld bij het ontwikkelen van onderwijskundige en bedrijfskundige oplossingen voor het individualiseren en verkorten van de opleiding tot medisch specialist.

Het TOKIO Optimum Model is een online rekenmodel dat vakgroepen en instellingen helpt om keuzes te maken in het samenstellen van de formatie. Uitgangspunt hierbij zijn de kwaliteitseisen die zij aan de zorg stellen. Het model berekent de kosten van de verschillende formatiesamenstellingen, bestaand uit combinaties van medisch specialisten, aios, anios, verpleegkundig specialisten, *physi-*

*cian assistants*, ziekenhuisartsen of SEH-artsen, met wie die kwaliteit van zorg kan worden neergezet.

Meer informatie over het TOKIO Optimum Model en Traject is te vinden op <https://www.medischevervolgopleidingen.nl/tokio-traject-en-model>.

Namens De Jonge Specialist is Thomas Schok (vicevoorzitter) afgevaardigde binnen de stuur- en projectgroep van RIO. De aandacht die met het TOKIO optimum model wordt gevestigd op de bedrijfsvoering en de rol die de aios hierin speelt, is volgens hem essentieel: "Het daadwerkelijk goed kunnen implementeren van de individualisering van de opleiding is alleen mogelijk met een geregelde bedrijfsvoering waarin de aios de mogelijkheid heeft competentiegerichte keuzes te maken. Het is goed om te zien dat steeds meer ziekenhuizen hiermee aan de slag gaan."

vergelijken wat de kwaliteit is van zowel de zorg als de opleiding, maar ook wat de kosten zijn. We scoren ook de huidige situatie, ter vergelijking. Sommige scenario's vallen al direct af omdat ze onvoldoende kwaliteit bieden of simpelweg te duur zijn. Zo houden we uiteindelijk een aantal scenario's over. Het ligt uiteindelijk bij de opleiders en de managers welke van die scenario's gerealiseerd wordt.

### Hoeveel tijd kost het traject?

**Steven:** Ik ben nu ongeveer twee maanden bezig. De bedoeling is dat het traject na een half jaar is afgerond. Ik ben er per week vier uur mee bezig. Ik heb er een halve dag per week voor gekregen, dus ik kan het combineren met mijn opleiding.

**Robert:** Ook wij willen in een half jaar klaar zijn. De huidige fase van inventariseren kost veel tijd: nu zo'n zes tot acht uur per week. Ook ik krijg tijd beschikbaar vanuit de opleiding, ik ben een dag in de week vrijgesteld van klinische taken om hiermee bezig te zijn.

### Wat voor reacties krijg je van de mensen die je interviewt?

**Robert:** Dat is heel wisselend. Sommige mensen kijken met name naar wat het allemaal gaat kosten, anderen willen vooral de kwaliteit van de opleiding overeind houden. Je komt ook onbegrip tegen. Het is soms nog onvoldoende duidelijk wat de consequenties zijn van het teruglopen van het aantal aios. Gelukkig merk je in de meeste gevallen wel dat men de urgentie inziet van het probleem en mee wil denken over een oplossing.

**Steven:** Ik merk dat gevoel van urgentie minder. We hebben nog vrij lang een ruime bezetting gehad. Nu de groep assistenten kleiner wordt, is niet voor iedereen duidelijk dat daardoor niet alle taken op dezelfde manier kunnen worden gedaan als een jaar geleden. Als je het dan voorreken, gaan ze het vaak wel inzien. Toch merk je dat men vaak nog argumenten aandraagt waarom hun (sub)specialisme juist extra aios nodig heeft.

**Robert:** Dat merk ik ook. Wat overigens ook een bijeffect is, is dat er kritischer gekeken wordt naar de taken die worden uitge-

voerd. Als er nieuwe mensen voor moeten worden aangenomen, is het zinvol om opnieuw te evalueren welke taken wel en welke niet essentieel zijn om uit te voeren. En zo vertaalt het zich weer naar doelmatigheid van zorg.

### Zou je andere aios aanraden om trajectbegeleider te worden?

**Robert:** Recent hadden we een bijeenkomst van mensen die een TOKIO traject begeleiden. Dat blijken hoofdzakelijk bedrijfsvoerders en geen medici. Dat is niet verkeerd, maar het is wel belangrijk dat medici bij zo'n traject betrokken zijn.

**Steven:** Het moet je wel liggen. Het is heel goed om eens op deze manier mee te denken over de organisatie van zorg en opleiding, maar ik vraag me soms wel af of ik als aios de geschikteste persoon ben om dit te begeleiden. Het gaat soms erg diep in op de bedrijfsvoering. Het belangrijkste is dat aios gaan inzien wat de urgentie is van dit probleem. Wij zijn op de werkvloer degenen die nu hun stem moeten laten horen over wat wij acceptabel vinden als het gaat om de kwaliteit van de zorg en de kwaliteit van de opleiding.



Robert Hoekstra



Steven Giesbers





# Spiritualiteit in het ziekenhuis

## In gesprek met de geestelijk verzorger

auteur **Rosa Nieuwenhuize**, aios interne geneeskunde

**Spiritualiteit is voor veel aios waarschijnlijk een abstract begrip. Het past niet goed bij de wetenschap en evidence based medicine. Toch hebben we er, al dan niet bewust, iedere dag mee te maken, net als onze patiënten. De Jonge Specialist vroeg Harm Prins, geestelijk verzorger in het Erasmus MC, uit te leggen wat de rol van spiritualiteit en geestelijke verzorging kan zijn in ons werk.**

“Spiritualiteit is dat wat ongrijpbaar is, maar desondanks toch invloed heeft op ons bestaan. Spiritualiteit overstijgt alle materiële zaken. Vraag je eens af wat er overblijft als alles om je heen wegvalt: dát is spiritualiteit. Veel mensen beantwoorden deze vraag overigens met het antwoord: liefde. Misschien is de term geestelijke verzorging wel geen goede naam voor het werk dat wij doen; in het Engels noemen ze het *spiritual care* en dat beschrijft de functie beter. Ons werk draait voor een groot deel om hermeneutiek, wat Grieks is voor uitleggen, vertalen. Je probeert de verhalen van mensen op zo’n manier te verstaan, dat je ook ziet wat er achter het verhaal zit. Je probeert de gedachten van mensen vorm te geven en deze op een andere manier terug te geven. Op deze manier kun je mensen verder helpen. Vraag jezelf bijvoorbeeld af wat het met een patiënt doet, als je een diagnose aan hem of haar mededeelt. Welke betekenis heeft dit voor deze patiënt? Vraag dat ook hardop. Door deze vraag ontstaat er betrokkenheid en ruimte om over de behandeling en prognose te spreken.

Eigenlijk werk je als geestelijk verzorger met vier verschillende dimensies: de existentiële dimensie (bestaansvragen), de morele dimensie (normen en waarden), de spirituele dimensie (wat iemand kracht geeft) en de esthetische dimensie

(vormgeven aan beelden, zoals met kunst of poëzie). Dit zijn zaken die in alle fasen van het leven of van een ziekteproces een rol spelen.

Patiënten hebben vooraf soms bepaalde ideeën over geestelijke verzorging. Zo stelde ik mij op een dag aan een patiënt voor als geestelijk verzorger. Die keek mij verschrikt aan en vroeg: “Maar ik ga toch nog niet dood?”

Een andere misvatting is dat je religieus moet zijn om baat te hebben bij geestelijke verzorging. Dit leidt er helaas toe dat artsen ons vaak pas in consult vragen op het moment dat er een bijbel of een hoofddoek signaleerd wordt.

Artsen zouden ook nog wel meer ruimte kunnen geven aan hun eigen spiritualiteit. Aan sommige artsen zie ik dat zij het moeilijk vinden om om te gaan met een onverwacht sterven, terwijl anderen dit meer in hun eigen spiritualiteit en levensverhaal kunnen inpassen. De waaromvragen die patiënten stellen, kom je natuurlijk ook tegen als arts. Het is goed om daar bij stil te staan.

Je kunt je voorstellen dat het voor een patiënt die op zaal ligt lastig kan zijn om te bidden. In ons ziekenhuis (en in de meeste andere ziekenhuizen in Nederland, red.) hebben we een stillteruimte

met een neutrale zone, een kapel en een islamitische gebedsruimte. In het algemeen worden deze ruimtes goed bezocht; overigens niet alleen door patiënten en bezoekers. Ik ken een medewerker die er regelmatig komt mediteren.

Kerst doet heel veel met mensen. Veel mensen vieren kerst zonder dat zij een christelijke achtergrond hebben: het gaat om de boodschap van licht in de duisternis. Denk er maar eens over na: in de zomer is het zonnig en licht, en ineens wordt het koud en iedere dag donkerder. Hoe moeten we daar betekenis aan geven? Op het allerdonkerste moment vieren we daarom dat het weer licht wordt. Vanaf dat moment wordt het elke dag weer minder donker. Dit moment voelt als een nieuw begin, een nieuwe start.”

EEN MISVATTING IS  
DAT JE RELIGIEUS  
ZOU MOETEN ZIJN  
OM BAAT TE HEBBEN  
BIJ GEESTELIJKE  
VERZORGING.





# Wie zijn die klinisch fysici eigenlijk?

**Grote kans dat je recent nog een recept hebt uitgeschreven. Je ziet waarschijnlijk regelmatig uitslagen van labonderzoeken langskomen. Maar heb je weleens een klinisch fysicus geconsulteerd? In dit artikel zullen we een aantal karakteristieke werkzaamheden van de klinisch fysicus tonen, waardoor je ziet dat hij ook voor jou van waarde kan zijn.**

*auteur:* **Sjoerd Rijnsdorp, bestuurslid KLinisch Fysici in Opleiding (KLIFOP)**

De bijna 400 klinisch fysici in Nederland zijn verenigd in de Nederlandse Vereniging voor Klinische Fysica (NVKF), lid van de Federatie Medisch Specialisten (FMS). De belangen van de specialisten in opleiding worden behartigd door de KLinisch Fysici in Opleiding (KLIFOP). Veel klinisch fysici in opleiding zijn daarnaast lid van De Jonge Specialist (DJS).

De klinisch fysicus is nauw betrokken bij de implementatie van nieuwe behandelmethodes waarbij medische technologie een grote rol speelt. Als expert op het gebied van medische technologie geeft hij advies over beschikbare technologieën en apparatuur. Door samenwerking tussen de klinisch fysicus en andere betrokken medisch specialisten kan een optimale behandeling ontwikkeld worden. Radiotherapie op de OK (zie kader) is daar een voorbeeld van.

## Stralingsdeskundige

De rol van coördinerend stralingsdeskundige wordt vaak door een klinisch fysicus ingevuld. De stralingsdeskundige is verantwoordelijk voor het veilig gebruik van ioniserende straling, zoals die bijvoorbeeld wordt gebruikt bij een CT-scan.

Niet alleen de patiënt, maar ook de omgeving, zoals de muren van de CT-ruimte laten straling in een bepaalde mate door. Daardoor zouden ook medewerkers in aanliggende ruimtes aan straling kunnen worden blootgesteld. Het is de taak van de

coördinerend stralingsdeskundige om voorafgaand aan de ingebruikname van een systeem te verifiëren dat de blootstelling aan ioniserende straling zo laag als redelijkerwijs mogelijk is. Indien nodig worden maatregelen genomen om de blootstelling van personeel, bezoekers en patiënten verder te beperken.

Het gaat hier natuurlijk niet alleen om de radiologie, radiotherapie en nucleaire geneeskunde afdelingen: ook op de hartkatheterisatiekamer, de pijnpoli, de IC, de pathologie en de OK wordt met ioniserende straling gewerkt.

## Ziekenhuisbreed

De klinisch fysicus houdt zich zeker niet alleen met straling bezig. Hij is als inhoudsdeskundige ziekenhuisbreed verantwoordelijk voor het veilig en adequaat inzetten van medische techniek. Denk aan de apparaten op de endoscopieafdeling, de bewakingsapparatuur op de operatiekamer, de chirurgische elektrocauterisatie of een eenvoudige infuuspomp.

Als expert op het gebied van medische technologie is de klinisch fysicus betrokken bij het uitvoeren van risicoanalyses voor medische apparatuur, implementatie van het Convenant Medische Technologie (bijvoorbeeld in de rol van Coördinator Medische Technologie) en is hij vaak lid van de investeringscommissie van het ziekenhuis.



## Behandelrelatie met patiënt

Naast bovenstaande rollen, die voor de patiënt minder goed zichtbaar zijn, hebben sommige klinisch fysici de rol van hoofdbehandelaar. Op de afdeling audiologie (of KNO) heeft de klinisch fysicus zijn eigen spreekuur en is hij samen met het multidisciplinaire team verantwoordelijk voor diagnostiek en begeleiding van de patiënt. Door de uitgebreide kennis die de klinisch fysicus heeft over de werking van het menselijk gehoor, zijn expertise op het gebied van medische technologie en zijn betrokkenheid bij wetenschappelijke ontwikkelingen kan de patiënt effectief gediagnosticeerd, gerevalideerd en begeleid worden. Het doel is dat de patiënt zo optimaal mogelijk kan deelnemen aan de maatschappij, ondanks de gehoorbeperkingen.

## Opleiding

De opleiding tot klinisch fysicus is een van de weinige medische vervolgoopleidingen waarvoor een afgeronde universitaire opleiding natuurkunde (of daaraan equivalent) een vereiste is.

Er zijn echter veel overeenkomsten tussen de klinisch fysicus in opleiding en andere aios. Ook in de opleiding tot klinisch fysicus is de individualisering van de opleiding belangrijk en wordt gebruik gemaakt van een persoonlijk opleidingsplan. Net zoals bij andere medische vervolgoopleidingen staat de ontwikkeling van competenties centraal. En ook klinisch fysici hebben regelmatig discussies met hun opleiders over wat van hen gevraagd wordt: draagt dit bij aan de opleiding, of is het gewoon een 'klusje dat gedaan moet worden'?

In een duur van vier jaar worden we in academische en niet-academische ziekenhuizen klaargestoomd voor de praktijk. In die periode specialiseren we ons in één van de vier richtingen: algemene klinische fysica, audiologie, radiologie & nucleaire geneeskunde of radiotherapie.

Onze specialiteit is de kennis van medisch-fysische technieken en processen, en die kennis delen we graag. Dus, heb je al een klinisch fysicus geconsulteerd?

### INNOVATIE

*Twee groepen darmkankerpatiënten bij wie de genezingskans op nagenoeg nul werd gesteld, hebben enorm veel baat bij het toepassen van Intra Operatieve Radio Therapie (IORT). Door deze methode – waarbij meteen op de operatiekamer inwendig bestraald wordt als de tumor is verwijderd – is de overlevingskans in twintig jaar gestegen naar 50 en respectievelijk 70 procent. [De Telegraaf, mei 2014].*

*Het zal misschien vreemd klinken: radiotherapie op de OK. Dit is bij uitstek een voorbeeld van een innovatieve behandelmethodede waarbij medische technologie van doorslaggevend belang is. De techniek wordt gebruikt bij sommige moeilijk te behandelen tumoren, bijvoorbeeld rectumcarcinomen. Door Intra Operatieve Radiotherapie toe te passen, kan in korte tijd een hoge stralingsdosis op de juiste plek worden afgegeven. Een groot voordeel ten opzichte van uitwendige bestraling is dat gezond weefsel veel beter gespaard kan worden. Op die manier kan een hoge lokale controle behaald worden, terwijl de bijwerkingen tot een minimum beperkt blijven.*

*De klinisch fysicus heeft een belangrijke rol gespeeld bij de introductie van de methode. Bij deze behandeling draagt de klinisch fysicus daarnaast de eindverantwoordelijkheid voor de juiste werking van de apparatuur.*





# Health hackathons

**De zorg hacken. Dat klinkt tegenstrijdig, maar er worden in toenemende mate health hackathons georganiseerd, ook in Nederland. Maar wat zijn health hackathons eigenlijk? En wat leveren ze op?**

Auteur: **Susanne Korsse, aios maag-darm-leverziekten**

## Inbreken

Hacken wordt niet direct geassocieerd met iets positiefs. Door de Van Dale wordt het nog steeds gedefinieerd als 'inbreken in een computer'. Maar dat stadium lijkt hacken voorbij te zijn. Tegenwoordig worden hack-technieken ook gebruikt om maatschappelijk iets positiefs te betekenen. Door ethische hackers bijvoorbeeld; dit zijn computerspecialisten die veiligheidslekken in systemen en netwerken opsporen om ze vervolgens te kunnen verhelpen. Maar ook tijdens zogenoemde *hackathons*. Dat zijn kortdurende, workshopachtige evenementen waarbij deelnemers met verschillende achtergronden in kleine groepjes bruikbare software creëren voor alledaagse problemen, gericht op één thema. Het resultaat is meestal een prototype van een app, product of dienst.

## Dutch Health Hackathon

*Hackathons* zijn begin deze eeuw ontstaan in Silicon Valley in Amerika, het hart van de techindustrie. Sinds 2010 worden er in toenemende mate *health hackathons* georganiseerd. Hierbij zoeken ict'ers, designers, patiënten en zorgverleners gezamenlijk naar oplossingen voor een zorgprobleem. In 2015 werd door GGZ Friesland de eerste *Dutch Health Hackathon* georganiseerd en de succesvolle

eerste editie kreeg in september van dit jaar een vervolg. Louwra Weisfelt werkt als manager Marketing, Communicatie en Innovatie bij GGZ Friesland en was nauw betrokken bij de organisatie. Ze heeft zelf een zorgachtergrond als therapeut in de ggz. Ze legt uit hoe zo'n *hackathon* werkt. "Dit jaar was het thema *healthy ageing*. Alle grote ouderinstellingen uit de provincie Friesland die aangesloten zijn bij het *Healthy Ageing Friesland* netwerk waren betrokken. Vanuit iedere organisatie werd een vraagstuk ingebracht waar in groepjes van ongeveer vier personen aan werd gewerkt." In totaal waren er zo'n 150 deelnemers, van wie het merendeel een ict-achtergrond had. Maar ook behandelaren en ouderen deden mee. "Het gaat dan ook om een co-creatie", licht Weisfelt toe. "Hackers zijn goed in conceptueel denken en het toepassen van innovaties. Maar ze hebben niet altijd veel raakvlak met de zorg." Het evenement duurde 32 uur en de deelnemers gingen dag en nacht door. "Een snelkookpanformule", noemt Weisfelt het. Het winnende concept was een app in combinatie met een *activity tracker* voor mensen met beginnende dementie en hun naasten. Weisfelt beaamt dat de uitkomsten van een *hackathon* prototypes zijn. "Na zo'n weekend is er niet een kant-en-klare app beschikbaar. Maar veelbelovende prototypes worden

doorontwikkeld en geïmplementeerd." Zo heeft de *hackathon* in 2015 een *serious game* opgeleverd die ervoor zorgt dat jongeren met psychische problemen die in een woonvorm wonen, hun doelen behalen.

## Netwerkfunctie

Marlies Schijven is chirurg en hoogleraar simulatie, *serious gaming* en *applied mobile healthcare* aan de UvA/AMC. Zij werkt zelf samen met ict'ers en designers om innovaties toe te passen in de zorg en heeft ook ervaring met *health hackathons*. Maar ze kent eigenlijk geen voorbeelden van uitkomsten van *hackathons* die goed ingebed zijn in de zorg. Ze kan wel verklaren waarom. "Een *hackathon* levert geen uitgekristalliseerde projecten op met een goed businessmodel." Volgens haar zit de waarde ervan meer in de netwerkfunctie. "Het is een mooie manier om elkaar te inspireren. En dan ontstaat er af en toe een goed idee. Maar de vervolgstap, van idee naar uitgewerkt businessmodel, dat lukt niet goed via deze weg. Belangrijk is dus dat een *hackathon* geen doodlopende weg is, maar onderdeel van een route."



**DUTCH HEALTH  
HACKATHON**







Onno Faber (36) organiseerde dit jaar zijn eigen health hackathon.

Ondernemer Onno Faber begon verschillende start-ups op het gebied van software en nieuwe media en woont sinds 2013 in San Francisco. In 2014 kreeg hij gehoorklachten. In een paar maanden tijd nam het gehoor van zijn linker oor steeds verder af. Een MRI-scan toonde uiteindelijk een tumor op zijn gehoorzenuw en hij werd gediagnosticeerd met neurofibromatose type 2 (NF2). NF2 is een zeldzame genetische aandoening, veroorzaakt door een mutatie op chromosoom 22. Hierdoor ontstaan er goedaardige tumoren in het centrale zenuwstelsel. Er is momenteel nog geen medicamenteuze behandeling beschikbaar voor de ziekte. De enige behandeling als de tumoren te groot worden, bestaat uit het chirurgisch verwijderen inclusief de zenuw waar ze op groeien. Dat heeft invaliderende gevolgen.

Na initiële verslagenheid door deze diagnose kwam de ondernemende aard van Faber naar boven. Hij ging op zoek naar oplossingen voor zijn ziekte. En daarvoor bleek hij in Silicon Valley, omringd door ondernemers en techneuten, op de goede plek. Faber begon de start-up NF2 Project en organiseerde afgelopen zomer een hackathon. Hij bracht mensen van verschillende disciplines bij elkaar om met zijn eigen DNA de genetische code van zijn ziekte te

kraken en een behandeling te vinden. Een compleet nieuwe aanpak van genetisch onderzoek. De animo voor de hackathon was groot. Er waren 150 mensen lijfelijk aanwezig en nog eens 150 mensen deden online mee. Het publiek bestond uit zowel studenten als professionals in de biologie, IT en farmacie. Meer dan twintig teams zochten een weekend lang naar aanknopingspunten voor een behandeling voor NF2. En met succes. Eén team identificeerde een chemische stof die zou werken op een eiwit dat gerelateerd is aan NF2. Een ander team concludeerde dat bepaalde oncogenen ook actief zijn in NF2-tumoren. Allemaal mogelijke targets for therapy.

Een daadwerkelijk medicijn is nog niet gevonden. Maar Faber gaat door en steekt ondertussen al zijn tijd in NF2 Project. Er wordt een tweede hackathon georganiseerd. Hij hoopt niet alleen op een goede uitkomst voor zichzelf, maar ook dat andere genetische ziektes met deze nieuwe manier van onderzoek opgehelderd kunnen worden.



Meer informatie over NF2 Project vind je op [www.nf2project.com](http://www.nf2project.com).



# IMMIGREREN IN HET ARTSENVAK

Normaal gesproken spreken we in deze rubriek Nederlandse artsen die naar het buitenland gaan voor een deel van hun opleiding, of jonge artsen die als medisch specialist hun geluk buiten onze landsgrenzen beproeven. Deze keer vertellen drie artsen waarom zij hun geboorteland achterlieten om in Nederland als arts te werken.

## Op zoek naar een veilig bestaan



Ik ben Mustafa Mahli, een Syrische arts uit Aleppo. Ik heb mijn studie geneeskunde aan de Universiteit van Aleppo gevolgd en in 2007 ben ik afgestudeerd als basisarts. Na twee jaar algemene chirurgie vooropleiding startte ik mijn specialisatie plastische chirurgie in het universitaire ziekenhuis van Aleppo. Daar volgde ik een vier jaar durende opleiding in reconstructieve en cosmetische chirurgie. Tijdens deze opleiding werkte ik ook op de brandwondenunit. Tijdens mijn opleiding leerde ik mijn vrouw Dania kennen, met wie ik mijn ambities kan delen: zij is ook plastisch chirurg. Samen hebben we twee zoontjes.

Ik vluchtte in 2014 naar Nederland voor het Syrische regime, mijn gezin kwam enige tijd later. In 2015 volgde ik een intensieve cursus Nederlands en behaalde in 2016 het staatsexamen NT2. Daarnaast begon ik al snel met vrijwilligerswerk voor stichting Pharos en de GGD regio Utrecht ('Syriërs-gezond').

Nu zijn Dania en ik hard op weg om onze BIG-registratie in Nederland te krijgen, met financiële steun van het Universitair Asiel Fonds (UAF). Momenteel bereiden we ons voor op het laatste onderdeel van de Algemeen-Klinische-Vaardigheden-toets en de beroepsinhoudelijke toets. Vervolgens moeten we op basis van het advies van de BIG-commissie een deel van de co-schappen doen, minimaal drie maanden, waarna het traject plastische chirurgie kan beginnen.

Er zijn veel obstakels in de procedure voor erkenning voor buitenlandse specialisten. Er was vertraging voor ik met de taal cursus kon beginnen; het UAF dekt alleen de erkenning van basisarts en het duurt lang om de procedure af te ronden. Dit is zonde van de tijd en ervaring van medisch specialisten. Het zou beter zijn als er eerder

stagemogelijkheden zijn. Wij zouden heel dankbaar zijn als wij een dag mee zouden kunnen lopen met een Nederlandse plastisch chirurg. Om onze motivatie te behouden, om de Nederlandse praktijk te zien en om contacten op te doen.

De verschillen tussen het Nederlandse en Syrische gezondheidszorgsysteem? Die zijn vooral logistiek van aard. Er is een onderscheid tussen staats- en privéziekenhuizen. Er is geen zorgverzekering, maar de zorg in de staatsziekenhuizen is bijna gratis. In Syrië heb je verder geen verwijzing nodig om naar een medisch specialist te gaan.

Tijdens mijn opleiding vond ik de reconstructieve en brandwonden chirurgie het interessantst en meest uitdagend. Mijn droom is een werkplek waar ik patiënten weer deze hulp kan verlenen. Dat mag overal zijn waar het veilig is. We weten niet of het gaat lukken om onze droom waar te maken, maar om een Nederlandse uitdrukking te gebruiken: zolang er hoop is, is er leven.

INFORMATIE KRIJGEN  
OVER WERKEN ALS  
ARTS IN NEDERLAND  
BLEEK ONMOGELIJK,  
ZOLANG IK NOG GEEN  
VERBLIJFSVERGUNNING HAD.

## De liefde achterna

Mijn naam is Jelena Bijelic. Ik ben voor de liefde naar Nederland gekomen. Mijn man ontmoette ik in de laatste zomer dat Joegoslavië nog één was. Hij is tijdens de oorlog naar Nederland gevlucht. We zijn in 2002 getrouwd en in 2003 ben ik op Koninginnedag naar Nederland geëmigreerd. Ik was basisarts in Servië. Voordat ik naar Nederland kwam, werkte ik onbetaald als arts op een chirurgieafdeling. Het is in Servië heel gebruikelijk om ergens een paar jaar onbetaald stage te lopen om aan een betaalde werkplek te komen. Toen ik in Nederland aankwam, moest ik ten aanzien van werk alles nog uitzoeken. Informatie krijgen over werken als arts in Nederland bleek onmogelijk, zolang ik nog geen verblijfsvergunning had.

Met mijn verblijfsvergunning op zak was de eerste stap een brief te sturen naar het ministerie van justitie, om erkenning van mijn diploma aan te vragen. Zij verwezen mij naar stichting Sibio, een instantie die medici van buiten de Europese Unie begeleidt die in Nederland aan het werk willen. Wat een verademing! Voor de erkenning van mijn diploma moest ik een theorie- en prak-

tijkexamen met goed gevolg afleggen. Ik had mijn Nederlands taalexamen op NT2-niveau op dat moment al gehaald. Via Sibio kon ik oefenen met voorbeeldexamens, kregen we les in praktische vaardigheden van een Nederlandse huisarts en ze brachten mij in contact met buitenlandse artsen die dit traject al hadden doorlopen. Daarna moest ik nog een half jaar onbetaald onder supervisie van een medisch specialist werken om mijn BIG-registratie te kunnen krijgen.

Uiteindelijk had ik ruim 3,5 jaar nadat ik in Nederland was gekomen officieel toestemming om hier als arts te werken. Ik ging op zoek naar een anios-plek, maar dit ging moeizaam. Veel mensen in mijn omgeving zeiden dat ik een baan in het ziekenhuis moest vergeten, omdat ik vanwege mijn leeftijd toch nooit meer aan een opleidingsplek zou komen. Maar het was tijdens mijn studie al mijn droom om cardioloog te worden, dit wilde ik niet zomaar opgeven. Na een half jaar tevergeefs solliciteren besloot de directeur van Sibio mijn sollicitatiebrief door te sturen naar een bevriend medisch specialist. Ik kon mijn ogen niet geloven toen ik de uitnodigingsbrief voor een gesprek

binnenkreeg: hij bleek cardioloog te zijn! Na anderhalf jaar als anios te hebben gewerkt ben ik aangenomen voor de opleiding cardiologie. Inmiddels ben ik al weer drie jaar cardioloog.

Wat ik mis van de Servische gezondheidszorg? Patiënten in Servië zijn veel actiever betrokken bij hun zorg. Ze krijgen direct bij ontslag hun ontslagbrief mee en weten precies wat ze gebruiken en waarvoor. Ook laagopgeleiden. Verder is de acute zorg in handen van ervarener artsen. Uiteraard hebben arts-assistenten dienst, maar tot een bepaald ervaringsniveau is bereikt, altijd samen met een medisch specialist. Toch zou ik niet terug willen. Het hele zorgsysteem, inclusief de nazorg, is hier veel beter georganiseerd. Je kunt hierdoor uiteindelijk meer voor je patiënten betekenen. Ook bijzonder is dat iedereen hier in principe gelijke zorg krijgt; een zwerver kreeg bij ons op de cardiologieafdeling dezelfde zorg als een oud-minister. En ik heb ook het idee dat patiënten mij niet als buitenlander met een accent zien, maar gewoon als hun arts.



# Naar Nederland voor de wetenschap

Mijn naam is Solmaz Assa. Ik kom oorspronkelijk uit Iran. Ik ben eigenlijk naar Nederland gekomen om hier mijn promotie te doen. Mijn doel was om na de promotie voor de specialisatie naar Amerika te gaan. Voordat ik naar Nederland kwam, had ik een research positie in San Diego maar het lukte me destijds niet om een visum te krijgen voor Amerika.

Het leven loopt soms anders dan je verwacht. Ik ben hier mijn grote liefde tegengekomen, ben getrouwd en ben sinds kort moeder. Tijdens mijn promotie groeide mijn interesse voor de cardiologie en uiteindelijk heb ik besloten om hier in Nederland mijn specialisatie te gaan doen.

Het is echter niet gemakkelijk om je als buitenlandse arts in Nederland te registreren. Als een arts van buiten de Europese Unie moest ik een assessment doen met twee onderdelen: algemene kennis en vaardigheden en klinische kennis. Dat hield in dat ik zeven examens moest halen. Dit heb ik binnen twee jaar afgerond, tegelijkertijd met mijn promotie. Wat ik moeilijk vond was dat er geen duidelijke referenties bekend waren voor de examens voor het onderdeel klinische kennis. Gelukkig ben ik met hulp van een paar andere buitenlandse collega's van onze afdeling in contact gekomen met een groep buitenlandse artsen in Nederland die me erg geholpen heeft om mijn assessment met succes af te ronden.

Na het assessment kreeg ik een gesprek met het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport waarbij ik op basis van de resultaten van mijn assessment het advies heb gekregen om onder supervisie te starten met werken zodat ik na drie maanden mijn BIG-registratie kon halen. Ik heb er echter voor gekozen om eerst zes maanden coschappen te lopen bij de cardiologie. Ik wilde beter kennis maken met de gezondheidszorg in Nederland voordat ik aan de slag ging als arts met de bijbehorende verantwoordelijkheid. In augustus 2013 was ik afgestudeerd en was ik BIG-geregistreerd, waarna ik als anios ging werken op de afdeling cardiologie in het UMCG.

Wat me erg aanspreekt aan de gezondheidszorg in Nederland is het bestaan van de eerste en tweede lijn. Het is mooi dat zoveel zorg door de huisarts geboden kan worden. In mijn geboorteland werken de *general practitioners* niet goed samen met de specialisten en dat kan voor patiënten verwarrend zijn, omdat ze niet goed weten naar welke specialist ze moeten voor hun klachten. Wat ik wel een voordeel vind in mijn geboorteland, is dat patiënten de specialist kunnen kiezen die ze graag als hun behandelaar willen. Dit heeft echter ook nadelen en ik vraag me af of het in de Nederlandse gezondheidszorg van toepassing zou kunnen zijn.



BEN JE OF KEN JE EEN JONGE  
KLARE DIE (ANONIEM) WIL  
VERTELLEN OVER HAAR/ ZIJN  
EERSTE ERVARINGEN:  
MAIL ONS DAN:  
INFO@DEJONGESPECIALIST.NL

# Bekentnissen van een jonge klare

Britt is sinds een half jaar geregistreerd als internist-oncoloog in een universitair ziekenhuis en is ontzettend blij met de overgang naar specialist. Vol enthousiasme vertelt ze over haar eerste zes maanden.

"Ik was eraan toe om specialist te worden. Als fellow stelde ik vaak al mijn hele beleid op, maar er zat altijd nog een supervisor tussen die soms toch zijn of haar eigen ideeën wilde doorvoeren. Terwijl ik zelf degene was die deze patiënt had gezien. Het geeft me zo veel energie dat ik nu echt zelf mijn behandelplan kan opstel-

len. Beslissingen nemen wordt op een bepaalde manier makkelijker: er is geen ruimte voor twijfel.

Omdat ik ook fellow was in het centrum waar ik nu werk, ging de overgang heel vlotjes. Ik kende iedereen al en ik hoefde geen kennis te maken met het EPD. Toch was in het begin nog niet iedereen gewend aan mijn nieuwe functie. Zat ik daar bij het MDO, alles voorbereid, keurig netjes op tijd aanwezig: vraagt de chirurg na 15 minuten of hij de oncoloog niet eens moet bellen om te vragen waar hij blijft.

Het is best gek om ineens aan de supervisie kant te staan. Dat je denkt: "Kom je dit nou écht aan mij vragen?". Of dat je merkt dat de co-assistent misschien al wel een uur moed aan het verzamelen is voor die ene handtekening. Het kan ook gek zijn om ineens een studie- of leertijdsgenoot aan de telefoon te hebben die je dan moet superviseren. Ik voel me ook nog nauw verbonden met de aios – ik ben immers zelf net klaar en ik weet nog goed hoe het was om aios te zijn. Altijd maar jezelf van je beste kant laten zien en nooit nee mogen zeggen als je het niet eens bent met het beleid van je supervisor. Ik probeer dat wel anders te doen. Supervisie begint voor mij met het halen van koffie voor de aios. Daarbij probeer

ik de arts-assistenten niet op te zadelen met 'de rotklusjes' en als er eens iemand ziek is, kom ik zelf op zaal helpen! Maar daar denk ik misschien over drie jaar wel anders over...

Ik hou niet van hiërarchie. Voor mij maakt het niet uit of iemand professor, arts-assistent of co-assistent is. Als diegene maar een goed onderbouwd verhaal heeft; of dit nou op basis van ervaring of van een recent gepubliceerd artikel is. Ik denk dat ik soms op algemeen internistisch vlak ook nog kan leren van de arts-assistenten.

De werkdruk als specialist ligt hoger door de verantwoordelijkheden die toenemen en is anders doordat er ook management- en onderwijstaken van je gevraagd worden. De hele organisatie die er bij komt kijken heb ik wel onderschat. Je moet ineens naar stafvergaderingen, nadenken over de financiën van de vakgroep en je praat mee over strategieën: dit neemt behoorlijk veel tijd in beslag. Door de begeleiding die je ook aan aios en fellows geeft, maak je uiteindelijk meer uren. Maar dat is het allemaal waard, want je mag eindelijk je eigen 'toko' runnen!"

**Auteur: Rosa Nieuwenhuize, aios interne geneeskunde**

HET IS BEST GEK  
OM INEENS AAN  
DE SUPERVISIEKANT  
TE STAAN. DAT JE  
DENKT: "KOM JE DIT  
NOU ÉCHT AAN MIJ  
VRAGEN?"



# Medische tatoeage maakt patiënt meer mens

Auteur: **Daniël Dresden**

**Rinus Souisa tatoeëert al vanaf zijn dertiende. Hij heeft aan de wieg gestaan van het medisch tatoeëren in Nederland en werkt nu voor het Kenniscentrum voor Medische Tatoeage. "Wat mijn vak zo mooi maakt? Het positieve effect dat het op patiënten heeft."**

Rinus is ver gekomen sinds zijn eerste tatoeage-activiteiten als puber: "In het begin oefende ik op mijn vijf broers met naalden en Oost-Indische inkt van mijn moeder. In Zeeland had je destijds helemaal niets op dat gebied." In 1991 begon hij zijn eigen tattooostudio. Dat was puur voor decoratieve tatoeages. Tegenwoordig zet hij naast de medische tatoeages slechts af en toe nog decoratieve tatoeages, meestal bij kennissen, uit liefhebberij.

## Eerste medische tatoeages

Begin jaren negentig was de medische tatoeage nog erg onbekend en weinig erkend. In die tijd zette Rinus zijn eerste medische tatoeages. Zo bracht hij pigment aan in de lippen van een dame die een deel van haar pigment kwijtgeraakt was. Ook tatoeëerde hij een 14-jarig meisje met een wijnvlek. Dat was de eerste tatoeage die door een verzekeraar werd vergoed. "In Zeeland hadden we destijds het geluk dat een aantal artsen positief over tatoeage dacht." In die periode werden dit soort behandelingen desondanks niet ondersteund door artsen. Er was geen mogelijkheid om de patiënt te verdoven, waardoor de behandelingen erg pijnlijk waren. "Voor de pijnstilling kwamen de huisartsen met een zetpilletje of paracetamolletje aanzetten, maar dat werkt absoluut onvoldoende", blikt hij terug.

## Samenwerking met plastisch chirurg

In 1998 kwam Rinus in contact met plastisch chirurg Hans Pieter van Not. Via hem kreeg hij voor het eerst officieel een patiënt

verwezen. Sinds deze samenwerking met medisch specialisten in het ziekenhuis is het beleid dat als een plaatselijke verdoving onvoldoende is, de tatoeagebehandeling met pijnbestrijding op de operatiekamer plaatsvindt. Zo gebeurt de behandeling van wijnvlekken onder een lichte narcose. Er is een speciaal anesthesieprotocol voor medische tatoeages dat door de betrokken anesthesist is geschreven.

De plastisch chirurg en de medisch tatoeëerder vullen elkaar aan. Nadat de chirurg bijvoorbeeld een huidflap heeft geplaatst, maakt Rinus de littekens en kleurverschillen mooi egaal. "Vaak wordt een stuk huid van been, bil of onderarm op de wang gezet. Daardoor ontstaat een groot kleurverschil, dat je moet egaliseren. Als de littekens niet mooi genezen, dan maak ik die ook minder zichtbaar, zodat de patiënt weer naar het zwembad of naar de sauna kan of gewoon op de sportclub kan douchen."

## Geen cosmetische behandeling

Op de website van het Kenniscentrum voor Medische Tatoeage ([www.medicaltattooinnovations.nl](http://www.medicaltattooinnovations.nl)) staan enkele voorbeelden van indicaties voor behandeling met medische tatoeage. Dit zijn onder andere brandwonden, huidtransplantaties en -flappen, littekencorrecties, tepelhof-tatoeages, wijnvlekken en alopecia. Medisch tatoeëren is absoluut niet cosmetisch, benadrukt Rinus. "Als iemand een tepelhof mist, dan voelt diegene zich niet meer heel. Als je bij iemand een wijnvlek kunt weg tatoeëren, dan maak je iemands gezicht volmaakter. Ik doe alleen heling, geen cosmetische behandelingen."





Beeld © medicaltattooinnovations

### Gevarieerde patiëntenpopulatie

Rinus ziet vooral veel patiënten met borstkanker. Bij hen kunnen verschillende ingrepen nodig zijn, zoals een tepelhof-tatoeage, littekencorrectie en kleuring van huidflappen. Deze vrouwen worden geconfronteerd met een ernstige ziekte en velen moeten een borstamputatie ondergaan, wat een grote impact op hun leven heeft.

Vergelijkbare behandelingen als bij patiënten met borstkanker past Rinus toe bij transgenders. Na amputatie van de borsten probeert hij de littekens te camoufleren. Een andere indicatie is een gezichtsreconstructie, bijvoorbeeld bij mensen die een nieuwe kin krijgen en bij wie een stuk hoofdhuid of hun kaak is verdwenen. Bij sommige mannen tatoeëert hij stoppeltjes, omdat ze anders een kale plek op hun gezicht overhouden. "Dit zijn kleine ingrepen die voor mensen gigantisch veel kunnen betekenen."

Een andere behandeling die van grote invloed kan zijn op iemands zelfbeeld, is het tatoeëren van wenkbrauwen bij mensen die geen wenkbrauwen hebben, bijvoorbeeld door aangeboren alopecia of chemotherapie. Rinus geeft deze behandeling alleen aan mensen die door een medische oorzaak hun wenkbrauwen kwijt zijn, en niet aan diegenen die zelf hun wenkbrauwen te veel hebben geëpileerd.

### Resultaat

"Ik ben oprecht geïnteresseerd in wat de ziekte met iemand

doet", laat Rinus weten. "Een groot deel van mijn vak is psychologische begeleiding."

Bij diverse patiëntengroepen ziet hij de grote impact van de onderliggende ziekte of laesies en het gunstige effect van zijn werk. "Iedere keer als de patiënt na de behandeling van littekens in de spiegel kijkt, ziet hij een ander mens. Mensen moeten zich soms zelfs opnieuw voorstellen nadat ze zijn behandeld voor een wijnvlek, omdat ze niet meer herkend worden. De jongere generatie artsen staat gelukkig steeds meer open voor behandeling met medische tatoeage. En terecht, als je de resultaten ziet, dan kun je er toch gewoon niet omheen?"

MENSEN MOETEN ZICH  
NA BEHANDELING SOMS  
OPNIEUW VOORSTELLEN





Auteur

Fatima Madani, Jurist Arbeidsrecht Kennis- en  
Dienstverleningscentrum van de LAD en FMS

# Uit de opleiding gezet na geschil over geïntensiveerd begeleidingstraject

Een arts-assistent in opleiding (aios) wordt gedurende de gehele opleiding beoordeeld op zijn of haar functioneren. Wanneer één of meer competenties niet op niveau zijn en de reguliere begeleiding niet leidt tot verbetering, kan de opleider besluiten de opleiding te verlengen. De opleider kan daarnaast een geïntensiveerd begeleidingstraject aanbieden (GBT). De vraag is of de aios in alle gevallen verplicht is mee te werken aan een GBT. En wat gebeurt er als de aios niet meewerkt aan een GBT? Mag zijn opleiding in dat geval worden beëindigd?

## Casus

Deze vraag speelde in een recente casus waarin het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) van de LAD/FMS een aios heeft begeleid. Deze aios is twee jaar in opleiding en functioneert op het vereiste niveau. Aanvankelijk krijgt hij goede beoordelingen. Er worden wel vraagtekens geplaatst bij zijn kennisniveau. De aios zelf vindt dat er sprake is van een negatief opleidingsklimaat. Hij kaart dit bij zijn opleider aan. Hij vraagt ook meerdere keren aandacht voor de hoge werkdruk. Daarnaast vindt de aios dat er te weinig begeleiding wordt aangeboden, mede door uitval van enkele supervisors. Er zijn veel gesprekken met de opleider over de werkdruk en het gebrek aan supervisie. Na deze gesprekken krijgt de aios ook kritiek op zijn manier van communiceren.

De opleider stelt een geïntensiveerd begeleidingstraject voor, dat hij in overleg met de opleidingsgroep heeft opgesteld. Dit plan is niet besproken met de aios. De aios is bereid mee te werken, maar hij is het inhoudelijk niet eens met het voorgestelde plan. Hij wordt echter niet in de gelegenheid gesteld te reageren. De aios heeft op dat moment de bemiddeling van de Centrale Opleidingscommissie ingeroepen en hij heeft vervolgens een voorstel aan de opleider gedaan voor het GBT. De opleider weigert om over dit voorstel te praten en besluit de opleiding te beëindigen omdat de aios geen gebruik wil maken van het GBT. De aios is het niet eens met de beëindiging van de opleiding en deelt dit aan de opleider mee. Daarmee ontstaat een geschil tussen de aios en de opleider. De

aios roept de hulp van het KDC in. De jurist van het KDC geeft advies over de te volgen procedure en de termijnen.

## Bezwaar

Binnen vier weken na het besluit van de opleider moet bezwaar worden gemaakt tegen het besluit van de opleider. Dit gebeurt door een brief of mail naar de opleider te sturen, waarin de aios zegt dat hij het niet eens is met het besluit. De regels schrijven voor dat er een bemiddelingsprocedure moet worden gevolgd bij de Centrale Opleidingscommissie (COC), voordat de aios een procedure kan starten bij de Geschillencommissie KNMG. De bemiddeling van de COC bood geen oplossing, waarna de aios de Geschillencommissie heeft verzocht uitspraak te doen in het geschil. De Geschillencom-







missie oordeelde dat de opleider de opleiding niet had mogen beëindigen op grond van het feit dat de aios niet bereid was mee te werken aan het GBT. Uit het dossier bleek dat de aios over het algemeen goed functioneerde. De Geschillencommissie kende ook veel betekenis toe aan het feit dat de aios zich heeft opgesteld als een pro-actieve aios die naar een oplossing voor het probleem heeft gezocht. Zo heeft hij de werkdruk en ontbrekende supervisie steeds bespreekbaar gemaakt. Daarnaast heeft hij de COC om advies gevraagd en hen eveneens bij de totstandkoming van het GBT betrokken. De aios mocht zijn opleiding in een andere opleidingsinstelling voortzetten.

### Conclusie en advies

Het advies aan aios is een GBT niet zonder meer te weigeren. Wanneer je als aios bezwaar maakt tegen een GBT, is het belangrijk om dit bezwaar goed te motiveren. Ook is het verstandig om tijdig, liefst voordat er een conflict ontstaat, contact op te nemen met de juristen van het KDC. In de beschreven casus heeft de aios ook in een vroeg stadium advies ingewonnen bij het KDC. Dit heeft ervoor gezorgd dat de aios tijdens gesprekken goed voorbereid was en goed kon onderbouwen waarom hij het niet eens was met het GBT. Een onderbouwing van je bezwaar kan zijn dat de competenties waarop het begeleidingstraject is gericht, steeds op niveau zijn beoordeeld. Daarnaast kan de aios bezwaar maken wanneer het GBT niet voldoet aan de criteria die

zijn vastgelegd in de regelgeving. Volgens de regelgeving moeten de voorwaarden en de doelen van het begeleidingstraject in het opleidingsplan worden vastgelegd. Ook moet daarin worden vastgelegd hoe lang het traject gaat duren en op welke wijze de ontwikkeling van de aios zal worden beoordeeld. Wanneer het plan niet aan deze criteria voldoet, wordt aios geadviseerd hierover in gesprek te gaan met de opleider. Leidt dit niet tot een oplossing? Neem dan contact op met het KDC.



Voor vragen en problemen met opleiding of werk kun je contact opnemen met het Aios Meldpunt/ KDC 030 - 6702 710





Auteurs: Irma Scholten en Edith van Esch  
Beide aios obstetrie en gynaecologie en  
bestuurslid De Jonge Specialist

# Opleidingsvisitatie

## Durf jij vrijuit te spreken?

### Enquête

De Jonge Specialist (DJS) heeft afgelopen zomer een visitatie-enquête uitgezet onder haar leden naar aanleiding van een incident in juni 2016. Hier werd de erkenning van een opleiding in eerste instantie tijdelijk, maar in tweede instantie definitief opgeschort. Dit terwijl de recente visitatie zonder problemen was verlopen en de verlenging van de opleidingserkenning al was afgegeven door de Registratie Commissie Geneeskundige Specialismen (RGS). Het bleek dat de betreffende aios tijdens de visitatie niet vrijelijk hadden durven spreken, maar later wel hun bedenkingen bij de RGS kenbaar hebben gemaakt.

### 'Zaken verzwegen'

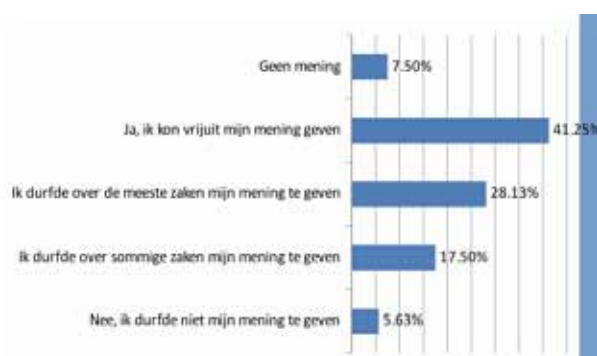
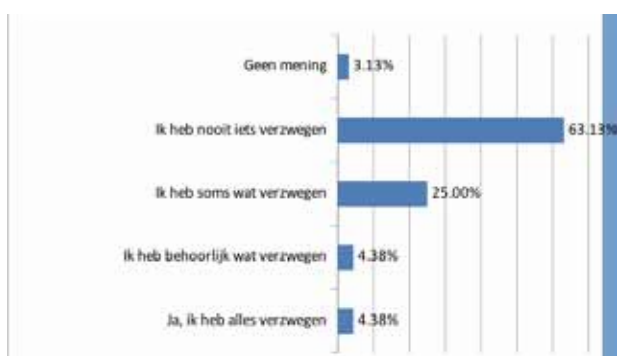
DJS heeft in de enquête het gehele proces van de huidige visitatiesystematiek geëvalueerd. Dit proces is onder te verdelen in de voorbereiding, de uitvoering en nabespreking van de visitatie. De enquête is door 235 respondenten vanuit verschillende medisch-specialistische opleidingen ingevuld van wie er 160 daadwerkelijk een visitatie hebben meegemaakt. De respondenten volgden 30 verschillende medisch-specialistische opleidingen.

DJS concludeert uit deze enquête dat de meerderheid van de respondenten tevreden is over de visitatie in zijn huidige vorm, waarbij ze van mening is dat de visitatie positief bijdraagt aan de kwaliteit van de opleiding. Desalniettemin geeft ook een aanzienlijk deel van de aios aan dat er over het gehele proces, in de voorbereiding (20%) en tijdens de visitatie (34%), in meer of mindere mate zaken verzwegen worden die van belang kunnen

zijn voor de uitkomst van de opleidingsvisitatie. Het achterhouden van informatie kan zowel geïnitieerd zijn door de aios als door de opleiders. Het betreft met name kwesties rond veiligheid van het opleidingsklimaat, de werksfeer, werktijd en werkdruk en het functioneren van stafleden.

### Veilig werken

De uitkomsten van de enquête onderschrijven onze zorgen dat het incident dat de aanleiding voor deze enquête gaf mogelijk niet op zich zelf staat. Aios lijken niet de ruimte te voelen om open te zijn over problemen in de opleiding. Zorgelijk, aangezien de ervaringen van aios essentieel zijn om de kwaliteit van de opleiding te beoordelen en te verbeteren. DJS is van mening dat een veilig en open opleidingsklimaat gewaarborgd en gefaciliteerd moet worden voor alle aios. Iedere aios moet daarbij de verantwoordelijkheid nemen om de opleiding te evalueren en zich hierin vrij voelen om dit te doen zonder daarbij bang te zijn voor mogelijke gevolgen. Het onderwerp 'veiligheid in de opleiding' is hierin essentieel en daarom zal DJS in 2018 een project 'veilig werken' starten om dit onderwerp verder uit te diepen en onder de aandacht te brengen. Het betreft dan de veiligheid in de opleiding zelf en niet zozeer tijdens de visitaties. Begin 2018 zullen we bij jullie terugkomen met een enquête omtrent 'veilig werken'. Daarnaast worden de resultaten van de enquête besproken met de Federatie Medisch Specialisten, het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de RGS, partijen waarmee De Jonge Specialist nauw samenwerkt om de kwaliteit van de opleiding te bewaken en verbeteren.



## column

Eva Stortelder,  
aios chirurgie

## Held

In de Volkskrant van 30 september las ik een stukje over een kinderarts die veel van een patiënt had geleerd: zijn eigen dochter. Op de kinder intensive care waar hij zelf werkzaam was, moest hij op een dag in plaats van aan het bed staan er naast gaan zitten. Zijn dochter van drie werd opgenomen met een ernstige pneumonie en knapte na een korte kritieke periode weer op. Wat me raakte in het stukje van Ellen de Visser was de uitwerking die het op hemzelf als arts en als mens had. "Als een kind herstelt na een ernstige ziekte, zijn we geneigd om euforisch te reageren en alle heftige emoties die ouders hebben gevoeld een beetje te vergeten. Er heerst opluchting, alles is achter de rug. Nu pas weet ik hoe lang de vertwijfeling kan doorwerken. De angst een kind te verliezen, de slapeloosheid (...), dat alles kan later leiden tot een flinke terugslag." Zijn houding ten opzichte van ouders van zieke kinderen is veranderd. "Mijn zieke dochter heeft me laten zien waar ouders mee worstelen en dat heeft van mij een betere arts gemaakt."

Eenzelfde inzicht had ik ruim een jaar geleden ook, naar aanleiding van de IC-opname van mijn zoontje van destijds zes maanden oud. Waar ik voorheen dacht dat de grootste zorgen voorbij zijn als een patiënt met ontslag uit het ziekenhuis gaat, weet ik nu dat een hoop problemen dan nog moeten beginnen.

Op de hele nasleep van een ziekteproces in de thuissituatie hebben we eigenlijk maar weinig zicht, vanuit de tweede lijn. Veel minder dan bijvoorbeeld een huisarts. Uit wetenschappelijk onderzoek dat verricht is naar de psychologische effecten van een IC-opname blijkt dat dit bijna altijd traumatiserend is voor zowel volwassenen patiënten als kinderen. Dat is niet verrassend. Wat het betekent als ouder om je kind bij te staan in het herstel na ernstig ziek zijn, had ik me nooit gerealiseerd. Tot ik zelf mijn zoontje methadon druppeltjes moest geven tegen de onttrekkingsverschijnselen van de sedatie. Hij was een trillende baby in zijn box, met wallen als een junkie. Zijn spaarzame lachjes waren hartverwarmend. Maar tijdens zijn nachtmerries, die nog bijna een jaar duurden, moesten we hem soms gillend uit zijn slaap wekken om hem te troosten. Een intensieve begeleiding die achteraf net zoveel energie kostte als een tweede baan. Daarbij was er inderdaad een soort basale vertwijfeling ontstaan, die ik daarvoor nooit had. Het druist zo in tegen de hele logica van het bestaan dat je je kindje wel eens zou kunnen verliezen, dat die angstige momenten een grotere impact hadden dan ik had verwacht. Op mijn werk merkte ik dat ik moeite had om het tempo van collega's bij te houden. Collega aios merkten het ook maar ontzagen en ontweken mij een beetje. Mededogen komt voort uit goede bedoelingen, maar

van je collega's is het lastig omdat het de samenwerking in de weg staat. In het ziekenhuis zorgen we goed voor onze patiënten, maar misschien niet altijd even goed voor onszelf.

Toevallig wisselde ik in die tijd van werkplek en volgde er eerst een stage van enkele maanden in het buitenland. Dit gaf de gelegenheid om het gebeurde op een gezonde manier achter me te laten. Op mijn nieuwe en huidige werkplek, in de academie, nam mijn opleider me tijdens mijn eerste dienst mee naar de kinder-IC voor een rondleiding en een kop koffie. "Zo, dan heb je dat eerste moment maar vast gehad", zei hij na afloop. Deze man zou ik dus graag nomineren als opleider van het jaar.



# KLAAR VOOR DE TOEKOMST MET DE ACADEMIE VOOR MEDISCH SPECIALISTEN

**Scholing in medisch management, leiderschap en professionele ontwikkeling, steeds aansluitend bij de actualiteit van het sterk veranderende zorglandschap.**

## **Basicursus ziekenhuismanagement**

Deze tweedaagse cursus behandelt de manier waarop de medisch-specialistische zorg georganiseerd en gefinancierd wordt. Je krijgt inzicht in beleidsprocessen en manieren om deze te beïnvloeden.

**Prijs** leden DJS € 525,- (niet-leden € 545,-)

**Locatie** Utrecht

## **Time- en stressmanagement**

Deze cursus gaat in op de time-management- en stress-veroorzakende vraagstukken die je zelf inbrengt. De praktische adviezen worden zó gegeven dat je er direct mee aan de slag kunt.

**Prijs** leden DJS € 695,- (niet-leden € 750,-)

**Locatie** Utrecht

NIEUW • NIEUW • NIEUW • NIEUW • NIEUW • NIEUW • NIEUW

## **Profileren voor aios**

Het wordt steeds duidelijker: het is niet meer voldoende om vooral goed te zijn in het 'eerste vak': dat waar je medisch-inhoudelijk voor wordt opgeleid. Het zogenaamde 'tweede vak' is steeds belangrijker en het hebben van bepaalde vaardigheden kan hét verschil maken wanneer er meerdere gegadigden zijn voor een positie van arts.

Naast kunnen leidinggeven, samenwerken en onderhandelen is het in de eerste plaats essentieel om jezelf goed en authentiek te profileren. Daarom bieden wij deze intensieve driedaagse 'stoomcursus' aan voor iedere aios die op zoek is naar de essentiële vaardigheden om zichzelf optimaal neer te kunnen zetten op de werkplek en in een selectietraject.

**Prijs** leden DJS € 1.350,- (niet-leden € 1.495,-)

**Duur** 3 dagen

**Locatie** Utrecht

De training is opgebouwd rond drie kernbegrippen: presenteren, profileren en solliciteren, en is ontwikkeld door **Mascha de Ridder** en **Remco Heukels**. Zij hebben jarenlange ervaring in het verzorgen van trainingen en teamcoaching binnen de medische wereld en weten hierdoor precies wat er gevraagd wordt van de moderne medicus. Hun werkwijze is interactief, praktisch en humorvol binnen een veilige leeromgeving.



[www.academiemedischspecialisten.nl/aios](http://www.academiemedischspecialisten.nl/aios)

De Academie voor Medisch Specialisten is een dochter van de Federatie Medisch Specialisten, VvAA en Erasmus School of Health Policy & Management