

de JONGE ^{°4} SPECIALIST

JAARGANG 4 - MAART 2017

Hét magazine voor medisch specialisten in opleiding



DR. GOOGLE EN DE POST-TRUTH | Het karakter van aios | **Klaar voor de start met de aios checklist** | Kunst: embryonale ontwikkeling in beeld | **Wat kost dat? Doelmatigheid in de zorg** | Vragen over röntgen? Startpunt radiologie | **Gezondheidszorg in Malawi** | Arbeidsvoorwaarden: waar heb je recht op? |

Vertrouwde dienstverlening, vernieuwde uitstraling

Sibbing & Wateler c.s. wordt Sibbing



Sibbing is een onafhankelijk financieel adviesbureau, gespecialiseerd in de praktijkbegeleiding van vrije medische beroepsbeoefenaren, waaronder medisch specialisten. Wij bieden een gevarieerd dienstenpakket voor al uw financiële zaken, nu en in de toekomst.

- Praktijkadvies
- Financieel advies
- Accountancy
- Verzekeren
- Collectief advies

Voor meer informatie
www.sibbing.nl

Sibbing 

Redactie

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

Eindredactie

Liza Leijenhorst, Prescripts

Illustratie

Ilona Dekkers

Vormgeving

Marjanne van Bentum, studio Parvenu

Verantwoording coverbeeld

Wikimedia Commons & © Google logo

Redactieadres

Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
info@dejongespecialist.nl

Centraal Bestuur De Jonge Specialist

Marjolein Kremers
Thomas Schok
Edin Hajder
Nurah Hammoud
Paul de Laat
Alexej Kuijper
Fleur van den Heijkant
Vicky Soomers
Wouter Blox
Irma Scholten
Edith van Esch
Robin Krol

Adreswijzigingen

Adreswijzigingen kunnen worden doorgegeven aan De Jonge Specialist.

Uitgever

De Jonge Specialist

Drukwerk

Centrum Drukwerk, Maartensdijk

Basisontwerp

IJzersterk, Rotterdam

Advertenten

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



TEGEN DE STROOM IN

Deze keer een zeer divers nummer van De Jonge Specialist. Waar meerdere artikelen gaan over hoe je meer uit jezelf, je opleiding of je team haalt, doet redactielid Eva Stortelder een indrukwekkend relaas over haar ervaringen als arts in Malawi. Haar werkdagen zijn gevuld met mooie, maar soms ook nare verrassingen. Mensen kunnen daar zomaar alleen en zonder naam stillietjes op de grond van het ziekenhuis overlijden. Dat plaatst onze problemen in de Nederlandse zorg weer even in perspectief. Zo laat de huidige zorgwekkende situatie in de Verenigde Staten ook zien hoe gezegend wij –ondanks misstanden en nadelen– eigenlijk zijn met ons huidige zorgstelsel.

Dokter Google

Maar het zijn de dagelijkse beslommeringen die ons bezighouden. En zo hoort het ook, dit zijn immers de zaken die dichterbij of in onze invloedssfeer liggen. Zoals hoe we om moeten gaan met patiënten die bij ons komen nadat ze eerst dokter Google geraadpleegd hebben. Of het helaas nog steeds actuele onderwerp dat Tanca Minderhoud aansnijdt in haar afscheidscolumn: de inferieure kwaliteit van ziekenhuiszorg in de weekenden, avonden

en nachten. Alle goede inwerkprogramma's en hulpmiddelen als de aios checklist ten spijt, blijven het de minst ervaren artsen die de diensten draaien. Ik ben benieuwd of daar in de nabije toekomst nog verandering in gaat komen.

Time out

Ik vind het als aios af en toe moeilijk om me druk te blijven maken over de dagelijkse misstanden en me te blijven concentreren om het meeste uit mijzelf en mijn opleiding te halen. Je raakt gemakkelijk overspoeld door de dagelijkse getijdenbeweging van poli, administratie en diensten. Dan is het inspirerend om te lezen dat sommige collega's zo gepassioneerd zijn over bepaalde onderwerpen dat ze de energie hebben buiten werktijd initiatieven als Startpunt radiologie te ontplooiën. Om professioneel gelukkig en energiek te blijven is het essentieel dat je af en toe rechttop in de branding gaat staan. Door zo'n *time out* kun je die momenten selecteren die het waard zijn om bewust een andere kant op te zwemmen, desnoods tegen de stroom in.

Berber Piet, hoofdredacteur De Jonge Specialist magazine



8, 9, 10, 11

Cao's verklaard
Arbeidsvoorwaarden
voor dummies



14, 15

Interview
Doelmatige
zorg



18, 19

Buitenland
Stage
in Malawi



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















24, 25, 26













Dr. Google
Wat weet hij nou?

Rubrieken legenda

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



Inhoud

	Oogopslag	6, 7
	Arbeidsvoorwaarden	8, 9, 10, 11
	Uitslag persoonlijkheidstest	12, 13
	Doelmatigheid in de zorg	14, 15
	Aios Academy	16
	Embryonale ontwikkeling in beeld	17
	Gezondheidszorg in Malawi	18, 19
	Chaotische eerste werkdag	20
	Startpunt radiologie	21
	Aios checklist	22, 23
	Dr. Google	24, 25, 26
	Column: Misbaksel	27



OOGOPSLAG

KORT NIEUWS EN FEITJES

Veranderingen in het bestuur

Met het nieuwe jaar is er een aantal wijzigingen in de samenstelling van het bestuur.

Zo hebben we afscheid genomen van Davy Sudiono, die bijna drie jaar alle PR en media zaken van het bestuur onder zich had. Davy was bovendien onmisbaar voor het ontwikkelen van onze huisstijl, het bijhouden van onze huidige website en het mede-ontwikkelen van onze nieuwe website die binnenkort online komt. Ook in de totstandkoming van het DJS Magazine speelde hij een grote rol.

Verder nemen we als bestuur helaas ook afscheid van Jesse Habets. Jesse zette zich in voor de portefeuille opleiding. Hij was betrokken bij de totstandkoming van het Platform Medisch Leiderschap en mede dankzij zijn passie hiervoor heeft Medisch Leiderschap een plaats gekregen in verschillende opleidingsplannen. Ook heeft hij meegewerkt aan Medische Vervolgopleidingen en was hij lid van Werkgroep Zorg 2025.

Davy Sudiono



Jesse Habets



Gelukkig is ons bestuur sinds kort ook drie nieuwe leden rijker!

Edith van Esch is aios Gynaecologie en Obstetrie in het LUMC. Ze neemt de portefeuille Opleiding onder haar hoede. Ze zal namens de Jonge Specialist afgevaardigde zijn in het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de Registratiecommissie Geneeskundige Specialisten (RGS) en zal ze zich bezighouden met het digitale platform en online course ontwikkeling binnen het Bewustzijnsproject.

Irma van Osch is ook aios Gynaecologie en Obstetrie, maar dan

in het AMC. Ook zij ontfermt zich over de portefeuille Opleiding en zal vanuit die positie plaatsnemen in de Raad Opleidingen en in het bestuur van het Platform Medisch Leiderschap.

Robin Krol is aios MDL in het RadboudUMC en gaat zich binnen het bestuur met name inzetten voor de organisatie van de AIOS Upgrade, hét landelijke congres voor aios. De Upgrade 2016 was een nog groter succes dan het jaar daarvoor en natuurlijk willen we deze stijgende lijn voortzetten.



BRIDGE THE G@PP

Op 18 januari 2017 heeft de Werkgroep Zorg 2025 haar derde visiedocument, 'Bridge the G@pp' onthuld. De avond stond in het teken van eHealth, wat kunnen wij doen om de zorg op dit vlak te verbeteren? Onder leiding van avondvoorzitter Joris Arts bediscussieerden we hoe het gat tussen ontwikkelaars van eHealth en gebruikers, zoals patiënten en zorgverleners, verkleind kan worden.

Het document werd allereerst uitgereikt aan onze toekomstige zorgverleners: Wies Bontje namens de geneeskundestudent en Iris Lafeber namens de studenten farmacie. Marcel Heldoorn nam het document namens de patiënt in ontvangst, en Erik Gerritsen vertegenwoordigde het ministerie van VWS. Hij beloofde eventuele (financiële) beren op de weg samen op te lossen. Hierna gaf Liesbeth Meijnckens, schrijfster van eHealth in 60 minuten, ons handvatten om applicaties te implementeren in de dagelijkse praktijk.

Marcel van Loosbroek en Johan Beun gaven hier vervolgens een duidelijk praktijkvoorbeeld van. Er volgde een levendige discussie over een aantal stellingen, waarna er tijdens de borrel nog uitgebreid nagepraat werd.



Nieuwsgierig naar het document? Scan deze code en download het document via de site!

zleKJE

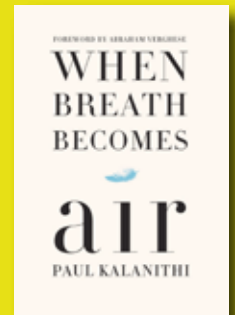
Er meldt zich een man bij de receptie van het ziekenhuis. Hij vraagt de route naar de operatiekamers, waar hij een afspraak heeft met een chirurg. De receptioniste wijst hem de weg naar de juiste liften naar de 2e verdieping. Daar treft de man het loket van de holding en verkoever, waar hij opnieuw vraagt naar de desbetreffende chirurg met wie hij een afspraak heeft. "De dokter staat nu te opereren", vertelt de verpleegkundige hem, "maar u kunt wel even wachten in de koffiekamer." Ze loopt met hem mee naar de kleedkamers, waar hij zich volgens de voorschriften in een groen OK-pak hijst. Op leenklompen wordt hij naar de koffiekamer gebracht. "Van welke firma bent u eigenlijk?", vraagt de verpleegkundige. "Dan zeg ik de dokter dat u er bent." "Firma?", antwoordt de man. "Ik word vandaag aan mijn knie geopereerd!"

Susanne Korsse, aios maag-darm-leverziekten

Nieuwe look voor onze site – Heb je onze nieuwe website al gezien? Helemaal klaar voor de toekomst! Kijk snel op www.dejongespecialist.nl. | **Save the date: AIOS Upgrade** – Op 27 oktober 2017 organiseert De Jonge Specialist weer de AIOS Upgrade! Het evenement vindt plaats in het IJsseldelta Center Zwolle.

When Breath Becomes Air

Elke dag zetten we ons met zijn allen in voor onze patiënten. Maar wat gebeurt er met je als je ineens zelf in het ziekenhuisbed ligt? En dan ook nog eens met een ongeneeslijke ziekte? In dit ontroerende verhaal beschrijft neurochirurg in opleiding Paul Kalanithi hoe bij hem op 36-jarige leeftijd de diagnose longkanker wordt gesteld. Zijn leven, en dat van zijn jonge gezin, verandert in één klap. When Breath Becomes Air beschrijft de relatie tussen een arts en een patiënt, door een collega die beide was.



Black Mirror

De techniek ontwikkelt zich met een exponentiële snelheid. Daardoor is ons leven op heel veel vlakken makkelijker geworden. Maar nieuwe technologie leidt ook tot negatieve ontwikkelingen. Contact tussen mensen gaat steeds vaker digitaal. Soms kan dat juist leiden tot eenzaamheid. Herinneringen worden op allerlei manieren digitaal bewaard, ook zaken waaraan je misschien liever niet herinnerd wordt. En de mening van de hele samenleving kan van de ene op de andere dag omslaan door een bericht op social media. De serie Black Mirror, te zien op Netflix, geeft ons in een collectie losse verhalen een kijkje in de keerzijde van de technologische vooruitgang in de nabije toekomst.

CULTUUR





Auteurs

Yara Backens, arts-onderzoeker MDL
 Merel Hellemons, aios longgeneeskunde
 Laura Kienhorst, aios dermatologie
 Aimee Kok-Pigge, aios orthopedie
 Paul de Laat, aios kindergeneeskunde

Arbeidsvoorwaarden: waar heb ik recht op?

Veel aios weten ongeveer hoe de financiën in de zorg zijn geregeld. Maar hoe zit het met je eigen financiën, en wat zijn je arbeidsvoorwaarden? In dit artikel zetten we je rechten op een rijtje, tonen we de verschillen tussen de cao umc's 2015-2017 en de cao ziekenhuizen 2014-2016, en geven we tips en aandachtspunten die bijvoorbeeld van pas komen in een arbeidsvoorwaardengesprek.

De meeste aios werken bij een organisatie waar de cao umc's (in de academische ziekenhuizen) of de cao ziekenhuizen (in de overige ziekenhuizen) van kracht is. In de cao zijn zowel primaire als secundaire arbeidsvoorwaarden geregeld. Deze rechten zijn door de werknemersorganisaties, zoals de LAD (waar alle leden van De Jonge Specialist bij vertegenwoordigd zijn), overeengekomen met de werkgevers (Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU) en Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)). Je hoeft dus niet opnieuw met persoonszaken te onderhandelen over je arbeidsvoorwaarden.

Salaris en aantal uren

Het salaris is voor de meeste aios een van de belangrijkste aspecten van de cao. Er zijn specifieke salarisschalen voor aios opgenomen in zowel de cao ziekenhuizen als de cao umc's. De cao ziekenhuizen is 31 december 2016 afgelopen; onderhandelingen voor de nieuwe cao (2017-2019) zijn nog gaande. Hierdoor dateren de meest recente salarisschalen in deze cao van 1 januari 2016. De looptijd van de cao umc's is 2015-2017. Het is al bekend dat de salarissen per 1 augustus 2017 weer iets zullen stijgen. Binnen de salarisschaal is er onderscheid in treden. De trede waarin je wordt uitbetaald vertegenwoordigt je werkervaring voor deze functie. Voor aios geldt hierbij dat alle relevante werkervaring als arts meetelt: zowel klinisch werk als

werk in het kader van wetenschap of onderwijs. Binnen de cao umc's telt geneeskundige wetenschappelijke ervaring vóór het afronden van je geneeskunde master mee. We hopen dat dit in de nieuwe cao ziekenhuizen ook wordt ingevoerd. Opvallend is dat het salaris in trede 0 in de cao umc's iets hoger ligt dan dat in de cao ziekenhuizen, maar dat het salaris bij de cao ziekenhuizen in de loop der jaren iets sneller stijgt (zie de tabel op bladzijde 10). Een ander verschil is het aantal treden binnen de salarisschaal. Bij de cao ziekenhuizen zit je al na 7 jaar werkervaring aan het maximumsalaris, bij de cao umc's pas na 10 jaar. Let er bij je indiensttredingsgesprek op dat alle relevante werkervaring wordt meegewogen, dit kan veel geld schelen!

Vakantiedagen

Volgens de cao umc's heeft een aios recht op 9% van de arbeidduur aan vakantiedagen, wat in de praktijk vijf weken betekent. In de cao ziekenhuizen is opgenomen dat een aios recht heeft op het wettelijk aantal vakantiedagen, namelijk 4 weken. In de arbeidsovereenkomst of aanstelling kan hier in positieve zin van afgeweken worden. Het is volgens de cao umc's verplicht om elk jaar minimaal twee weken achter elkaar vakantie op te nemen. In principe moet je vakantiedagen in dat jaar opnemen, maar er kunnen afspraken worden gemaakt over het meenemen van vakantiedagen naar het volgende jaar. De cao ziekenhuizen geeft aan dat de aios de mogelijkheid moet krijgen het aantal





vakantiedagen op te nemen en dat de aios in de gelegenheid gesteld moet worden om drie weken achter elkaar op vakantie te gaan. Let op, beide cao's geven aan dat je als je ziek bent tijdens je vakantie alsnog recht hebt op deze vakantiedagen als je beter bent.

Secundaire arbeidsvoorwaarden

Zowel in de cao ziekenhuizen als in de cao umc's zijn secundaire arbeidsvoorwaarden opgenomen, respectievelijk het persoonlijk levensfasebudget (PLB) en het persoonlijk budget (PB).

Het PLB is bedoeld om uren op te bouwen en deze in te zetten op een moment dat de levensfase van de aios daar aanleiding toe geeft, bijvoorbeeld voor extra vrije tijd of tijd voor studie.

Bij een volledig dienstverband spaart een aios 57 vrije uren per jaar. Indien een aios zijn uren niet heeft gebruikt en van zie-

kenhuis wisselt, kunnen de uren worden meegenomen mits er minimaal 50 uur is gespaard en de nieuwe werkgever ook de cao ziekenhuizen volgt. Als dit niet het geval is, kun je de uren laten uitbetalen.

Bij het persoonlijk budget in de umc's bouwt de aios in plaats van uren een bedrag op: iedere maand wordt er 1,55% van het maandsalaris in dit 'spaarpotje' gedaan. Dit bedrag kan fiscaal onbelast ingezet worden. Voor aios is sinds 1 januari 2016 afgesproken dat het PB uitsluitend ingezet mag worden voor educatieve doeleinden, zoals cursussen en congressen. Let op, studieactiviteiten die door het Centraal College Medische Specialisten verplicht zijn gesteld, vallen hier niet onder. Deze kosten moeten voor 100% door de werkgever betaald worden.

Opleidingskosten

In tegenstelling tot opleidingsactiviteiten worden opleidingskosten, zoals inschrijving in het RGS-register (Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten) en lidmaatschap van een beroepsvereniging of vakbond, helaas nog niet altijd vergoed. In academische ziekenhuizen kun je de RGS-registratie declareren, maar in de algemene ziekenhuizen is dit helaas niet altijd het geval. Sinds 1 januari 2016 is het wel mogelijk om de RGS-kosten met uitstel te betalen: om de kosten vergoed te krijgen is het belangrijk dat je de factuur pas betaalt zodra je daadwerkelijk werkzaam bent in het ziekenhuis waar je de kosten wilt declare-

BIJ HET PERSOONLIJK BUDGET
IN DE UMC'S BOUWT DE AIOS IN
PLAATS VAN UREN EEN BEDRAG OP





ren. Dit is een eerste stap naar de wens van De Jonge Specialist (DJS) dat RGS-kosten in de volgende cao voor alle aios volledig vergoed worden. Ook kosten voor lidmaatschap van beroepsverenigingen, zoals DJS, kunnen voor minimaal 42% gedeclareerd worden.

Diensten

Als aios werk je veel in diensturen. De frequentie en invulling hiervan wisselt uiteraard per specialisme en ziekenhuis. Voor je diensten krijg je compensatie-uren, een financiële vergoeding en soms beide. Er wordt voor de vergoeding verschil gemaakt tussen uren die gewerkt worden op onregelmatige tijden binnen

de uren van je contract ('onregelmatige dienst') en uren die je werkt bovenop je normatieve werkweek ('bereikbaarheids- en aanwezigheidsdienst'). De afspraken voor de umc's en algemene ziekenhuizen verschillen. Een overzicht vind je in de tabel op www.dejongespecialist.nl

Conclusie

Als aios is het belangrijk om te weten waar je op grond van de cao recht op hebt. Deze arbeidsvoorwaarden zijn immers voor jou onderhandeld. Let daarbij op de verschillen tussen de cao ziekenhuizen en cao umc's en doe er je voordeel mee in je arbeidsvoorwaardengesprek.

TREDE	CAO ZIEKENHUIZEN PER 1 JANUARI 2016	CAO UMC'S PER 1 AUGUSTUS 2016	CAO UMC'S PER 1 AUGUSTUS 2017
0	3227	3283	3316
1	3363	3407	3441
2	3490	3527	3562
3	3636	3658	3695
4	3774	3778	3816
5	3917	3896	3935
6	4054	4016	4056
7	4177	4152	4194
8		4284	4327
9		4409	4453
10		4531	4576

Tabel: Salarisschalen voor aios met bijbehorende bruto maandsalarissen in euro's. Bron: cao ziekenhuizen 2014-2016 en cao umc's 2015-2017.



Wist je dat...

- Je op je loonstrook kunt checken volgens welke schaal en trede je wordt betaald, en in welke periodiekmaand je weer een trede omhoog gaat?
- Je recht hebt op verhuisvergoeding als je je voor het aangaan van een arbeidsovereenkomst vestigt in het door de werkgever vastgestelde woongebied (cao ziekenhuizen) of als je tijdens het dienstverband verplicht wordt je te vestigen in het woongebied (beide cao's)?
- Er in de verschillende cao's verschillende regelingen omtrent bijzonder verlof zijn? Er zijn bijvoorbeeld extra vrije dagen voor huwelijk, verhuizing, het aangaan van een samenlevingscontract, huwelijksjubilea en sterfgevallen. Het is zeker de moeite om dit in specifieke situaties op te zoeken (paragraaf 12.3 in cao ziekenhuizen en 7.3 in cao umc's).
- Op tijd declareren belangrijk is? De aanspraak op een vergoeding vervalt als je deze niet binnen drie maanden indient (cao umc's).
- Je lidmaatschap van DJS/LAD voor een groot deel middels een bruto-netto-regeling wordt vergoed (cao ziekenhuizen)? Via de cao umc's kan het lidmaatschap op verzoek van de medewerker worden vergoed uit het persoonlijk budget.
- RGS-en BIG-registratiekosten in de universitaire ziekenhuizen volgens de cao vergoed worden? In de andere ziekenhuizen is dit wel gebruikelijk, maar (nog) niet vastgelegd in de cao.
- Je tijdens aanwezigheidsdiensten als aios recht hebt op maaltijdvergoeding? Je werkgever moet een maaltijd verstrekken (in principe uit de ziekenhuisrestaurantie).
- Er een regeling is voor vergoeding van kosten als je gebruik maakt van je eigen telefoon voor bereikbaarheidsdiensten?
- Er een handige folder over de regelgeving rondom arbeidstijden is? Deze is te downloaden via de website van de Jonge Specialist.
- Er een online dienstroostercheck-tool beschikbaar is op de website van DJS? Bij deze check wordt nagegaan of jullie dienstrooster past binnen het arbeidstijdenbesluit en in lijn is met de cao.
- De cao ziekenhuizen terug te vinden is op de website van de NVZ en de cao umc's op de website van NFU, of gewoon via de website van de Jonge Specialist (thema cao)?
- Je bij het aios meldpunt terecht kunt voor vragen over de cao, of als de cao door je werkgever niet wordt nageleefd? Juristen van de LAD staan je zo nodig bij.





Uitslag persoonlijkheidstest AIOS Upgrade 2016

Waarom we doen wat we doen

Auteur **Amarens Kerkhof**, adviseur CarrièreCentrum Zorg bij VvAA Groep B.V.

In samenwerking met VvAA konden deelnemers aan de AIOS Upgrade 2016 een persoonlijkheidstest af laten nemen en daar was veel animo voor. De Persoonlijke Profiel Analyse (PPA) geeft nauwkeurig en begrijpelijk inzicht in het werkgedrag van mensen. Wat zijn je sterke punten en wat gaat je minder goed af? Waarom ervaar je weerstand tegen verandering? Hoe communiceer je? Neem je vaak zelf initiatief en wat drijft je?

Testresultaten

De AIOS Upgrade 2016 had als thema 'Thinking Forward'. De presentatie over de PPA door Jeroen Woertman - Directeur VvAA Opleidingen en teamcoaching B.V. - sloot daar mooi op aan. Ongeveer 200 aios vulden de persoonlijkheidstest in. Hiermee kregen zij in slechts 8 minuten inzicht in hun kwaliteiten en leiderschapstalenten. De resultaten werden met veel geknik en een glimlach ontvangen: het leek erop dat iedereen zich goed in de uitslagen herkende.

Ieder profiel is uniek. De testresultaten van de PPA zijn gebaseerd op de DISC (zie kader) en geven inzicht in iemands gedrag op het werk en in de omstandigheden waarin persoonlijke kwaliteiten goed uit de verf komen. Uit de DISC zijn persoonlijke voorkeuren voor communicatievorm, werkstijl en leiderschapsstijl af te leiden. "Uiteindelijk heeft iedereen leiderschapskwaliteiten, maar die zien er bij een hoog dominante, sturende beslisser anders uit dan bij een inlevende, betrokken en aandachtige luisteraar", aldus Jeroen Woertman.

Het gemiddelde profiel van aios bleek niet af te wijken van het profiel dat VvAA binnen de zorg waarneemt bij het afnemen van de PPA. De meeste aios zijn krachtig in het oplossen van specialistische problemen, gaan geduldig en weloverwogen te werk en zijn aandachtig en behulpzaam. Anderzijds scoorden aios minder hoog op innovatief vermogen, motiverende en inspirerende kwaliteiten en het bewaken van eigen grenzen.

Wat valt op?

Opvallende verschillen tussen aios van verschillende specialismen waren er ook. Het aantal aios met een hoog 'I' profiel – spraakzaam, motiverend en overredend – was bijvoorbeeld gemiddeld genomen oververtegenwoordigd bij kindergeneeskunde, gynaecologie en anesthesiologie. Het valt verder op dat een gecombineerd CS-profiel vaak voorkwam, zowel bij snijdende als niet-snijdende specialismen.

Kracht en beperkingen

Mensen met een CS-profiel zijn geduldig en zoeken logischerwijs naar de beste oplossing. Zij overwegen gevolgen voordat ze tot handelen overgaan of een beslissing nemen. Ze lossen graag specialistische en technische problemen op en nemen niet graag grote risico's. Hierdoor zijn ze minder gericht op innovatie en enthousiasmeren en kunnen ze verstrikt raken in details. Ze zijn zeer stabiel, aandachtig en behulpzaam en streven hoge normen na.

Inzicht en nut

Het persoonlijke profiel dat volgt uit de PPA kan meer duidelijkheid geven over je eigen sterke punten op je werk en over je rol in een team. Aan de hand van je persoonlijkheidsprofiel kun je je voorkeursgedrag beter begrijpen. Je kunt je gedrag goed voorstellen en je houding richting anderen aanpassen. VvAA voert regelmatig individuele gesprekken met medisch specialisten, omdat zij inzicht willen krijgen in hun eigen gedrag. Verkregen individuele resultaten kunnen vervolgens ingezet worden in een teamanalyse die binnen een vakgroep wordt besproken. Een maatschap kan zo'n teamanalyse bijvoorbeeld inzetten tijdens de werving en selectie van een nieuwe maat. Tijdens deze analyse

AIOS SCOORDEN MINDER HOOG
OP INNOVATIEF VERMOGEN,
MOTIVERENDE EN INSPIRERENDE
KWALITEITEN EN HET BEWAKEN
VAN EIGEN GRENZEN

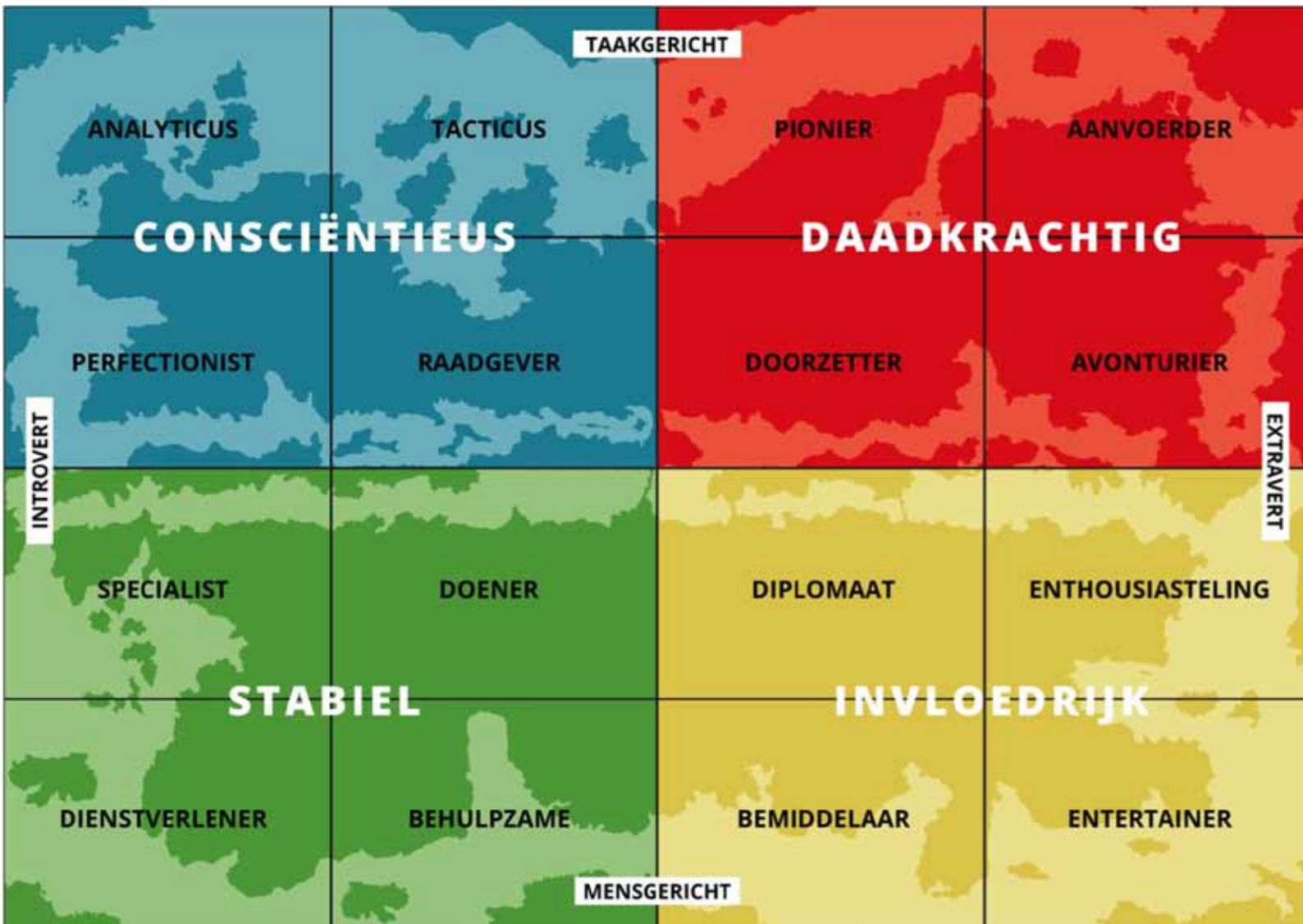


wordt bekeken welke kwaliteiten binnen het team ontbreken en welke kandidaat op grond hiervan het bestaande team het best aan kan vullen. Ook bij het verdelen van niet direct zorggerelateerde taken kan een teamanalyse helpen.

Nieuwsgierig?

Ben jij enthousiast geworden over de PPA en wil je deze laten afnemen? Of heb jij nog vragen naar aanleiding van dit artikel? Neem dan contact op voor meer informatie met Amarens Kerkhof via amarens.kerkhof@vva.nl.

DE MEESTE AIOS ZIJN KRACHTIG IN HET OPLOSSEN VAN SPECIALISTISCHE PROBLEMEN, GAAN GEDULDIG EN WELOVERWOGEN TE WERK



DE PERSOONLIJKE PROFIEL ANALYSE (PPA) ONDER DE LOEP.

De PPA als psychometrisch gedragsinstrument is gebaseerd op de theorie van psycholoog en professor dr. William Marston en geeft accuraat inzicht in iemands gedrag én communicatiestijl. Gedragskenmerken worden verdeeld in vier 'stijlen': Dominantie, Invloed, Stabiliteit en Conformiteit. De Persoonlijkheidsanalyse is inmiddels door meer dan 60 miljoen mensen wereldwijd gedaan. Iemand scoort minimaal op 1 en maximaal op 3 van deze stijlen hoog. De voorkeursstijl met de hoogste scores wordt als eerste genoemd: bijvoorbeeld iemand met een CS-profiel, heeft als eerste voorkeursstijl C (conformiteit) en als tweede voorkeursstijl S (stabiliteit).



Auteur
Nannet Alkema

Stilstaan bij wat je doet en je
gezonde verstand gebruiken

Doelmatigheid van zorg

Stel jij jezelf wel eens de vraag: 'Waarom wil ik dit onderzoek doen? Is het in het belang van de patiënt? Of doe ik het om mezelf gerust te stellen? Of om mijn eigen nieuwsgierigheid te bevredigen?' Doelmatige zorg begint met het stellen van vragen. Dat moet elke aios tijdens de opleiding leren, vinden prof. Laurents Stassen en aios Thomas Schok. Stassen is projectdirecteur van het Bewustzijnsproject, Schok zit als afgevaardigd bestuurslid van De Jonge Specialist in de stuurgroep van het Bewustzijnsproject.

Het Bewustzijnsproject: is dat een soort mindfulness?

Stassen: "Integendeel. Het Bewustzijnsproject gaat over het nuchtere, scherpe vermogen om afwegingen te maken die de kwaliteit van de patiëntenzorg ten goede komen."

Schok: "Het gaat om een manier van denken, een ingebakken bewustzijn. Vandaar de naam Bewustzijnsproject. Doel van het project is om aios doelmatig te leren denken en werken."

Doelmatig: dat riekt naar discussies over kille euro's.

Stassen: "Doelmatigheid staat niet voor goedkopere zorg. Kostenbesparing is niet de insteek van dit project, hoewel het wel een resultaat van doelmatig werken kan zijn. We willen aios leren bewust om

te gaan met de beschikbare middelen en hen bijbrengen wat de impact van hun handelen kan zijn. Doelmatigheid betekent: heldere afwegingen maken, tot beargumenteerde keuzes komen, jezelf vooraf de vraag stellen: wat voegt deze behandeling of dit onderzoek toe? Dat is niet alleen in geld uit te drukken, maar ook in resultaten als patiënttevredenheid, kwaliteit en veiligheid."

Schok: "Het is wel de dagelijkse realiteit: je geeft als arts publiek geld uit. Dat verplicht je tot zorgvuldigheid en verantwoord gedrag. Niet zomaar een scan aanvragen of nog maar eens een 'labje prikken'. Alles wat je doet, kost geld, dus je moet bewuste beslissingen nemen."

Stassen: "Voor mij ligt doelmatige zorg leveren al besloten in de eed van Hippocrates: 'Ik zal nooit mensen kwaad doen'. Ondoelmatig handelen is mensen kwaad doen. Zo zie ik dat."

Schok: "Door alle medische ontwikkelingen kunnen we steeds meer doen. Maar is het zinvol? En wil de patiënt dat wel? Ik kreeg laatst een vrouw doorgestuurd voor het verwijderen van een tumor in haar dikke darm. Toen ze tegenover me zat, zag ik een hoogbejaarde dame in kwetsbare gezondheid. Ik zei tegen haar: "Ik ben door collega's gevraagd of ik een operatie bij u wil doen". Ze antwoordde: "Maar dat wil ik helemaal niet!". Doelmatigheid zit ook in gesprekken met de patiënt. Samen de risico's afwegen tegen de baten en de mogelijke gevolgen voor de kwaliteit van leven."

Hoe leer je aios doelmatig te denken?

Stassen: "Voorbeeldgedrag van opleiders en supervisors is essentieel. Tijdens mijn eigen heilkundeopleiding heb ik veel gehad aan twee chirurgen die me trinden om kritisch te zijn, om geen overbodige onderzoeken aan te vragen. Stilstaan bij wat je doet en gewoon je gezonde verstand gebruiken. Enorm inspirerend."

Schok: "Maar er zijn ook specialisten die werken volgens het motto: 'We behandelen tot het gaatje'. Die vinden het lastig om te stoppen voordat ze al het mogelijke hebben ingezet. Wat scheelt is dat er bij grote ziektebeelden multidisciplinair over-





Foto: Appie Derks, Maastricht UMC+

leg is. Ook al is de ene arts wat minder bezig met doelmatigheid, dan is er altijd wel een ander die vraagt: 'Moeten we dit wel zo doen? Of kan het ook anders?' Ik denk dat de samenwerking tussen disciplines vanzelf al een kritischer grondhouding en meer doelmatigheidsbewustzijn met zich meebrengt."

Is het voor aios ook belangrijk om te weten wat alles kost?

Schok: "Ja, het is zeker goed dat aios inzicht krijgen in kosten en financiële stromen in de zorg. Als je op dit moment aan een willekeurige aios vraagt: 'Weet jij wat het kost wat je net hebt gedaan?', dan heeft hij daar waarschijnlijk geen antwoord op. Terwijl doelmatigheid daar wel mee begint: als je weet wat de prijs

is van onderzoeken en interventies, ga je je vanzelf al afvragen of ze echt nodig en nuttig zijn."

Schok vervolgt: "Van mij mag kosteninzicht trouwens wat verder gaan: geef elke arts wekelijks een overzicht van de onderzoeken die hij of zij heeft aangevraagd. En ga dan onderling vergelijken en bespreken: waar zitten de verschillen, is het nodig om er iets aan te veranderen? Op DOT-niveau gebeurt dat al wel, maar nog niet op het niveau van de individuele arts. Zelf zou ik daar wel voor open staan. Natuurlijk niet als er een negatieve beoordeling volgt als jij de meeste kosten hebt gemaakt, maar met als insteek: wat kunnen we leren van de verschillen? Ik vind het eigenlijk raar dat wij niet weten wat ons uitgavenpatroon is. In andere

sectoren moet je immers ook je *performance* laten zien, inclusief je financiële resultaten."

Zijn er nog andere manieren om aios doelmatigheidsbewustzijn bij te brengen?

Stassen: "In onze regio, de OOR ZON, hebben we de afgelopen jaren al volop geëxperimenteerd met manieren om doelmatigheidsbewustzijn teweeg te brengen. Een hele mooie manier is om aan nieuwe aios te vragen: 'Wat kan volgens jou beter?'. Vaak nemen ze uit andere ziekenhuizen een schat aan ervaringen mee. Het is zonde om daar als vakgroep niet voor open te staan; elke nieuwe aios komt binnen met gratis advies. Vervolgens gaan de aios aan de gang met één concreet verbeterproject."

Schok: "Dat doen wij in ons ziekenhuis ook. Een 'Verwonder- en verbeterproject' heet dat. Heel leerzaam. Eén van de uitkomsten van zo'n project is bijvoorbeeld dat we niet langer lijnen voor voeding en antibiotica prikken op een dure OK, maar in de voorbereidingsruimte. Frisse verbeterideeën komen vaak vanuit de aios zelf. Ik denk dat vakgroepen daar nog veel te weinig gebruik van maken. Laat aios het zelf bedenken én uitvoeren, die kracht moeten ze juist benutten!"

Samen met de OORs

Het Bewustzijnsproject werkt samen met de acht OORs (Onderwijs- en Opleidingsregio's) aan het verankeren van het thema Doelmatigheid van zorg in alle geneeskundige vervolgopleidingen. Opdrachtgever van het Bewustzijnsproject is het College Geneeskundige Specialismen, de uitvoering is in handen van Maastricht University. Meer informatie over de deelprojecten die in jouw OOR lopen vind je op www.bewustzijnsproject.nl





Auteur

Wouter Blox, bestuurslid De Jonge
Specialist en aios longgeneeskunde

AIOS Academy

Platform brengt scholingsaanbod in kaart

Steeds meer aios volgen een discipline-overstijgende training of cursus. Maar hoe weet je nou of zo'n leiderschapstraining of managementcursus aan je eisen voldoet? De AIOS Academy van De Jonge Specialist wijst je de weg in de 'scholingsjungle'.

Tot nu toe was er geen platform waar je als aios de kwaliteit van alle cursussen en trainingen kon checken, maar De Jonge Specialist brengt daar nu verandering in. In de AIOS Academy lichten we de cursussen en trainingen uit waarvan wij geloven dat ze voldoen aan jouw kwaliteitseisen. Bovendien krijg je als lid van De Jonge Specialist een mooie korting op het inschrijfgeld. Je vindt de AIOS Academy via www.aios-academy.nl.

De AIOS Academy is een nieuw initiatief van DJS dat we gestart zijn begin 2017. Het aanbod wordt geleidelijk uitgebreid. Op dit moment bevat de Academy nog enkel cursussen waarmee we persoonlijk goede ervaringen hebben, bijvoorbeeld omdat bestuursleden de cursus hebben gevolgd of zelfs mede hebben ontwikkeld. We hopen het aanbod steeds verder uit te breiden op basis van jullie ervaringen, waarvan we selecties ook zullen publiceren op onze website.

Hoe werkt de AIOS Academy?

De AIOS Academy werkt samen met ervaren partijen die de inhoud van de cursus ontwikkelen. Deze cursussen en trainingen worden tentoongesteld op aios-academy.nl. Wanneer je als aios iets ziet dat je aanspreekt, kun je doorklikken naar de website van de betreffende aanbieder voor meer informatie. Via de aanbieder kun je je ook inschrijven. Vergeet daarbij niet aan te geven dat je lid bent van De Jonge Specialist om die mooie korting te krijgen!



Scan de QR-code voor meer informatie



De AIOS Academy...

- biedt een overzicht van door ons geselecteerde cursussen en trainingen waar we persoonlijke en goede ervaringen mee hebben;
- geeft jou een aantrekkelijke korting op het inschrijfgeld van de cursus;
- hoort graag jouw feedback over de verschillende cursussen, zodat we de kwaliteit van ons aanbod zo hoog mogelijk kunnen houden;
- is speciaal ontwikkeld voor onze leden;
- wordt in de loop der tijd steeds verder uitgebreid.





3D atlas of human embryology

De embryonale ontwikkeling uniek in beeld

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

Enkele maanden geleden ging een bijzondere website *live*: www.3datlasofhumanembryology.com. Een unieke, driedimensionale atlas van de ontwikkeling van het menselijk embryo, voor iedereen gratis toegankelijk. De informatieve en kleurrijke reconstructies verschenen in de nationale én internationale media. Medische beeldvorming kreeg iets kunstzinnigs.

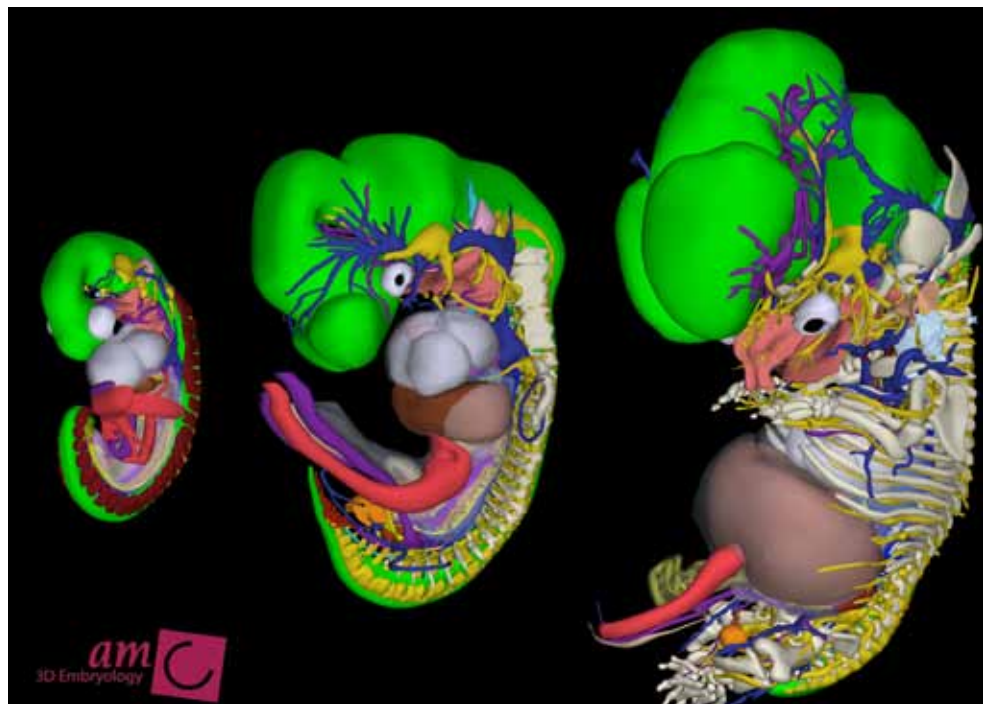
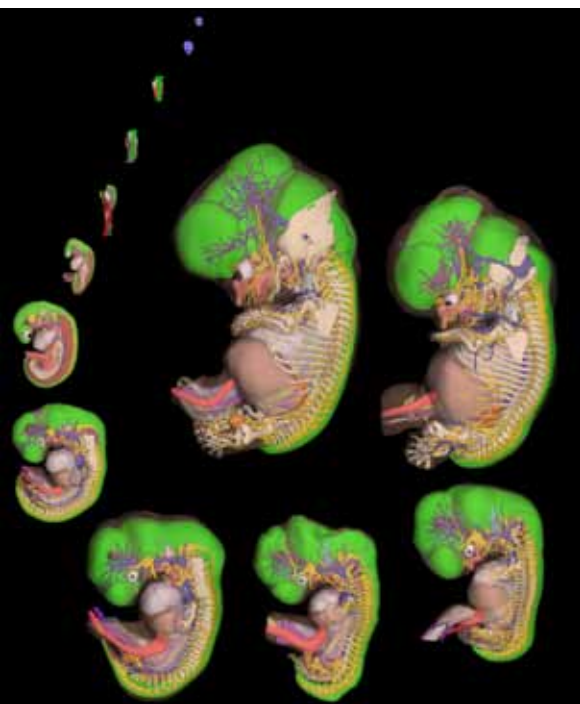
Bernadette de Bakker stond aan de wieg van het baanbrekende project. Zij is arts-embryoloog op de afdeling Anatomie, Embryologie & Fysiologie van het AMC. Samen met emeritus hoogleraar Antoon Moorman en professor Roelof-Jan Oostra begeleidde ze ongeveer 75 studenten van diverse biomedische wetenschappen die aan de atlas werkten. "Het primaire doel van het project is onderwijs", licht ze toe, "voor en door studenten".

De 3D-atlas is gebaseerd op de Carnegiecollectie, een verzameling van 2000 embryo's die streng beveiligd opge-

slagen liggen in Washington DC. "Die embryo's zijn vanaf het begin van de 20e eeuw verzameld in heel Amerika", vertelt De Bakker. "Ze werden verkregen bij operaties vanwege een extra-uteriene graviditeit of een hysterectomie, waarbij er soms nog een embryo in de baarmoeder bleek te zitten. Deze verzameling is uniek in de wereld. Doordat ze mooi verwerkt zijn in microscopische coupes, zijn de embryo's heel waardevol voor onderzoek." Maar helaas zijn ze niet zo maar beschikbaar, ondervond de Bakker. Drie keer vloog ze naar Amerika om de coupes te fotograferen en zo de embryo's te reconstrueren. Maar de derde keer kreeg ze, ondanks eerdere toezegging, geen toegang tot de verzameling en keerde ze onverrichterzake huiswaarts. Desondanks is er nu de atlas van de eerste 8 weken van de menselijke embryonale ontwikkeling. "Alle foto's van de coupes, bijna 15.000 in totaal, zijn in een reconstructieprogramma op elkaar gestapeld, zodat er per specimen een soort CT-scan ontstaat

waar je doorheen kan scrollen", legt de Bakker uit. "Vervolgens hebben studenten Geneeskunde, Medische Biologie en Psychobiologie handmatig alle weefsels en organen op de beelden omcirkeld, om een 3D-beeld te vormen. Met studenten van de opleiding *Game Development* en *Game Design* van de Hogeschool Amsterdam hebben we deze modellen geoptimaliseerd tot onderwijskundige modellen. Er zit zo'n 45.000 uur werk in."

De online atlas is niet alleen beschikbaar voor studenten en professionals. Iedereen kan de embryo's online van alle kanten bestuderen en elk orgaan of weefsel apart selecteren of weglaten. Door de kleurrijke reconstructies en soms surrealistische afbeeldingen, krijgen de modellen iets kunstigs. Geneeskunst? "De keuzes voor de kleuren heb ik zelf gemaakt", zegt De Bakker. "Dat vergt wel wat artistiek inzicht. Gelukkig ben ik als dochter van een radioloog erg visueel ingesteld!"





GEZONDHEIDS- ZORG IN MALAWI

Cruciale rol voor de *clinical officer*

de helft van de kinderen onder de vijf jaar is ondervoed of blijft achter in groei.

De cijfers geven een indicatie van de lage sociaaleconomische ontwikkeling en de beperkte toegang tot gezondheidszorg voor de Malawianen. Deze toegang wordt met name bemoeilijkt door de slechte wegen en het gebrek aan transportmogelijkheden, vooral in de rurale gebieden. Het gezondheidssysteem probeert hier aan tegemoet te komen met veel kleine *health centers* die weer draineren op *community*- en *district hospitals*. Deze kunnen op hun beurt verwijzen naar *central hospitals* (er zijn vier centrale ziekenhuizen op zeventien miljoen inwoners).

De grootste uitdaging in de ziekenhuizen is het gebrek aan medische staf, middelen en behandelruimtes. Met name medisch-specialistische zorg schiet tekort en er worden nog altijd maar weinig dokters opgeleid in Malawi. Daar komt bij dat veel Malawiaanse artsen liever hun heil in het buitenland zoeken, waar de omstandigheden beter zijn en het salaris hoger is. Door deze *brain drain* blijft het tekort aan artsen in het land nijpend. Een deel van het probleem wordt opgelost door *clinical officers*: ervaren klinici met een HBO-basisopleiding van vier jaar, te vergelijken met *physician assistants*. Ze doen in veel ziekenhuizen all round klinisch werk en zijn al doende erg bedreven geraakt. Aangezien hun bevoegdheden niet buiten Malawi gelden, vormen zij de ruggengraat

van de nationale gezondheidszorg.

De medische faculteit van Malawi is een programma gestart om de *clinical officers* verder op te leiden en te trainen in meer specialistische zorg. Dit verhoogt de standaard van de gezondheidszorg in het land en biedt ook de *clinical officers* carrièreperspectief. Momenteel zijn er verschillende driejarige *bachelor courses* voor *clinical officers*, onder meer in gynaecologie/verloskunde, chirurgie, orthopedie en anesthesie.

Vanuit diverse westerse landen is positief gereageerd op de introductie van *clinical officers* in de gezondheidszorg. Enkele wetenschappelijke studies hebben aangetoond dat het de Malawiaanse gezondheidszorg ten goede is gekomen. Ook van verdere specialisatie van *clinical officers* worden positieve resultaten verwacht, en onder andere in Nederland zijn er initiatieven om de *clinical officers* hierin te ondersteunen. Zo wordt momenteel het '*Universities Mission project*' opgezet, waarbij geregeld Nederlandse artsen met affiniteit met de tropen naar Malawi zullen gaan om de *clinical officers* tijdens hun werk in districtsziekenhuizen te superviseren en trainen op hun verzoek. Dit project zal zich in eerste instantie richten op de pijlers gynaecologie/verloskunde, heelkunde en orthopedie. Werkgroepen die hierbij betrokken zijn, zijn '*Safe Motherhood*' en de '*Netherlands Society for International Surgery*'.

Auteur

• Eva Stortelder, aios chirurgie

Malawianen noemen hun land zelf '*the warm heart of Africa*'. Een juiste naam, gezien de ligging in het zuidoosten van het continent, de heerlijke temperatuur en de hartelijke bejegening van de inwoners. Toch kent Malawi ook heel wat problemen: het had de twijfelachtige eer in 2016 het armste land ter wereld te zijn en de cijfers in de gezondheidszorg liegen er niet om. Zo ligt de gemiddelde levensverwachting rond de 50 jaar, met name door de AIDS-epidemie (prevalentie momenteel rond de 10%) en hoge kindersterfte (112 per 1000 levend geboren). De maternale sterfte is alarmerend hoog met 670 per 100.000 levend geboren. Bijna

PERSOONLIJK
VERHAAL

Verrassingen op je dag

Auteur: **Eva Stortelder**

Op het vliegtuigtrapje overvalt het me direct. Dit was het gevoel. Een warme regenbui en de geur van rook. Ik ben er weer: Malawi.

Drie jaar nadat ik er als tropenarts werkte, kom ik nu een buitenlandstage van drie maanden doen, in het kader van mijn heelkundeopleiding. Een mooie kans die ik met beide handen heb aangegrepen.

Het leven hier is doorgestaan; ik ben in Nederland begonnen als aios chirurgie. Er zijn allerlei dingen veranderd, en toch is drie jaar maar zo kort en lijkt mijn leventje van toen nog te bestaan. De taal, het klimaat, de mensen, het eten, de minibus... Ik kan er zo weer instappen.

Het ziekenhuis is nog steeds indrukwekkend. Vervallen gebouwen tussen redelijk nieuwe afdelingen, waar patiënten in één grote zaal liggen, onderling verbonden met betonnen gangen met golfplaten daken. De regen roffelt boven je hoofd, als je van de *female ward*, via 'paeds' naar de *male ward* loopt. Het rode zand vormt modder met de regen en besmeurt schoenen en broekspijpen. Niets is hier echt schoon te houden, in alle - soms ook medische!- opzichten, dus ik probeer het ook niet meer. In de gangen zie je familieleden van patiënten, de *guardians*, die koken, wassen, wat rondhangen of liggen te slapen, soms met hun kindjes bij zich. Een ziek familielid betekent dat je verplicht bent deze te komen verzorgen in het ziekenhuis. Hiermee wordt de verpleegkundige zorg, die meestal niet afdoende is, aangevuld. Als er een omaatje ('agogo') steunend op een stok in de gang voorbij komt, wordt zij uitvoerig en respectvol begroet door de Malawianen. Ouderen genieten hier veel ontzag door hun levenswijsheid.

Ik kom langs het operatiekamercomplex en zie patiënten wachten op hun ingreep. Gehuld in alleen een laken zitten ze op een bankje voor de deur, catheterzak en infuuszak in hun handen. Op een bed ligt een vrouw in barensnood, waarschijnlijk zal zij spoedig een sectio ondergaan. Ik herinner me een keer dat hier ook een hoogzwangere dame op een sectio wachtte, en op de brancard voor de OK beviel van een blakende baby. Het is verre van perfect natuurlijk, maar het is zoals het gaat hier en dat brengt soms verrassingen op je dag.

Dat deze verrassingen niet altijd aangenaam zijn, merk ik bij aankomst op de *male ward*, waar ik een man mag beoordelen met een mogelijke *bowel obstruction*. Een oudere man met sinds vier dagen uitblijven van ontlasting, buikpijn en een opgezette buik zonder braken. Bij onderzoek blijkt het een typische *drum ab-*

domen en als ik de gemaakte röntgenfoto tegen het licht houd, bevestigt deze mijn vermoeden: *coffee-bean sign*, duidend op een volvulus van het colon sigmoïdeum. Reden om hem voor te bereiden voor een operatie.

Tot zover gaat het goed, maar dan valt mijn oog op de patiënt naast de man. Een jonge man liggend op een *floor bed*, (een matras op de grond bij gebrek aan beter), die niet veel lijkt te bewegen. Hij blijkt betrokken te zijn geweest bij een verkeersongeval enkele dagen geleden en is binnengebracht *by some people*. Zijn naam is onbekend. Hij heeft geen *guardians*. De diagnose was *head injury*. Hij heeft een infuus gekregen zie ik, hopelijk met pijnstilling erin.

Ik ga dichterbij hem kijken en kom tot de conclusie dat hij niet meer leeft. Om hem heen neemt een verpleegkundige de bloeddruk op bij een andere patiënt en komt iemand met een zwabber langs...

Het is iets dat vaker voorkomt hier. Men reageert ook nu overwegend gelaten, maar toch is het niet normaal. Dit zou nooit normaal mogen zijn. Deze man had geen naam, zal naar het mortuarium van het ziekenhuis worden gebracht en dan? Ergens worden begraven? Zijn familie, waar deze ook woont, zal het niet weten. Het enige dat ik kan doen is 's avonds een kaarsje voor hem opsteken.

Hoe kan ik me optimaal inzetten hier, zonder mijn motivatie te verliezen of in huilen uit te barsten enerzijds, maar met behoud van m'n menselijkheid anderzijds? Deze vraag heb ik me destijds ook gesteld, bedenk ik me opeens weer. Toen heb ik die lijn weten te bewandelen en dat gaat me nu ook weer lukken. Dat weet ik zeker.

Dit was het gevoel. Ik ben er weer: Malawi.

DEZE MAN HAD GEEN
NAAM, ZAL NAAR HET
MORTUARIUM VAN HET
ZIEKENHUIS WORDEN
GEBRACHT EN DAN?



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

Eerste Echte Werkdag

Daar ging ik dan: als verse jonge klare op naar mijn eerste echte baan. Waarneming voor zwangerschap, maar toch: een Baan. In deze tijd best een luxe. Mooi op tijd kwam ik op mijn werkplek een stad verderop aan. Mijn pasje lag al klaar, er was tevoren zelfs een inlogcode voor de computer naar me gemaïld en ik kon zo een witte jas halen. Wie doet je wat!?

Kennismaking

Aangekomen op de poli trof ik daar één andere collega specialist. Wij hadden elkaar nog niet eerder ontmoet. Hij bleek de andere waarnemer te zijn. Er waren twee dokters uitgevallen, aan ons de eer

hen te vervangen. Hij net na zijn pensioen nog even bijbeunen en ik: mijn allereerste baan als specialist. Na een korte kennismaking kwamen we er achter dat we beiden totaal onbekend waren in dit opleidingsziekenhuis en dat we waarschijnlijk vandaag poli moesten doen.

Het tijdstip dat logisch leek om een overdracht te doen verstreek. Er kwamen even twee collega's binnenwaaien, die even snel weer met een 'hoi, dag, ik ben naar OK' weer verdwenen. En daar stonden we dan. Ochtendoverdracht? Daar doen we hier niet aan.

Ploeteren

De wachtkamer liep langzaam vol. We keken elkaar aan en kwamen tot de conclusie dat het kennelijk de bedoeling was dat wij deze patiënten gingen zien. En waar ik het nog in mijn broek deed om de juiste diagnose, had mijn collega-waarnemer grote problemen met het EPD waar hij nog nooit mee had gewerkt. We gingen aan de slag en om beurten liepen we bij elkaar binnen. "Zou jij deze ook opereren?" afgewisseld met "Waar staat in vredesnaam de aanvraag voor een CT

in dit systeem?" en "Deze moet toch gewoon naar de internist?". Zo ploeterden we de dag door.

Harde leerschool

Bespottelijk natuurlijk, maar toch echt gebeurd. Ik kan je vertellen: dit had niets met kwaliteit en al helemaal niet met veiligheid te maken. Terwijl er keihard gewerkt wordt om deze thema's van de grond te krijgen, is er lang niet overal op de werkvloer oog voor. De enige manier waarop we dit kunnen veranderen is door niet langer te accepteren dat het zo gaat. In mijn naïviteit heb ik niet van tevoren gevraagd hoe het inwerken er uit zou zien, of wie ik zou treffen op mijn eerste dag. Een harde leerschool. Doe je voordeel met mijn ervaring!.

HET WAS KENNELIJK
DE BEDOELING DAT
WIJ DEZE PATIËNTEN
GINGEN ZIEN.



Aios radiologie maakt radiopedia

Auteur **Annelies Berden**, aios reumatologie



Annelies van der Plas (31) is sinds kort radioloog. In haar assistentietijd richtte zij StartpuntRadiologie op: een online platform dat op een begrijpelijke manier

uitlegt hoe je foto's en scans moet beoordelen.

Wat heeft jou gedreven om het StartpuntRadiologie op te richten?

Pure frustratie dat er niets soortgelijks bestond! Oorspronkelijk wilde ik orthopeed worden en om mijn anatomiekennis te verbeteren deed ik een co-schap radiologie. Ik merkte hoe leuk dat vak is, maar ook hoe weinig ik ervan wist. Ik ging op zoek en merkte dat overzichtelijke, praktische informatie over radiologie op internet ontbrak. Dat zette mij aan het denken: ik wilde een toegankelijk platform opzetten voor studenten en assistenten.

Ik denk dat veel studenten en aios aanlopen tegen een gebrek aan radiologische kennis. Wat maakt dat jij dit project daadwerkelijk hebt opgepakt?

Ik denk met name omdat ik zo gepassioneerd ben over het vak. Dit raakte me zo, er moest gewoon iets komen! Daarnaast wilde ik graag een project naast mijn opleiding doen.

Hoe heb je het aangepakt?

Ik heb een jaar nagedacht over het concept, toen ben ik gaan tekenen en schrijven. Vervolgens heb ik mensen benaderd voor hulp, maar dat ging moeizaam. Uiteindelijk was ik het zo zat om elke keer mijn idee te verkopen, dat ik het op eigen houtje ben gaan doen. Ik heb mijn spaargeld aangebroken en ben in mijn vrije tijd aan de slag gegaan.

Hoe zag dat er concreet uit, dit platform ontwikkelen in je vrije tijd?

Het waren pittige jaren, ik heb veel vakantiedagen opgeofferd. Ik moest veel leren: met tekenprogramma's kon ik niet overweg. Ik

had veel geld in het project gestopt – een goede site kost geld - dus het was belangrijk dat het slaagde. In januari 2014 ging de site online. Snel kwamen de eerste positieve reacties: dat gaf energie om door te gaan. We kijken nu naar mogelijkheden om de investering terug te verdienen, maar proberen de site onafhankelijk te houden.

Hoe heb je de site onder de aandacht gebracht?

Ik heb vooraf via de co-raden een digitale enquête gehouden. Hierop kwamen zo'n 800 reacties waaruit bleek dat veel co-assistenten hun radiologiekennis en het onderwijs hierover onvoldoende vonden. Dankzij promotie door de co-raden ging de bal rollen. Meerdere universiteiten gebruiken de site nu in het reguliere onderwijs. Sinds kort is de website ook vertaald in het Engels.

Doe je nog steeds alles alleen?

Sinds 2015 benader ik aios radiologie om mee te schrijven. De teksten worden gecontroleerd door gespecialiseerde radiologen. Alle plaatjes maak ik zelf.

De site richt zich op co-assistenten. Heb je plannen om de site onder aios te promoten?

Ik overweeg dit, maar de basis voor de co-assistenten moet eerst af. Ik denk dat de site interessant is voor aios. Er is geen reden om te veronderstellen dat radiologische kennis er na het afstuderen ineens wel is. Ik krijg ook berichtjes van aios via de site. Een aios keel-, neus- en oorheilkunde gaf bijvoorbeeld aan veel te hebben gehad aan de uitleg over een scan van de sinussen. Ook komen er berichtjes van huisartsen, fysiotherapeuten en laboranten. Ik krijg ook gekke reacties: een filmmaker heeft me eens gevraagd naar een foto van een schouderluxatie! Binnenkort wil ik een *poll* houden om uit te zoeken wat de verdeling van mijn publiek is.

Is er iets wat je van dit project hebt geleerd dat je andere aios wilt meegeven?

Ik heb geleerd dat je voor het geven van goed onderwijs terug moet naar de basis en om dat te kunnen doen moet je de materie heel goed beheersen. Zet door als je een goed idee hebt en in je project gelooft!





Auteur

Berber Piet, aios longgeneeskunde

vijf jaar aios checklist

Klaar voor de start?

Beginnende arts-assistenten zijn niet altijd goed voorbereid op hun eerste dienst in het ziekenhuis, zo bleek in 2009 uit een rapport van De Inspectie voor de Gezondheidszorg. Om dit te verbeteren werd in 2011 door de voorlopers van De Jonge Specialist en de Federatie Medisch Specialisten de aios checklist ingevoerd. Dit is een hulpmiddel om te controleren of de arts-assistent bekwaam is voor de dienst. Daarnaast bestaat sinds 2006 de "Modelinstructie arts al dan niet in opleiding tot medisch specialist werkzaam in ziekenhuizen". Na tien jaar komt hier dit jaar een nieuwe versie van uit: de "Modelinstructie aios en anios werkzaam in een zorginstelling".

Waarom deze checklist en modelinstructie? Voor een goede functie-uitoefening is het van belang dat a(n)ios weten over welke informatie zij moeten beschikken. Dit gaat niet alleen om medisch inhoudelijke kennis en vaardigheden, maar juist ook om lokale logistiek binnen het ziekenhuis. De aios checklist is een handig hulpmiddel om te controleren of de a(n)ios voldoende is geïnformeerd om zijn/haar functie goed uit te kunnen oefenen. De lijst biedt snel overzicht in relevante informatie over onder meer de werkprocessen, richtlijnen, regels en protocollen binnen het ziekenhuis.

Afvinken niet genoeg

Het Diaconessenhuis in Utrecht gaat een stap verder dan de aios checklist en de modelinstructie. Hun medisch opleiders en onderwijskundigen organiseren een volledige inwerkmaand voor hun assistenten. Een programma waar de deelnemende aios en anios zeer enthousiast over zijn. Een kort inwerkprogramma waarin bij indiensttreding snel alle verplichte zaken afgevinkt worden, biedt naar hun mening onvoldoende waarborg voor een goede start van je klinische loopbaan.

In het Diaconessenhuis sprak ik hierover met twee anios interne geneeskunde, Jeroen Vermeulen en Maaïke van Gelder en Marieke van Schelven, onderwijskundige.

Hoe is jullie inwerkprogramma tot stand gekomen?

Marieke: We hebben al heel lang een ziekenhuisbreed inwerkprogramma waarin alle arts-assistenten die nieuw bij ons in dienst komen een maand als extra a(n)ios in het rooster staan. De ervaring leert dat de introductie snel een vergaarbak wordt

van allerlei losse onderdelen, iedereen wil de a(n)ios wel wat meegeven. Assistenten kunnen deze kennis in hun eerste week nog niet plaatsen omdat de context ontbreekt. Het programma wordt op maat gemaakt, maar voor iedereen geldt: eerst het algemene deel, daarna inwerken in je eigen specialisme en tot slot een competentie beoordeling.

Hoe hebben jullie dit vormgegeven?

Bij het vormgeven van het programma was de insteek: zo compact mogelijk en met de focus op ABCDE-methodiek en SBARR, een communicatie methodiek. We hebben een stuk of tien *e-learning*s ontwikkeld om informatie te geven over diverse ondersteunende afdelingen, voor het verbeteren van (medische) kennis over onderwerpen zoals ABCDE, acute buik, DBC DOT, ECG en medicatie voorschrijven.

Zo hadden de laboratoria aanvankelijk allemaal een apart praatje van een uur, nu is dit één *e-learning* van een half uur. Het grote voordeel van *e-learning*s is dat a(n)ios deze op een voor hen

DE ERVARING LEERT DAT
DE INTRODUCTIE SNEL EEN
VERGAARBAK WORDT VAN
ALLERLEI LOSSE ONDERDELEN





Foto: Berber Piet

geschikt moment kunnen volgen. Daarnaast kunnen ze het geleerde meteen in de praktijk brengen, omdat ze tegelijkertijd kennismaken met de kliniek.

Naast de *e-learning*s wordt ook een aantal klinische lessen gegeven en is er tijd ingeruimd voor scenariotrainingen waarin de acute opvang van ernstig zieke patiënten wordt geoefend. Het rapport van de werkgroep Kwaliteitsindeling Spoedeisende Hulp uit 2009 ("Spoedeisende Hulp: vanuit een stevige basis"), was directe aanleiding om het programma meer te focussen op ABCDE-training en deze competentie voor de start van het zelfstandig werken te toetsen.

Populairste onderdeel van het inwerkprogramma is voor Jeroen en Maaïke de ABCDE theorie en vaardigheidstraining. Je volgt eerst de "abcdeSIM" game die door het Erasmus MC in samenwerking met de Stichting beroepsopleiding huisartsen is ontwikkeld. Het spel drilt je in de ABCDE systematiek en motiveert je om het zo goed mogelijk te doen. Als je de digitale onderdelen inclusief een kennistoets met goed gevolg hebt afgelegd, mag je door naar de scenariotrainingen in het *skills lab*. Deze trainingen worden gegeven door medisch specialisten en er nemen ook ervarener collega's aan deel. Op die manier leer je meteen je collega's en de lokale werkcultuur kennen. De reanimatie commissie verzorgt daarnaast nog een aparte BLS of ALS-training.

Hoe bevalt deze manier van inwerken?

Maaïke en Jeroen: Die bevalt heel goed. We kunnen ons inwerkprogramma voor een groot deel zelf indelen. De scenariotrainingen en klinische lessen worden ingepland, maar we

bepalen zelf wanneer we de *e-learning*s volgen en wanneer we naar de diverse afdelingen gaan om kennis te maken. Op je eigen afdeling loop je mee met een ervarener a(n)ios, maar je krijgt ook een paar patiënten onder je hoede. Hierdoor kun je zaken uit de *e-learning* in de praktijk brengen, terwijl je collega in de buurt is om te helpen met praktische problemen waar je tegenaan loopt. In de eerste maand volg je in ieder geval een stage cardiologie en maak je kennis met de hartbewaking en de ICU. Verder loop je een weekenddienst en twee keer een avonddienst op de verschillende locaties mee met een collega. Het is fijn dat de focus ligt op de opvang van de acuut zieke patiënt en op vertrouwd raken met het ziekenhuis.

Hoe wordt aan het einde van de inwerkperiode beoordeeld of je voldoende voorbereid bent op het zelfstandig werken?

Met de SEH-arts wordt een checklist doorgenomen om te controleren of alle competenties voor de acute opvang van patiënten zijn behaald. Dit is niet alleen een beoordeling van jou als assistent, er wordt ook besproken of je jezelf bekwaam voelt. Afsluitend volgt aan het einde van de inwerkmaand een gesprek met de eigen opleider met een formele competentie beoordeling. De vakgroep beoordeelt of je bekwaam bent en er is weer ruimte om je eigen oordeel te geven. Dit eindgesprek is echt een reflectiemoment. Je kunt veilig en open bespreken waar je nog tegenaan loopt of waar je onzeker over bent.



Wil jij voor je gesprek met de opleider controleren of je klaar bent voor je eerste dienst? Kijk dan op www.dejongespecialist.nl onder dienstverlening > aios checklist.





Dokter Google en de post-truth



Auteurs

Rosa Nieuwenhuize, aios interne geneeskunde

Wouter Blox, aios longgeneeskunde

Tanca Minderhoud, aios interne geneeskunde

Veel patiënten googelen hun klachten voor ze bij ons in de spreekkamer komen. Hoe moeten we omgaan met het feit dat medische kennis nu voor bijna iedereen beschikbaar is via internet? Kunnen we het in ons voordeel gebruiken? En wat is de invloed op onze autoriteit als arts?

In december 2016 zond de NPO drie afleveringen uit van het programma *Dokters vs. Internet*. Het format was eenvoudig: zet drie huisartsen met een gezonde dosis parate kennis tegenover drie bekende Nederlanders met een iPad. Vervolgens komen er aan de lopende band patiënten voorbij die kort vertellen met welke symptomen ze zich ooit bij hun eigen arts presenteerden. Beide teams krijgen de mogelijkheid om vragen te stellen en vervolgens is het afwachten wie de juiste diagnose stelt. De BN'ers mogen alles opzoeken op internet, de huisartsen moeten het doen met alleen hun kennis en ervaring.

Een negroïde vrouw die in Suriname ooit koorts en pijn door het hele lichaam kreeg na een koude zwempartij in een rivier? Na enkele gerichte vragen rinkelde bij een van de huisartsen een belletje. Ze vraagt of er sprake was van een 'crise'. Nadat daarop bevestigend wordt geantwoord, is de diagnose sikkelcelanemie snel gesteld. De BN'ers kwamen, ondanks enthousiast googelen, niet verder dan dat er waarschijnlijk sprake was van artrose.

Voorkennis

Dit voorbeeld laat zien dat een bezoek aan de dokter nog steeds meerwaarde heeft boven het gebruik van een zoekmachine. Maar dat je als dokter als totale autoriteit gold, dat lijkt niet meer te bestaan. Voor kennis hoeft je immers niet langer naar de bibliotheek; kennis is overall ter wereld verkrijgbaar via smartphone en tablet. Door deze ontwikkeling

zien we allemaal regelmatig patiënten die voorafgaand aan het ziekenhuisbezoek uitgebreid op internet hebben gekeken en Google als kennisbron hebben gebruikt. Dat kan positief uitpakken doordat een patiënt hierdoor al meer voorkennis heeft over zijn aandoening, of over een bepaalde therapie. Maar het gebeurt ook regelmatig dat een patiënt het niet eens is met de voorgestelde diagnostiek of therapie. "Maar op internet stond dat..."

Wat leest de patiënt?

Er zijn veel officiële instanties die informatie verspreiden op internet. Een mooi voorbeeld is thuisarts.nl. Deze website werd in maart 2012 gelanceerd door het Nederlandse Huisartsen Genootschap. Er worden ruim zeshonderd onderwerpen besproken op deze website. De informatie is gebaseerd op verschillende officiële richtlijnen, maar dan in voor de patiënt begrijpelijke taal uitgelegd. Eind 2016 verscheen in *BMJ Open* een artikel over het effect van deze website, die op dat moment 2.9 miljoen individuele page views per maand had. De onderzoekers stelden vast dat de landelijke zorgvraag in de eerste lijn met 12% afnam in de eerste twee jaar dat thuisarts.nl bestond. Met name laag-complexe, telefonische consulten kwamen minder vaak voor. Thuisarts heeft vorig jaar de eerste stappen gezet in het verschaffen van informatie over onderwerpen die thuishoren in de tweede lijn. Er is begonnen met de onderwerpen melanoom, perifeer vaatlijden, cataract, heupfractuur en diabetes. Patiën-

INTERNETFORA, MISSCHIEN WEL DE GROOTSTE BRON VAN ERGERNIS ONDER ARTSEN

ten kunnen zo betrouwbare informatie krijgen over deze onderwerpen. Artsen kunnen de informatie ook gebruiken om voorlichting te geven. Overigens biedt uptodate.com, de website die wij allemaal gebruiken om snel iets op te zoeken over een ziektebeeld, al jaren informatie aan voor patiënten. Ze maken voor veel onderwerpen zelfs onderscheid tussen Basics (voor een leek die alleen basale informatie wil) en Beyond the Basics (voor de mensen die het onderwerp wat beter willen begrijpen). Helaas is deze bron voor ons minder bruikbaar omdat lang niet al onze patiënten goed Engels lezen.

BETROUWBARE WEBSITES

- www.thuisarts.nl
- www.uptodate.com
- www.sportzorg.nl
- www.patiëntenfederatie.nl





'Voor al uw vragen is er dr. Google'

Ilona Dekkers M.D.^o

Lotgenotencontact

Een andere bron van informatie zijn patiëntenverenigingen. Niet alle adviezen die hier te vinden zijn, zullen in overeenstemming zijn met het oordeel van de specialist. Wel kan zo'n site een goede plek zijn voor lotgenotencontact. Farmaceutische bedrijven onderhouden ook websites over uiteenlopende onderwerpen. De websites zien er mooi en professioneel uit, maar hoewel de informatie vaak wel op wetenschappelijk onderzoek is gebaseerd, is deze natuurlijk niet onafhankelijk en soms eenzijdig weergegeven.

Tot slot de internetfora, misschien wel de grootste bron van ergernis onder artsen. Hier komen alle 'ervaringsdeskundigen' aan bod. Als arts denken we vaak dat patiënten elkaar hier helemaal gek maken en elkaar de meest exotische therapieën aanraden. In 2016 is in Engeland onderzocht hoe vaak de informatie die op fora verspreid wordt nou eigenlijk klopt. Het blijkt dat de meeste informatie zeer accuraat is en dat er slechts in 5% sprake is van echt onjuiste informatie. Bij 4% blijkt er een advies gegeven te zijn dat potentieel gevaarlijk is¹.

Regie in eigen hand

Internet kan ook zeer behulpzaam zijn voor zowel artsen als patiënten. Voor patiënten met zeldzame ziekten kan het vinden van een lotgenoot zeer belangrijk zijn. Benoemd wordt dat het delen van klachten en prognose veel emotionele

steun geeft, maar nog belangrijker; als er meer patiënten worden gevonden met een zeldzame aandoening geeft dit meer kans dat er onderzoek kan worden gedaan naar oorzaak of therapie. Zo is er het verhaal van Matt Might. Hij publiceerde in 2012 online het verhaal over zijn zoon met een ontwikkelingsachterstand. Na jarenlang zoeken, bleek er een mutatie in het NGLY1 gen te zitten. Maar omdat hun zoon op dat moment de enige was met deze aandoening, was verder onderzoek geen optie aldus de artsen. Na zijn beschrijving van het ziektebeeld op internet, die al snel 'viral' ging, kwam hij in 13 maanden in contact met nog negen patiënten bij wie een mutatie in NGLY1 was beschreven! Hoewel nog een zeer bescheiden groep, heeft dit geleid tot meer inzicht in de variabiliteit van het ziektebeeld en meer inzicht in (ondersteunende) behandeling². Dit geeft dus enerzijds voordeel aan de patiënt, maar ook wetenschappers hebben hier baat bij: op deze manier kunnen grotere cohorten verzameld worden.

Voorbij de waarheid

Dit jaar was *post-truth* het internationale woord van het jaar volgens de Oxford Dictionaries³. *Post-truth* houdt in dat voor het vormen van een publieke opinie de objectieve feiten minder belangrijk zijn dan emoties en persoonlijke overtuigingen. Het woord komt uit de politiek en is sinds de Brexit en de verkiezingen in

Amerika een veelgehoorde term. Ook in de medische wereld hebben wij met dit begrip te maken. In november 2016 ontstond er in een uitzending van Pauw een heftige discussie over het risico van vaccinaties. Het gesprek liep volledig uit de hand en emoties voerden de boventoon. Een dag later begon Pauw zijn uitzending met te benoemen dat feiten in die discussie betwist werden of ondergesneeuwd raakten en dat zij als programma niet achter de boodschap stonden dat het niet vaccineren van kinderen een verantwoord en gezonde optie is. Persoonlijke overtuigingen worden massaal gedeeld via sociale media en de waarheid is soms ver te zoeken.

Deal with it!

Wanneer je patiënt begint met "Ik heb op internet gelezen dat" is onze eerste reactie vaak enige argwaan en terughoudendheid. Maar misschien maken we nog niet genoeg gebruik van de voordelen en kansen die internet en sociale media bieden. En dat is ook een wel een beetje een kwestie van wennen. Durf jij al in je onderzoeksvorstel te zetten dat je patiënten zult werven via sociale media? Durf jij iets in Google in te typen als de patiënt dat kan zien? Maar de voordelen van internet zijn duidelijk: we kunnen onze patiënten beter informeren en in bepaalde gevallen antwoord geven op de vraag: moet ik naar de dokter of niet?

Iedereen zal hierin zelf zijn of haar persoonlijke weg moeten vinden. Binnen de opleiding kun je dit ook als leerdoel stellen. Zoek bijvoorbeeld tijdens je polistage eens uit waar de beste informatie voor jouw patiënt online beschikbaar is. En ga het gesprek eens echt aan met je patiënt over de informatie die hij of zij op internet heeft gevonden. En gebruik dan zeker je sociale vaardigheden (en dit artikel) om je patiënt duidelijk te maken dat jij nog altijd beter kan diagnosticeren dan dr. Google!

1. Jennifer Cole et al. Health Advice from Internet Discussion Forums: How Bad Is Dangerous?. *J. Med Internet Res.* 2016 Jan 6; 18(1).
2. Seth Mnookin. Issue One of a Kind What do you do if your child has a condition that is new to science? *The New Yorker* July 21, 2014
3. Oxford Dictionaries - <https://en.oxforddictionaries.com/word-of-the-year/word-of-the-year-2016>



A portrait of Tanca Minderhoud, a woman with blonde hair, wearing a grey jacket over a white top with a dark pattern. She is looking slightly to the right of the camera with a gentle smile. The background is a grey brick wall.

column

Tanca Minderhoud,
aios interne geneeskunde

Misbaksel

Als scheidend redactielid schrijf ik nog één keer de column. Nog één keer een kans om eens ongenueanceerd mijn mening voor te leggen. Om de cirkel rond te maken kies ik het onderwerp waar ik ooit ook mee begon in deze rubriek.

Stel je het ziekenhuis eens voor als een taartenfabriek. Er zijn verschillende soorten afdelingen, zoals de afdeling verjaardagstaarten, promotietaarten, trouwtaarten en geboortetaarten. De eerste drie afdelingen weten altijd op tijd wanneer een taart af moet zijn en zijn open van maandag tot en met vrijdag. De afdeling geboortetaarten heeft de afspraak gemaakt dat er altijd binnen 4 uur een taart gemaakt moet worden. Ze weten echter nooit wanneer er een kind wordt geboren. Daarom is deze afdeling 24/7 geopend.

Doordeweeks worden er schitterende taarten gemaakt op alle afdelingen. De meeste bakkers staan het liefst vast op een afdeling, omdat een promotietaart natuurlijk iets heel anders is dan een verjaardagstaart. Het is druk op de geboortetaartenafdeling en daarom werken er overdag zes mensen. In de avond en nacht werken er twee mensen en het hele weekend ook twee. Omdat alle werknemers van alle afdelingen liever overdag

werken, worden de onregelmatige diensten op de geboortetaartenafdeling verdeeld over alle taartenbakkers van de hele fabriek.

Helaas pakt dit niet altijd goed uit. Op zaterdag worden er soms evenveel taarten besteld als op dinsdag, terwijl de bezetting maar 1/3 is. En ook in de avond en nacht worden soms opeens meer taarten besteld dan verwacht. Bovendien zijn de taartenbakkers die dan aan het werk zijn, minder ervaren met geboortetaarten. Ze staan namelijk de rest van de week op een andere afdeling.

Helaas leidt dit ertoe dat vooral de weekend-geboortetaarten vaker mislukken. Ze branden een beetje aan, het glazuur ziet er niet uit, of de verhoudingen van zoet en zout kloppen niet. Doordeweeks proberen de afdelingen zo goed mogelijk bij te werken wat er in het weekend misgaat, maar eens een misbaksel blijft altijd een misbaksel. In een poging de weekend-drukke nog enigszins te beperken, worden sommige levertijden haastig vervroegd en sommige uitgesteld, waardoor het op maandag en vrijdag altijd vreselijk druk is. 'Gelukkig' weet niet iedereen hoe de perfecte taart hoort te smaken en zijn de kersverse ouders meestal te druk en te moe om te klagen bij de fabriek.

Zou jij ooit een geboortetaart in het weekend bestellen bij een fabriek die zo georganiseerd is?

Ik ben ook graag op zaterdagmiddag thuis om gezellig een taartje te bakken met mijn kinderen. Maar als het om patiëntenzorg gaat, zou ik veel liever wat vaker op woensdagmiddag thuis zijn en een taartje bakken, en op zaterdag goede zorg leveren in het ziekenhuis. Zodat onze patiënten niet langer worden blootgesteld aan een verouderd, gevaarlijk systeem voor weekendzorg.



OP WEG NAAR 2025 MET DE ACADEMIE VOOR MEDISCH SPECIALISTEN

Scholing in medisch management, leiderschap en professionele ontwikkeling

Overtuigend overkomen

De manier waarop je overkomt bepaalt de acceptatie voor je boodschap. In deze driedaagse cursus leer je hoe je invloed kunt uitoefenen in je gesprekken, zonder te ver van jezelf te raken.

Prijs leden VvAA € 1.395,- (niet-leden € 1.495,-)

Locatie Utrecht

Start 29 juni en 12 oktober

Time- en stressmanagement

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

Prijs leden VvAA € 695,- (niet-leden € 750,-)

Locatie Utrecht

Start 31 mei en 6 oktober

Sollicitatietraining

Deze cursus wordt gehouden voor bijna jonge klaren. Je krijgt inzicht in wat voor jÓu de beste voorbereiding is en hoe je daarmee de beste indruk maakt zodat de plek aan jou wordt gegund.

Prijs leden DJS € 275,- (niet-leden € 325,-)

Locatie Utrecht

Start 19 april en 3 november

Basiscursus ziekenhuismanagement

Deze 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

Start 27 september

JULIA SPAAN, gynaecoloog in opleiding in het Máxima Medisch Centrum te Veldhoven, volgde de 'Basiscursus ziekenhuismanagement'.

"Aan het eind van mijn opleiding was ik op zoek naar een cursus die inzicht geeft in het management van een ziekenhuis. Het is goed om meer af te weten van zaken die je niet leert in je opleiding.

De dagen waren voor mij een soort introductie met interessante eye-openers. Je merkte dat bepaalde sprekers een compleet andere manier van kijken hadden dan je zelf hebt. Er werd bijvoorbeeld veel nadruk gelegd op beleid, visievorming en een document als 'Medisch Specialist 2025'. Ze lieten duidelijk het belang zien en je realiseert je dat het ook jÓuw toekomst is. We hadden een heel enthousiaste deelnemersgroep met veel interactie, onderling en richting de sprekers. In een ontspannen sfeer gingen zij uitgebreid op de vragen in. Het waren dan ook meer gesprekken met een leidraad dan echte colleges. Ik heb de cursus met veel plezier gevolgd."



www.academiemedischspecialisten.nl - telefoon (030) 247 41 97