

de JONGE ^{°1} SPECIALIST

JAARGANG 5 - MAART 2018

Hét magazine voor medisch specialisten in opleiding



ALTERNATIVE LIMB: EEN PROTHESE ALS SIERAAD | Machteld Huber over een nieuwe definitie van gezondheid | **Hoe bevalt het werken met EPA's in de praktijk?** | Zo werkt het Capaciteitsorgaan | **Performing arts medicine: dansers en musici als patiënt** | Compendium Geneeskunde: compleet boekwerk | **Geschil over de opleiding gewonnen. En dan?** | Moeras door Annelies van Vuren: winnaar A² Award

Financiële jungle voor de startende medisch specialist

Seminar • 7 april 2018 • Burgers' Zoo • Arnhem



Schrijf
nu in

Uw bestaan als arts in opleiding zit er bijna op. Gaat u daarna als jonge klare werken in het vrije beroep? Kiest u voor een baan in loondienst in een algemeen of academisch ziekenhuis? De keuze is aan u.

Om u bij deze belangrijke keuze te helpen bieden wij het seminar **Financiële jungle voor de startende medisch specialist** aan. Belangrijke financiële en juridische aspecten komen deze ochtend aan bod. Uw gezin is op deze dag ook van harte welkom voor een bezoek aan Burgers' Zoo.

Schrijf u nu in!

Kijk op www.sibbing.nl voor meer informatie en/of vul gelijk het inschrijfformulier in.

0318 - 544 044 • info@sibbing.nl
www.sibbing.nl

Sibbing 

Redactie

Berber Piet, hoofdredacteur
 Hanneke Verheijde
 Desiree van den Hondel
 Susanne Korsse
 Eva Stortelder
 Wouter Blox
 Rosa Nieuwenhuize

Eindredactie

Liza Leijenhorst, Prescripts

Coverbeeld

© Omkaar Kotedia 'Vine for Kelly Knox'

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 5

© 2018 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



VAN ALLE MARKTEN THUIS

Met inmiddels twee ministers op het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport mag het wel duidelijk zijn dat gezondheidszorg voor veel mensen een belangrijk terrein is. Hier komen vele meningen samen als het gaat over hoe de zorg het best georganiseerd kan worden. De Jonge Specialist probeert in deze enerverende wereld de belangen van aios zo goed mogelijk te behartigen en alle aios tijdig te informeren over veranderingen met betrekking tot de medische vervolgopleiding. Voor 2018 richten wij onze pijlen op het ontwikkelen van een technologisch innovatieprofiel, om aios zo op te leiden dat ze als medisch specialist klaar zijn voor de technologische veranderingen die plaatsvinden in de zorg.

Profielen

Tegelijkertijd ontvangen we signalen dat de verkorting van de opleidingsduur en het opleiden van minder aios op de dagelijkse werkvloer niet altijd samengaat met het goed benutten van de talenten van aios en het optimaal profiteren van het individueel opleiden. Daarnaast is het niet voor iedere opleider en aios duidelijk hoe bijvoorbeeld profielen ingericht kunnen worden. Daarom zal De Jonge Specialist hierover in 2018 duidelijkheid proberen te scheppen door een overzicht te bieden van de mogelijke invulling van deze profielen. Dit kan als handvat gebruikt worden voor het samenstellen van je individuele opleidingsplan en het gesprek hierover met je opleider.

Veilig en gezond

Bovendien vindt De Jonge Specialist het belangrijk dat aios hun werkzaamheden en opleiding veilig en gezond kunnen uitvoeren. Werk jij volgens een rooster dat voldoet aan de Arbeidstijdenwet? Is supervisie altijd laagdrempelig beschikbaar en vindt dit plaats in een veilige sfeer? Ervaar jij klachten die passen bij een *burnout*? En in hoeverre is er sprake van seksuele intimidatie bij aios? #metoo Vragen die we jullie in onze 'veilig werken enquête 2018' zullen voorleggen. Met de resultaten daarvan kunnen we ons nog beter inzetten voor het optimaliseren van onze arbeidsomstandigheden. Vul deze enquête dus zeker in en zorg dat je collega's hetzelfde doen!

Wil je meer weten over alle plannen die De Jonge Specialist voor 2018 in petto heeft? Lees dan ons jaarplan op de website www.dejongespecialist.nl.

Ik sluit af met je veel leesplezier te wensen met dit magazine dat laat zien hoe breed de wereld van gezondheidszorg is: van dans- en muziekgeneeskunde, via *gamechangers* naar uitleg over het Capaciteitsorgaan. Aios zijn van alle markten thuis!

Marjolein Kremers, voorzitter De Jonge Specialist



8, 9, 10

Machteld Huber
Positieve Gezondheid



12. 13. 14, 15

Gamechangers
Yes we can!



21, 22

Boni Rietveld
Muzikale arts

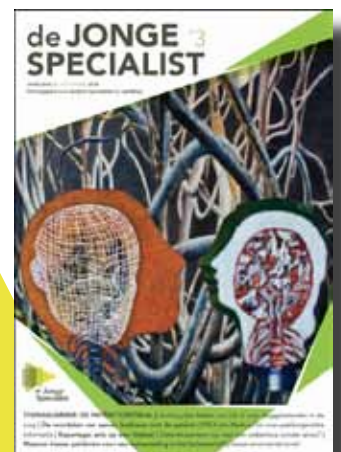


VACATURE REDACTIELEDEN EN FOTOGRAAF VOOR DE JONGE SPECIALIST MAGAZINE

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 enthousiaste schrijvers die meer uit hun talent willen halen.

Ben je niet zo van het schrijven, maar meer van de foto's? 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















28, 29













Geneeskunst Alternative limb

Rubrieken legenda

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



Inhoud

-  Oogopslag 6, 7
-  Interview met Machteld Huber 8, 9, 10
-  Opleidingsgeschied gewonnen. En nu? 11
-  Gamechangers in health 12,13,14,15
-  Zo werkt het Capaciteitsorgaan 16,17,18
-  Bekentenissen van een jonge klare 19
-  Interview met Boni Rietveld 20, 21
-  EPA's in de praktijk 22, 23, 24
-  Annelies van Vuren (winnaar A²Award) 25
-  King's College London 26, 27
-  Persoonlijke protheses 28, 29
-  Compendium Geneeskunde 30, 31



OOGOPSLAG

KORT NIEUWS EN FEITJES

Registratie EVC's door anios

Sinds juli 2014 geldt een nieuw Kaderbesluit waarmee het mogelijk is om de opleiding meer op het individu toe te spitsen. Achterliggende gedachte van dit Kaderbesluit is dat het mogelijk moet zijn om de opleiding van een aios af te stemmen op zijn/haar ontwikkeling, wensen en talenten. Om deze reden is het project Realisatie Individualisering Opleidingsduur (RIO) opgestart. Het einddoel van dit project is het verkorten van de gemiddelde opleidingsduur van een aios met drie maanden.

Een belangrijk deel van de verkorting van de opleiding moet worden toegekend op basis van het meewegen van zogenaamde Eerder Verworven Competenties (EVC's). Dit zijn vaardigheden die een aios al voorafgaand aan diens opleiding heeft behaald, bijvoorbeeld tijdens een werkperiode als anios. De arts-assistent is zelf verantwoordelijk voor het aanleveren van bewijzen van deze EVC's om verkorting te krijgen. De vraag is echter of de anios zich momenteel wel bewust is van deze

verantwoordelijkheid. Kan er wel verantwoordelijkheid worden toegekend als de arts-assistent geen bewijsvoering heeft van zijn/haar vaardigheden?

Arnout Jansen, zelf voormalig anios op de spoedeisende hulp van het Zuwe Hofpoort ziekenhuis, besloot nader onderzoek te doen naar deze vraag. Samen met David Holwerda van Reconcept maakte hij een rapport op, op basis van antwoorden op een vragenlijst die werd ingevuld door 126 anios.

Uit het onderzoek blijkt dat de onderzochte anios op grote schaal ervaring opdoen voordat ze in opleiding gaan. Het blijkt echter ook dat zij deze ervaring nauwelijks registreren in de vorm van verrichtingen of competenties. De meest genoemde reden hiervoor is het feit dat niet duidelijk is wat ze moeten registreren. Daarnaast hebben of kennen de meeste van de respondenten geen registratie-tools of -methoden.

Desondanks zijn de anios over het algemeen gemotiveerd om te registreren en vinden dit ook een eigen verantwoordelijkheid.

Als beroepsvereniging voor aios juicht De Jonge Specialist dit initiatief van harte toe. Niet alleen is een groot deel van de Nederlandse aios lid van onze vereniging, ook komt het goed vastleggen van EVC's de kwaliteit van de medische vervolgoopleiding ten goede.

Dus hierbij een oproep aan alle anios in Nederland: lees het rapport, bedenk welke competenties jij al hebt behaald voor het starten van je opleiding en leg deze goed vast!



Je leest het rapport via deze link: bit.ly/anios-evc

Cultuurtip

Zin om eens een heel ander type museum te ontdekken? In Amsterdam is het museum Tot Zover gevestigd. En dat museum staat volledig in het teken van een thema waar we als mens, maar zeker als arts allemaal mee te maken krijgen: de dood. Het doel van dit Nederlands Uitvaart museum is om meer inzicht te krijgen en te geven in hoe wij omgaan met onze sterfelijkheid.



Het museum is elke dinsdag tot en met zondag geopend van 11 tot 17 uur. Kijk voor meer informatie op www.totzover.nl.



A²Award

Op 13 december is de A²Award uitgereikt aan Annelies van Vuren voor haar verhaal 'Moeras'. De A²Award is een initiatief van De Jonge Specialist en de Academie voor Medisch Specialististen om aios in het zonnetje te zetten. Annelies won met haar indrukwekkende verhaal over een jonge patiënte met een melanoom. Haar verhaal staat als column in dit magazine.

Naast het verhaal van Annelies hebben we nog vele andere verhalen ontvangen. De jury (bestaande uit de voorzitter van De Jonge Specialist, Marjolein Kremers, en opleider van het jaar 2017 Michael van Balken) heeft een top vijf samengesteld. Die kun je nu lezen op onze website.



Aankondiging Veilig Werken enquête

Binnenkort zal De Jonge Specialist een enquête uitzetten onder haar leden over Veilig Werken. Hoe is het opleidingsklimaat in de Nederlandse ziekenhuizen? Hoe zijn de arbeidsomstandigheden? Hoeveel a(n)ios hebben te maken met een burn out? En durven arts-assistenten hun supervisors wel aan te spreken als het er toe doet? We zijn benieuwd naar jouw mening. Houd onze website en nieuwsbrief in de gaten voor meer informatie.

Save the date AIOS Upgrade 28-9-2018

Op 28 september 2018 vindt het jaarlijkse congres voor aios plaats: de AIOS Upgrade. Ook dit jaar bieden we je weer een ruime keuze aan workshops, gericht op jouw toekomstige baan als medisch specialist en op discipline overstijgende competenties. Noteer deze datum alvast in je agenda en houd onze nieuwsbrief en website in de gaten!

3e editie CBA Tilburg van start

In mei start de derde leergang van het Clinical Business Administration (CBA) Program. Een compact en intensief programma, dat qua opzet lijkt op een MBA programma, maar dan precies is afgestemd op de behoeften van jonge zorgprofessionals. Het programma staat open voor deelnemers die minimaal basisarts zijn. In de deelnemersgroep ontmoet je net afgestudeerde jonge 'klaren', PhDs, tandartsen, apothekers, aios en anios, maar ook professionals met een niet-medische achtergrond. Deze leergang is een samenwerking van TIAS (Tilburgs Instituut voor Academische Studies) business school en De Jonge Specialist.

Het programma biedt *up-to-date* wetenschappelijke kennis en inzichten over *clinical leadership*, de financiering van de gezondheidszorg, *governance*, kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Ook wordt in het programma aandacht besteed aan de persoonlijke ontwikkeling en ambitie op het managementvlak.

Heb jij ambitie om de gezondheidszorg in Nederland te verbeteren en de volgende stap te zetten in jouw carrière? Kijk dan op onze AIOS Academy (www.aios-academy.nl). Onze leden krijgen bij inschrijving gratis het boek *The three box solution* van Vijay Govindarajan, ter waarde van €30,-.

Op de Academy vind je natuurlijk altijd het beste cursusaanbod voor Nederlandse aios, geselecteerd door De Jonge Specialist. Inschrijven voor een cursus is voor onze leden extra voordelig.



Gezondheid als middel, niet als doel

Machteld Huber over Positieve Gezondheid

Positieve Gezondheid is de brede uitwerking van een nieuwe, dynamische omschrijving van gezondheid, waarin functioneren, veerkracht en zelfregie centraal staan. Hierdoor is gezondheid niet langer een starre definitie die een groot deel van de wereldbevolking uitsluit en ziek verklaart. Eén van de initiatiefnemers achter dit begrip is voormalig huisarts en onderzoeker Machteld Huber.

auteur: **Berber Piet**, aios longgeneeskunde

Als jonge huisarts maakte Machteld Huber een aantal ernstige ziekte-episodes door. "Ik ondervond letterlijk en figuurlijk aan den lijve dat onze medische benadering veel te beperkt was. Allerlei factoren die mijn herstel beïnvloedden, werden door de medische zorg niet bij mijn behandeling betrokken." Dit bevorderen van herstel en gezondheid intrigeerde haar: "Wat was gezondheid nu precies? Ik besloot te stoppen als huisarts, werd onderzoeker en ging daarnaast werken met drugsverslaafden. Ik was nieuwsgierig naar wat je nog heel kon maken aan zeer beschadigde mensen. Die interesse kwam vanuit mijn eigen ziekte, maar ook al door ervaringen uit mijn jeugd. Ik ben opgegroeid in de tijd kort na de oorlog. Mijn vader was bevriend met een bekend verzetsstrijder die jaren in een concentratiekamp heeft gezeten. Het fascineerde mij hoe mensen omgaan met dergelijke diep-traumatische ervaringen. Ik heb mij onder andere verdiept in wat zijn concentratiekampervaring Freud-leerling psychiater Victor Frankel heeft gebracht. En ik heb later ook met mensen met oorlogstrauma's gewerkt."

Positieve gezondheid

Op het moment dat het nieuwe concept

van gezondheid van de grond kwam, was Huber al tientallen jaren bezig met onderzoek naar de factoren die de veerkracht van een organisme kunnen bevorderen: "Ik heb onder andere een groot voedingsonderzoek gedaan in opdracht van het ministerie van landbouw, waarin bleek dat dieren een groter herstellend vermogen hadden, meer veerkracht dus, als ze een dieet van biologisch-geteelde producten kregen. Voor dit begrip veerkracht was geen ruimte in de geldende WHO-definitie voor gezondheid". De definitie uit 1948 luidde "a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity." Deze formulering was destijds een enorme stap voorwaarts ten opzichte van de daarvoor geldende negatieve definitie van gezondheid als "de afwezigheid van ziekte". Daarnaast werden voor het eerst niet alleen het fysieke, maar ook het mentale en sociale domein betrokken. De definitie leverde echter drie beperkingen op. In de eerste plaats zorgt het woord 'complete' ervoor dat veel mensen als niet gezond worden bestempeld. Dit kan leiden tot medicalisering. In de tweede plaats zijn ziektepatronen veranderd, waarbij het accent van acute, dodelijke (vaak infectie) ziekten is verschoven naar

chronische ziekten, waar mensen tientallen jaren mee leven. De WHO-definitie verklaart mensen met chronische aandoeningen of beperkingen blijvend ziek. Zodoende is dit contraproductief: de definitie kan bijvoorbeeld het vermogen tot coping in de weg staan. Het derde probleem is de moeilijke toepasbaarheid in de praktijk: de term "complete well-being" is onpraktisch en niet meetbaar.

Nieuwe definitie gezondheid

Huber raakte met anderen in gesprek over de beperkingen van de WHO-definitie, onder andere met André Knottnerus, toenmalig voorzitter van de Gezondheidsraad en met Henk Smid van ZonMw. "Zij gaven mij de opdracht in 2009 een internationale conferentie te organiseren over de definitie van gezondheid. De bedoeling was zo mogelijk een nieuwe definitie van gezondheid te formuleren. Paul Schnabel suggereerde om niet van een definitie maar van een 'concept' te spreken. Een definitie bakent af en bepaalt een grens; als je niet kan wat beschreven wordt, ben je "ziek". De titel van de conferentie luidde: "Is health a state or an ability? Towards a new concept of health." Het was de bedoeling om van de statische WHO-definitie naar een





Machteld Huber

ALLERLEI FACTOREN
DIE MIJN HERSTEL
BEÏNVLOEDDEN,
WERDEN DOOR DE
MEDISCHE ZORG NIET
BIJ MIJN BEHANDELING
BETROKKEN

meer dynamisch concept van gezondheid te gaan, gebaseerd op veerkracht of het vermogen om je eigen integriteit, evenwicht en welbevinden te hervinden of behouden. In onze visie is gezondheid het vermogen om jezelf zoveel mogelijk aan te kunnen passen en je eigen regie te voeren. Deze conferentie genereerde vele gezichtspunten. Die heb ik samen met de andere sprekers samengevat in een artikel, wat tot onze grote vreugde in 2011 in *the British Medical Journal* werd gepubliceerd. Na dit succes kreeg ik in 2011 de vervolgoopdracht van ZonMw om het draagvlak voor dit nieuwe concept te onderzoeken en een eerste stap te zetten naar de operationalisering ervan".

Draagvlak

"We begonnen met het interviewen van stakeholdergroepen, onder andere patiënten, beroepsbeoefenaars en beleidsmakers", legt Huber uit. "Er bleek unaniem een groot draagvlak voor het nieuwe concept van gezondheid te bestaan. Bij de uitwerking naar indicatoren waren er wel grote meningsverschillen. We kwamen uit op 556 indicatoren van gezondheid, die wij geordend hebben tot zes dimensies en 32 onderliggende termen die we aan de stakeholdergroe-

pen hebben voorgelegd. Dokters en beleidsmakers denken heel anders dan patiënten. De patiënten dachten heel breed, de professionals en beleidsmakers in het algemeen heel smal over de uitwerking van gezondheid. Uiteindelijk

HET SPINNENWEB IS EEN MOOI GESPREKSINSTRUMENT, DAT OOK KAN HELPEN BIJ SHARED DECISION MAKING

hebben we gekozen voor de specifieke invulling die patiënten hieraan gaven: dat gezondheid over het hele leven gaat. Die brede invulling hebben we toen Positieve Gezondheid genoemd. Na de toekenning van de ZonMw Parel, mijn hierop volgende promotie en alle publiciteit hieromheen, is er meer draagvlak gekomen voor deze brede kijk op gezondheid, waarbij het vermogen om je aan te passen en eigen regie te voeren én de brede

invulling, centraal staan. Dit past ook goed bij het werk van de Commissie Innovatie Zorgberoepen van Marjan Kaljouw en Kete Kervezee en het profiel van de Medisch Specialist 2025."

Het spinnenweb

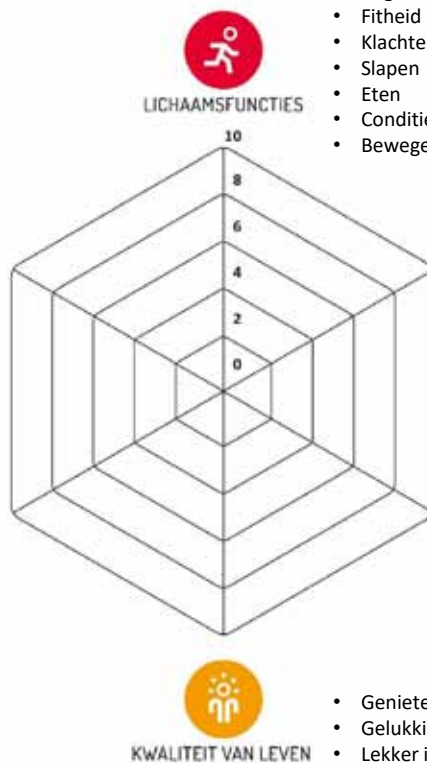
Het model en instrument dat gebruikt wordt om de breedte van gezondheid weer te geven is het spinnenweb (zie afbeelding), waarin de zes pijlers van Positieve Gezondheid gevisualiseerd worden. Dit zijn: lichamelijke functies, mentaal welbevinden, zingeving, dagelijks functioneren, sociaal maatschappelijk participeren en kwaliteit van leven. Huber: "De essentie van het spinnenweb is om gezondheid een middel te laten zijn om de patiënt in de gelegenheid te stellen zijn doel te bereiken. Dit spinnenweb is in een gesprek met een patiënt de eerste stap. Iemand kijkt als het ware in de spiegel van zijn leven en geeft daar een oordeel over. Vervolgens is het cruciaal om niet direct in te gaan op de laagste score, maar juist te vragen wat iemand zelf zou willen veranderen, wat voor diegene het belangrijkste is. Dit is de tweede stap, het voeren van 'het andere gesprek'. Het spinnenweb is een mooi gespreksinstrument, dat ook kan helpen bij *shared*

MIJN POSITIEVE GEZONDHEID

- Zorgen voor jezelf
- Je grenzen kennen
- Kennis van gezondheid
- Omgaan met tijd
- Omgaan met geld
- Kunnen werken
- Hulp kunnen vragen



- Sociale contacten
- Serieus genomen worden
- Samen leuke dingen doen
- Steun van anderen
- Erbij horen
- Zinnvolle dingen doen
- Interesse in de maatschappij



- Je gezond voelen
- Fitheid
- Klachten en pijn
- Slapen
- Eten
- Conditie
- Bewegen



- Onthouden
- Concentreren
- Communiceren
- Vrolijk zijn
- Jezelf accepteren
- Omgaan met verandering
- Gevoel van controle



- Zinvol leven
- Levenslust
- Idealen willen bereiken
- Vertrouwen hebben
- Accepteren
- Dankbaarheid
- Blijven leren



- Genieten
- Gelukkig zijn
- Lekker in je vel zitten
- Balans
- Je veilig voelen
- Hoe je woont
- Rondkomen met je geld

decision making, bijvoorbeeld bij keuzes voor interventies. Maar voor het vervolgesprek is het mooi als je ook vaardigheid hebt in bijvoorbeeld *motivational interviewing*. De derde stap is om vervolgens generalistisch te kijken naar wat iemand wil en hoe dat bereikt zou kunnen worden. Wat kan iemand zelf en waar is eventueel steun nodig? Als medicus kun je niet alles oplossen. Als iemand iets niet medisch wil, weet dan naar wie je door kunt verwijzen. Zorg dat je een breed netwerk hebt en de lokale sociale kaart kent."

Vertrouwen

Uiteraard leent niet elk arts-patiënt contact zich voor een diepgaand gesprek over Positieve Gezondheid, vindt Huber: "Je moet mensen een dergelijk gesprek niet opdringen, het is iets intiems en het kan confronterend zijn. Daarom moet je een patiënt bij voorkeur goed kennen en een basis van vertrouwen hebben. Het gesprek kan wel door allerlei medisch beroepsbeoefenaren toegepast worden. Onze training (en binnenkort e-learning) onder andere over 'het andere gesprek' -

aanvankelijk ontwikkeld voor instellingen voor langdurige zorg- is inmiddels gericht op alle zorgprofessionals. Paramedici, managers, psychologen, medisch specialisten, huisartsen en verpleegkundigen krijgen allen dezelfde training. Sommige huisartspraktijken kennen inmiddels al een uur durende consulten Positieve Gezondheid, die vergoed worden door verzekeraars".

Blue Zones

Wereldwijd bestaat het fenomeen van de *Blue Zones*: lokale gebieden, waar het mogelijk blijkt om zonder chronische ziektes of aftakeling ouder dan honderd te worden. Deze plekken kennen in het algemeen een hoge levensverwachting en onevenredig veel honderd-plussers. Volgens journalist en ontdekker Dan Buettner zijn dit plaatsen waar het ecosysteem uitnodigt tot gezond gedrag. Dit zijn onder andere Sardinië en Ikaria in Europa en Okinawa in Japan. De overeenkomsten tussen deze gebieden? Een met name plantaardig dieet, een gemeenschap met alles op loopafstand en een betekenisvol

leven. Interessant genoeg blijken persoonlijke zingeving en het deel uitmaken van een sociaal netwerk heel belangrijke aspecten. "Dit nu zijn precies de factoren die ook in ons spinnenweb zitten", zegt Huber. "Onze ambitie is door middel van Positieve Gezondheid van Nederland de grootste *Blue Zone* ter wereld te maken. Je mag jezelf een gewaagd doel stellen, nietwaar?"

DE ESSENTIE VAN
HET SPINNENWEB IS
GEZONDHEID EEN
MIDDEL TE LATEN
ZIJN OM IEMAND ZIJN
EIGEN DOEL TE LATEN
BEREIKEN.



Auteur

*Mr. Annemarie Ludwig,
jurist arbeidsrecht, werkzaam bij het Kennis- en Dienstverleningscentrum van de Federatie Medisch Specialisten en LAD*

Opleidingsgeschil gewonnen, en dan?

Het komt met enige regelmaat voor dat een aios een besluit van de opleider om de opleiding te beëindigen, aanvecht. Het Kennis- en Dienstverleningscentrum (KDC) van de Federatie Medisch Specialisten en de LAD staat aios in deze procedure bij. Maar ook in de fase ná de procedure kan een aios soms ondersteuning gebruiken.

Het aanvechten van een dergelijk besluit kan met een geschillenprocedure, waarbij eerst wordt bemiddeld door de Centrale Opleidingscommissie in de eigen instelling. Als dat niet tot een bevredigende oplossing leidt, kan vervolgens een procedure worden gevoerd bij de Geschillencommissie KNMG. Het Kennis- en Dienstverleningscentrum van de Federatie Medisch Specialisten en de LAD helpt bij het opstellen van een verzoekschrift en gaat mee naar de hoorzitting.

Nieuwe opleidingsplek

Marc Jansen*, aios radiologie, was in een geschillenprocedure betrokken. De samenwerking met de opleider verliep niet goed, maar van ongeschiktheid voor de opleiding was onvoldoende gebleken. De Geschillencommissie oordeelde dan ook dat Marc zijn opleiding mocht voortzetten in een andere opleidingsinstelling.

Marc was uiteraard opgetogen dat hij in het gelijk was gesteld en een tweede kans kreeg, maar verkeerde vervolgens in onzekerheid over waar hij zijn opleiding zou kunnen voortzetten en hoe hij een nieuwe plek moest gaan bemachtigen. Het KDC heeft Marc hierin kunnen begeleiden.

In de uitspraak van de Geschillencommissie staat vaak dat de opleider in overleg met de aios een andere opleidingsplek moet zoeken. Dat betekent dat opleider en aios om de tafel moeten en samen moeten bepalen welke instellingen worden benaderd met het verzoek om de aios 'over te nemen'. Marc had

zijn voorkeuren, mede ingegeven door zijn woonplaats en de gebondenheid aan die regio in verband met de werkplek van zijn partner. De opleider heeft hier rekening mee gehouden en contact gezocht met de instellingen van zijn eerste voorkeur. Deze instellingen bleken echter niet genegen om Marc op te nemen.

Marc vroeg het KDC of dat is toegestaan: een aios weigeren die door de Geschillencommissie in het gelijk is gesteld. In de regelgeving is opgenomen dat een opleider zich moet inspannen om een nieuwe opleidingsplek te vinden voor een aios die door de Geschillencommissie in het gelijk is gesteld. Ook is bepaald dat een opleider bereid moet zijn een aios op te leiden die op aanwijzing van de RGS een nieuwe opleidingsplaats zoekt nadat hij door de Geschillencommissie in het gelijk is gesteld. Ook de instelling dient in dat geval bereid te zijn een aios toe te laten.

Doorstart van de opleiding

Gelukkig lukt het in de meeste gevallen om in onderling overleg een plek te vinden. Het helpt daarbij vaak als de aios pro-actief is in het zoeken naar een nieuwe plek en zich open opstelt. Soms betekent het dat genoeg moet worden genomen met een opleidingsplek verder van huis. In het uiterste geval, wanneer de opleider geen gehoor lijkt te vinden bij andere opleidingsinstellingen, is het mogelijk om de RGS te vragen een opleidingsinstelling aan te wijzen. Een dergelijke aanwijzing mag de nieuwe beoogde opleider niet naast zich neerleggen. Het behoeft geen betoog dat een nieuwe start die op deze manier moet worden afgedwongen geen gemakkelijke is. Gelukkig komt deze situatie zelden voor. Marc heeft uiteindelijk een plek gevonden die weliswaar niet zijn eerste keus was, maar waar hij wel onbevangen werd ontvangen. Al met al een succesvolle doorstart van de opleiding.

* deze naam is vanwege privacyredenen gefingeerd





Tijd voor een transitie in de zorg

CHANGING THE GAME... YES, WE CAN!

Gamechangers in health is een leiderschapsprogramma voor aios van De Jonge Specialist (DJS), VvAA en Better Future en staat in het teken van positieve veranderingen, invloed uitoefenen en jezelf ontdekken. Een aantal kandidaten vertellen welke plannen zij hebben voor de zorg van de toekomst.

Wellicht ken je het; je komt ergens werken en er valt je iets op wat anders of beter kan. Pak je dat aan of wacht je af in de hoop dat iemand anders opstaat? Gelukkig zijn er veel bevolgen dokters in Nederland die het initiatief nemen en aan constructieve oplossingen werken. Denk bijvoorbeeld aan Marloes Tack (35 jaar), huisarts te Rockanje, die zich invoelbaar opwindt over de toenemende administratielast. Ook wij behoren tot die categorie artsen en zijn als 'gamechangers in health', geselecteerd voor het leiderschapsprogramma van DJS, VvAA en Better Future. Tijdens deze ontdekkingsreis van 10 maanden ontwikkelen we tools en *knowhow* om invloed uit te oefenen en zaken in beweging te brengen. Marcel Levi roept professionals in de zorg op om zelf de leiding te nemen en dat is precies wat wij graag willen doen. De basis is ons eigen persoonlijke leiderschap, zelfreflectie, stilstaan bij waar we heen willen en dit concretiseren. We komen verder dankzij onderlinge ongezoeten feedback, leren onszelf en elkaar beter kennen en bundelen onze krachten om ons samen, ieder met een eigen focus en expertise, te richten op een gemeenschappelijk doel: iets ten positieve keren in de gezondheidszorg. Om je mee te nemen in wie we zijn en waar we voor staan stellen een aantal van ons zich voor.



Gamechanger Froukje Verdam, aios keel-neus-oorheelkunde

Mijn ambitie is om niet alleen een goede KNO-arts te worden, maar me ook te professionaliseren als coach voor collega-artsen. Als coach en *peer supporter* ondersteun ik artsen die een calamiteit of ernstige complicatie meemaken, of iets wat ze zelf ervaren als een fout. Vaak worstelen ze met iets waarbij ze zich niet vrij voelen om hierover te praten op de werkvloer. Belemmeringen hierin zijn hiërarchische verhoudingen, de hoge werkdruk en

gevoelens als schaamte, (zelf)verwijt, wanhoop en angst. Zeker als jonge arts ben je bezig met het leren van het vak, het accent ligt op praktische zaken, zoals vlot poli draaien, goed opereren en je briefje halen. Kortom, je leert te voldoen aan de heersende norm. Dit gaat ten koste van je autonomie, je eigen initiatief en je authenticiteit. In de lokale cultuur wordt initiatief niet altijd gewaardeerd en is er - behalve voor alles waarin je nog moet groeien als aanstaand praktiserend specialist - weinig aandacht voor jouw eigen talenten en hoe jij de vakgroep of de patiënten-zorg naar een hoger niveau zou kunnen tillen. Ondanks termen als 'leiderschap' en 'individualisering van de opleiding' wordt bij een aios vaak makkelijker tijd gecreëerd voor het 'wat' in plaats van voor het 'wie' of het 'hoe'.

Ik denk bijvoorbeeld aan een recent gestarte collega a(n)ios die in de nachtdienst een patiënt verliest van zijn of haar eigen leeftijd, en tijdens de ochtend-overdracht aangeslagen is. Geven we dan een schouderklopje en lopen we door naar onze poli/OK, of staan we even stil om te vragen hoe het écht gaat? Weet jij van je collega of hij of zij een maand later nog wel eens aan een ernstige complicatie denkt, of



Ik ben een gamechanger in health omdat ik vind dat ieder mens op de wereld het recht heeft om gezond te zijn en gezond te blijven. Dit houdt onder andere in dat iedereen toegang tot zorg en kennis over gezondheid moet hebben. Gelijkaardigheid tussen mensen, waar ze ook geboren zijn, welke huidskleur ze ook hebben en tot welke gender ze ook behoren, is wat ik iedere dag nastreef.

Ik geloof in een wereld die de focus legt op het bevorderen en behouden van gezondheid, naast het genezen van ziekten. Daar is winst te behalen. Waarom? Omdat gezondheid bevorderen goedkoper is dan ziekten genezen, en daarmee kunnen we meer mensen bereiken.

Maar ja, hoe ga ik voor elkaar krijgen dat iedereen toegang tot zorg en kennis over gezondheid heeft? Ik heb niet de troef of de oplossing voor de ongelijkheid ten aanzien van gezondheid in de wereld in handen. Ik ben een dromer, maar zeker niet naïef. En ik ben ook zeker niet alleen! Er zijn wereldwijd een heleboel mensen die hetzelfde nastreven als ik. Daarom is mijn doel om deze mensen te verenigen. Om inspiratie op te doen, om dromen te delen en om spijkers met koppen te slaan. Stay tuned voor de lancering van mijn blog, ergens in de nabije toekomst.

Gamechanger Loes Jaspers, aios maatschappij & gezondheid

erger nog, daarvan wakker ligt? Nemen we de ruimte om te bespreken of er iets anders of beter had kunnen gaan, en of iemand misschien iets nodig heeft? Idealiter zou er een sfeer moeten heersen waarin kwetsbaarheid, onderlinge betrokkenheid, laagdrempelig overleg en geweldloze communicatie een sleutelrol vervullen. Ik streef naar een toekomstige artsencultuur waarin tijd en ruimte nemen voor elkaar een vanzelfsprekend onderdeel is van onze medische professionaliteit.

Gamechanger Arna Verholt, aios anesthesiologie

Het opleidingstraject wordt wel eens vergeleken met een rijdende trein: als je eenmaal op je plek zit en je bent vertrokken, weet je waar het spoor je langs zal leiden en wat je eindbestemming zal zijn. Hoewel ik erg comfortabel zit en alles goed geregeld is, wil ik graag zelf de koers bepalen. Door zelfreflectie en eerlijke feedback wil ik nog beter begrijpen welke bagage ik bij me heb, en welke richting ik precies op wil gaan. Ik wil begrijpen hoe ons zorgstelsel in el-

kaar zit, hoe ziekenhuizen georganiseerd zijn en hoe geldstromen lopen, omdat ik geloof dat inzicht de eerste stap op weg naar verbetering is. Ik wil niet alleen een goede anesthesioloog worden, maar ook streven naar een nóg betere patiëntenzorg, waarin ruimte is voor innovatie, creativiteit, en de mensen achter de zorgverleners.



Gamechanger Marije van der Velde, aios interne geneeskunde

Als ik iets wil veranderen, neem ik één van Stephen Covey's 7 eigenschappen van effectief leiderschap in acht: "Think win-win". Vanuit die gedachte, ben ik er van overtuigd dat als je artsen empowert om zélf de zorg te organiseren, dit de kwaliteit van de gezondheidszorg ten goede komt. Als artsen zelf het roer in handen nemen, kunnen zij enerzijds hun eigen talenten en kwaliteiten zo goed mogelijk benutten en anderzijds zoveel mogelijk aansluiten op de wens van de patiënt. Juist omdat zorgprofessionals dagelijks contact hebben met patiënten, kunnen zij heel goed de brug slaan tussen de wensen en de behoeften van patiënten en de mogelijkheden die er zijn, gegeven de huidige stand van de wetenschap en de financiële en organisatorische mogelijkheden die er zijn. Om die reden denk ik dat medisch leiderschap kan bijdragen aan het optimaal functioneren van de gezondheidszorg. Hoewel medisch leiderschap tegenwoordig als een 'hot item' in de opleiding voor medisch specialisten wordt gezien, is de praktijk weerbarstiger. Aios worden nog altijd opgeleid volgens de meester-gezel-constructie, waarin ze leren om hun bestaande voorbeeld te volgen en niét om de leiding te nemen. We worden geacht om aan het stuur van onze eigen opleiding te staan, maar de mogelijkheden daartoe zijn beperkt en met name gericht op medisch-inhoudelijke competenties. Een belangrijk kenmerk van de afhankelijke positie van aios, is dat aios erg weinig invloed hebben op hun eigen werkplek en werkomstandigheden. Ze worden dan ook niet betrokken bij veranderingen in de organisatie of gezien als gesprekspartner als het aankomt op het dagelijks reilen en zeilen van de afdeling. Daarom is mijn doel om te streven naar meer zeggenschap op de werkvloer voor aios. Op die manier worden ze al tijdens hun opleiding getraind om bezig te zijn met de organisatie van zorg, en om leiding te nemen ten aanzien van hun eigen werkzaamheden. Dit draagt bij aan het ervaren van autonomie op het werk: een belangrijke factor ter preventie van burn-out, wat momenteel gemiddeld 30% van de aios treft. Hierdoor worden de aios weerbaarder en zijn ze 'fit-to-perform', waardoor ze betere zorg kunnen leveren. Wat denkt u? Is dat 'win-win'?



Gamechanger Lilly Verhagen, aios kindergeneeskunde en postdoctoraal onderzoeker kindergeneeskunde-infectieziekten

Als klein meisje schreef ik in de vriendenboeken van mijn klasgenootjes dat ik chirurg in de tropen wilde worden. Twintig jaar later ontdekte ik dat ik beter ben in puzzelen met mijn hoofd dan in puzzelen met mijn handen. De behoefte om de zorg daar te verbeteren waar de nood het hoogst is, bleef. Ik verhuisde als basisarts naar ruraal Venezuela waar ik meer dan drie jaar woonde en werkte als 'dorp-dokter'. Alhoewel de dagelijkse zorg voor individuele patiënten me voldoening opleverde, groeide het gevoel dat ik met mijn werk niet bijdroeg aan een structureel betere toekomst. Oftewel: hoe te zorgen voor de patiënt van morgen? Mijn antwoord daarop is: door middel van wetenschappelijke studies aandacht vragen voor en inzicht verwerven in de specifieke gezondheidsproblemen van kwetsbare kinderen.

Mijn droom voor Nederland en daarbuiten is dat we in alle lagen van onze ziekenhuizen en gezondheidsposten de patiënt van morgen net zo belangrijk gaan vinden als de patiënt van vandaag. Dat een deel van de overhead die we

betalen uit onze subsidies gespendeerd wordt aan het opzetten van een duurzame onderzoeks-infrastructuur. Dat vaste medewerkers op poli's en afdelingen die daar enthousiast van worden, de tijd krijgen om samen te werken met onderzoekers. Dat er centraal onderzoeks-coördinatoren aangesteld worden die divisie-overstijgend poli's screenen met verschillende sets studie-criteria. Dat er vaste studie-auto's, studie-tuktuks of studie-fietsen zijn waar je via een studie-app een beroep op kunt doen om jouw samples op te halen of een patiënt thuis te includeren. Dat taarten worden uitgedeeld tijdens besprekmomenten tussen onderzoeksteams van verschillende disciplines, in plaats van aan die ene dokter of verpleegkundige die een patiënt includeert. En dat een PhD-student zijn of haar studies niet alleen verdedigt op het einde van het promotietraject maar halverwege een ceremonie organiseert om te brainstormen over resultaten en samenwerking met klinici, verpleegkundigen, patiënten, poli-assistentes, onderzoeksmedewerkers, professoren en laboranten.

Kortom: dat we samen erkennen dat we de patiënt van morgen alleen beter kunnen helpen dan de patiënt van vandaag als we investeren in wetenschappelijk onderzoek.



Gamechanger Metteke Kamping, aios gynaecologie

Times are changing binnen de zorg. We zien allemaal op de werkvloer en in het nieuws dat er veel veranderingen gaande zijn binnen de ziekenhuiswereld. Fusies, overnames en zelfs sluitingen hebben grote impact. Ik merkte op de werkvloer dat er met al die veranderingen ook wel eens wat gemopper ontstaat, waardoor bij tijd en wijle dan een negatieve sfeer rondwaart, en - nog veel erger- waardoor goed personeel vertrekt. Eerlijk gezegd merkte ik dit soms ook wel bij de specialisten die veel op hun bord krijgen, en de enkeling die toegeeft daar ook niet voldoende in opgeleid te zijn, of degene die zo'n fusie misschien helemaal niet ziet zitten. Ik merk dat we in dit hele proces als aios niet zoveel betrokken worden. In de wandelgangen krijgen we wel dingen mee, maar vooral als een verandering al een voldongen feit is. Daardoor missen we de mogelijkheid om te ervaren en leren wat er allemaal bij zo'n veranderproces komt kijken en gaat de kans aan ons voorbij hierop voorbereid te zijn als we hierin zelf meer verantwoordelijkheid hebben en kunnen nemen als medisch specialist. Natuurlijk zie ik dat dit lastig is in onze positie waarin we zelf maximaal

TIJDENS DE OPLEIDINGSJAREN MAKEN DE MEESTEN VAN ONS IMMERS NOGAL WAT MAJOR LIFE TIME EXPERIENCES MEE

enkele jaren aaneengesloten in één ziekenhuis zitten. Bovendien is de opleidingstijd al een drukke periode waarin we veel meemaken qua opleiding en privé. Tijdens de opleidingsjaren maken de meesten van ons immers nogal wat *major life time experiences* mee, met (het afmaken van) promoties, de aanschaf van een eerste koophuis (en de stressvolle haastige zoektocht die daarbij hoort), huwelijken die afgesloten worden en baby's die gefabriceerd worden. Maar omdat deze veranderprocessen ons allen raken, wil ik hier toch iets mee doen. Daarom nu mijn deelname aan Gamechangers in health. Ik zoek ondersteuning in het begrijpen van die veranderprocessen, het leren hoe je zelf invloed kunt uitoefenen of een verandering kan starten en hoe je mensen betrokken krijgt, stimuleert en motiveert. Leren hoe de zorg qua management en financieel in elkaar zit, voorbeelden zien in andere bedrijfstakken. En dan is er nog de *challenging journey* van jezelf. Wie ben ik, waar sta ik voor, wat vind ik nu zelf belangrijk binnen de zorg, waar liggen mijn kwaliteiten op het gebied van medisch leiderschap en hoe benut ik deze? Met deze mooie, diverse groep mensen met allen hun eigen achtergrond en ervaringen, helpen we elkaar met deze groei.





Hoeveel medisch specialisten heeft Nederland nodig?

Auteur: **Edin Hajder**, aios plastische chirurgie en bestuurslid De Jonge Specialist

Het aantal opleidingsplaatsen voor de medische specialismen is de afgelopen jaren fors gedaald. Werden er in 2011 nog 1446 aios toegelaten tot een medische vervolgopleiding, in 2018 zijn dit er bijna 300 minder. Deze daling is ingegeven door taakherschikking, dalende ziekenhuisproductie en overheveling naar de eerste lijn. Wie bepaalt in Nederland hoeveel aios er per specialisme toegelaten mogen worden? Wat is precies het Capaciteitsorgaan waar we regelmatig over horen? De Jonge Specialist spreekt met Edin Hajder, secretaris van De Jonge Specialist en sinds november lid van de Kamer Medisch Specialisten van het Capaciteitsorgaan en Olivia Butterman, beleidsmedewerker bij het Capaciteitsorgaan met als aandachtsgebied medisch specialisten.

Wie bepaalt hoeveel aios er opgeleid worden?

Edin Hajder (EH): Kort gezegd is dit de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Hij stelt ieder jaar het aantal opleidingsplaatsen vast. Dit doet de minister op basis van adviezen van het Capaciteitsorgaan. De afgelopen jaren heeft de minister overigens vaak het maximum aantal geadviseerde plaatsen, of zelfs meer dan dat gecreëerd. En hoewel er de laatste jaren een daling lijkt te zijn van het aantal aios dat instroomt, is het goed je te realiseren dat dat een daling is ten opzichte van een piek in de periode 2011-2013. Alle jaren was de uitstroom van (gepensioneerde) medisch specialisten lager dan de instroom van net-afgestudeerde aios. Oftewel, het aantal medisch specialisten in Nederland neemt al jaren langzaam toe.

Wat is het Capaciteitsorgaan precies en wie zit daar in?

Olivia Butterman (OB): Het Capaciteitsorgaan is in 1999 op verzoek van de toenmalige minister van VWS opgericht door de beroepsgroepen, opleidingsinstellingen en zorgverzekeraars. Het doel van het Capaciteitsorgaan is het opstellen van ramingen voor de in de toekomst benodigde capaciteit aan zorgprofessionals. Het Capaciteitsorgaan heeft een Algemeen Bestuur, een Dagelijks Bestuur, Kamers en Werkgroepen. Zo zijn er in de Kamer Medisch Specialisten vier zetels voor beroepsgroepen, vier zetels voor opleidingsinstellingen en vier zetels voor zorgverzekeraars. Het Algemeen Bestuur ziet toe op een verantwoorde werkwijze in de Kamers volgens een vastgesteld model voor de ramingen en communiceert de plannen naar buiten. De Kamers en werkgroepen komen tot een oordeel over de benodigde instroom in de opleidingen.

Hoe vaak komt het Capaciteitsorgaan met een advies?

EH: In principe komt er elke drie jaar een raming uit. Hierin staat per specialisme met een bandbreedte aangegeven hoeveel aios ieder jaar toegelaten moeten worden om tot een goed evenwicht van vraag en aanbod te komen. Het is goed om te beseffen dat deze adviezen gericht zijn op de periode over 12 tot 18 jaar: de lengte van de geneeskundeopleiding plus die van de medische vervolgopleiding. Daardoor hebben ramingen soms een anticyclisch karakter.

Hoe komen die ramingen tot stand? Waar wordt rekening mee gehouden?

OB: Het Capaciteitsorgaan hanteert een rekenmodel dat bestaat uit 50 parameters. Er wordt onderscheid gemaakt tussen zogenoemde harde en zachte parameters. 'Harde' parameters (38 van de 50) zijn gebaseerd op kwantitatieve gegevens (registraties van artsen, CBS-gegevens, DBC-gegevens etc.). Zo is van elke aios in Nederland zijn of haar leeftijd en verwachte afstudeerjaar bekend. Daarnaast is er een aantal parameters dat 'zacht' ofwel beleidsrijk genoemd wordt, omdat deze moeilijker te baseren zijn op kwantitatieve gegevens en waarvoor we literatuuronderzoek en input van veldpartijen (expertinschattingen) gebruiken. Voorbeelden van zachte parameters zijn bijvoorbeeld taakherschikking naar andere beroepsgroepen of sociaal-culturele ontwikkelingen waardoor de zorgvraag van patiënten verandert.

Welke invloed heeft de beroepsgroep zelf op deze ramingen?

EH: Zowel in het bestuur van het Capaciteitsorgaan als in de Kamer Medisch Specialisten zitten medisch specialisten. In de Kamer Medisch Specialisten zit ik zelf namens De Jonge Specialist. Overigens zit iedereen daar in principe zonder 'pet op



zijn hoofd'. We proberen zo objectief mogelijk tot consensus en daarmee de best mogelijke ramingen te komen.

OB vult aan: We betrekken de veldpartijen bij het maken van de ramingen. Met name bij de zachte parameters hebben we de expert-inschattingen nodig. Deze worden, naast kwantitatieve bronnen, meegenomen bij de totstandkoming van de uiteindelijke cijfers.

Dit jaar worden voor het eerst 'Delphi-sessies' gehouden. Wat houden ze in?

OB: De Delphi-methode betekent op een gevalideerde wijze door herhaalde bevraging van deskundigen consensus bereiken omtrent een probleemstelling. Het is de bedoeling dat we de zachte parameters met de Delphi-methode eind 2018 gaan uitvragen bij alle 32 wetenschappelijke verenigingen waarvoor wij de raming gaan opstellen. De zachte parameters zijn zoals eerder gezegd gevoelig voor beleidswijzigingen en noemen we daarom ook wel 'beleidsrijk'. Het zijn parameters waar vooronderzoek voor verricht wordt, maar waar ook input vanuit veldpartijen (beroepsgroepen/opleiders/verzekeraars) voor nodig is. Bij alle wetenschappelijke verenigingen willen we daarom de input uitvragen op basis van dezelfde vragen en dezelfde methodiek: oftewel Delphi-sessies houden. Dat leidt tot een transparantere en betrouwbaardere input voor het rekenmodel. Daarvoor zullen zeven mensen per wetenschappelijke vereniging uitgenodigd worden, onder wie een aios en een (relatief) jonge klare specialist.

EH: Ik wil benadrukken dat het belangrijk is dat er een aios mee gaat naar deze sessies. Een aios heeft toch een andere kijk op dit soort zaken en moet nog aan zijn carrière als medisch specialist beginnen. Als je ramingen voor over 12 tot 18 jaar maakt, vind ik het niet meer dan logisch dat aios hierin betrokken worden. Ik hoop dat de wetenschappelijke verenigingen dan in de eerste

plaats de juniorverenigingen vragen om een aios aan te dragen. Enige kennis van de achtergronden en de arbeidsmarkt is namelijk wel prettig. Daarnaast organiseren veel juniorverenigingen zelf ook onderzoeken naar de arbeidsmarkt voor hun specialisme.

Wat is vanaf nu de planning totdat er een advies tot stand is gekomen?

EH: Vorig jaar is het Capaciteitsorgaan al begonnen met het informeren van het veld over de planning. Ook zijn er met drie specialismen proef Delphi-sessies gehouden. Op dit moment zijn bij externe partijen de onderzoeken naar de harde parameters uitgezet. Denk dan aan cijfers opvragen bij het Centraal Bureau voor de Statistiek over demografie, maar ook het onderzoeken van alle vacatures, uitstroom en gemiddelde leeftijd ten tijde van de uitstroom etc. Ook worden de andere veldpartijen (opleidingsinstellingen en verzekeraars) ondervraagd over ontwikkelingen voor de zachte parameters die zij de komende jaren verwachten. Later in dit jaar worden deze zachte parameters met de wetenschappelijke verenigingen in de Delphi-sessies uitgevraagd. Al deze gegevens worden afgewogen en getoetst door de Kamer Medisch Specialisten. Er wordt gecontroleerd of de cijfers kloppen, of dat er wellicht nog opvallendheden zijn waar nader onderzoek naar gedaan moet worden.

OB: Begin 2019 verwachten we de resultaten. Het rekenmodel kan rekening houden met verschillende scenario's. Daarbij moet je denken aan het feit dat een verpleegkundig specialist bepaald werk gaat overnemen (verticale substitutie) of een collega arts bepaalde taken overneemt (horizontale substitutie). Uiteindelijk kiest de Kamer Medisch Specialisten met welke scenario's de definitieve cijfers worden berekend. Dit wordt dan aan het algemeen bestuur van het Capaciteitsorgaan voorgelegd. Het algemeen bestuur stelt dan het advies vast en stuurt dit aan de minister van VWS.

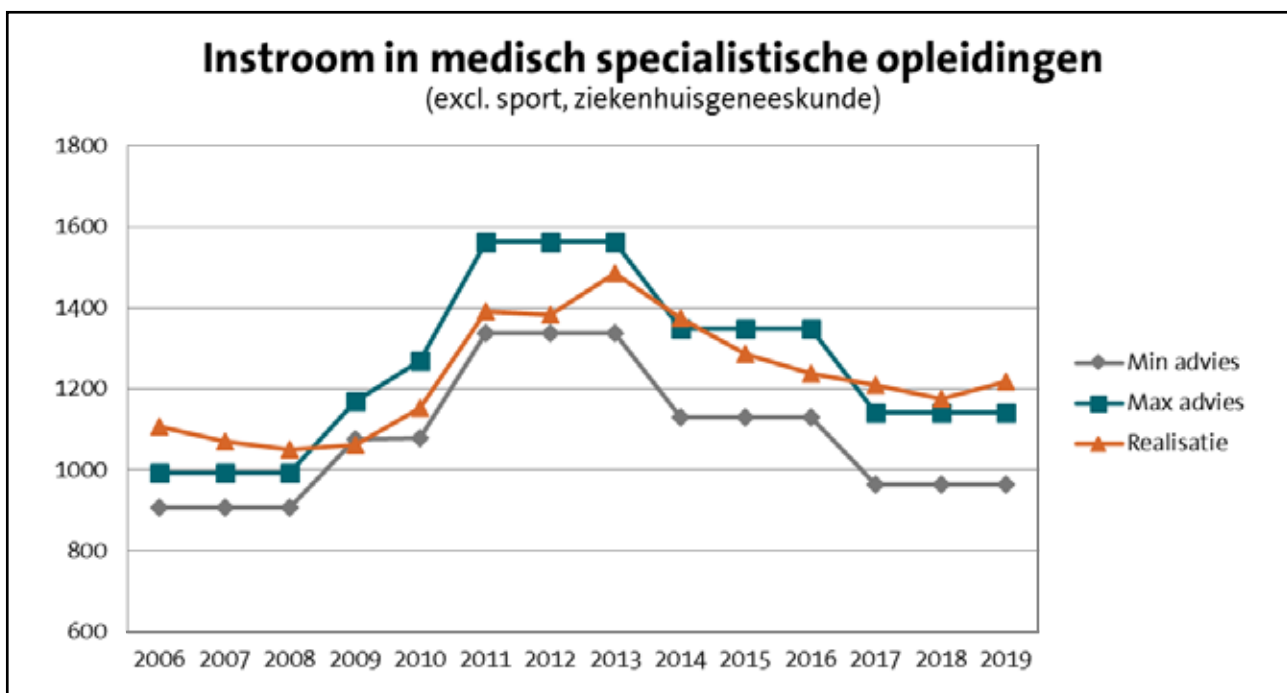




Foto van Edin en Olivia

Wat gebeurt er vervolgens als de ramingen uitgebracht zijn?

EH: Nadat de minister de adviezen heeft gelezen wordt ieder jaar door hem of haar het exacte aantal plekken vastgesteld. Vervolgens wordt door de Stichting BOLS, een samenwerkingsverband van de Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra (NFU), de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Federatie Medisch Specialisten, een verdeling van de plekken gemaakt over de verschillende onderwijs- en opleidingsregio's (OOR's). De OOR's verdelen de instroomplaatsen vervolgens over de opleidingsklinieken in hun regio. Deze verdeling over de OOR's en daarbinnen is een complex proces dat vaak moeizaam verloopt. Nadat de verdeling gemaakt is, wordt er door opleidingsinstellingen een subsidieaanvraag ingediend bij de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). Deze beoordeelt de aanvragen en keert vervolgens de zogenaamde beschikbaarheidsbijdrage uit. Dit is een vast bedrag per aios per jaar. Hoe meer aios een ziekenhuis heeft, hoe lager het bedrag. Je moet denken aan bedragen tussen de 130.000 en 155.000 euro per aios per jaar.

Toch leek er de afgelopen jaren een overschot aan medisch specialisten te zijn. Hoe kan dat?

EH: Allereerst is een raming een complexe puzzel waarbij veel factoren van invloed zijn. De harde parameters zijn redelijk eenvoudig te bepalen, maar de zachte parameters zijn onderhevig aan plotselinge beleidswisselingen. Je kunt je voorstellen dat het lastig voorspellen is wat de invloed van de crises op het uitstellen van de pensioenleeftijd is of welke winst bijvoorbeeld technologische ontwikkelingen, zoals eHealth, gaan opleveren. Daarnaast is er altijd een bandbreedte in de raming. De minister heeft in de afgelopen jaren altijd op of boven de maximale bandbreedte opgeleid. Vanuit De Jonge Specialist proberen we de arbeidsmarkt samen met de juniorverenigingen in de gaten te houden. Hierbij zijn we afhankelijk van cijfers die we ontvangen vanuit de

ALS JE RAMINGEN VOOR
OVER 12 TOT 18 JAAR MAAKT,
VIND IK HET NIET MEER DAN
LOGISCH DAT AIOS HIERIN
BETROKKEN WORDEN.

verenigingen zelf naar aanleiding van hun eigen onderzoek. Als we problemen signaleren, pakken we dat gezamenlijk op.

Tot slot nog een vraag over het aantal basisartsen in Nederland. Het lijkt alsof er een toenemend overschot is van basisartsen. Hoe komt dat?

OB: Het Capaciteitsorgaan adviseert het Ministerie van Onderwijs, Cultuur & Wetenschap (OCW) sinds 2013 om het aantal opleidingsplaatsen geneeskunde fors te verlagen. Als van alle vervolgoopleidingen de bovenste bandbreedte wordt genomen dan kunnen ongeveer 2400 basisartsen doorstromen in een vervolgoopleiding. Het Capaciteitsorgaan adviseert de minister dan ook sinds 2013 om maximaal 2700 geneeskundestudenten per jaar toe te laten in plaats van de 3050 die de minister van OCW ieder jaar toelaat.

EH: Dit is een groeiend probleem. Ieder kwartaal zijn er meer werkloze basisartsen. Het precieze aantal is niet te achterhalen. Veel artsen zoeken een tijdelijke baan, wachtend op een aniosplek binnen het specialisme van voorkeur. Je ziet de gemiddelde wachttijd voor een opleidingsplaats dan ook gestaag toenemen tot meer dan drie jaar. Ik ben van mening dat niemand gebaat is bij een overschot (of tekort) aan artsen. Daarom is het werk van het Capaciteitsorgaan zo belangrijk.



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

“I’M LOOKING AT THE (WO)MAN IN THE MIRROR. ”

Als jonge klare zijn er een heleboel dingen waar je aan moet wennen. Zo moet ik wennen aan het feit dat iedereen bij je komt klagen. Als chef de clinique ben ik onder andere verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de afdeling. Het gevolg daarvan is dat de aios bij mij komen klagen over de verpleging. De verpleegkundigen komen klagen bij mij over de aios. Daarnaast komen ze klagen bij mij over mij, over de supervisie en over de grote visite. De specialisten die komen voor de grote visite komen bij mij klagen over de inbreng van de aios. En zo kan ik nog wel even doorgaan.

ZO MOET IK
WENNEN AAN
HET FEIT DAT
IEDEREEN BIJ JE
KOMT KLAGEN

Maar het vreemdste van de overgang van aios naar specialist vind ik hoe je in de ogen van anderen verandert. Voor co-assistenten ben ik plotseling u. Ze reageren heel anders dan toen ik nog aios was. Soms komen er politiek correcte antwoorden en ze durven me duidelijk minder aan te spreken dan voorheen.

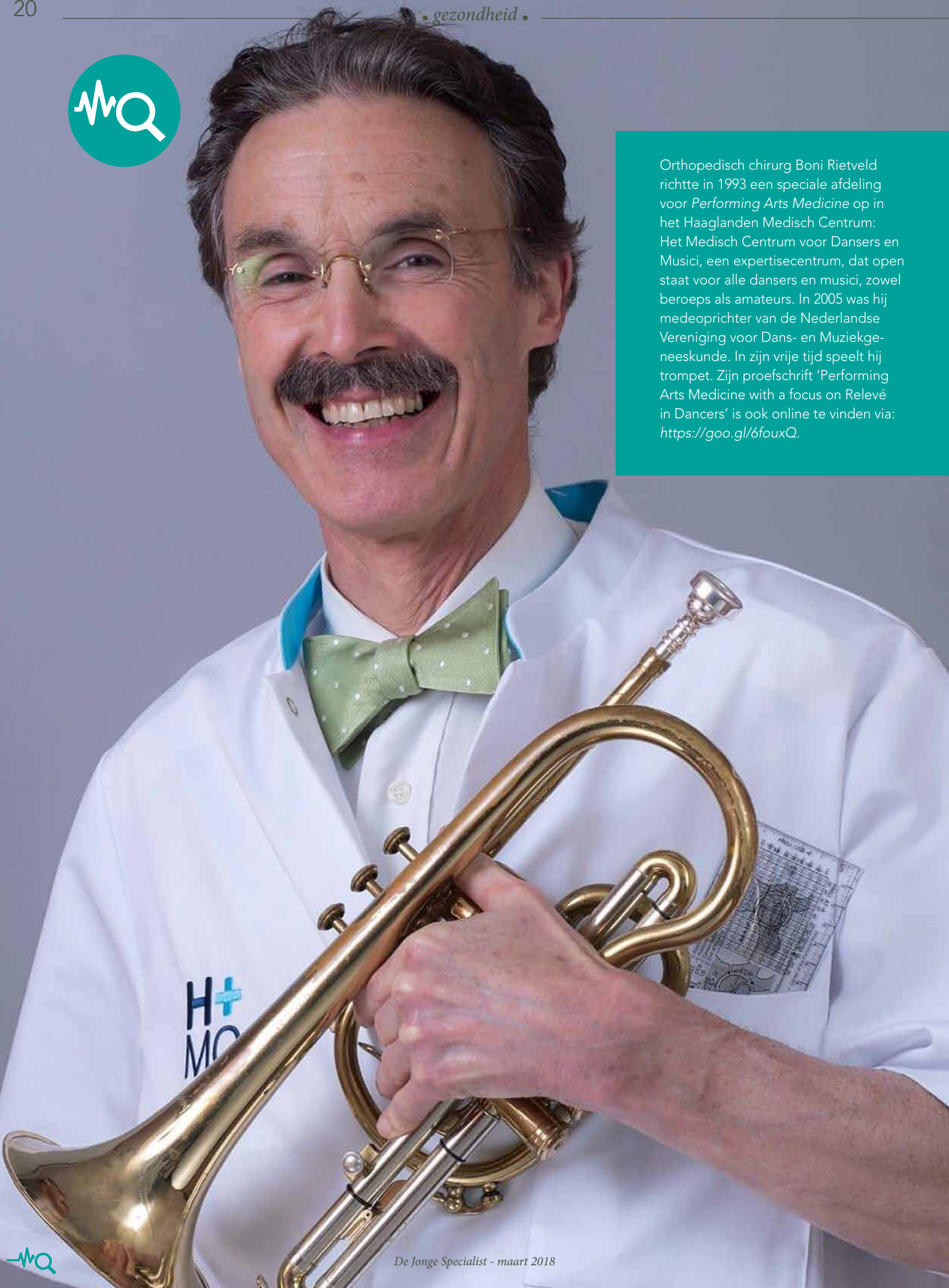
Na jarenlang zelf aios te zijn geweest, reageren aios naar mij nu ineens heel anders als ik een voorstel doe. Want je bent nu toch ‘baas’. Hetzelfde geldt als je een keer ergens van mening over verschilt. Je woorden worden heel anders gewogen. Het voelt als een soort levend stratego. Ik ben in rang bevorderd, maar twee deelnemers in het spel zijn helaas niet op de hoogte gebracht. De eerste is de patiënt. Die ziet nog steeds die jonge dokter terwijl hij eigenlijk hoopte op een oude, ervaren, liefst mannelijke arts. Gewoon zo een met grijze bakkebaarden. Ik neem het de patienten maar niet kwalijk.

De tweede deelnemer ben ik zelf. Hoewel ik jaren heb toegewerkt naar deze nieuwe rol, vind ik het zelf nog het moeilijkst om te accepteren dat ik, als specialist, toch anders bekeken word. Alsof iets wat ik nu zeg, meer waard is dan een jaar geleden. Alsof de hiaten die ik toen had in mijn

kennis ineens zijn weggewerkt. En alsof ik nu altijd verstandige, doordachte dingen zeg in plaats van ook af en toe een impulsieve opmerking te maken.

Net als bij levend stratego kunnen de hoogste rangen door de kleinste misstap sneuvelen. In het ziekenhuis wordt dit vaak bepaald door het gesprek in de wandelgang. Nu nog veel meer dan als aios voel ik dat er op me gelet wordt, over me gepraat wordt. Hoe doet ze het, als er nood aan de man is? Hoe doet ze het in het onderwijs? Hoe gedraagt ze zich bij de overdracht? Zei ze nou laatst iets onhandigs in dat overleg met die (autoritaire maar hooggeplaatste) specialist? Het komt allemaal bij je terug, en soms is dat doodeng.

Als jonge klare is het zoeken naar je plek in de rangorde. Als de laag onder je naar je opkijkt, en de laag boven je nog op je neerkijkt, waar richt je dan je eigen vizier? Ik kijk in de spiegel en realiseer me dat ik degene ben die moet veranderen; mijzelf zien als wat ik nu (eindelijk ben): de specialist.



Orthopedisch chirurg Boni Rietveld richtte in 1993 een speciale afdeling voor *Performing Arts Medicine* op in het Haaglanden Medisch Centrum: Het Medisch Centrum voor Dansers en Musici, een expertisecentrum, dat open staat voor alle dansers en musici, zowel beroeps als amateurs. In 2005 was hij medeoprichter van de Nederlandse Vereniging voor Dans- en Muziekgeneeskunde. In zijn vrije tijd speelt hij trompet. Zijn proefschrift 'Performing Arts Medicine with a focus on Relevé in Dancers' is ook online te vinden via: <https://goo.gl/6fouxQ>.

Performing Arts Medicine

Auteur: Desiree van den Hondel, aios chirurgie

Orthopedisch chirurg dr. Boni Rietveld is gespecialiseerd in *Performing Arts Medicine*. Dat betekent dat zijn patiëntenpopulatie bestaat uit dansers en musici. Volgens Rietveld een energieke patiëntengroep die vol motivatie een revalidatietraject ingaat.

“Wat is jouw droom?” Zo begint Rietveld vrijwel elk consult in het Medisch Centrum voor Dansers en Musici, een afdeling van het Haaglanden Medisch Centrum. De reden om deze vraag te stellen, is om de verwachtingen van zijn patiënten, allemaal dansers en musici, gelijk duidelijk te krijgen. Daarnaast is het een vraag die hen verrast, waardoor ze direct volledig open zijn over waar zij voor komen. Zijn vak is anders dan de andere specialismen, vertelt Rietveld: “De patiëntengroep waar ik mee werk is heel enthousiast en gedreven. Als een professioneel balletdanser mijn polikliniek bezoekt met een enkelblessure, gaat het niet alleen om de enkel. Dansen is niet alleen zijn beroep, hij is danser. Het is zijn identiteit, en bij een blessure is hij zijn identiteit kwijt.” Het gaat dus niet alleen om het ‘trucje’ van opereren, maar de patiënten moeten ook gecoacht worden in het revalidatietraject, zowel lichamelijk als psychisch.

Performing Arts Medicine is geen officiële medische specialisatie. Het is een expertiseveld, waarin veelzijdige letsels behandeld worden. Door de herhaalde extreme krachten die op bepaalde lichaamsdelen uitgeoefend worden, ontstaan specifieke letsels, zoals bijvoorbeeld het *posterior ankle impingement syndroom* bij dansers, of stemletsels bij zangers. Daarom kan niet het hele spectrum van *Performing Arts Medicine* door één specialist beoefend worden, maar is een multidisciplinaire aanpak nodig, waar KNO-artsen, handchirurgen, orthopeden, revalidatieartsen, psychiaters, reumatologen en sportartsen allemaal deel van uitmaken.

Passie

Rietveld begon zelf al in zijn vroege jeugd met musiceren. Later wisselde hij zijn

studie geneeskunde af met zijn opleiding aan het Koninklijk Conservatorium in Den Haag, waar hij trompet en harp studeerde. Hij treedt nog regelmatig op met zijn trompet, zowel als klassiek solist als in een oude stijl jazzorkest. Tijdens zijn wachttijd tussen de vooropleiding chirurgie en opleiding tot orthopedisch chirurg, kwam hij bij toeval in aanraking met *Performing Arts Medicine* toen hij stage liep bij dr. Hamilton, orthopeed van het New York City Ballet.

Toch vindt Rietveld het lastig om uit te leggen waar zijn passie voor het aandachtsgebied vandaan komt. “Het is waarschijnlijk de combinatie van alles. De patiëntengroep is een hele enthousiaste groep. Het letsel heeft invloed op hun droom, wat maakt dat zij met veel motivatie en energie het revalidatietraject in gaan. De combinatie van opereren en poliklinisch werk, met name coaching, maakt het vak voor mij geweldig.” Daarnaast heeft hij de gelegenheid om veel humor te gebruiken in zijn consulten. Dit is meteen een goede manier om het ijs te breken. Eén van de stellingen bij zijn proefschrift was dan ook “*No consultation is complete without a burst of laughter*”. “Ik vroeg bijvoorbeeld aan een patiënte om een demi plié te doen, een balletoefening waarbij de danser met de voeten naar buiten gedraaid door de knieën moet zakken. Dit lukte niet. Ik dacht dat de oorzaak een probleem bij de heupen zou zijn, maar de patiënte bleek een te strakke rok aan te hebben. Na deze grap werd het consult direct luchtiger en kon er vrijer gesproken worden over de problemen van de patiënte.

Nascholing

Performing Arts Medicine is in Nederland nog vrij onbekend. Om hier meer

aandacht voor te vragen, heeft Rietveld samen met enkele andere artsen, waaronder huisartsen en andere medisch specialisten, de Nederlandse Vereniging voor Dans- en Muziekgeneeskunde (NVDMG) opgericht. De vereniging telt circa 250 leden. De vereniging is niet alleen bedoeld voor artsen die te maken krijgen met dans- en muzieklletsels, maar ook voor (para)medici die affiniteit hebben met dans of muziek. Eén van de belangrijkste speerpunten van de vereniging is nascholing: deze wordt één keer per jaar in een sfeervol oud kasteel in Oostenrijk georganiseerd. De theoretische voordrachten worden daar afgewisseld met artistieke intermezzi.

Naast de nascholing is de vereniging actief op het gebied van onderzoek. Daarvan is de recente promotie van Rietveld zelf het grootste voorbeeld. Hij is de eerste in Nederland die promoveerde op dit onderwerp. Andere onderzoekers die nu bezig zijn met hun promotie, zullen waarschijnlijk op korte termijn volgen. Daarnaast organiseert de vereniging dit jaar een internationaal congres in Den Haag. Tenslotte wordt er een kwaliteitsregister opgesteld, waar (para)medici en psychologen zich kunnen registreren als behandelaar van dans- en muzieklletsels. Inmiddels zijn er in Nederland meerdere initiatieven voor de behandeling van letsels bij dansers en musici. Geen overbodige luxe, want ons land telt zo’n 1,6 miljoen musici en 1,3 miljoen dansers. Na 25 jaar gewerkt te hebben voor het Medisch Centrum voor Dansers en Musici gaat Rietveld op 1 oktober 2018 met pensioen. Er wordt druk gezocht naar een opvolger.



Betere beoordeling van competenties door EPA's

Auteur: Michel van Dijk, journalist

De meeste medische specialismen bereiden zich voor op de introductie van de Entrusted Professional Activities (EPA's) in hun nieuwe opleidingsplannen. Maar hoe bevalt het werken met EPA's in de klinische praktijk? Noortje Rossen en Atija Lebbing-Kapidzic, 4e jaars aios van de MDL-opleiding van de NoordWest Ziekenhuisgroep (NWZ) in Alkmaar, deden afgelopen zomer mee aan de landelijke pilot EPA's in de MDL-opleiding. Ze vertellen over hun ervaringen, samen met hun opleider, Michael Klemt-Kropp.

Zowel opleiders als aios in het NWZ worstelen ermee, sinds de introductie van het competentiegericht leren in de medisch-specialistische opleidingen. Hoe beoordeel je of een aios zich een competentie zoals maatschappelijk handelen, communicatie of medisch-inhoudelijke vaardigheden voldoende eigen heeft gemaakt? Dat is lastig, vertelt dr. Michael Klemt-Kropp, MDL-arts en opleider in het NWZ. 'De beoordelingscriteria zijn vaag, weinig concreet. We kunnen daardoor in de klinische praktijk eigenlijk geen goed antwoord geven op de vraag of een aios deze competenties heeft behaald.'

Om in deze lacune te voorzien, worden de komende jaren Entrusted Professional Activities (EPA's) geïntroduceerd in de medisch-specialistische opleidingen. 'EPA's zijn kritische beroepssituaties waarin een aios zich gedurende haar opleiding behoort te bekwaamen. Voor de MDL is de diagnostische gastroscopie zo'n kritische beroepssituatie. De verschillende competenties komen daarin goed naar voren. De competentie communicatie toets je bijvoorbeeld in hoe de aios de uitslag van een scopie bespreekt met een patiënt, de competentie medische kennis beoordeel je in hoe zij pathologische afwijkingen weet te herkennen. Daarnaast organiseert de aios een aantal feedbackmomenten met haar opleider. Deze volgt daarmee haar leerproces. Tot het moment dat de opleider zegt: de aios is bekwaam voor de EPA Diagnostische gastroscopie. Ze kan de scopieën nu zelfstandig doen, met supervisie op afstand.'

Gerichte feedback

De EPA's nemen een centrale plaats in in het Nieuw Opleidingsplan Voor Uitmuntende Artsen (NOVUM), het nieuwe opleidingsplan van de MDL-artsen. Daarin worden in totaal 47 EPA's beschreven. 'Het is de bedoeling dat alle MDL-opleidingen per 1 januari 2019 starten met het nieuwe opleidingsplan. De EPA's spelen vanaf dat moment een belangrijke rol binnen onze opleiding.'

Om alvast vertrouwd te raken met het werken met EPA's, namen twee aios van de MDL-opleiding van het NWZ afgelopen zomer deel aan de landelijke pilot EPA's in de MDL-opleiding, samen met aios van de MDL-opleidingen van AMC, VUmc, Isala Zwolle en RadboudUMC. Atija Lebbing-Kapidzic en Noortje Rossen, beiden 4e jaars aios MDL, deden mee vanuit het NWZ. Ze voerden eerst een opleidingsgesprek met de opleiders over doel en inhoud van de EPA's. Vervolgens selecteerden ze ieder één EPA om mee te oefenen. Lebbing deed de EPA Diagnostische gastroscopie, Rossen koos voor de EPA Spoedeisende zorg. Ja, de EPA-pilot is hen goed bevallen. Rossen: 'Ik ben het met Michael eens dat de klinische beoordelingen van onze competenties vaak vaag blijven. Als ik een opleider om feedback vraag, krijg ik meestal als antwoord dat ik een goede aios ben. Soms krijg ik wat tips, maar daar blijft het meestal bij. Ik mis specifieke feedback. Met de EPA's krijg ik die wel. Doordat precies omschreven is wat de leerdoelen zijn die ik bij elke EPA moet halen, kan ik gericht om feedback vragen. En krijg ik ook





© Beeld Jeroen van Kooten

Links Noortje Rossen en rechts Atija Lebbing-Kapidzic

concrete feedback terug van mijn opleider. Een leerdoel van de EPA Spoedeisende zorg is bijvoorbeeld dat ik weet hoe te handelen bij de opvang van een acute patiënt. Dus dan bel ik mijn supervisor. Ik vertel dan dat ik tijdens mijn zondagsdienst een zestigjarige vrouw met acuut bloedverlies heb opgevangen. En hoe ik heb gehandeld. Aan de hand van mijn casusbeschrijving, geeft mijn supervisor vervolgens gerichte feedback. Daar leer ik van.'

Steilere leercurve

De EPA's maken het voor de opleiders makkelijker om het leerproces van de aios te beoordelen, bevestigt Klemt. 'Vroeger was het leerdoel van de aios: Ik wil een goede MDL-arts worden. Prima, maar hoe laat je dat zien? Welke vaardigheden heb je daarvoor nodig? Het kostte ons als opleiders ook moeite om concreet te beschrijven wat een aios moet leren. Met de EPA's gaat ons dat beter lukken. Dat komt doordat de leerdoelen in de EPA's goed omschreven zijn, voor elke kritische beroepssituatie. Dat geeft houvast voor aios en opleider. Des te meer omdat de EPA's ook beschrijven hoe de aios haar leerervaringen moet vastleggen, met bewijsstukken, feedbackverslagen, documenten in het portfolio. Dat maakt het leerproces doelgerichter én inzichtelijker, zowel voor aios als opleider. Dat is een van de leerervaringen van de pilot.'

'Doordat je precies weet welke doelen je moet behalen, denk ik dat je als aios ook sneller leert,' vult Lebbing aan. 'Je stelt je

daardoor proactiever op, ook richting opleiders. Met als gevolg dat je een steilere leercurve doorloopt.' Rossen: 'Dat zou goed kunnen. Ik heb in ieder geval gemerkt dat ik me door de EPA-pilot scherper ben gaan richten op mijn leerdoelen.'

Administratielast

Deelname aan de pilot was voor Klemt-Kropp een mooie gelegenheid om nader kennis te maken met de EPA's. 'Dat is ook nodig. Veel collega-opleiders voelen koudwatervrees bij de EPA's. Ze zijn bang dat het leidt tot extra administratielast. Die angst is volgens mij onterecht. De EPA's leiden juist tot minder administratieve last voor de opleidersgroep. De aios is in de

DOORDAT JE PRECIES WEET
WELKE DOELEN JE MOET
BEHALEN, DENK IK DAT JE ALS
AIOS OOK SNELLER LEERT





Michael Klemt-Kropp

lead. Zij moet alle bewijsstukken verzamelen, als onderbouwing dat ze bekwaam is voor de betreffende EPA. Als alle bewijsstukken binnen zijn, hoef je als opleidersgroep vervolgens alleen te bespreken of je vindt dat de aios bekwaam is of niet. Daarna ben je klaar.'

Rossen is wél bevreesd voor administratieve rompslomp door de EPA's. 'Er zijn 47 EPA's waarvoor we bewijsmateriaal moeten verzamelen. En er zijn ook onderdelen die bij verschillende EPA's terugkomen. Als je bijvoorbeeld het multidisciplinair overleg (MDO) bij de EPA Oncologie met goed gevolg hebt afgelegd, kun je dat ook laten aftekenen bij de EPA Hepatologie. Er is dus overlap tussen de EPA's. Het lijkt me lastig om daar als aios overzicht over te behouden. Ook omdat je meerdere opleiders hebt die jou moeten beoordelen. Die moet je allemaal aansporen om jou op tijd hun feedback te geven.'

Dat is een zorg die door de meeste aios wordt gedeeld, zegt Lebbing. 'Je moet voor al die 47 EPA's je bekwaamheidsverklaringen verzamelen. Dat is een tijdrovend proces. Ik ben benieuwd hoe dat uitpakt in de praktijk, en wat dat voor administratielast betekent voor de aios.'

Taakdelegatie

Klemt-Kropp deelt de zorg van de aios. 'Om te voorkomen dat zij verdrinken in de administratielast, willen we het elektronisch portfolio van de aios zo aanpassen, dat we daarin ook de EPA's

kunnen opnemen. Dat maakt het vullen van het portfolio overzichtelijker. Een landelijke werkgroep bereidt deze aanpassing nu voor. Bij de introductie van het nieuwe opleidingsplan moet dat gereed zijn.'

De spanning tussen enerzijds het leerproces van de aios en anderzijds de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, is een ander punt van zorg van de aios. Rossen: 'De EPA's dragen bij aan verdere individualisering van de opleiding. Een aios die eerder bekwaam is voor een EPA, kan door met de volgende. Ik heb bijvoorbeeld zoveel spoedeisende diensten gedraaid, dat ik die vaardigheid wel beheers. Ik ga dan liever aan de slag met de EPA Endoscopie, zodat ik kan leren hoe ik moeilijke poliepen weghaal. Maar als ik elke dag sta ingeroosterd op de spoedeisende hulp, kan dat niet.' 'Dat is volgens mij de grootste uitdaging bij de invoering van de EPA's,' stelt Lebbing. 'Hoe zorg je voor een dienstrooster dat rekening houdt met zowel het leerproces van de aios, als met de bedrijfsvoering van het ziekenhuis.'

'We moeten hier als supervisieteam, én als ziekenhuis, een oplossing voor vinden,' erkent Klemt-Kropp. 'De dagelijks zorg moet wél geleverd worden. Misschien moeten we meer werken met taakdelegatie, door meer verpleegkundig specialisten of physician assistants in te zetten op de dagelijkse diensten. De aios kunnen zich dan richten op de EPA's. Eén ding is zeker: als we de aios niet uit het continuooster kunnen halen, dan wordt het werken met EPA's een kansloze onderneming.'

column

Annelies van Vuren, aios
interne geneeskunde

Winnaar A²Award



Moeras

Zeventien is ze. Ze hoort niet eens op onze volwassenafdeling! Maar op de kinderafdeling zien ze geen melanomen, dus dan maar bij ons. Een echte puber. Met een eerste vriendje. Met een KanjerKetting van meters lang. En met een melanoom dus. Een melanoom dat werkelijk is ontploft onder de immunotherapie. Ik kan de foto van haar longen zo nog voor me zien. Ik schrok me rot. Die long die eerst nog luchthoudend was, was nu compleet wit. Tumor. En wel zoveel dat daar geen mibje, mabje of wat dan ook tegen opgewassen is.

Ik ben bang dat ik de implicaties van mijn carrièrekeuze op mijn zeventiende niet overzag. Ik was zeventien, lief en schattig, toen ik begon met studeren, net zoals iedereen vol passie en ambitie. Met het volste vertrouwen dat ik de wereld beter zou gaan maken. Tussenstand na tien jaar: ik kan je helpen met elke vraag over diabetes, ik leid je moeiteloos door de *work-up* van een anemie en mijn favoriete patiënt heeft drie kantjes voorgeschiedenis. U vraagt, wij draaien. Ik ben aios interne. Maar of de wereld onder mijn handen al iets beter geworden is?

Wees niet bang, ik ben mijn passie van de eerste dagen echt nog niet verloren, maar ben mijn naïviteit wel kwijtgeraakt. Ik ben gehard door het leven van het ziekenhuis.

Door eindeloze drommen patiënten op een drukke SEH, ieder met zijn eigen ellende. Door kansloze reanimaties bij veel te jonge mannen. Door het leed van een laatste levensfase. En dat alles afgewisseld met een onafgebroken stroom aan energievretende telefoontjes. De idylle uit de doktersromannetjes bestaat niet. Al zag ik pas wel een erg knappe orthopedie-assistent die met een golfbeweging door zijn haar streek. Excuus, ik wijd uit.

Nee, ik sta gewoon elke dag met mijn voeten in de klei. Met mijn kaplaarzen doorwaad ik mijn moeras dat op dit moment de oncologie-afdeling heet. De kamers oubollig en leeg. En met dat wat we hebben leveren we de beste zorg die we kunnen. De koffieautomaat op de gang en de vervoersservice van parkeergarage naar de hoofdingang zijn leuke extra's om onze plek op de AD-ranglijst te verhogen, klaarblijkelijk surrogaatmarkers voor de zorg die wij leveren. Ik bekommer me om mijn patiënten, en laat iemand anders dat doen over de AD-ranglijst. Op mijn manier ben ik aan mijn patiënten gehecht. En dan voelt het behoorlijk klote om te vertellen aan een zeventienjarige dat ze er over EEN PAAR DAGEN niet meer is. Gewoon dood. Met een huilende supervisor op audiëntie in haar kamer. Een soort zwijnenstal zoals past bij een puber. Het was een drama, vast

nog groter dan u zich kunt voorstellen. Het verdriet te groot. De angst voor de dood immens. Deze meid gaf de afdeling een cursus leven in een week. En mij een cursus omgaan met pubers. Haar laatste wensen: trouwen met haar eerste liefde en een vlog opnemen. Allemaal vakkundig afgevinkt.

Het zal u niet verbazen dat deze lieve, levenslustige en soms lastige meid er niet meer is. Dat is niet wat ik u wil vertellen. Dat moeras ligt er nog steeds. En elke dag komen er nieuwe patiënten die een uitdaging neerleggen. Een uitdaging waar het hokkerige systeem van de gezondheidszorg geen passende DBC-code of protocol voor heeft. En ik geloof nog steeds dat ik een heel klein beetje verschil kan maken en waad daarom elke dag maar weer door mijn moeras. In de hoop dat het op een dag niet meer nodig is om een stoere *chick* van zeventien te vertellen dat het leven stopt.

DEZE MEID GAF
DE AFDELING EEN
CURSUS LEVEN IN
EEN WEEK

HET ZORGSYSTEEM IN ENGELAND

Er bestaan in Engeland geen zorgverzekeringen zoals we die in Nederland kennen: iedere inwoner heeft recht op gratis gezondheidszorg. Hiervoor is de National Health Service (NHS) verantwoordelijk. Deze regelt alle basale zorg waaronder bezoek aan de huisarts, specialistische zorg en geestelijke zorg. Ook spoedeisende zorg wordt vergoed en in tegenstelling tot Nederland is er geen tussenkomst van de huisarts noodzakelijk. Voor sommige ingrepen (denk bijvoorbeeld aan oogheelkundige of cosmetische ingrepen) is een eigen bijdrage nodig. Tot slot is er de mogelijkheid om je particulier te verzekeren, zodat je terecht kunt in privéklinieken. Hiervan is het voordeel dat de wachttijden veel korter zijn.

ALS JE WILT VRAGEN
NAAR IEMANDS
STOELGANG ZEG JE:
“HAVE YOU OPENED
YOUR BOWELS?”



IN OPLEIDING OVER DE GRENS

Auteur: Rosa Nieuwenhuize, aios interne geneeskunde

Je ziet wel eens beelden van overvolle Engelse spoedeisende hulp afdelingen. Patiënten die op de gang liggen te wachten, overwerkte artsen... Hoe zou het zijn om daar arts-assistent te zijn? De Jonge Specialist vroeg het Michelle Spaan, die twee jaar als anios hepatologie in het King's College in Londen werkte.

Hoewel Michelle op het moment dat zij in King's College werkte, niet in opleiding was, deed zij wel hetzelfde werk als de opleidingsassistenten. Hierdoor heeft zij een goed beeld gekregen van de opleiding in Groot-Brittannië. Er zijn veel overeenkomsten met de opleiding in Nederland, maar ook veel verschillen.

De algemene opleiding

"Eén van de verschillen begint al met de studie. Na zes jaar geneeskunde zijn de Engelsen ook arts, maar zij moeten dan nog twee *foundation years* volbrengen. Je bent in deze jaren *junior doctor*, wat niet meer inhoudt dan een soort veredelde co-assistent met voorschrijfbevoegdheid. Hierna kun je solliciteren voor een vervolgopleiding. In het geval van bijvoorbeeld maag- darm en leverziekten (MDL) solliciteer je eerst voor de beschouwende vooropleiding van twee jaar en daarna voor de MDL specialisatie. De totale opleidingsduur is net zoals in Nederland zes jaar."

In opleiding komen

"In opleiding komen is ongeveer net zo moeilijk (of makkelijk) als in Nederland. Wel kent Engeland een transparantere selectieperiode. De sollicitaties worden

gestructureerd afgenomen met een puntensysteem. Je krijgt bijvoorbeeld punten voor eerder opgedane ervaring of een promotie traject. Ook eerder behaalde toets resultaten spelen een rol. Daarnaast krijg je vijf casussen waarbij je je medische kennis moet laten zien. Heb je een hoge algemene score, dan heb je meer kans om in Londen je opleiding te mogen volgen. Zoals je in Nederland het risico hebt om aan de andere kant van het land geplaatst te worden, heb je dat in Engeland ook. En Engeland is natuurlijk een veel groter land!"

Op de vloer

"De klinische taken zijn grotendeels hetzelfde. Je doet dagelijks je *rounds* en één keer per week de *grand rounds*. De hiërarchie is vergelijkbaar met Nederland. Het allergrootste verschil op de vloer is dat je als arts-assistent veel meer verpleegkundige taken moet doen, zoals vena puncties, infusen prikken, kweken aanvragen. Hier gaat ontzettend veel tijd in zitten. Het is een gevolg van het tekort aan personeel. Wellicht vloeit hier ook uit voort dat de werkdruk in Engeland echt een stuk hoger is dan in Nederland. Werkdagen van tien uur zijn standaard en uitschieters van twaalf uur zijn geen

uitzondering. Ik deed alleen dienst voor de hepatologie, met een klein team, dus ik had regelmatig dienst. De druk op het zorgsysteem in Engeland (en met name in Londen) is enorm. Het verzekerings-systeem is niet zoals in Nederland: veel mensen hebben geen huisarts en het kost geen geld om de SEH te bezoeken, dus de SEH stroomt over."

Aanrader

"Mijn tijd in Engeland was ongelooflijk leerzaam. Ik heb dingen gezien die je in Nederland nauwelijks ziet. Maar ik zou er niet mijn hele opleiding willen doen. Vooral door het zorgsysteem en de verpleegkundige taken. Het gebrek aan onderwijs is ook een minpunt. De taal was niet zo'n probleem, hoewel het met al die dialecten heus niet altijd makkelijk is! Medisch Engels is trouwens wel anders dan het gangbare Engels. Een grappig voorbeeld is dat je vraagt "have you opened your bowels?" als je wil vragen naar iemands stoelgang. Ik ga zeker nog terug om een deel van mijn opleiding in Engeland te volgen. Wil je een unieke, onvergetelijke ervaring? Dan moet je dit zeker ook doen!"





The Alternative Limb Project

Experimenteren als de sleutel tot iets nieuws





© Beeld Simon Clemenger en Omkaar Kotedia

Sophie de Oliveira Barata is een Britse kunstenaar die in haar Londense atelier lichaamsprothesen naar een hoger plan tilt, door er ware kunststukken van te maken.

Als gevestigd kunstenaar wilde Sophie de Oliveira Barata haar geluk aanvankelijk beproeven in de filmwereld en deed hiervoor onderzoek naar *special effects*, waaronder prothesen. Het maken van lichaamsprothesen bleek Barata op het lijf geschreven. Ze besloot door te gaan en realistische prothesen te leren maken. De kunstenaar leerde niet alleen werken met siliconen, zij leerde ook hoe ze huidtinten moest mengen en hoe ze echt uitzijnde tenen, vingers, handen en voeten kon kneden en modelleren. Ook vervaardigde Sophie complete realistische arm- en beenprothesen.

Persoonlijke prothese

Barata experimenteerde met materialen en vond een uitdaging in het ontwerpen van ongebruikelijke vormen en stukken. Op een dag maakte ze een beenstuk voor een meisje dat er graag haar favoriete stripfiguren op afgebeeld wilde hebben. Ze ontdekte het positieve psychologische perspectief dat dit bracht. Het meisje kon haar beenprothese beter accepteren nu deze gedecoreerd was en ze kreeg mooie reacties vanuit haar omgeving. Sindsdien kreeg zij jaarlijks een nieuw beenstuk van Barata's hand, tot ze uitgegroeid was, met telkens een nieuwe decoratie.

Door dit voorval ontstond bij de kunstenaar het idee om een ander soort prothesen te gaan maken, naast de bestaande realistische surrogaat-ledematen. Steeds meer van haar cliënten wilden wel

graag een meer persoonlijke prothese, waarbij ze vaak zelf een aandeel hadden in het ontwerp.

Kinderlijke vrijheid

Samen met artistiek partner Viktoria Modesta richtte Sophie 'The Alternative Limb Project' op. Barata en Modesta zien experimenteren als de sleutel tot iets nieuws, waarbij het belangrijkste instrument het durven inzetten van een kinderlijke vrijheid van denken is. Het geeft hen voldoening om op een vernieuwende en artistieke manier naar lichaamsprothesen te kijken, zodat het lichaam zelf kan worden tot kunst.

Met dank aan: Sophie de Oliveira Barata, Dani Clode, Jason Taylor en Hugo Elia.

Auteur: **Eva Stortelder, aios chirurgie**





Compendium Geneeskunde

Auteur: **Wouter Blox**, aios longgeneeskunde en bestuurslid De Jonge Specialist

In september 2016 verscheen de eerste druk van het Compendium Geneeskunde. Deze serie van vier boeken, die een overzicht van de opleiding geneeskunde wil geven, is een initiatief van Veerle Smit en Romée Snijders, beiden student geneeskunde aan het VUmc te Amsterdam. De boeken blijken een groot succes en worden door veel geneeskundestudenten gebruikt. Maar zijn de boeken ook relevant voor aios? En hoe zet je zo'n groot project op? Wij vroegen het Veerle en Romée, die inmiddels beiden druk bezig zijn met hun co-schappen.

Hoe zijn jullie op het idee gekomen om het Compendium samen te stellen?

Veerle: Tijdens de studie werden we natuurlijk geconfronteerd met een enorme stapel boeken. Maar we misten een goed overzicht dat we als rode draad konden gebruiken tijdens de studie, met name tijdens de voortgangstoets die elke geneeskundestudent een aantal keer per jaar moet maken. We hebben een onderzoek gedaan onder studenten in heel Nederland, door via mail en social media een vragenlijst rond te sturen waarop veel respons kwam. Toen realiseerden we ons dat we zeker niet de enigen waren die behoefte hadden aan een samenvatting van de basale geneeskunde die je tijdens je studie moet leren.

Hoe begin je met zo'n project? Hoe deel je het in en hoe besluit je wat er wel en niet in komt?

Romée: De opbouw van de voortgangstoets konden we goed gebruiken als indeling voor het boek. Daarin wordt al een onderscheid gemaakt tussen de verschillende disciplines, maar de toets bevat ook bijvoorbeeld de onderdelen anatomie, medisch-juridische zaken en ethiek. Zo kwamen we tot 27 hoofdstukken.

Veerle: We begonnen met een raamplan waarin stond wat je als geneeskundestudent allemaal moet leren. In combinatie met de inhoud van alle colleges en leerboeken leidde dat tot een lange inhoudsopgave van allerlei ziektebeelden, die we onder de 27 hoofdstukken hebben verdeeld. Vervolgens hebben we teams van auteurs samengesteld, uiteindelijk zo'n honderd man. Elk hoofdstuk is geschreven door twee of drie studenten van verschillende faculteiten, die daarin werden begeleid door twee medisch specialisten. Binnen die teams was er steeds veel discussie over wat er wel en niet in het hoofdstuk moest komen. Soms kwamen er ziektebeelden voorbij die de specialist zelden of nooit op de poli zag, of die zo specialistisch zijn dat je ze als basisarts eigenlijk niet hoeft te kennen. Dat waren zaken die geschrapt zijn. Bovendien zijn sommige ziektebeelden onder meerdere specialismen te scharen. Astma komt bijvoorbeeld zowel voor bij de huisarts, als bij de kinderarts en de longarts.

Om te voorkomen dat dingen dubbel voorkomen, hebben we dan steeds één specialisme uitgekozen om het onderwerp in op te nemen en daarnaar verwezen in andere hoofdstukken.

Was het moeilijk om mensen geïnteresseerd te krijgen om mee te schrijven?

Romée: Dat ging eigenlijk – tegen verwachting in – heel gemakkelijk. We zetten een vacature online voor medisch studenten waarop we binnen tien dagen driehonderd reacties kregen. Daaruit hebben we een selectie gemaakt. Vervolgens hebben we medisch specialisten erbij gezocht om de kwaliteit te waarborgen. Aanvankelijk deden we dat zelf, maar al snel bleek dat veel van de auteurs uit hun eigen netwerk ook specialisten kenden die graag mee wilden werken. Dus dat ging allemaal heel soepel. Het is grappig dat we nu, nadat de boeken uitgebracht zijn, van veel specialisten terughoren dat ze van tevoren niet hadden verwacht dat het zo'n groot project zou worden. Zij zagen tijdens het schrijven alleen de heen en weer gemaakte Word-documenten. Toen ze uiteindelijk het hele boek in handen kregen met een mooie lay-out, was dat voor velen wel een verrassing. En nu de eerste versie uitgekomen is, worden we regelmatig benaderd door medici die graag mee willen schrijven bij een volgende editie.

Waarom hebben jullie ervoor gekozen om het boek zelf uit te geven?

Veerle: De voornaamste reden was dat we onafhankelijk wilden zijn. Er was wel interesse vanuit verschillende uitgeverij, maar we wilden voorkomen dat we bijvoorbeeld vastzaten aan de stijl van een bepaalde uitgever of een universiteit. We wilden het precies maken zoals we het voor ons zagen, ook omdat we als student natuurlijk zelf de doelgroep heel goed kennen.

Romée: Het was voor ons natuurlijk ook nieuw om zelf een boek uit te geven. De promotie van het boek lag bijvoorbeeld aanvankelijk helemaal bij onszelf. Daarin hielp het dan wel dat we goed konden inschatten hoe we studenten konden benade-





REVIEW

In het Compendium Geneeskunde komt de hele studie geneeskunde aan je voorbij, verdeeld over 27 disciplines. Hoewel aanvankelijk geschreven voor geneeskundestudenten, kunnen de boeken zeker ook voor aios nuttig zijn. Je koopt deze boeken niet voor het hoofdstuk over het specialisme waarvoor je in opleiding bent. Maar als je toch nog even wilt checken hoe het ook alweer zat met een bepaald ziektebeeld, alvorens je een ander specialisme in consult vraagt, zijn de boeken ideaal. In heldere en beknopte taal worden de verschillende ziektebeelden gepresenteerd. Door de goede organisatie van de hoofdstukken en systematisch gebruik van icoontjes vind je vaak in één oogopslag de informatie die je zoekt. Doordat de tekst is geschreven door studenten van verschillende Nederlandse faculteiten en is gecheckt door meerdere medisch specialisten, is het Compendium Geneeskunde een betrouwbaar naslagwerk dat je tijdens je vervolgopleiding en verdere carrière met enige regelmaat zult openstaan.

ren. We vinden het ook heel erg leuk om bezig te zijn met de promotie van het boek. We houden steeds in ons achterhoofd dat het vooral belangrijk is dat zoveel mogelijk mensen weten van het bestaan van de boeken. Geleidelijk bouw je steeds meer contacten op, wat leidt tot aandacht vanuit bijvoorbeeld het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, de Volkskrant en De Wereld Draait Door.

Het nut van deze boeken voor de geneeskundestudent is duidelijk. Maar zijn ze ook voor aios relevant?

Veerle: Als je klaar bent met je studie en als arts-assistent gaat werken, kom je met name met het specialisme waarvoor je werkt in aanraking. Als je bijvoorbeeld in opleiding bent tot cardioloog, ga je tijdens de opleiding natuurlijk veel dieper in op de ziektebeelden dan wij dat in het hoofdstuk Cardiologie kunnen doen. Maar als je een naslagwerk wilt hebben voor de specialisten waar je tijdens je specialisatie niet meer mee in aanraking komt, kun je daar de 26 andere hoofdstukken voor gebruiken. Ook discipline-overstijgende zaken, zoals Gezondheidsrecht, kun je in het Compendium terugvinden. 40% van de boeken wordt gekocht door niet-studenten, zoals basisartsen, a(n)ios, verpleegkundigen, onderzoekers, specialisten en paramedici. We hebben gemerkt dat de boeken verder veel gebruikt worden voor de herregistratie in het BIG-register. Artsen die tijdelijk niet in de medische sector hebben gewerkt kunnen zo hun basiskennis weer opfrissen.

Was het voor jullie een verrassing dat de boeken zo populair zouden worden?

Roméé: Dat was het zeker. Al na een half jaar waren de verkoopcijfers hoger dan we hadden verwacht. We krijgen veel positieve reacties, ook van niet-studenten. Het voelt fijn dat we op deze manier zoveel studenten, maar ook arts-assistenten, specialisten, verpleegkundigen en paramedici, kunnen helpen. Als bachelorstudent hadden we aanvankelijk niet door dat het boek ook onder deze groep zo gewild zou zijn.

Hoe ziet de toekomst eruit? Komt er weer een nieuwe versie? Of zijn jullie met andere projecten bezig?

Veerle: We willen zeker een herziene versie uit gaan brengen. Dat is met een medisch boek ook nodig, want de inhoud verjaart natuurlijk. Maar het zal nog zeker een aantal jaar duren. We zijn al voorzichtig aan het nadenken hoe een volgende versie eruit kan zien. Door het succes van de eerste reeks zijn veel deuren geopend, dus misschien kunnen we de volgende editie grootser aanpakken. Bijvoorbeeld door samenwerking te zoeken met wetenschappelijke verenigingen.

Roméé: Momenteel zijn we bezig met twee pocketversies: één over gynaecologie en één over neurologie. Die verschijnen later dit jaar. Ook is er een app in ontwikkeling. En net als voor 2018 is er ook al een scheurkalender voor 2019 in de maak. Er zijn genoeg manieren te bedenken om de inhoud van het Compendium verder te verspreiden. We worden vooral begrensd door de tijd die we hebben, maar zeker niet door het aantal ideeën.





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

Start 13 september

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

Start 31 mei, 9 oktober en 16 november

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

Start 20 juni

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

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