

de JONGE ⁰¹ SPECIALIST

JAARGANG 6 – MAART 2019

Hét magazine voor medisch specialisten in opleiding



Thema: innovatie | Genees-Kunst: zo maak je een gezichtsprothese | Robodoc: steeds meer aios werken met een robot | REshape: Van sterrenhemel tot infuustas | Het ziekenhuis van de toekomst | Je oude medisch specialisme opgeven voor een nieuwe | Vernieuwen tijdens je opleiding

Financiële jungle voor de startende medisch specialist

Seminar • 13 april 2019 • 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 

• colofon •

Redactie

Hanneke Verheijde
Desiree van den Hondel
Susanne Korsse
Eva Stortelder
Mireille Boldewijn
Fardou Heida
Geerke Dijkema
Judith Horenblas
Jony van Hilst
Annemarije Udo
Arnoud Kastelein

Eindredactie

Liza Leijenhorst, Prescripts

Coverbeeld

Judith Horenblas

Vormgeving

RAZA, Daphne van Langen

Redactieadres

Postbus 20057, 3502 LB Utrecht
info@dejongespecialist.nl

Centraal Bestuur De Jonge Specialist

drs Edin (E.) Hajder
dr Steffi (S.J.E.) Rombouts
dr Fardou (F.H.) Heida
dr Irma (I.) Scholten
drs Kèren (K.) Zaccai
drs Janneke (J.F.) Bronkhorst
dr Wouter (W.G.) Wieringa
drs. Charlotte (C.P.S.) Boateng
drs. Sanne (S.L.) Jansen

Adreswijzigingen

Adreswijzigingen kunnen worden
doorgegeven aan De Jonge Specialist.

Uitgever

De Jonge Specialist

Drukwerk

Damen drukkers, Werkendam

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 6

© 2019 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 •

voorwoord

INNOVATIE IN DE ZORG

Innovatie in de zorg is hot. Robotchirurgie, *virtual reality*, EPD en *e-health* worden steeds meer toegepast. Niet alle innovatieve veranderingen in de zorg leiden echter tot minder administratieve lasten. En dat blijkt nu net een belangrijke oorzaak van burn-out onder aios, zo bleek uit onze enquête van 2018. Voor De Jonge Specialist zijn de twee belangrijkste thema's dit jaar Gezond en Veilig werken (werkdruk en werktijden, burn-out) en individualisering binnen de opleiding. Waar de afgelopen jaren concilia en opleiders het eerste aanspreekpunt waren, hebben we voor 2019 voor een innovatieve aanpak gekozen.....

Op twee pijlers zet DJS zich in voor het creëren van aandacht voor de werkomstandigheden van de jonge arts. Allereerst zijn er contacten met de Raden van Bestuur van alle topklinische ziekenhuizen en UMC's. Via gesprekken willen we *awareness* creëren voor de werkdruk bij anios en aios en willen we ziekenhuizen op hun verantwoordelijkheid voor kwalitatief opleiden wijzen. Daarnaast heeft DJS heeft een brief gestuurd naar de grootste politieke partijen met een verzoek tot een gesprek over de werkomstandigheden van jonge artsen. Maar liefst vijf van de zes hebben ons uitgenodigd om in de Tweede Kamer te komen praten. Dit heeft er onder meer toe geleid dat ik eind januari in de Tweede Kamer heb deelgenomen aan het rondetafelgesprek over arbeidsmarktbeleid in de zorg. Namens DJS heb ik drie oplossingen aan de Kamerleden gepitcht.

Allereerst zouden ziekenhuizen meer anios moeten aanstellen. Er is een almaar groeiend overschot van 5000+ basisartsen. Nu er minder aios op de werkvloer zijn, kan het niet zo zijn dat aios almaar meer diensten draaien en geen perifere en buitenlandse stages meer mogen doen. Ten tweede wil DJS dat aios en anios nog dit jaar het recht krijgen om een coach te bezoeken. Coaching is al jaren ingeburgerd en kostenefficiënt bewezen in het bedrijfsleven, maar in de gezondheidszorg rust er nog een taboe op en is vergoeding vaak een probleem.

Tot slot heb ik de Tweede Kamerleden gevraagd om samen met ons de ziekenhuizen aan te spreken op hun opleidingsverantwoordelijkheid. Bij het accepteren van een beschikbaarheidsbijdrage van 130.000 tot 150.000 euro (bedoeld om de aios op te leiden), komt ook de verantwoordelijkheid van het opleiden. Deze met belastinggeld betaalde overheidssubsidie moet worden ingezet voor opleidingstaken, en dus niet om de bedrijfsvoering van ziekenhuizen kloppend te krijgen.

Waar DJS bezig is met vernieuwing omtrent werktijden, burn-out-preventie en individualisering voor alle arts-assistenten, zijn veel aios bezig met implementatie van innovatie in de zorg. In dit nummer doe je alvast inspiratie op. Wie weet start jij ook met een innovatieprofiel.

Edin Hajder,
voorzitter De Jonge Specialist



6

Bits & bots
OK van de toekomst



14

Rijnstate 2.0
Modern ziekenhuis



16

Kunststuk
Een nieuw gezicht



20

Het roer om
Specialismeswitch

Rubrieken legenda

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

#dejongespecialist

Wil je geen A(N)IOS nieuwtjes missen en op de hoogte blijven van onze activiteiten? Volg ons dan via 'dejongespecialist'!

- facebook.com/jongespecialist
- @jongespecialist
- linkedin.com/company/de-jonge-specialist/
- De Jonge Specialist
- dejongespecialist

Inhoud

	De robot in de operatiekamer	6
	DJS Academie – cursusaanbod	8
	Bekentenissen van een jonge klare	9
	Het meest innovatieve ziekenhuis	10
	Zorgverzekeraars zitten niet stil	12
	Duurzaamheid in de zorg	14
	Geneeskunst: de gelaatsprothese	16
	Vernieuwen tijdens de opleiding	19
	Veranderen van specialisme	20
	Innoveren tegen administratiedruk	23
	Handreiking Technologische innovatie	24
	Kenniscentrum LAD en FMS	26
	Column winnaar schrijfwedstrijd	27

Save the Date
27-09-2019

DJS CONGRES 2019:
'Het congres van De Jonge Specialist voor aios en anios'



INNOVATIE op de operatiekamer

De rol van de robot is binnen de opleiding tot snijdend specialist nog bescheiden. Maar de ontwikkelingen gaan snel en aios worden steeds vaker bij het werken met de robot betrokken.

Auteur: Jony van Hilst, aios chirurgie

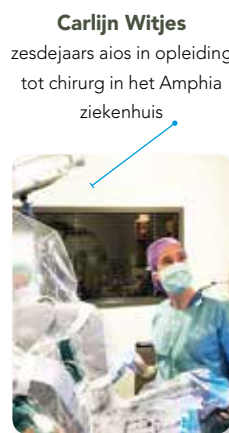
De afgelopen jaren is er veel veranderd op de operatiekamers in Nederland. Het minimaal invasief opereren heeft in vele vormen zijn intrede gedaan voor vrijwel alle opererende specialisaties. De meest in het oog springende innovatie van de laatste eeuw is toch wel de laparoscopie. Deze techniek is inmiddels de standaard voor vele urologische, gynaecologische en chirurgische procedures en heeft daarmee een grote impact op de opleiding voor deze specialismes. Aios komen al vroeg in de opleiding in aanraking met deze techniek, voor de heekunde en de vooropleiding van de urologie, orthopedie, thorax-, en plastische chirurgie zelfs al in het eerste jaar. De laparoscopie is eigenlijk niet meer weg te denken uit de opleiding.

Robot

Sinds begin jaren '90 heeft ook de robot zijn intrede gedaan op de operatiekamer. Inmiddels hebben alle zeven academische ziekenhuizen in Nederland een robot aangeschaft en behoort deze techniek binnen bijvoorbeeld de urologie voor enkele procedures al tot de standaard. Ook in het nieuws lezen we geregeld over de eerste operatie uitgevoerd met de robot in verschillende ziekenhuizen. De snijdende specialisten lijken allemaal hard bezig om zich de robot-geassisteerde operaties snel eigen te maken. De rol van de robot binnen de opleiding tot snijdend specialist lijkt op dit moment nog zeer beperkt, maar gezien de snelle ontwikkelingen is het wel interessant om hier vast op vooruit te blikken.



Quintus Molenaar
chirurg en hoogleraar
in het Regionaal Academisch
Kankercentrum Utrecht en het
UMC Utrecht



Carlijn Witjes
zesdejaars aios in opleiding
tot chirurg in het Amphia
ziekenhuis

Training

Begin februari werd het *Amsterdam Skills Centre* geopend. Dit hypermoderne centrum, opgericht door het Amsterdam UMC, richt zich volledig op chirurgische training. De missie van het centrum is om door middel van vele vormen van training de chirurgisch kennis en kunde wereldwijd te verbeteren. Om dit te bewerkstelligen is het *Amsterdam Skills Centre* een samenwerking aangegaan met Stryker, dat geïnvesteerd heeft in de faciliteiten en materiaal levert voor de trainingen. Tegenwoordig heeft dit geleid tot een trainingscentrum met onder andere een operatiekamer met maar liefst twaalf operatietafels waar getraind kan worden op humaan weefsel, *virtual reality* simulatoren maar ook natuurlijk de robot. Volgens berekeningen van het *Amsterdam Skills Centre*, is er ongeveer 30.000 uur voor nodig om opgeleid te worden tot zelfstandig operateur en een operatiekamerteam aan te kunnen sturen. Op dit moment wordt het grootste gedeelte van deze uren door aios nog gemaakt 'on the job'. Het *Skills Centre* biedt ruimte om meer van deze uren 'off the job' te maken. Momenteel worden hiervoor al basis hechtcurssussen en laparoscopiecurssussen georganiseerd voor aios, de wens is om dit aanbod in de toekomst verder uit te breiden.

Rol voor aios

Quintus Molenaar, chirurg en hoogleraar in het Regionaal Academisch Kankercentrum Utrecht en het UMC Utrecht, denkt dat het trainen van aios een degelijke en stapsgewijze opzet vereist. Hier ligt

momenteel nog veel ruimte voor het gebruik van lab- en videotrainingen. Molenaar werkt in Utrecht al bijna vijf jaar met de robot en ziet dat er langzaam ook voor deze techniek meer ruimte komt om aios te betrekken. Waarbij in de afgelopen jaren de aandacht vooral lag bij het trainen van het hele team chirurgen en het operatiekamerpersoneel begint er inmiddels routine te komen: "Momenteel heeft de robot nog geen formele rol voor de aios bij ons in het ziekenhuis, maar door toename van de capaciteit is het idee dat in de komende jaren geïnteresseerde vijfde- en zesdejaars aios hier wel voor opgeleid gaan worden. Aios die differentiëren in een subspecialisatie waar de robot veel wordt toegepast, moeten hier tijdens de opleiding al mee in aanraking komen. In ons centrum hebben we momenteel vijf robots, dus is daar ook ruimte voor."

Ervaring opdoen

Een groot verschil tussen het trainen van chirurgen en aios op de robot is, volgens professor Molenaar, dat voor de aios niet alleen de robot-techniek onbekend is, maar ook de operatie zelf vaak nog aangeleerd moet worden. Carlijn Witjes, zesdejaars aios in opleiding tot chirurg in het Amphia ziekenhuis beaamt dit: "In het begin van mijn differentiatie merkte ik dat ik tijdens sommige operaties nog te veel bezig was met de operatie op zich; ik was toen eigenlijk nog niet helemaal toe aan opereren met de robot. Inmiddels heb ik meer ervaring en merk ik dat het daardoor op de robot veel beter gaat." Het Amphia ziekenhuis was in 2012 een van de eerste ziekenhuizen met een robot en sindsdien is er veel ervaring opgedaan. Inmiddels is het zelfs het grootste centrum in de Benelux voor robot-geassisteerde colorectale chirurgie. Dit is een voordeel vindt Witjes: "De chirurgen zijn al heel ervaren, sommige zijn bijvoorbeeld zelfs proctor (leermeester red.) voor andere ziekenhuizen. Dit maakt dat de chirurgen zelf heel vertrouwd zijn met de techniek en gewend zijn om dit aan te leren aan anderen."

Witjes doet de module colorectaal binnen de differentiatie oncologische chirurgie en binnen dit gebied wordt in het Amphia veel op de robot geopereerd. "Eerder in mijn opleiding was ik ook al geïnteresseerd in deze nieuwe techniek. Toen ik terugkwam in het Amphia na mijn academische stage heb ik aangegeven dat ik ook graag met de robot ervaring wilde opdoen. Hier werd enthousiast op gereageerd en nu zit ik per week standaard een dag op de robot. Als je klaar bent met de opleiding wordt er van je verwacht

HET IS GOED OM TIJDENS
JE OPLEIDING KENNIS
TE MAKEN MET DE ROBOT



dat je bepaalde operaties laparoscopisch onder de knie hebt; de ervaring die ik heb opgedaan met de robot zijn een extraatje. Het zou natuurlijk leuk zijn als ik hierna in een ziekenhuis kom te werken waar ik dit verder kan uitbouwen."

Toekomst

Welke rol de robot in de toekomst in de opleiding zal hebben, vindt Witjes moeilijk te voorspellen: "Waarschijnlijk blijft laparoscopie de basis voor een groot deel van de operaties, maar de robot zou goed een rol kunnen gaan spelen bij een aantal complexere operaties waar voordeel van de robot te verwachten is. Het is daarom goed om er tijdens de opleiding in ieder geval kennis mee te maken. Dit kan op vele manieren. Zelf heb ik geen aanvullende cursussen gevolgd naast de basistrainingen van de producent van de robot, maar ik heb bijvoorbeeld wel eens tijdens een open dag in het Amphia de hele dag fruit gepeld met de robot. Op deze manier krijg je ook meer ervaring met het gebruik van de techniek, welke pedalen gebruik je wanneer et cetera." Toch denkt Witjes dat eerder in de leercurve van chirurgen er ook voor de aios mogelijkheden liggen. "Je kunt als aios ook al veel leren van meekijken met de chirurg, door alles te zien en horen, pik je toch al veel op. Dat kan later weer van pas komen." ■



Auteur
Kèren Zaccai, bestuurslid De Jonge Specialist, aios urologie

DJS Academie - cursusaanbod

Haal het beste uit jezelf!

★ Topclass Medisch Onderwijs

Samen met Radboudumc organiseren we opnieuw een succesvolle Topclass Medisch Onderwijs. Een groep van inhoudsdeskundigen en onderwijskundigen begeleidt de leergang, waarbij Theorie, Design en Performance belangrijke pijlers zijn. Je krijgt een stoomcursus basiskennis over onderwijs, opleiden en leren en je zet tijdens de leergang een leerinterventie op waarover je tijdens de afronding rapporteert. Innoveren kun je leren!

★ Talentenklas 2019

De Academie voor Medisch Specialisten verzorgt deze leergang, waarbij je start met een assessment over jouw werk- en leiderschapstijl. Hierna volg je vier modules van drie dagdelen en volg je workshops 'Persoonlijk leiderschap' en 'Effectief communiceren, beïnvloeden & conflicthantering'. Centraal staan de eigen ontwikkeling, het vergroten van kennis, visieontwikkeling en het leren van de ervaring van anderen, zowel docenten als medecursisten. Hoe gebruik jij innoverend leiderschap om de patiënt op een efficiënte manier beter te maken? Leer het tijdens de Talentklas 2019!

Hoe kunnen we de gezondheidszorg in de toekomst betaalbaar, toegankelijk en kwalitatief hoogstaand houden, waarbij kwaliteit van zorg voor de patiënt centraal blijft staan? Houden deze vragen jou ook bezig? Volg dan één van de workshops, opleidingen of leergangen.

★ Leergang Medisch Leiderschap

Tijdens deze 3-daagse training, georganiseerd door Lemniscaap, krijg je handvatten om te werken vanuit Medisch Leiderschap. Sterkte- en zwakteanalyse en persoonlijk leiderschap komen uitgebreid aan bod. Voor de trainingen worden innovatieve technieken toegepast. Binnen de leergang worden 3 individuele coaching sessies aangeboden.

★ Opleiding Clinical Business Administration

Dit is een compacte en intensieve leergang voor jonge professionals die De Jonge Specialist in samenwerking met TIAS School for Business and Society organiseert. Het is een volledige leergang op het gebied van management in de gezondheidszorg. De leergang is bedoeld voor jonge zorgprofessionals met de ambitie de gezondheidszorg te verbeteren en innovaties in de zorg te realiseren. Het biedt de meest up-to-date wetenschappelijke kennis en inzichten over clinical leadership, de financiering van de gezondheidszorg, governance, kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg.

★ Gamechangers in Health Programma

Dit programma voor aios is ontwikkeld door DJS, WAA en Better Future, waarbij jij - als potentiële agent - bagage en knowhow meekrijgt om een toekomstig leider te zijn. Het behelst een reis waarin je zelfanalyse, leiderschapstijlen en veranderingsmanagement krijgt aangeleerd. Gamechangers in Health bestaat uit bijeenkomsten, coaching, intervisie en opdrachten in Nederland. Samen met een partnerorganisatie in Afrika ga je werken aan verschillende essentiële lokale uitdagingen. Wil je mee, schrijf je dan snel in!

Wil je nog geen opleiding, leergang of cursus volgen, maar wel direct aan de slag? De Jonge Specialist heeft altijd ruimte voor gemotiveerde leden in één van onze commissies. Kijk op www.dejongespecialist.nl voor meer informatie.



De Jonge Specialist - maart 2019

Beeld: iStock

Beeld: iStock

Bas van der Sluis
gynaecoloog

Bekentenissen
van een
jonge klare

Op eigen benen

Bas werkt sinds drie maanden als gynaecoloog in een perifere opleidingskliniek en dat bevalt erg goed. Hij vertelt over zijn eerste ervaringen als jonge klare.

"Tegen het einde van de opleiding ben je steeds meer toe aan meer zelfstandigheid. Als laatstejaars aios kreeg ik al veel ruimte om zelf supervisie te geven. Ik merk dat ik daar nu de vruchten van pluk, want de overgang voelt medisch-inhoudelijk niet eens zo groot. Het is fijn dat ik nu volledig zelfstandig kan beslissen, zonder nog een supervisor te hoeven raadplegen.

Soms is dat ook spannend. Eergisteren werd in mijn dienst een tweelingbevalling aangekondigd, kind twee mogelijk in stuitligging. De arts-assistent kon haar geluk niet op. Deze leermomenten komen niet dagelijks voor. Ook voor mij een leuke uitdaging. Maar wat nu als die stuit eens niet makkelijk komt? Gelukkig ben ik in een fijne vakgroep terechtgekomen, waar iedereen laagdrempelig aanspreekbaar is en back-up geeft waar nodig. Al had ik haar achteraf niet nodig, dat mijn collega nog heel even in huis bleef na haar spreekuur tot dat beide kinderen waren geboren, voelde geruststellend. Ik merk overigens dat ook de langer zittende collega's onderling gemakkelijk bij elkaar (en nu dus ook bij mij!) aankloppen om te sparren over beleid.

Het is erg leuk om nu als volwaardige gesprekspartner binnen de vakgroep en het ziekenhuis verder vorm te kunnen geven aan je vak. Als aios werd mijn mening of idee zeker serieus genomen. Toch was ik

een passant, die op een zeker moment het ziekenhuis weer zou verlaten. Nu merk ik dat binnen de vakgroep ieders mening wordt meegenomen, of je nu net bent begonnen of er al veel langer zit. Wat ik heel leuk vind, is dat nieuwe inbreng gewaardeerd wordt en dat ik de ruimte krijg om bijvoorbeeld samen met een aantal collega's mijn aandachtsgebied verder vorm te geven.

Als aios moet je je vaak conformeren aan de geldende normen in het ziekenhuis. Ook logisch, want aios komen en gaan en voor de rest van een ziekenhuis is het prettig om volgens een vast regime te kunnen werken.

In een nieuw ziekenhuis kreeg ik van de OK-assistent te horen welke instrumenten gebruikt werden tijdens een sectio; nu wordt bij mijn eerste sectio gevraagd welke instrumenten ik graag gebruik, want dan liggen die in het vervolg klaar. Als ik dan in één van de weken erna 's nachts met de aios een sectio verricht, wordt door de zojuist binnengekomen OK-assistent gevraagd welke gynaecoloog er nu eigenlijk dienst heeft... Dat ben ik dus!

En waar de OK-assistent misschien moet wennen aan de jonge specialist, geeft de patiënte op de polikliniek aan dat ze het toch wel erg fijn vindt nu eens bij een echte dokter met ervaring te komen, want hiervoor was ze altijd maar bij die gynaecologen in opleiding. Het is maar hoe je het bekijkt!

Hoewel er tijdens de opleiding steeds meer aandacht wordt besteed aan

management en financiën, blijft het niet-medische deel van mijn werk toch een black box.

Er komt van alles op me af: financiën, beleidsbeslissingen binnen de vakgroep en het ziekenhuis. En was ik als aios altijd in loondienst, nu ben ik zelfstandige en dus ook verantwoordelijk voor de organisatie van een eigen praktijk. Onlangs werd tijdens het halfjaarlijkse gynaecologencongres een sessie gewijd aan de vraag: hoe kunnen we aios het best voorbereiden op deze niet-medische kant van het vak? En moet dat tijdens de opleiding al?

Achtergrondkennis over de organisatie van zorg is zeker nuttig, maar veel praktische zaken verschillen per ziekenhuis. En in de praktijk leer je altijd beter. Fijn dat ook hier mijn collega's me op weg helpen.

Tijdens mijn laatste fase als aios kreeg ik steeds meer behoefte aan zelfstandigheid, maar soms duikt toch de twijfel even op: "Ben ik er nu dan klaar voor?". Die twijfel verdwijnt snel als je aan de slag gaat, want het is vooral gewoon hartstikke leuk!" ■

Ben je of ken je een jonge klare die (anoniem) wil vertellen over haar/ zijn eerste ervaringen: mail ons dan: info@dejongespecialist.nl



Van sterrenhemel tot infuustas

REshape Center

Het Radboud UMC streeft ernaar om het meest innovatieve ziekenhuis van Nederland te zijn. Om dit te bereiken is onder andere het REshape Center in het leven geroepen: een kraamkamer voor veelbelovende zorginnovaties. De Jonge Specialist at een broodje mee bij de wekelijkse ontbijtsessie van deze innovators.

Auteur: Geerke Dijkema, aios urologie, co-auteur: Annemarije Udo, aios gynaecologie

Het REshape center, gelegen in een oud laboratoriumgebouw van het Radboud UMC, bestaat sinds 2010. Waar de projecten aanvankelijk gericht waren op aanpassingen in design, kun je er inmiddels voor iedere vorm van innovatie en met elk idee terecht. Medewerkers van het Radboud UMC worden daarom al vanaf de introductiedag gestimuleerd om langs te komen als ze een vernieuwend idee hebben.

Ontbijt met goede ideeën

Elke woensdagochtend organiseert het REshape center een ontbijtsessie, bedoeld om elkaar te ontmoeten en op de hoogte te blijven van de dingen die spelen. Het vaste REshape-team bestaat momenteel uit acht mensen met verschillende opleidingsachtergronden en werkervaring, waaronder een technische geneeskundige, biomedisch ingenieur, klinisch wetenschapper, medische bioloog en mensgericht ontwerper. Bij deze editie van het ontbijt zijn ook andere mensen aangeschoven, zoals bedenkers en ontwerpers van games in de gezondheidszorg, projectmanagers en bedrijfsleiders van verschillende klinische afdelingen, een studentbegeleider van de Radboud universiteit voor studenten met ideeën voor start-ups, een huisarts en jonge starters met een eigen softwarebedrijf. Ze stellen zich één voor één voor en vertellen over hun projecten of doelen.



Voorbeelden van projecten

Een van de vaste medewerkers van het REshape team is Mats Koeneman, technisch geneeskundige. Hij vertelt over zijn project waarbij gekeken wordt naar de toepassing van continue draadloze datamonitoring van vitale parameters. Op de reguliere afdelingen is het nu nog vaak zo dat verpleegkundigen op vaste momenten in hun dienst de vitale parameters van de patiënt meten en deze gebruiken om de MEWS (*Modified Early Warning Score*) te berekenen met het doel hierbij patiënten te identificeren met een verhoogd risico op klinische achteruitgang. Het nadeel hiervan is dat je makkelijk een moment met een hoge MEWS-score kunt missen. Daarnaast is de registratielast voor de verpleegkundigen erg hoog. Sensoren in een polsband (VisiMobile) meten continu hartslag, bloeddruk, saturatie, ademhalingsfrequentie en huidtemperatuur van de patiënt. Ook wordt er gebruik gemaakt van een huidpatch (Healthpatch) die bijvoorbeeld een ECG via bluetooth naar een mobiel apparaat kan sturen.

Nieuwe informatie

"Het is natuurlijk heel vreemd dat een patiënt thuis met een Fitbit continu zijn hartslag kan meten, maar dat we dat in het ziekenhuis niet doen," zegt Koeneman. Daarbij is het niet de bedoeling dat de reguliere afdeling een verkapte bewaakte afdeling wordt, dus er zitten geen strakke grenswaarden met alarm op het systeem. Koeneman: "Je krijgt wel heel veel nieuwe informatie op deze manier. Zo detecteren we vrij geregeld milde vormen van slaapapneu. We zijn ook aan het kijken naar de poliklinische toepassing van de Healthpatch, bijvoorbeeld of ECG en hartslag te koppelen is aan glucosewaarden voor diabetespatiënten." De continue draadloze monitoring via VisiMobile wordt nu al standaard toegepast op de afdeling chirurgie en interne geneeskunde in het ziekenhuis.

Beeld: iStock

Proefkamer

Een ander project dat tijdens het ontbijt langskomt is R4Heal (Room for Heal). Dit is een vierjarig project om een interactieve patiëntenkamer te ontwikkelen die de patiënt helpt bij een spoedig herstel via de 4 R's: Relief, Rest, Relax en Recover. Onder meer met kunstmatige intelligentie wordt een eigenschappenprofiel van de patiënt gemaakt (bijvoorbeeld snel gestrest, hoge of lage pijngrens, een ochtend of avondmens et cetera). Het idee is dat de patiënt met games, geuren en virtual-realitybeelden (VR) die bij hem of haar passen, sneller kan herstellen.

Er is een proefkamer ingericht op de afdeling neurologie waar momenteel verschillende testen worden gedaan. De witte muren kunnen met virtual reality naar wens worden omgetoverd in een sterrenhemel, een strand of een rustgevende bosomgeving. Daarnaast worden hier VR-games getest die bijvoorbeeld kunnen helpen bij pijnbestrijding. Voor onder andere sensoren, geurimplementatie, licht en dataverwerking zijn vijf middelkleine bedrijven uit de regio betrokken.

Blote billen op de gang

Naast technische innovaties kunnen er ook hele praktische of basale ideeën worden uitgerold in het REshape Center. Zo ligt er nu een ontwerp voor nieuwe operatiekleding. Het idee hiervoor kwam vanuit ervaringen van patiënten die zich in zo'n OK-jasje waarbij je met je rug en billen volledig bloot over de gang loopt, nogal opgelaten voelden. In het nieuwe ontwerp is de patiënt volledig bedekt, maar kan het kledingstuk op allerlei plekken makkelijk open voor eventuele infuustoegang, lichamenlijk onderzoek of een operatie. Dit operatiejasje kan de patiënt meteen combineren met de nieuwe hippe 'infuustas' die patiënten een stuk mobieler maakt.

Hacka..wattah?

Naast vlokken en vruchtenhagel wordt er tijdens het ontbijt ook met allerlei innovatieve termen gestrooid. Een daarvan is *Hacking health* oftewel de *Health Hackathon*. Een *Hackathon* bestond van origine uit een groep nerds die dag en nacht, gesterkt door pizza en energiedrank, samen oplossingen voor bepaalde problemen bedacht. Inmiddels is de *Hackathon* uitgegroeid tot een evenement waarbij ontwerpers, ontwikkelaars en ondernemers aanschuiven om mee te denken over nieuwe ideeën voor bestaande problemen. Bij de *Health Hackathon* worden hierbij ook nog eens zorgverleners en patiënten uitgenodigd. Op vrijdagavond wordt een probleem of idee gepresenteerd, er worden vervolgens teams gevormd die het hele weekend samen aan een oplossing gaan werken. Hierbij wordt er, in tegenstelling tot de 'klassieke' *Hackathon*, 's nachts nog wel geslapen en gezond gegeten. Voorbeelden die tijdens het ontbijt worden geopperd als casus voor een nieuwe *Hackathon* zijn de wachttijden in het ziekenhuis en de bereikbaarheid van zorg en medicijngebruik voor immigranten. ■



EEN GOED IDEE, EN DAN?

Wanneer je bij het REshape center een goed idee hebt gepitcht, kun je dit samen met de medewerkers verder uitwerken. Vervolgens kom je terecht bij de collega's van het iLab, een extra schakel in de innovatieketen om concepten die in het REshape Center worden uitgewerkt, klaar te stomen voor de implementatie in het ziekenhuis. Er werken vijf mensen. Ook biedt het Radboud de mogelijkheid om je eigen werk in de kliniek (deels) op te vangen als je je idee verder wilt uitwerken naar een concrete toepassing.



'Linksom of rechtsom: er gaat veel veranderen'

Jasper Eijsink (37) was tot voor kort gynaecoloog in het UMCG. Tijdens zijn opleiding in Groningen besteedde hij aandacht aan het verbeteren van de geboortezorg en als gynaecoloog hield hij zich bezig met IT en zorg. Het zette hem aan het denken: wat zou ik verder kunnen betekenen voor de zorg, maar dan meer op macroniveau? Begin dit jaar maakte hij de overstap naar zorgverzekeraar Menzis. We spraken over zijn functie en over de rol van de zorgverzekeraar op het gebied van zorginnovaties.

Auteur: Arnoud Kastelein, arts-onderzoeker gynaecologie

Waaruit bestaat je functie als adviserend geneeskundige medisch specialistische zorg bij Menzis?

"Enerzijds is dat op microniveau: iemand heeft een behandeling in het buitenland gehad, en dan moet er gekeken worden: is dit verzekerde zorg? Anderzijds is dat op macroniveau: kwaliteit en beleid. Er zijn in Nederland heel veel tafels waar gesproken wordt over zorg. Adviserend geneeskundigen zorgen dat de medisch inhoudelijke kant van het verhaal voor het voetlicht wordt gebracht."

Ga je bij Menzis ook bezighouden met innovatie in de zorg?

"Vanuit mijn achtergrond is innovatie in de zorg vooral IT gericht. Als medisch specialist zat ik in de IT-strategieraad van het UMCG. In het UMCG heb ik binnen het EPD-programma de verloskundie-applicatie helpen bouwen, vervolgens zat ik in het EPD-rapportageteam. Menzis biedt mij de ruimte om met die kennis en achtergrond een bijdrage aan innovatieve zorgoplossingen te leveren."

Waar moeten we aan denken als we het hebben over IT, zorg en innovatie?

"Dan kun je denken aan zorginnovaties die een bijdrage leveren om de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor iedereen te behouden. Neem bijvoorbeeld het project *COPD in beeld*. Binnen dat project is de verbinding tussen de zorgverlener en patiënt geoptimaliseerd. Doordat

Jasper Eijsink

2000 – 2006

Geneeskunde,
Rijksuniversiteit Groningen

2006 – 2009

Arts-onderzoeker bij UMCG

2009 – 2015

Gynaecoloog in opleiding
(Deventer Ziekenhuis, UMCG,
Martini en UMCG)

2015 – 2018

Gynaecoloog UMCG,
IT-strategieraad en EPD team

Dec 2018 – heden

Adviserend geneeskundige
Menzis

patiënten op afstand gecontroleerd kunnen worden, scheelt dat gang naar het ziekenhuis. Een ander voorbeeld is het OSAsense project, waarbij een innovatieve screeningstool voor obstructief slaap apneu syndroom werd geëvalueerd. In veel gevallen kon de huisarts daar de diagnose OSAS stellen, waardoor patiënten niet meer doorgestuurd hoefden te worden naar het slaapcentrum. Voor Menzis zijn dit belangrijke projecten om te steunen. Daar zit natuurlijk een financiële winst in, maar het verbetert bovenal de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg voor patiënten. De volgende uitdaging is om dergelijke projecten breder te implementeren."

De Raad voor Volksgezondheid pleit ook voor 'bredere en snellere implementatie van eHealth'. Wat zou de rol van de zorgverzekeraar kunnen zijn bij het 'opschalen' van dergelijke projecten?

"Wanneer het gaat om bredere implementatie, dan is daar zeker een rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. Als een project ergens werkzaam is gebleken, dan wil je dat ook in andere regio's uitrollen. Omdat de betalingsstructuur bij dergelijke pilots nog niet geregeld is, kan een zorgverzekeraar dit financieel ondersteunen. Snellere implementatie vind ik een lastiger verhaal. We moeten patiënten en zorgverleners wel de tijd gunnen om elkaar daarin te vinden."

Uit onderzoek blijkt dat de minderheid van de patiënten met een chronische aandoening tele-

monitoring wenst. Bredere implementatie is dus misschien niet altijd wenselijk. Hoe gaan we daar mee om?

"Daar moeten we oog voor hebben. Veel is ook onbekend, en het is een uitdaging om dat te veranderen. Maar niks doen is ook geen optie. We moeten ook kijken naar de generatie die achter ons aankomt. Ik heb twee dochters van 7 en 5 jaar, het is ongelofelijk wat die allemaal doen op digitaal gebied. Vanuit die bril moet je naar de zorg gaan kijken. Mijn dochters zullen zich straks afvragen: waarom heb ik mijn dossier niet op mijn telefoon? Waarom moet ik fysiek naar een ziekenhuis komen? Waarom zit die dokter te typen terwijl er spraakherkenning bestaat? We moeten aandacht hebben voor wat nu leeft, en de een heeft meer tijd en uitleg nodig dan een ander, maar linksom of rechtsom, er gaat veel veranderen."

Kunnen innovatieve oplossingen misschien ook bijdragen aan persoonlijke ziektepreventie?

"EHealth toepassingen kunnen zeker helpen in ziektepreventie. Menzis is daar ook heel erg mee bezig. We doen dat bijvoorbeeld binnen het Leefkracht programma. We proberen onze verzekerden te ondersteunen op het gebied van mentale fitheid en een gezonde leefstijl. Zo heeft Menzis de applicatie SamenGezond, die overigens voor iedereen beschikbaar is. Deze app kan bijvoorbeeld helpen om gezonder te eten, meer te bewegen en te stoppen met roken. Maar er moet wel aandacht blijven voor groepen burgers die minder makkelijk meekomen met eHealth, maar die het misschien wel het hardst nodig hebben. Dat is een uitdaging."

Innovatie moet zorg betaalbaar en toegankelijk houden. Hoe kan de zorgverzekeraar bijdragen?

"De zorgverzekeraar heeft als belangrijkste doel om ook in de toekomst goede zorg voor een goede prijs te kunnen blijven garanderen. IT-innovaties kunnen hieraan bijdragen, daar ben ik van overtuigd. Bij

KIJK AL TIJDENS DE OPLEIDING NAAR DE TOEPASSING VAN NIEUWE TECHNIEKEN OM DE ZORG VERDER TE VERBETEREN



ons heerst daarbij de overtuiging dat wanneer we kwaliteit als uitgangspunt houden, de kostenreductie vanzelf volgt. Denk aan het verplaatsen van zorg naar de thuissituatie: dat is niet alleen goedkoper, maar vaak ook prettiger voor patiënten."

E-consulten lijken een belangrijke factor in het thuis aanbieden van zorg. Kan de zorgverzekeraar middels een passende vergoeding de implementatie hiervan bevorderen?

"Dat daar passende vergoedingen voor moeten komen staat niet ter discussie. Daar wordt hard aan gewerkt. De vergoeding moet daarbij recht doen aan de geleverde inspanning, die zal veranderen. Dat is een uitdaging, daar zitten spannende dingen in, maar dat stelsel zal moeten veranderen."

Hoe zie je de toekomst?

"Projecten zoals *COPD in beeld* moeten verder worden uitgedragen en breder geïmplementeerd worden. De patiënt moet verder centraal worden gesteld, in zowel informatiebehoefte als informatiepositie. Alleen met de juiste informatie kan een patiënt de regie nemen in eigen gezondheid. Vastlegging van data op een kwalitatief goede manier is hierbij essentieel en kan bovendien enorm veel administratieve lasten schelen voor zorgverleners. Met de juiste data kun je vervolgens naar échte innovaties gaan kijken: *Artificial Intelligence*, *deep learning* en het gebruik van algoritmes. Maar daar zijn we nog niet. De zorg is een veld waar kleine stapjes gemaakt móeten worden. En dat verandering langzaam gaat, is niet persé een slecht gegeven. Juist de specialist van de toekomst kan hier een belangrijke rol in spelen; door al tijdens de opleiding te kijken naar de toepassing van nieuwe technieken om de zorg verder te verbeteren." ■



ZORGEN VOOR EEN DUURZAAM ZIEKENHUIS

Vernieuwing, innovatie, duurzaamheid. Deze drie gaan hand-in-hand. We spraken erover met Willem Jan Hanegraaf, Programmadirecteur Bouw bij het Rijnstate Ziekenhuis.

Auteur: Desiree van den Hondel, aios chirurgie

In het Nederlandse ontwerp van het Klimaatakkoord worden ziekenhuizen slechts twee keer genoemd, ondanks dat het grote 24-uurs bedrijven zijn. Beide keren gaat het om werkvervoer zoals parkeerbeleid, fietsregelingen en zuinigere elektrische auto's. Minder specifiek is de beschrijving van de plannen voor de 'gebouwde omgeving'.

In grote lijnen worden er plannen geschetst, bijvoorbeeld de nieuwbouw en gemeentelijke aanpak, waarbij wijk voor wijk 'verduurzaamd' zal worden. Hierbij moet je denken aan isolatie van de huizen, een warmtenet en andere cv-ketels. Er zijn echter nog geen concrete plannen geformuleerd om de impact van het klimaatakkoord voor ziekenhuizen en organisaties in de gezondheidszorg goed in beeld te hebben, om zo te komen tot implementatietrajecten.

Renovatie

Hoe zit dat andersom? In hoeverre staat duurzaamheid op de agenda in de ziekenhuizen? Om dit te onderzoeken gingen we in gesprek met Willem Jan Hanegraaf. Hij is programmadirecteur van de renovatie en uitbreiding van het Rijnstate Ziekenhuis in Arnhem. Het gebouw stamt uit de jaren '90 en is dus toe aan een grootschalige vernieuwing. Hanegraaf vertelt: "De renovatie is een groot programma en duurt meerdere jaren. Zo worden bijvoorbeeld de intensive care en het operatiekamercomplex compleet vernieuwd en uitgebreid. Duurzaamheid is een belangrijk thema in het programma. We kijken niet alleen naar duurzame oplossingen die bijdragen in de exploitatie van het ziekenhuis, maar ook in

Het klimaatakkoord – hoe zit dat ook al weer?

In 2015 ondertekenden vertegenwoordigers van 195 landen het Klimaatakkoord van de United Nations Framework Convention of Climate Change. In grote lijnen is het doel de opwarming van de aarde te beperken tot ten hoogste 2 graden Celsius vergeleken met het pre-industriële tijdperk. Een van de belangrijkste manieren om

dit te bereiken is het beperken van de uitstoot van broeikasgassen. De Nederlandse regering heeft een plan gemaakt om hieraan bij te dragen, waarbij we in 2030 49% minder broeikasgassen moeten uitstoten dan 1990. Een klus, omdat het haalbaar en betaalbaar moet zijn voor iedereen. Aangezien ziekenhuizen grote 24-uurs bedrijven

zijn, is het logisch dat ook zij een steentje moeten bijdragen. Daarom is het Rijnstate gevraagd om mee te denken in het opzetten van routekaarten die organisaties helpen bij de implementatie van de oplossingen om de doelen vanuit het klimaatakkoord te verwezenlijken binnen de gezondheidszorg.

de vergroening van de organisatie en haar omgeving. Een grote organisatie als een ziekenhuis kan als vliegwiel werken voor nieuwe initiatieven. Daarnaast moet het programma een bijdrage leveren aan de duurzame inzetbaarheid van personeel door de werkomgeving te verbeteren."

Duurzame verbouwing

In 2017 is een groot onderzoek afgerond waarin een model werd ontwikkeld om het meest energie-efficiënte model te ontwikkelen: *European research on energy-efficient healthcare districts*. Hierbij moet je denken de plattegrond van het ziekenhuis (welke kamers zet je naast elkaar om de energiebehoefte zo klein mogelijk te houden) tot aan de inrichtingen van de ruimtes. Deze werkwijze en ontwerpmethodiek wordt gebruikt bij het ontwerpen van de nieuwe afdelingen voor het Rijnstate. Hanegraaf vertelt: "We gaan uit van het principe van de trias energetica: minder energiebehoefte, minder gebruik van fossiele brandstoffen en meer gebruik van duurzame brandstoffen."

"Een voorbeeld dat veel zal bijdragen aan de duurzaamheid in het ziekenhuis is het nieuwe luchtbeheersingssysteem op de operatiekamer. Het huidige 'schone' gebied is 9m², terwijl het met het nieuwe luchtbeheersingssysteem 42m² wordt. En dit terwijl de hoeveelheid schone lucht die hiervoor nodig is met 70% wordt teruggedrongen. Naast nieuwe technieken worden ook zorgprocessen aangepast. Zo zal bijvoorbeeld de patiënt in de toekomst opgenomen worden op de 'operatie-opnameafdeling' wat een onderdeel is van het operatiekamercomplex. Zo hoeft de patiënt

Bronnen: 'Ontwerp van het Klimaatakkoord', Nijpels, den Haag, 21 december 2018, Kerngetallen Nederlandse Ziekenhuizen 2016, www.streamer-project.eu



Het programma moet de werkomgeving verbeteren



WE KIJKEN OOK NAAR DE
VERGROENING VAN DE ORGANISATIE
EN HAAR OMGEVING



Artist impression Rijnstate Ziekenhuis na oplevering. © Aan de Amstel architecten

Het 'schone' gebied van het nieuwe luchtverversingssysteem is meer dan 4x zo groot

niet meer getransporteerd te worden van de afdeling naar de operatiekamer. Dit zorgt voor minder personele inzet, minder transport in het ziekenhuis en ook een kleinere kans op fouten in het pre-operatieve proces."

Hoe gaat zo'n groot programma in zijn werk? Er wordt gestart met een knelpuntanalyse: waar loop je in de huidige situatie tegen aan? Wat kan er worden verbeterd? Er worden bezoeken gedaan aan andere ziekenhuizen om de afdelingen, locaties en werkprocessen te observeren. "Hierbij is het belangrijk dat je de lange termijnstrategie van het ziekenhuis, de speerpunten en aandachtsgebieden in het oog houdt, terwijl je aandacht hebt voor het individu." Na de knelpuntanalyse worden de nieuwe afdelingen in 3-D ontworpen, waar nodig één op één nagebouwd (zogenaamde mock up's) en getest. Zo is er bijvoorbeeld een operatiekamer gebouwd waarin alle nieuwe processen zijn getest voordat gestart werd met de nieuwbouw van het operatiekamercomplex.

Duurzaamheid gaat echter niet alleen over energie en klimaat, vindt Hanegraaf: "Wat ook heel belang-

rijk is, is hoe duurzaam de nieuwe omgeving wordt voor de patiënt en het personeel. Door bijvoorbeeld de apotheek naar de intensive care te brengen, hoeft de verpleegkundige daar zich minder te focussen op het bereiden van medicatie en kan deze meer aandacht aan de patiënt besteden en dat komt natuurlijk ten goede van de patiëntenzorg. Ook is het belangrijk dat het personeel comfortabel is in zijn werkomgeving, daardoor zal er minder ziekte uitval zijn."

Duurzame aios

Ook aios kunnen volgens Hanegraaf hun steentje bijdragen aan duurzaamheid: "Als toekomstig specialist is het belangrijk je niet alleen te focussen op patiëntenzorg. Natuurlijk is dat de kern van je baan, maar het is belangrijk om een allround specialist te worden. Waar je ook terecht komt, overal krijg je te maken met management taken. Het is belangrijk dat je voor jezelf een overkoepelende visie ontwikkelt, een toekomstvisie voor de patiëntenzorg van morgen. Dit doe je niet alleen met patiëntenzorg en onderzoek, maar ook met management. Dan lever je in zijn totaliteit duurzame zorg." ■

Willem Jan Hanegraaf
Programmadirecteur Bouw bij
het Rijnstate Ziekenhuis





Gelaatsprotheses

De kunst van de 'epithese'

Shirley Bouman en René Wolterink zijn twee van de zeven anaplastologen die Nederland telt. Zij maken gelaatsprothesen, oftewel epithesen, in het Antoni van Leeuwenhoek ziekenhuis. De Jonge Specialist sprak met ze over hun beroep, dat bepaald niet doorsnee te noemen is.

Auteur en fotograaf: Judith Horenblas, aios gynaecologie

Prothesen door de eeuwen heen

De oudst bekende prothese werd gevonden bij een Egyptische mummie. Het gaat om een uit leer en hout vervaardigde kunststeen die dateert uit 600 v.C. In de bijna 2.000 jaar daarna bleven prothesen statische hulpmiddelen. Pas in de 16e eeuw kwam daar verandering in. De Franse Ambroise Paré (1510-1590), chirurg en tevens kapper, ontwikkelde voor het eerst prothesen met mechanische functionaliteit. De Nederlandse chirurg Pieter Verduyn (1625-1700) ontwikkelde de eerste flexibele onderbeenprothese. Tijdens de Eerste en Tweede Wereldoorlog ontstond een opmars in de ontwikkeling van prothesen en epithesen. Er keerden honderdduizenden zwaar verminkte soldaten terug van het slagveld. De regering zag de noodzaak in van innovatie op dit gebied en ging investeren.

bronnen: historiek.nl en motherboard.vice.com

"Vanaf mijn zevende zat ik op een kleicursus en begon ik met modelleren," vertelt Shirley Bouman. "Later, op de middelbare school, zag ik iets op de televisie over een man wiens gezicht was opgevreten door een vleesetende bacterie. De prothese die hij aangemeten kreeg, leek nergens op. 'Dat moet beter kunnen', zei ik. Waarop mijn moeder reageerde met 'Wat let je?' En zo begon het." René Wolterink was, na jarenlang werkzaam te zijn geweest op de afdeling

radiotherapie, toe aan een nieuwe uitdaging. "De kamer van de anaplastoloog zat naast de afdeling radiotherapie en ik ging daar geregeld kijken. Ik was altijd geïnteresseerd en zo ben ik erin gerold. Ik doe dit nu 2,5 jaar."

Welke stap vinden jullie het leukste?

Wolterink: "Het modelleren. Met die was in de weer."

Bouman: "Daar heb ik dus nog nooit over nagedacht. Het afwerken vind ik eigenlijk

wel cool, dan zie je ineens je eindproduct. Als die wimpers en wenkbrauwen erop zitten en je stopt het oog in de prothese, dan is het echt af. Die ogen maken we niet zelf, die worden in Den Haag gemaakt."

Is er wel eens een gezicht dat je niet echt ligt?

Bouman: "Nee, maar soms lukt het niet om de blik in een oog terug te laten komen." Wolterink: "Met een oor heb je dat probleem niet." >

WE ZIJN
NIET ALLEEN
KUNSTENAAR,
MAAR WE HEBBEN
OOK ENORM
INTENSIEF
CONTACT MET DE
MENSEN

Hoeveel nieuwe patiënten per jaar zien jullie?

Bouman: "Ongeveer twintig nieuwe patiënten per jaar. Maar door slijtage moet je ook voor de al bekende patiënten nieuwe protheses maken. De mallen slijten ook, dus die moet je af en toe vervangen, zodat de pasvorm weer goed is en de randjes weer mooi dun. We zien deze mensen dus jarenlang, en weten alles af van hun kleinkinderen, of dat ze een boot hebben gekocht. We zijn niet alleen kunstenaar, maar hebben ook enorm intensief contact met de mensen."

Het 3D printen van protheses is momenteel in opkomst. Zien jullie dat als een concurrent of juist een aanvulling op jullie werk?

Wolterink: "Dat is toch wel een aanvulling.

Het modelleren kost namelijk best veel tijd. Er is een 3D lab aanwezig in huis, maar die wordt nog niet ingezet voor de anaplastologie. Bij de anaplastologie gaan de ontwikkelingen niet zo hard. Voor handen- en beenprothesen is deze techniek wel enorm in opkomst. Met 3D printen wordt het materiaal namelijk op kunststof geprint. Voor het gezicht heb je daar niet zo veel aan, want die kunststof is hard. Je wilt het na het passen nog kunnen vervormen."

Bouman: "Op de een of andere manier kloppen die protheses ook nog niet, ze zijn te klein en te iel. We weten niet goed waarom, dat zijn we nog aan het onderzoeken. Een optische scanner is ook iets nieuws. Ze bekijken of het gebruik daarvan kan helpen bij het vervaardigen van een prothese. Daar zijn wij heel benieuwd naar." ■



STAP 1 Afdruk van het gezicht

Voordat een anaplastoloog een afdruk maakt moet eerst de huid herstellen van de operatie. De prothese moet exact op het gezicht passen, anders plakt de prothese niet optimaal.

STAP 2 Boetseren

Met behulp van was wordt een voorlopig model gemaakt, dat is een urenlang boetseerwerk. Neuzen worden gemaakt aan de hand van oude foto's, terwijl oren en ogen worden nagemaakt van de intacte zijde. Vervolgens wordt het model van was op het gezicht van de patiënt gepast. Bouman en/of Wolterink zien patiënten daarna ongeveer om de twee weken om het wasmodel te passen. Voor een oor of een neus komen de patiënten een tot twee keer terug, bij een oog is dat drie tot vier keer. Bouman: "We boetseren net zo lang tot we allemaal tevreden zijn. Pas dan maken we er een persmal van."

STAP 3 Vervaardigen persmal

In de mal worden siliconen gegoten en vervolgens in de oven gestopt. "Voordat we de siliconen in de mal gieten, maken we met behulp van heel kleine wolvezeltjes haarvaatjes na." De mal wordt bewaard, deze kan opnieuw worden gebruikt op het moment dat er een prothese versleten is.

STAP 4 De afwerking

In deze fase wordt het gezicht tot leven gebracht en de kleur aangemeten. Wolterink: "Pas als de patiënt weg is, begint het echte werk. Het duurt dan nog zeker zo'n tien uur voordat een prothese af is. Zo worden de wimpers er bijvoorbeeld met de hand één voor één in geprint'.



InnovAIOS

Ook tijdens de opleiding is er ruimte voor vernieuwing. De Jonge Specialist sprak met twee 'innovaios'. Wat doen ze en waarom?

Auteur: Mireille Boldewijn, aios pathologie



Unal Mutlu,
aios radiologie en nucleaire geneeskunde

De aios van nu zijn de specialisten van morgen

"We moeten als aios aan innovatie doen, want de aios van nu zijn de specialisten van morgen. Wij zijn de spelers in het veld. Daarom denk ik dat wij ons verantwoordelijk moeten voelen en betrokken moeten zijn bij ontwikkelingen om de kwaliteit van de zorg te verbeteren. Zelf ben ik bezig met het ontwikkelen van een nieuwe techniek waarmee de radioloog bij de gemaakte röntgenfoto's ook de buitenkant van het lichaam kan zien. Dit zal ervoor zorgen dat de radioloog sneller beschikt over de benodigde informatie en meer inzicht krijgt in het gehele lichaamsdeel, dus niet alleen de binnenkant. Het is namelijk voor de radioloog belangrijk om in één oogopslag te kunnen zien welke drains of kabels zich aan de buitenkant dan wel binnenkant van de patiënt bevinden, hoe de zwellingen van de vingers eruit zien, hoe een huidkanker eruit ziet, hoe (schot)wondingen of (steek)wonden eruit zien en of er overprojectie is van kleding, sieraden of ander materiaal."

In het begin werd Steve Jobs ook niet serieus genomen



Michel van Genderen,
aios interne geneeskunde

"30 tot 60% van de ex-IC patiënten heeft last van het 'post-IC-syndroom', een combinatie van psychische, cognitieve en fysieke klachten die tot vijf jaar na ontslag kunnen blijven bestaan. We proberen veel, maar zaken als het bijhouden van alleen een dagboek of een later bezoek aan de IC-poli blijken niet goed te helpen bij het verwerken van die IC-ervaring. Daarom hebben wij een VR-module ontwikkeld om te onderzoeken of de inzet van virtual reality, waarbij patiënten de IC herbelevan, de kwaliteit van leven kan verbeteren. Inmiddels begeleid ik hierbij ook een promovendus. Daarnaast gaan we binnenkort onderzoeken of artificiële intelligentie kan helpen bij de zorg voor IC-patiënten en zijn we gestart met de ontwikkeling van een slimme databank (big data). Als aios weten wij goed wat patiënten willen en wat er nodig is in de zorg om aan hun wensen te voldoen. Doordat wij zijn opgegroeid met techniek zijn wij perfect in staat om de brug te slaan tussen probleem, behoefte en innovatieve technieken. Ik bedoel, in het begin werd Steve Jobs ook niet serieus genomen."



Kiezen voor een tweede medisch specialisme

'HET WAS PIONIEREN'

Met de krapte op de arbeidsmarkt besluiten medisch specialisten die geen werk kunnen vinden in hun eigen vakgebied, steeds vaker om in te stromen in de opleiding van een ander medisch specialisme. Maar hoe doe je dat precies, en wat voor vragen en knelpunten kun je daarbij tegenkomen? Bianca Impelmans maakte de overstap van de orthopedie naar de revalidatiegeneeskunde. Het bleek pionierswerk te zijn. "Opleidingen zijn niet voorbereid op zo'n switch naar een ander specialisme."

Auteur: Michel van Dijk, journalist

"Het is een allround specialisme, de revalidatiegeneeskunde. Dat is een van de mooie aspecten van het vak. Je moet van veel aanpalende specialismen iets weten, neurologie, chirurgie, orthopedie, interne geneeskunde. Bovendien ga je als revalidatiearts verder dan de meeste andere medisch specialisten in het ziekenhuis. De revalidatiearts kijkt ook hoe iemand zo goed mogelijk kan blijven functioneren, thuis en op het werk. Dat gaat verder dan het puur medische, maar ondertussen moet je dat medische wel in de vingers hebben. Bianca Impelmans, kinderrevalidatiearts bij Basalt Revalidatie in Den Haag, is blij met haar werk als revalidatiearts. En dat terwijl ze ooit begon als orthopeed: in 2010 rondde ze haar opleiding af. In de jaren daarna had ze veel tijdelijke contracten. Maar hoe spijtig ze dat ook vond, het lukte haar niet om een passende vaste betrekking als orthopeed te vinden, daarvoor was – en is – de arbeidsmarkt in de orthopedie te krap. "Ik had nooit uitzicht op een vaste aanstelling. Dat is niet prettig, want je bouwt niets op. Je kunt je niet verder verdiepen in je vak, je levert geen bijdragen aan het afdelingsbeleid. Bovendien had ik geen vast inkomen of pensioenopbouw. Dat geeft veel onzekerheid, ook in het gezin."

Niet voorbereid

Ondertussen had Bianca, als orthopeed met aandachtsgebied de bovenste extremiteiten, geregeld contact met zorgverleners van revalidatieteams, zoals revalidatieartsen, fysiotherapeuten en ergotherapeuten. "Revalidatiegeneeskunde is een specialisme waar ik altijd veel affiniteit mee had. De holistische benadering, de mens bezien in zijn gehele context, en niet alleen zijn klachten, heeft me altijd aangesproken. Zo werkte ik zelf ook als orthopeed." Nadat ze een tijdje als anios Revalidatiegeneeskunde bij het St. Franciscus Gasthuis in Rotterdam had gewerkt, eerst parttime deels in combi met een baan als orthopeed en geleidelijk vol-

ledig, besloot ze daarom te solliciteren naar een opleidingsplek voor de opleiding tot revalidatiearts. Voor de sollicitatiecommissie was het van belang om in te schatten of Bianca echt revalidatiearts wilde worden, en of ze zich met haar achtergrond als medisch specialist weer zou kunnen aanpassen aan een rol als anios. Voortijdige uitval is voor alle partijen vervelend. Daarnaast was de vraag hoeveel tijd ze nodig zou hebben om een competent revalidatiearts te worden. Wat waren de formele mogelijkheden voor verkorting van de opleiding? Wat waren de kaders, waar zaten de dubbelingen, de hiaten, hoeveel mocht Bianca verkorten? Voorheen was dat nog allemaal de verantwoordelijkheid van de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS), maar nu maakt de oordelend opleider hier beslissingen over. Gelukkig konden Bianca en Loes Swaan, haar opleider bij Rijndam Revalidatie in Rotterdam, hun vragen delen met de mensen van het project Realisatie Individualisering Opleidingsduur (RIO) van de Federatie Medisch Specialist. "Dat heeft enorm geholpen."

Verkortingsvoorstellen

Gezamenlijk schreven Bianca en Loes een plan van aanpak over hoe Bianca deze opleiding kon gaan inrichten. Ze besloten uiteindelijk per opleidingsonderdeel te beschrijven wat de leer-

OMDAT IK BEIDE WERELDEN
KEN, KAN IK GOED KLINISCHE
INSCHATTINGEN MAKEN

Beeld: iStock

doelen waren, en welke competenties Bianca reeds vanuit haar eerdere opleiding, haar werkervaring als orthopeed en haar werkervaring als anios revalidatiegeneeskunde had behaald. Loes: "De opleiding tot revalidatiearts is vier jaar fulltime, voor Bianca leek een totale opleidingsduur van 2,5 jaar fulltime reëel. Met het oog op de onderwijscyclus binnen de opleiding en de persoonlijke voorkeur voor een parttime opleiding is er voor gekozen het eerste half jaar van de opleiding fulltime te doen en het overige deel parttime (80%), wat resulteerde in een effectieve opleidingsduur van 3 jaar." Een aan het begin van de opleiding bedachte verkorting wordt in de loop van de opleiding steeds geëvalueerd. Het is geen vaste afspraak of garantie maar een uitgangspunt. Gelukkig was een bijstelling van de opleidingsduur niet nodig. Loes: "We hebben de Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA) om advies gevraagd over verplichte cursussen en toetsen bij een sterk verkorte opleiding, maar die kon ons destijds niet helpen. Ze waren nog niet voorbereid op zo'n switch van een dokter naar een ander medisch specialisme." De huidige Entrusted Professional Activities (EPAs)

Bianca Impelmans
Kinderrevalidatiearts bij
Basalt Revalidatie



Loes Swaan
Opleider Rijndam Revalidatie

zouden een switch van een arts naar een ander medisch-specialistische opleiding gemakkelijker maken dan toen, vermoedt Loes. "Dat komt doordat de EPAs concreet beschrijven welke competenties je op deelgebieden moet behalen. Je weet exact wat nodig is om competent te zijn voor bijvoorbeeld de EPA Klinische afdeling draaien." "Maar het moet bedrijfsmatig wel haalbaar zijn," reageert Bianca. "Stel dat ik de EPA Klinische afdeling draaien in drie weken had behaald vanwege eerder verworven competenties, dan kan dat voor de bedrijfsvoering van een ziekenhuis/revalidatiecentrum best lastig zijn. Die hadden mij misschien al ingeroosterd voor een half jaar. De EPAs maken verdere individualisering van de opleiding mogelijk. Dat is prettig voor de anios, maar je moet rekening blijven houden met de mogelijkheden van een ziekenhuis of instelling."

Oude routines

De tijd die haar opleiding tot revalidatiearts duurde, had Bianca hard nodig om geleidelijk haar oude medisch specialisme van orthopeed los te >



laten, en te wennen aan haar nieuwe rol als revalidatiearts. Want je switcht niet zomaar naar een ander specialisme, weet Loes. "Een medisch specialist die met een nieuwe opleiding begint, moet veel afleren en dat kost soms nog meer tijd dan het aanleren van nieuwe vaardigheden. Bij Bianca speelde dit overigens niet. Zij had al die brede blik op patiënten en hun context die in de revalidatiegeneeskunde vereist is."

Wat Bianca wel lastig vond was dat ze als medisch specialist die was opgeleid om verantwoordelijkheden te dragen, weer in een opleidingsrol terecht kwam. "Ik moest weer onder supervisie werken van lokale opleiders die vaak jonger waren dan ik. Er moesten opnieuw bereikbaarheidsdiensten gedraaid worden, waar ik er al behoorlijk wat van had gedaan in het verleden. En ook moesten er weer verplichte cursussen en examens de revue passeren. Gelukkig kreeg ik tijdens de opleiding extra verantwoordelijkheden toebedeeld, zoals beleidsmatige taken. De opleiding bleef daardoor, naast de basiskennis die ik moest opdoen, uitdagend genoeg."

Herregistratie

Als orthopeed én revalidatiearts blijven werken, is niet mogelijk. Bianca: "Dat zou betekenen dat ik voor mijn herregistratie vijf jaar lang twee dagen per week in beide specialismen moet blijven werken. Je krijgt dan een baan als orthopeed of revalidatiearts met weinig inhoud, alleen productie draaien, geen bijdragen leveren aan het afdelingsbeleid, en geen verdere verdieping in het vakgebied. Bovendien zou ik voor beide specialismen in die vijf jaar ook nog eens elk 200 bijscholingspunten moeten halen. Dat gaat niet."

Met pijn in het hart stopt ze daarom als orthopeed. Per 1 januari 2020 vervalt haar orthopedische registratie, ze is dan alleen nog revalidatiearts. Wat ze het meeste gaat missen? "Het snijden,

opereren vind ik een van de leukste onderdelen van de orthopedie. Het is slechts een klein deel van ons vak, maar wel het deel waar ik het minst graag afscheid van neem." Haar interesse in de bovenste extremiteit neemt ze gewoon mee in haar nieuwe vak. Bianca is blij met de overstap die ze heeft gemaakt, maar dat ze daarmee in haar ontwikkeling als medisch specialist vertraging heeft opgelopen, doet ook pijn. "Aios die na hun basisartsexamen meteen met de opleiding Revalidatiegeneeskunde zijn begonnen, zijn verder dan ik. Ze zijn opleider, doen onderzoek, zitten in beleidscommissies. Ik begin daar nu pas mee, terwijl ik al een carrière als medisch specialist achter de rug heb."

Rugzak

Tegelijkertijd neemt ze als orthopeed ook veel bagage mee naar haar nieuwe vakgebied. "Ik wil mijn orthopedische kennis toepassen in de revalidatiegeneeskunde. Van veel van die kennis ben ik me niet eens bewust, dat zit in de rugzak die ik heb meegenomen. Het kost me in mijn huidige baan bijvoorbeeld geen moeite om röntgenfoto's van kinderen te beoordelen of een lichamelijk onderzoek van het bewegingsapparaat te doen. Pas als ik zie hoe collega-revalidatieartsen daarmee soms worstelen, word ik me bewust van mijn expertise. Die deel ik graag met mijn collega's. Zodat ook zij daarvan kunnen profiteren."

Bianca heeft twee werelden leren kennen, die van de orthopedie en van de revalidatiegeneeskunde. "Het een is meer een snijden-discipline, het andere meer een beschouwend vak. Ik denk na over conservatieve behandelingen, zoals orthopedische schoenen, spalken, de inzet van fysiotherapie. Maar ik verwijs ook door voor een operatie bij de orthopeed. Omdat ik beide werelden ken, kan ik dat soort klinische inschattingen goed maken. Die kruisbestuiving, daar word ik blij van." ■



Auteur

Fardou Heida, bestuurslid De Jonge Specialist, aios gynaecologie



Innovatie tegen administratiedruk

DJS-volgers op Instagram blijken het unaniem eens in de poll over de vraag: **Wat moet er geïnnoveerd worden? Ter vermindering van de administratieve lasten is innovatie noodzakelijk.**

De huidige praktijk?

Je ontwaakt en zet je cv hoger door middel van een app op je smartphone, maar eenmaal in het ziekenhuis aangekomen ga je terug in de tijd... Je start je computer op, opent vervolgens drie verschillende zorg-ICT-systemen. De patiënt is gearriveerd voor het consult, je klikt op 'bezoek starten', vervolgens moet je een DBC aanmaken, waar je de desbetreffende verrichtingen moet invoeren en koppelen.

Er blijkt informatie nodig te zijn uit een ander ziekenhuis. Je pakt een toestemmingsverklaringpapier en laat de patiënt dit ondertekenen. Hierna loop je naar het faxapparaat om dit formulier te faxen naar het desbetreffende ziekenhuis. Je belt hier vervolgens achteraan zodat je zeker weet dat je de informatie binnen krijgt. Ondertussen gaat je pieper; je snelt naar de vaste telefoon om je pieper op te nemen. Het is de afdeling die belt of je nog een DBC-handje wil komen geven, en of je de DBC zou willen openen in het systeem. De physician assistant neemt verder het gehele consult voor zijn/haar rekening.

Terug naar de patiënt op het spreekuur: je handelt in tien minuten het consult af. Er volgen nog tientallen vinkjes en klikjes. Voor het afronden van het consult moet het elektronisch onder-

tekend worden. Tot slot vraagt het epd je nogmaals te klikken ter bevestiging of je écht zeker weet dat je het consult wilt afronden.

Achtergrond

Administratie neemt inmiddels 48% van de tijd in de kliniek in beslag. Meer dan de helft van deze handelingen wordt niet als zinnig ervaren, blijkt uit onderzoek van Federatie Medisch Specialisten en VvAA onder ruim 3.000 medisch specialisten en aios. In hetzelfde onderzoek geeft 94% van de respondenten aan dat deze administratieve lasten het werkplezier verminderen. Momenteel vindt een duidelijke roep naar ontregeling van de zorg plaats. Daar waar eHealth in opkomst is, zijn er nog weinig concrete innovatieve oplossingen voor registratievermindering of -verplaatsing omtrent DBC- en verrichtingenadministratie. Datzelfde geldt voor de vereiste van het dubbel vastleggen van patiëntgegevens.

Gelukkig bestaan een aantal 'best practices' in het land voor innovatieve veranderingen om de zorg te ontregelen. Hieronder beschrijven we enkele voorbeelden.

★ ehealth

Met eHealth wordt bedoeld: het gebruik van nieuwe informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg, met name internettechnologie, om gezondheid en gezondheidszorg te ondersteunen of te verbeteren (Krijgsman, et al. 2014). Dankzij gebruik van ICT-technologie kunnen administratieve lasten in de zorg verminderd worden. MijnIBDcoach is een voorbeeld van zo'n eHealth toepassing. Deze verzorgt de begeleiding van IBD patiënten, geeft voorlichting, biedt eenvoudige communicatietools met de behandelaar en de mogelijkheid metingen in te voeren. De IBD-tool zorgt voor significant minder ziekenhuisconsulten, plus het automatisch generen van data, wat administratieve lasten vermindert.

★ MDO

Het Slingeland ziekenhuis voerde veranderingen door in het CVA MDO dankzij implementatie van het nazorgtraject formulier. De fysiotherapeut, de revalidatiearts, verpleegkundigen en neuroloog

bespraken voorheen het revalidatietraject van CVA patiënten in het MDO, wat veel tijd en administratie in beslag nam.

In het nazorgtraject-formulier worden per discipline alle relevante onderwerpen afgevinkt, met een daarbij behorend advies. Indien vanuit alle disciplines het advies unaniem is, dan wordt de patiënt niet meer besproken op het MDO. Dit resulteerde in een drastische vermindering (circa 90%) van de te bespreken patiënten op het MDO. Bij toekomstig te bespreken patiënten zorgt het formulier voor vermindering van voorbereidingstijd en vlottere keuzes in het beleid.

★ volgzorg.nl

Als gevolg van de wet op privacybescherming blijft het opvragen van gegevens vanuit andere ziekenhuizen een administratieve rompslomp. Hierop speelt het netwerk 'volgzorg' gedeeltelijk in. De zorginfrastructuur van 'volgzorg.nl' maakt het mogelijk om als arts (via het netwerk) gegevens op te vragen en in te kijken van patiënten die zijn aan-

gesloten bij het netwerk. Een patiënt kan zelf de toestemmingen regelen en via het netwerk volgen welke gegevens gedeeld zijn en wanneer. Het netwerk zorgt voor vermindering van getefoneer en gefax aangaande informatie-uitwisseling, maar ook voor een vermindering van herhaalonderzoeken.

★ De standaard HL7 CDA

Voor de uitwisseling van Basisgegevenset Zorg (BgZ) tussen ziekenhuizen is de technische standaard van epd-leveranciers Epic en ChipSoft, expertisecentrum Nictiz en het programma Registratie aan de bron ontwikkeld. De BgZ bevat patiëntgegevens die noodzakelijk zijn bij overdracht van zorg. De ontwikkeling van deze technische standaard moet de eerste stap zijn in het mogelijk maken van elektronische uitwisseling van patiëntgegevens, hetgeen nog altijd zeer omslachtig verloopt (lees: per mail of fax). De standaard HL7 CDA is getest in het project 'Regionale uitwisseling' van Registratie aan de bron in het Jeroen Bosch Ziekenhuis en het Radboudumc.



De totstandkoming van de handreiking

'TECHNOLOGISCHE INNOVATIE'

Afgelopen december lanceerde De Jonge Specialist in samenwerking met de Federatie Medisch Specialisten de handreiking 'technologische innovatie in de medisch specialistische vervolgopleiding'. Daarin laten we zien hoe technologische innovatie een plek kan krijgen in de opleiding tot medisch specialist.

Auteur: Irma Scholten, bestuurslid De Jonge Specialist

Voor de handreiking 'technologische innovatie' ontwikkelen we competenties op verschillende niveaus; van de basis tot expert. Daarnaast gaven we aios en opleiders tips hoe de ontwikkeling van deze competenties vorm te geven. Waarom we dit document hebben opgesteld? Het zorglandschap verandert, en technologische innovatie speelt daarin een grote rol. Denk daarbij niet alleen aan operatie robots, maar ook aan e-health toepassingen en kunstmatige intelligentie. Iedere medisch specialist krijgt hiermee te maken, en er is steeds meer mogelijk. Maar wat is er daadwerkelijk zinvol? En als een medisch specialist kansen ziet om de zorg te verbeteren, hoe pakt hij dat dan aan? De competenties die genoemd zijn in de handreiking geven hier antwoord op.

Basis als uitgangspunt

Niet iedereen hoeft deze competenties in dezelfde mate te ontwikkelen. Een bepaalde basis in technologische innovatie vinden wij echter voor iedere aios noodzakelijk. Ons advies aan de wetenschappelijke verenigingen is dan ook om het thema 'technologische innovatie' op te nemen in de opleidingsplannen. Veel opleiders en aios zullen zeggen: maar er moet al zoveel in korte tijd. Dat klopt, en daarom zien wij de basis in technologische innovatie ook niet als extra. Als je kijkt naar de competenties die worden ontwikkeld, passen die bij huidige CANmeds competenties. Voor het thema 'technologische innovatie' kijk je er alleen met een specifieke bril naar (figuur 1). Veel van de dingen die we nu al doen kun je dus scharen onder het basisniveau voor technologische innovatie, bijvoorbeeld een protocolletje maken voor het werken met een nieuw apparaat op de afdeling.

Er zullen ook aios zijn die veel affiniteit hebben met dit onderwerp en verder willen kijken dan de basis. Voor hen zijn de competenties verder uitgewerkt. Samen met hun opleider kunnen ze een project opstellen waarin de ontwikkeling van deze competenties aan bod komt. Deze handreiking maakt het voor opleiders ook concreter wat er bedoeld wordt met technologische innovatie; vaak weten aios hier namelijk meer van de opleiders. Je opleider hoeft dus niet ook degene te zijn die je daadwerkelijk opleidt op dit onderwerp, maar heeft meer een rol als ondersteuner en facilitator.

Team totstandkoming

Nieuwsgierig? Kijk op innovatie.dejongespecialist.nl voor de interactieve versie van de handreiking. Hier vind je alle uitgewerkte competenties, inclusief voorbeelden hoe je deze in de praktijk brengt. Wat je daar niet vindt, is hoe deze handreiking tot stand is gekomen. De genoemde competenties bestonden nog niet, maar zijn ook niet zomaar uit de lucht geplukt. Met een negen-koppig team werkten we daar bijna twee jaar lang aan. Deze groep bestond uit leden van De Jonge Specialist met affiniteit voor ofwel

ONS ADVIES IS OM 'TECHNOLOGISCHE INNOVATIE' OP TE NEMEN IN DE OPLEIDINGSPANNEN



Figuur 1. Competenties Technologisch Innovator binnen de CanMEDS-competenties

opleiden, ofwel technologische innovatie, of beide. Daarnaast maakten twee technisch geneeskundigen deel uit van ons team, evenals een onderwijskundige.

In maart 2017 vond de eerste brainstormsessie plaats. 'Wat is technologische innovatie', 'waarom is het zo belangrijk' en 'hoe moet het een plek krijgen in de opleiding' waren de vragen die voorop stonden. In januari van dat jaar verscheen het visiedocument 'Bridge the G@pp' van Werkgroep zorg 2025, evenals het visiedocument 'Medisch Specialist 2025' van de Federatie. In beide documenten wordt technologische innovatie als belangrijk thema voor de toekomst genoemd, maar worden ook zorgen geuit over de mate waarin artsen leren hierin betrokken te zijn. Reden voor De Jonge Specialist om dit thema op te pakken. We namen voorbeeld aan het Platform Medisch Leiderschap, dat ook een belangrijk thema vanuit het niks had uitgewerkt, en de handreiking 'Medisch Leiderschap in de medisch specialistische vervolgopleiding' van de Federatie. We besloten op drie manieren informatie te verkrijgen om antwoord te krijgen op onze vragen. We hielden systematische interviews met aios en opleiders over dit onderwerp, we doken de literatuur in om op zoek te gaan naar ontwikkelingen in educatie over technologische innovatie en we stelden een inspiratiegroep samen met experts in technologische innovatie.

Competenties

Terwijl we dit alles aan het opzetten waren, gaf de Federatie aan graag te willen samenwerken op dit thema. Een mooie kans om ons project te professionaliseren én gelijk draagvlak te creëren bij de medisch specialisten. De Raad Opleiding van de Federatie werd mede-opdrachtgever naast het bestuur van De Jonge Specialist en we kregen de luxe om ondersteuning in te kunnen huren. Het meest maakten we gebruik van de inzet van Auk Dijkstra, onderwijskundig adviseur. Zij werkte al eerder aan de handreiking 'Medisch Leiderschap' en had dus veel kennis op het gebied van het ontwikkelen van competenties voor de medische vervolgopleiding. En die kennis hebben we nodig gehad!

Na het verzamelen van alle input heeft de werkgroep een pressure-cooker-sessie gedaan. Uit alle input selecteerde we terugkerende thema's. Deze verwerkten we uiteindelijk in de zes genoemde competenties. Om het geheel niet te abstract te maken, verzamelden we ook klinische voorbeelden en lesmateriaal. In eerste instantie was het plan om alleen een interactief document te maken waarin de verschillende onderdelen worden weergegeven. Toen bleek echter dat er ook behoefte was aan een document waarin het doel en de achtergrond van het document meer benadrukt worden. Dit resulteerde in de handreiking in PDF zoals die op www.dejongespecialist.nl in te zien is. Voor de snellere lezers is dus het interactieve document innovatie.dejongespecialist.nl beschikbaar.

Implementatie

Op dit moment beschouwt de werkgroep het project als afgesloten. Met veel plezier werkten we hier de afgelopen twee jaar aan. Echter, met het afleveren van het genoemde document is natuurlijk nog maar een eerste kleine stap gezet. De volgende stap wordt een veel grotere: implementatie! Via de Ledenraad en Raad Opleiding van de Federatie is dit project al meerdere malen gepitcht. Vanuit de opleiders komt een duidelijke oproep: wij erkennen het belang van dit thema, maar willen graag dat de jongere generatie het oppakt. Onze tip? Bspreek tijdens je voortgangsgesprek met je opleider ook

je stand van zaken ten aanzien van het thema 'technologische innovatie'. Wat zou je nog willen oppakken of waarin wil je je nog meer verdiepen? Gebruik de handreiking om je aanvragen concreet te maken én om je opleider te laten zien dat je plannen niet uit de lucht komen vallen. Veel succes! ■

Team Handreiking





Klopt mijn (diensten)rooster wel volgens de cao en de arbeidstijdenwet?

Een geschil met je opleider over de invulling van je individueel opleidingsplan: wat kun je daaraan doen?

Rechtsbijstand nodig, bijvoorbeeld omdat je de opleiding wordt uitgezet?

Heb jij als anios een aios-contract met 10 onbetaalde opleidingsuren die jij structureel werkt en wil je weten waar je recht op hebt?

De opleiding bijna afgerond en hulp nodig bij je arbeidsvoorwaardengesprek of toetreding tot een MSB voor je eerste baan als medisch specialist?

Stoppen met mijn opleiding: hoe regel ik dat en wat zijn mijn rechten?

Kennis en -dienstverleningscentrum LAD en Federatie via DJS meldpunt

Zwangerschapsbevallings- en ouderschapsverlof: waar heb ik recht op?

Een verdiepingstage doen in een ander opleidingsziekenhuis: hoe regel ik dat?

Mijn opleidingsziekenhuis gaat failliet: wat zijn mijn rechten en wat heeft dat voor consequenties voor mijn opleiding?

Word je onvoldoende of niet gecompenseerd voor diensten en wil je weten waar je recht op hebt?

Het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD is hét loket voor juridische vragen van artsen op het gebied van arbeidsrecht, sociale zekerheid, ondernemingsrecht en opleidingsgeschillen. Het is een samenwerking tussen de Federatie Medisch Specialisten (Federatie) en de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Als lid van De Jonge Specialist kun jij hier ook gebruik van maken, individueel of als groep. Neem contact op met het DJS Meldpunt en zij helpen je verder.

Welke dienstverlening bieden wij?

Gratis juridische ondersteuning en rechtsbijstand op het gebied van arbeidsrecht, sociale zekerheid en opleidingsvraagstukken tot 20 uur per jaar voor leden van DJS.

De rechtsbijstand omvat ook het voeren van juridische procedu-

res bij de kantonrechter, het Scheidsgerecht Gezondheidszorg, de Geschillencommissie KNMG en de bestuursrechter. Voor hoger beroepszaken ben je verzekerd via de VvAA, wat eveneens valt onder jouw lidmaatschap.

Naast de dienstverlening van het Kennis- en dienstverleningscentrum, kun je gebruik maken van de Artseninfolijn van de KNMG als je arts bent. De Artseninfolijn beantwoordt vragen op medisch-ethisch en gezondheidsrechtelijk terrein.

Hoe maak ik gebruik van deze dienstverlening?

Als DJS-lid kun je met al je vragen terecht bij het DJS Meldpunt. Dit meldpunt is de toegangspoort voor aios, anios en arts-onderzoekers naar het Kennis- en dienstverleningscentrum. **E-mail ons via info@dejongespecialist.nl of bel naar (088) 134 4122.**

Auteur

Evelien Jansen, aios revalidatiegeneeskunde



Slappe vis

In het ochtendgloren en in de faeces- en urinelucht start ik mijn dag in het revalidatiecentrum. Ik had al snel voor de revalidatiegeneeskunde gekozen, gezien mensen daar vooruit gaan in al hun facetten. Het zijn echter ook wel ernstig zieke patiënten en heftige diagnoses. Ja, eigenlijk geven we de pechvogels in de maatschappij een soort van tweede kans. Soms vraag ik me wel eens af wat voor tweede kans. Een discussie die steeds meer leeft in de gezondheidszorg én opleiding. Tijd om dat weer eens te beproeven, want vandaag neem ik een bijzondere patiënt op, namelijk een complete cervicale dwarslaesiepatiënt van in de 50, die een dwarslaesie opliep op 15-jarige leeftijd. 'Status na decubitus waarvoor zwaailap' is de indicatie. Ik ben nieuwsgierig; zal hij wel een tevreden man zijn? Hoe zit het met zijn zorgconsumptie? Hoe zit het met zijn overheidsgeldconsumptie? In de middag is het dan zo ver. De man ging als puber in een originele houding van een glijbaan en het ging mis, goed mis. Met een gebroken nek en beschadigd ruggenmerg vanaf C7, lag hij als een slappe vis in het water, aldus patiënt. Maanden van intensive care opname, ziekenhuisopname en revalidatie volgden. 35 jaar later maak ik kennis met hem, liggend in een ziekenhuisbed. Naast zijn nek en gelaatspijnen kan hij nog enkele armpijnen gebruiken en dat is het. Hij vertelt ondertussen enthousiast over zijn

reis naar Thailand. Alleen heeft hij daar een wondje bij zijn stuit opgelopen. Met vrouw en twee dochters heeft hij onder andere met privébus en elektrische rolstoel door Thailand gereisd. Het was fantastisch. Zo was het eten heerlijk gekruid en had hij bovendien zijn laxantia even niet meer nodig. Daarnaast kwam hem deze opname eigenlijk niet zo goed uit, zo na de vakantie, want – net als bij iedereen – ligt er weer een stapel werk op hem te wachten. Hij werkt bij een bank, net zoveel uren als iedere moderne ouder, namelijk 80%. Al denkt hij zelfs meer te werken, want roken doet hij niet en naar het toilet gaan ook niet. Zijn collega's hoeven immers alleen even 2x per dag zijn katheterzak te ledigen. Aangepaste computerbesturing en dan kan dat gewoon.

Ondertussen komen zijn vrouw en twee

DE PATIËNT HEEFT DE REGIE IN HET GESPREK EN ZIJN GEZONDHEID

dochters binnen en brengen hem nog wat spullen voor tijdens het verblijf en een paar souvenirs. Van verbijstering en verwondering ben ik mijn structuur in anamnese kwijt. De patiënt heeft de regie in het gesprek en daarbij ook in zijn gezondheid, dus ik laat het maar gebeuren. Uiteindelijk komt het medische rijtje langs. In het ziekenhuis is hij geopereerd door de plastisch chirurg, in de gaten gehouden door anesthesisten, neurologen en revalidatieartsen, verzorgd door verpleegkundigen en wondverpleegkundigen en dagelijks doorbewogen door fysiotherapeuten. Ook kwam de uroloog nog even langs, want daar had hij zijn jaarlijkse controleafspraak toch binnenkort staan; zijn nieren en suprapubische katheter functioneerden naar wens. Nu nog even revalideren in een revalidatiecentrum en dan kan deze vader weer aan zijn stapel achterstallig werk beginnen. Al mijn eerdere vragen waren weggepoetst. Met kippenvet en kloppend hart begin ik aan ons deel in de zorgketen; samen met wondverpleegkundigen, therapeuten en verpleegkundigen deze man weer zo snel mogelijk goed in een rolstoel krijgen. Van slappe vis naar rolstoel-rijdende bankier met katheter, partner en vader van twee kinderen. Iets waar veel artsen bij betrokken zijn en een proces waar we met dit netwerk trots op mogen zijn. En die pittige ruikende faeceslucht? Daar zal ik wel aan wennen. ■



Winnaar A2Award

Ook in 2018 streden aios om de A2Award: een schrijfwedstrijd van De Jonge Specialist en de Academie voor Medisch Specialisten. Het symboliseert de samenwerking waarmee de Jonge Specialist elkaar versterken voor de ontwikkeling van aios. Dit jaar ging de prijs naar Evelien Jansen, revalidatiearts in opleiding OOR AMC met haar stuk: Slappe vis.

cialist en
Academie en De



Investeren in ontwikkeling: met de opleidingen van De Academie ben je toekomstproof

Voor een adequate uitoefening van het vak zijn niet alleen medisch inhoudelijke competenties vereist, maar ook kennis van en vaardigheid in de uitoefening van de verschillende rollen van de medicus. Daarom biedt De Academie disciplineoverstijgende scholing voor aios. Aios zijn immers de professional, ondernemer, leidinggevende, bestuurder, opleider, onderzoeker of pleitbezorger van de toekomst.

Aios Talentenklas

Heb jij de ambitie om een van onze toekomstige medisch leiders te worden? Ziet jouw opleider jou ook als aanstormend leiderschapstalent? Tot 1 maart heb jij de kans om je aan te melden voor de 8^e Talentenklas.

Startdatum 25 april 2019

Prijs Leden DJS € 3.150,-; niet-leden € 3.250,-

Plaats Regio Utrecht

Mindfulness

Ontwikkel op een plezierige en nuchtere manier meer veerkracht, aandacht en focus in je vak. Zodat je met open blik, geduld en compassievolle houding een kwalitatieve houding hebt in relatie met de patiënt.

Startdatum 26 april 2019

Prijs Leden DJS € 925,-; niet-leden € 1.025,-

Plaats Baarn

Basiscursus ziekenhuismanagement

Iedere aios zou moeten weten hoe de medisch specialistische zorg georganiseerd en gefinancierd wordt in het ziekenhuis. Dat bepaalt immers de kwaliteit van de zorg. Beschik jij al over de vaardigheid om als aankomend medisch specialist je invloed hierop uit te oefenen?

Startdata 21 maart en 11 april 2019

Prijs Leden DJS € 575,-; niet-leden € 600,-

Plaats Zeist

Vaardigheidstrainingen

Op het gebied van persoonlijke ontwikkeling en het versterken van relevante, concrete vaardigheden bieden wij pragmatische trainingen en workshops. Van cursussen op het gebied van time- en stressmanagement tot aan medische ethiek en compassie. Of ontwikkel je persoonlijk in effectief communiceren, professioneel presenteren tot onderhandelen.

Verschillende startdata, kosten en locaties.