

# de Medisch Specialist

DECEMBER 2018  
UITGAVE VAN DE  
FEDERATIE MEDISCH  
SPECIALISTEN

4

## #IKTWITTER

De tijdlijn als spreekbuis

## MANGOMOMENTEN

'Klein gebaar, grote impact'

## GESCHRAPT!

Minder administratielast bij kwaliteitsvisitaties

Gedragsbioloog Patrick van Veen  
over opleiden en netwerken

# 'Ik pleit voor meer vlooitijd'





ACADEMIE VOOR  
MEDISCH SPECIALISTEN



19

# DE ACADEMIE WENST U EEN INSPIREREND 2019 VOL LICHT- EN LEERPUNTEN!



We ontmoeten u graag in 2019 bij onze disciplineoverstijgende scholing voor medisch specialisten, leden medische staven en aios. Kijk voor het actuele aanbod op [www.academiemedischspecialisten.nl](http://www.academiemedischspecialisten.nl).

De Academie voor Medisch Specialisten is een samenwerking van de drie aandeelhouders Federatie Medisch Specialisten, VvAA en Erasmus School of Health Policy & Management  
Postbus 8153 - 3503 RD Utrecht - Orteliuslaan 750 - 3528 BB Utrecht - Telefoon (030) 247 41 97



# Al uw medisch-specialistische richtlijnen op één plek



## Nieuw in de Richtlijnen database:

- › Vermoeden van ouderen mishandeling
- › MCI: Mild Cognitive Impairment
- › Anesthesie bij kinderen
- › Levensbeëindiging op verzoek bij psychiatrische patiënten
- › Epilepsie

## Op de hoogte blijven?

Wilt u een melding ontvangen zodra er binnen uw specialisme een nieuwe richtlijn of herziening is? Schrijf u dan in op [www.richtlijnen database.nl](http://www.richtlijnen database.nl)

Ontwikkeld voor en door medisch specialisten / Actueel  
Evidence-based / Praktijkgericht



# In dit nummer



8 GESCHRAPT!

## Minder kwaliteitsnormen

Hoe kan de administratielast bij kwaliteitsvisitaties omlaag? Kno-arts Robert van Haastert en chirurg Mike Liem vertellen hoe hun wetenschappelijke verenigingen daar het voortouw in nemen. 'Voor je het weet heb je er weer vijf nieuwe normen bij.'

11 COVERSTORY

## Pleidooi voor vlootijd

Als gedragsbioloog specialiseerde hij zich in apengedrag, nu observeert Patrick van Veen het gedrag van zorgprofessionals in hun werkomgeving. 'Ook bij medisch specialisten zie je rituelen om hun plek op te eisen en respect af te dwingen.'



15 SOCIAL MEDIA

## Tijdlijn als spreekbuis

Voor een groeiend aantal medisch specialisten is Twitter een belangrijk kanaal: om op de hoogte te blijven, contacten te leggen of om zich uit te spreken. Vier artsen vertellen waarom. 'Naar aanleiding van #ikvaccineer werd ik overspoeld door reacties.'

20 HART EN ZIEL

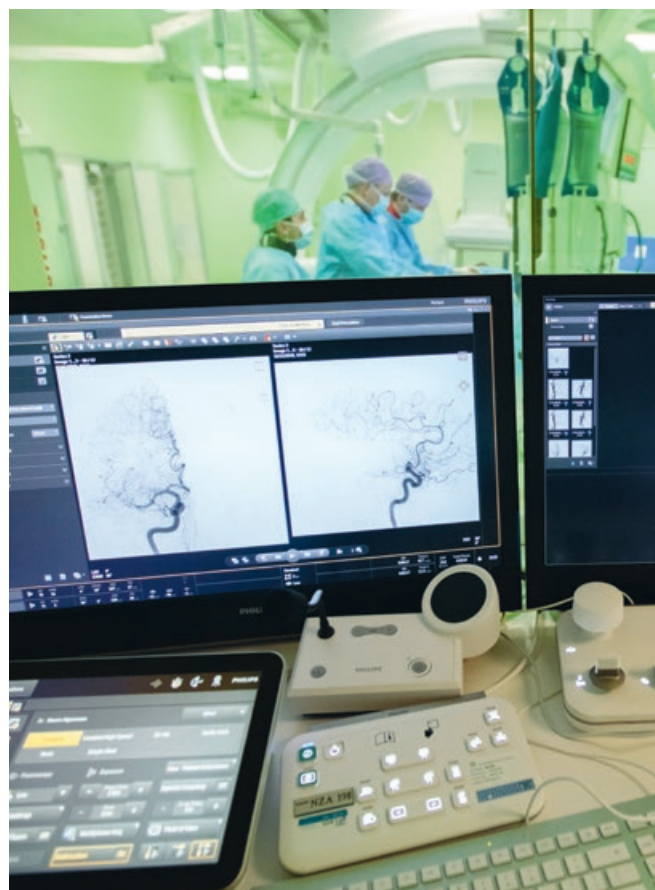
## Mooie mangomomenten

Neuroloog-kinderneuroloog Rianne Wennekes is ambassadeur van het 'mangomoment': een klein gebaar van een zorgverlener met een grote impact voor de patiënt.

24 SPECIALISME IN BEELD

## In beeld bij de patiënt

Kunstmatige intelligentie zorgt ervoor dat de radiologie zich razendsnel ontwikkelt op het gebied van beeldvorming, beeldinterpretatie en preventie. Dat maakt het specialisme zichtbaarder voor de patiënt, vertellen radiologen Tim Leiner en Jet Quarles van Ufford.



## 28 DUURZAAMHEID

# Nodig: groene dokters

De zorg is een enorme vervuiler. Kwartiermaker Cathy van Beek voelt elke dag de urgentie om duurzaamheid in de zorg aan te pakken. 'Als het niet linksom kan, dan rechtsom.'

## RUBRIEKEN

- 6 Kort
- 6 Vraag & Antwoord: een faillissement
- 14 In de media: administratielast
- 23 Column: psychiater Damiaan Denys
- 31 Drie vragen aan... dermatoloog Colette van Hees

### COLOFON

jaargang 4, december 2018

#### Uitgave

De Medisch Specialist is een uitgave van de Federatie Medisch Specialisten en verschijnt vier keer per jaar in een oplage van 24.000 exemplaren. De Medisch Specialist wordt kosteloos toegestuurd aan alle medisch specialisten in Nederland die aangesloten zijn bij de Federatie.

#### Redactie

Dorinda Maas, *hoofdredactie*  
Naomi Querido, *redactiecoördinatie*  
Hanneke Bos, Vanessa Cruz,  
Sjef van der Lans, Aukje van Ravensbergen,  
Cindy van Schendel, Mirjam Siregar en  
Femke Theunissen

#### Redactionele adviesraad

Mariëlle Bartholomeus, neuroloog,  
Ziekenhuis Bernhoven, Uden |  
Marjolein Dekker, communicatieadviseur  
Landelijke vereniging van Artsen in  
Dienstverband (LAD) | Ivan Gan, oogarts,  
Oogziekenhuis Rotterdam | Fardou Heida,  
bestuurslid De Jonge Specialist (DJS)  
Winnifred van Lankeren, radioloog,  
Erasmus MC Rotterdam | Geert Kazemier,  
gastro-intestinaal chirurg, VU  
medisch centrum, Amsterdam |  
Shahrazad Sepehrkhoy, patholoog,  
St. Antonius Ziekenhuis, Nieuwegein |  
Joost van der Sijp, chirurg-oncoloog,  
HMC-Bronovo, Den Haag | Marcel Vonk,  
psychiater, freelance psychiater, Nijmegen

#### Medewerkers aan dit nummer

Dieter Dedecker, Damiaan Denys,  
Mirthe Diemel, Michel van Dijk,  
Jan Willem Houweling, Suzanne van de  
Kerk, Jeroen van Kooten, Serge Ligtenberg  
Ernst van Loon en Dana Ploeger.

#### Fotografie cover

Suzanne van de Kerk

#### Beeldredactie

&Q copy, content en communicatie,  
Naarden

#### Art direction en vormgeving

Haagsblauw - concept + design, Den Haag

#### Druk

Senefelder Misset, Doetinchem

#### Redactieadres

Federatie Medisch Specialisten  
Cindy van Schendel  
afdeling Communicatie  
Postbus 20057, 3502 LB Utrecht  
T (088) 505 34 34  
E [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl)

#### Abonnement

Vragen over uw abonnement of een  
adreswijziging kunt u sturen aan het  
secretariaat van uw wetenschappelijke  
vereniging.  
Via [www.demedischspecialist.nl/magazine](http://www.demedischspecialist.nl/magazine)  
kunt u alle edities van De Medisch Specialist  
online lezen en/of downloaden (pdf).

Copyright © De Medisch Specialist 2018.  
ISSN 2451-9952

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk  
worden vervoelvoudigd, opgeslagen in een  
geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar  
gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke  
toestemming van de uitgever en de makers van  
het werk.

De Medisch Specialist is niet aansprakelijk voor  
eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Medisch  
Specialist is niet verantwoordelijk voor handelingen  
van derden welke mogelijk voortvloeien uit het  
lezen van deze uitgave.

De redactie is niet verantwoordelijk voor de inhoud van  
cartoons, columns en advertenties. De uitspraken van  
auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave  
weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt  
van de redactie. De redactie behoudt zich het recht  
voor ingezonden materiaal zonder kennisgeving vooraf  
geheel of gedeeltelijk te publiceren. De redactie  
heeft gepoogd alle rechthebbenden op teksten  
en beeld te achterhalen. In gevallen waarin dit niet  
is gelukt, vragen wij u contact op te nemen via  
[communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl).

# Vlooiën en twitteren

Ga er maar aan staan: aios opleiden voor een werksetting die er nú nog niet is, maar over enkele jaren waarschijnlijk alledaagse realiteit is. Denk aan het werken buiten het ziekenhuis, in een netwerk rondom de patiënt. Wat komt daar allemaal bij kijken? Dat is niet alleen een vraag in de opleiding, maar eigenlijk is het er één voor alle medisch specialisten.

Lukt het ons over de muren van het eigen specialisme, de schotten van de clusters en de ruimte van instellingen heen te kijken? Als u het MMV-congres van 12 december gemist heeft, dan nodig ik u graag uit om met ons mee te denken over dit onderwerp op het Congres *Netwerkgeneskunde* op dinsdag 19 maart 2019.

Zo'n ingrijpende manier van anders werken en een veranderend zorglandschap vraagt niet alleen om pragmatisch handelen, maar vereist ook *soft skills*: samenwerken, flexibel zijn en elkaar wat gunnen. Bioloog Patrick van Veen laat ons op pagina 11 aan de hand van onderzoek bij apen zien wat de overeenkomst is tussen vlooiën en netwerken en hoe dit bijdraagt aan een betere samenwerking.

Als we het hebben over samenwerken en netwerken in de huidige tijd moeten we natuurlijk ook oog hebben voor *social media*. Vindt u dat artsen zich op *social media* kunnen, of zelfs zouden moeten, laten horen? Oordeel zelf aan de hand van voorbeelden van vier collegae die ieder op hun eigen wijze gebruik maken van dit medium.



**Marcel Daniëls**

Algemeen voorzitter Federatie  
Medisch Specialisten

# Christiaan Keijzer verlaat LAD



Anesthesioloog en opleider Christiaan Keijzer, verbonden aan het Radboudumc Nijmegen, neemt per 1 januari 2019 afscheid als voorzitter van de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD). Hij wordt opgevolgd door neuroloog Suzanne Booij, werkzaam in het Canisius Wilhelmina Ziekenhuis.

Onder het voorzitterschap van Christiaan verdubbelde de LAD haar ledenaantal tot zo'n 34.000 leden, door het aangaan van samenwerkingsovereenkomsten met onder andere de Federatie Medisch Specialist en De Jonge Specialist.

De Federatie werkt nauw samen met de LAD bij de belangenbehartiging van medisch specialisten in dienstverband. Op deze manier hebben de organisaties een belangrijke stem aan cao-tafels om thema's als de positionering van artsen en veilig en gezond werken te agenderen. Ook bieden de Federatie en de LAD samen juridische dienstverlening via het Kennis- en dienstverleningscentrum. ●

## VRAAG & ANTWOORD

In elk nummer beantwoorden medewerkers van het Kennis- en dienstverleningscentrum van de Federatie en de LAD een juridische vraag. Deze keer: **de gevolgen van een faillissement.**

**Ook een vraag?**  
Bel (088) 134 4112  
of mail naar [info@demedischspecialist.nl](mailto:info@demedischspecialist.nl). Op [www.demedischspecialist.nl](http://www.demedischspecialist.nl) vindt u een overzicht van veel gestelde juridische vragen.

### VRAAG >

**Wat gebeurt er met mijn salaris als mijn ziekenhuis failliet gaat?**

### ANTWOORD >

Als uw ziekenhuis failliet gaat, neemt het UWV de betalingsverplichting voor een groot deel over. U ontvangt een faillissementsuitkering en ook de premies voor uw pensioen worden doorbetaald tot aan het einde van de opzegtermijn. Het loon dat u van het UWV krijgt, is gemaximeerd op 150% van het maximumdagloon. Dit is maximaal € 6.386,65 bruto, exclusief vakantietoelage.

Wat het UWV precies betaalt, ligt vast in de wet:

- Het loon dat u nog tegoed heeft over maximaal 13 weken voor de opzegdatum. Bijvoorbeeld achterstallig loon, overuren, onkostenvergoeding en vakantiedagen.
- Het loon over de opzegtermijn tot maximaal 6 weken na de opzegdatum (Let op: voor oudere werknemers kan een langere opzegtermijn gelden).
- Over maximaal 1 jaar voor het einde van het dienstverband: uw vakantiegeld, vakantiedagen en pensioenpremie.

Naast de loongarantieregeling van het UWV kan de werknemer een vordering indienen bij de curator per aangetekende brief. Voor zzp'ers geldt dat (afhankelijk van individuele afspraken) de opdracht tot dienstverlening eindigt op de datum van het faillissement, waardoor de zzp'er geen verplichting heeft om te blijven werken. Wel kan het zijn dat er nog een zorgplicht is ten aanzien van een patiënt. Deze zorgplicht ligt echter primair bij het ziekenhuis. ●

# Alert op ouderenmishandeling

Eén op de twintig thuiswonende 65-plussers heeft ooit te maken gehad met ouderenmishandeling. Dat maakt de kans groot dat u patiënten ziet bij wie dit speelt. Maar omdat er een taboe op dit onderwerp rust, is het lastig om dit te signaleren en bespreekbaar te maken. De deze maand verschenen richtlijn 'Vermoeden van ouderenmishandeling in het medisch-specialistische zorgdomein', helpt u om tijdig misstanden te signaleren.

De nieuwe richtlijn helpt u en andere zorgverleners in de medisch-specialistische zorg om alert te zijn en adequate maatregelen te nemen. Zo wordt er per type mishandeling een overzicht gegeven van signalen en risicofactoren. Hiermee is ouderenmishandeling beter te herkennen. Om de bewustwording te vergroten, adviseert de richtlijn om een signaleringsvraag in het medisch dossier op te nemen bij een vermoeden van mishandeling. Daarnaast bevat de richtlijn informatie over wet- en regelgeving die van toepassing is op ouderenmishandeling en afwegingsprincipes die helpen bij zorgvuldig handelen. Ten slotte adviseert de richtlijn dat zorgverleners in bepaalde situaties een mantelzorgverleningscheck uitvoeren:

kan de mantelzorg die de oudere verzorgt, de zorg nog wel voldoende bieden?

## Multidisciplinair

Ouderenmishandeling is een thema waar vrijwel alle zorgverleners mee te maken kunnen krijgen. Naast klinisch geriaters waren daarom ook andere zorgverleners betrokken bij deze richtlijn, zoals huisartsen, psychiaters, SEH-artsen en verpleegkundigen. Het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialististen heeft het traject begeleid.

De richtlijn is te vinden op: [www.richtlijndatabase.nl](http://www.richtlijndatabase.nl).

# Nuttige noodzaak: netwerkgeneeskunde

Netwerkgeneeskunde is niet alleen nuttig, maar ook noodzakelijk als medisch specialisten hun werk goed en met passie willen blijven doen.

Maar hoe ziet de praktijk van netwerkgeneeskunde er nu en in de toekomst uit? Er ontstaan steeds meer netwerkorganisaties tussen (zorg)professionals. Daarin werken huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten,

wijkverpleegkundigen en medisch specialisten samen. Medisch specialisten spreken steeds vaker hun patiënten buiten het ziekenhuis of via e-healthconsulten. Daarnaast wordt minder complexe zorg vaker gegeven door andere zorgprofessionals. Maar volgens de Federatie Medisch Specialististen is er geen landelijke blauwdruk voor netwerkgeneeskunde: succesvolle initiatieven van netwerkgeneeskunde zijn vaak lokaal georganiseerd, op initiatief van zorgprofessionals.

Wilt u ook de stap zetten naar netwerkgeneeskunde? Kom dan naar het congres Netwerkgeneeskunde op 19 maart 2019. Collega's en andere spelers binnen de netwerkgeneeskunde bieden u deze dag handvatten om de stap te kunnen maken.



Meld u aan op: [www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde](http://www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde).



# Geschrapt!

Iedere medisch specialist wil de beste zorg leveren. Normen waar die zorg aan moet voldoen, horen daarbij, evenals het toetsen ervan. Maar hoe voorkom je dat de kwaliteitsnormen zich opstapelen, visitaties elkaar overlappen en de artsen kostbare tijd verliezen aan administratielast en dubbel werk?

**E**en *Handleiding Kwaliteitsvisitaties*. Kno-arts Robert van Haastert, werkzaam in het Amsterdam UMC en lid van de adviescommissie Kwaliteitsvisite, noemt het een bijna banale maatregel om de door dokters ervaren administratielast bij kwaliteitsvisitaties te verminderen. Sinds 2017 werken de kno-artsen met deze handleiding. Daarin staat netjes uitgeschreven hoe alle documenten voor de kwaliteitsvisite moeten worden aangeleverd. 'De vakgroepen weten nu precies wat ze moeten doen, dat wisten ze voorheen niet. De

procedures rond de kwaliteitsvisitaties waren vaak een rommeltje. Vakgroepen moesten het zelf maar uitzoeken. Deze handleiding scheelt ze veel tijd en energie. Het is als bij de Belastingdienst: leuker kunnen we het niet maken, wel makkelijker.'

## Optelsom van registratielast

Terugdringing van de registratielast bij kwaliteitsvisitaties is nodig, stelt Van Haastert. 'Ook omdat het om nog veel meer kwaliteitsvisitaties gaat dan alleen die van de wetenschappelijke vereniging. Denk aan de ziekenhuisbrede kwaliteitsregistraties NIAZ- en de JCI met duizenden vragen. Het is dus én-én: een optelsom van registratielast. En omdat er veel overlap is tussen de diverse visitatiemethodieken, doen vakgroepen vaak dubbel werk.'

## Een maatje minder

**Dit zijn de belangrijkste adviezen van de adviescommissie Kwaliteitsvisite om de administratielast bij kwaliteitsvisitaties van de wetenschappelijke vereniging te verminderen:**

1. Betrek bij de kwaliteitsvisitaties vooral onderwerpen waar andere kwaliteitssystemen nog niet naar kijken, zoals uitkomsten van zorg (mortaliteit, complicaties, kwaliteit van leven), gebruik van richtlijnen en 'zachte' kanten van het functioneren (samenwerking en communicatie).
2. Betrek andere veldpartijen bij het verminderen van de administratieve belasting die voortkomt uit de diverse kwaliteitssystemen.
3. Koppel resultaten uit de kwaliteitsvisitaties terug naar de feedbackgevers. Niets is vervelender dan een vragenlijst invullen en vervolgens niet meer terug te horen wat daarmee is gedaan. Het meten wordt daarmee onderdeel van de kwaliteitscyclus.
4. Leg aan de te visiteren vakgroep uit voor welke kwaliteitsnorm een bepaald toetsingsinstrument wordt ingezet. Als vakgroepen weten waar een instrument voor bedoeld is, staan ze positiever tegenover het gebruik ervan.

Mee eens, vult chirurg Mike Liem van Medisch Spectrum Twente aan. Hij is voorzitter van de commissie Kwaliteitsvisite van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde én voorzitter van de adviescommissie Kwaliteitsvisite. Deze bracht advies uit aan de Federatie. Ze doet daarin aanbevelingen over vermindering van registratielast bij kwaliteitsvisitaties (zie kader, *red.*). In december worden deze aanbevelingen besproken binnen de Federatie met de wetenschappelijke verenigingen. Het is daarna aan hen om te beoordelen wat ze ermee doen. 'Het probleem met de registratielast is dat er makkelijker kwaliteitsnormen bijkomen dan er afgaan', legt Liem uit. 'Je zit in de visitatiecommissie en denkt: ja dit is ook belangrijk om uit te vragen bij de vakgroepen, en dit ook. Voor je het weet heb je er vijf nieuwe normen bij. En de meeste normen zijn ook belangrijk. Bovendien is niemand tegen betere kwaliteit van zorg. Alleen: het stapelt zich op.'





### Achterhaald

Daarom is het advies van Liem aan elke commissie Kwaliteitsvisitee: blijf kritisch kijken of de normen waarmee je een vakgroep toetst, nog wel relevant zijn. Zo niet, schrap ze dan. 'Dat is lastig, maar het kan. Chirurgen hoeven straks bijvoorbeeld niet langer de statussen van hun collega's te controleren. Die norm is ooit ingevoerd, maar nu achterhaald. Ziekenhuizen hebben eigen kwaliteitsfunctionarissen die regelmatig de patiëntendossiers controleren op leesbaarheid en compleetheid. Waarom zouden wij dat dan nog moeten doen? Dat is overbodig.' ►

'Voor je het weet heb je er weer vijf nieuwe normen bij'

Schrappen lijkt makkelijker dan het is, weet Liem. 'Het betekent namelijk verandering, en daar zijn mensen niet zo goed in. We doen het toch al jaren zo? Bovendien moet je draagvlak hebben. Het gebeurt al snel dat de ene arts zegt: dit instrument kan er af, terwijl de ander zegt: nee, ik vind het belangrijk. En je moet meten of je bepaalde kwaliteitsinstrumenten kunt missen. De heilkunde heeft dat gedaan. Zo blijken de vakgroepen Heelkunde keer op keer perfect te scoren op wacht- en doorlooptijden. Kennelijk is dat in elk ziekenhuis zodanig geborgd dat we dat als visitatiecommissie niet meer hoeven te toetsen. Dat hebben we dus geschrapt.'

### Dubbel werk

Ook de kno-artsen doen het nodige om de administratielast bij kwaliteitsvisitaties terug te dringen. Zo hoeven kno-artsen niet langer bij elke kwaliteitsvisitatie enquêtes aan twintig patiënten uit te delen, waarin zij hun mening kunnen geven over de arts. 'Ziekenhuizen werken zelf vaak al met patiëntenquêtes. We vinden het prima als vakgroepen daarvan gebruik maken. Ze hoeven dan niet nog eens bij twintig patiënten langs te gaan. Dat is dubbel werk.'

'We moeten kritisch zijn op wat we van vakgroepen vragen'

Ook binnen de *medical audits* verminderen de kno-artsen de registratielasten. Van Haastert: 'Vroeger moesten alle kno-artsen de patiëntenstatussen van hun collega's controleren. Is bij de diagnostiek en behandeling van een ziektebeeld aan alle kwaliteitscriteria voldaan? Is er een röntgenfoto gemaakt, zijn de juiste medicijnen voorgeschreven, dat soort zaken. Dat is een enorme klus, vooral voor de kno-artsen in de academische ziekenhuizen, waar sprake is van superspecialisatie. Daarom doen daar voortaan alleen nog de rhinologen de *medical audits* bij collega-rhinologen, idem dito de oorartsen bij collega-oorartsen. We beperken de registratielast daarmee tot een kleinere groep.'

### Waterhoofd

Wetenschappelijke verenigingen kunnen ook meer gebruik maken van elkaars expertise, vervolgt Liem. Dat kan leiden tot meer standaardisatie van de gebruikte kwaliteitsinstrumenten. Ook dat kan de regeldruk bij kwaliteitsvisitaties verlichten. Tegelijkertijd zit daar een grens aan, beseft hij. 'Medische specialismen zijn niet één-op-één met elkaar vergelijkbaar. Een neuroloog is geen chirurg, een internist geen orthopeed. Elk specialisme heeft specifieke kwaliteitsnormen die je niet zomaar van elkaar kunt overnemen. Daarnaast blijkt dat niet alle wetenschappelijke verenigingen bereid zijn om kwaliteitsinstrumenten te schrappen om de regeldruk te verlichten.'

Integratie met de kwaliteitsinstrumenten van andere kwaliteitsvisitaties om de lastendruk te verlichten blijkt lastig. Liem: 'Onze kwaliteitsvisitaties gaan over één medisch specialisme, terwijl kwaliteitskeurmerken als NIAZ en JCI over het gehele ziekenhuis gaan. Deze hebben in korte tijd aan belang gewonnen, omdat ziekenhuizen JCI- en/of NIAZ-geaccrediteerd willen zijn. Dat snap ik wel, maar beide accreditaties zijn uitgegroeid tot enorme waterhoofden. Voor medisch specialisten betekenen ze veel werk. Het zou goed zijn als de ziekenhuizen kritisch kijken naar de omvang en betekenis van deze accreditaties.' Dat de kwaliteitsvisitatie belangrijk is voor goede medisch-specialistische kwaliteit van zorg, daarvan is Liem overtuigd. 'We moeten echter kritisch zijn op wat we van de vakgroepen vragen. De registratielast begint dokters tegen te staan. Daar moeten we iets aan doen, anders schiet de kwaliteitsvisitatie haar doel voorbij.' ●



Gedragsbioloog Patrick van Veen over opleiden en netwerken

# ‘Rituelen zijn ontzettend nuttig’

Als bioloog specialiseerde hij zich in apengedrag, nu observeert Patrick van Veen het gedrag van mensen. Ziekenhuizen zijn een van zijn favoriete plekken. Tijdens het MMV-congres spreekt hij over netwerkgeneeskunde, opleiden en samenwerken. ‘Ik pleit voor meer vlooitijd.’

**Als bioloog bent u gespecialiseerd in het gedrag van apen. Waarom is nou juist een ziekenhuis een uitgelezen plek om ‘apengedrag’ terug te zien?**

‘Apengedrag is een hele goede tool om te bespreken hoe je met elkaar omgaat. Ik weet inmiddels best veel van de onderlinge dynamieken in een ziekenhuis. In een traditioneel bedrijf is er vaak een organisatiestructuur met duidelijke hiërarchische lijnen: je hebt een directie, daaronder managers, daaronder overige werknemers. Het is in de meeste situaties helder wie het alfamannetje of alfavrouwje is. In een ziekenhuis is dat niet zo, dat heeft een vrij complexe sociale structuur. Als er geen hele harde hiërarchische afspraken zijn en de

organisatiestructuur zo complex is, dan moet je de machtsstructuren onderling gaan bepalen. Er ontstaat strijd, imponeergedrag, coalitievorming. Dat vind ik als bioloog heel interessant. Chimpansees vertonen vergelijkbaar gedrag, die houden ook steeds in de gaten hoe hun sociale structuur in elkaar zit, wie waar staat in de rangorde.’

**Hoe doen chimpansees dat?**

‘Op verschillende manieren. Mannetjes stormen met de haren overeind door de groep, om te laten weten: ik ben de grote leider. Bij apen zie je ook wel eens dat ze elkaars baby’s als statussymbool gebruiken. ▶





‘Het is comfortabel om apengedrag als spiegel te gebruiken’

Dan heeft er een het kleintje van een ander gestolen en paradeert er ermee rond. De anderen staan er met klapperende tandjes omheen: ‘wat ben jij toch belangrijk’.

Ook bij medisch specialisten zie je rituelen om hun plek op te eisen en respect af te dwingen. Ze pochen met het merk van hun apparatuur, strijden om de locatie van hun parkeerplek, meters werkruimte, laten beslissingen teruggedraaien, vullen labformulieren in met een groene pen in plaats van blauw of zwart, houden zich niet aan kledingvoorschriften, schermen met het aantal uur dat ze maar hebben geslapen. Het is imponeergedrag, borstgeroefel: kijk eens wat ik weer voor elkaar hebgekst heb.’

## CV Patrick van Veen

**Leeftijd:** 48 jaar

**Functie:** directeur Apemanagement, voorzitter The Jane Goodall Institute Global

**Achtergrond:** gedragsbioloog

**Boeken:** onder andere *Help, mijn baas is een aap!* (2004), *Dierbare collega's* (2008), *Kuddegedrag in crisistijd* (2009), *Pestkop, apenkop* (2012), *Verliefd op je klant* (2017)

**Privé:** Getrouwd, geen kinderen

**Er is natuurlijk een verschil tussen een primair reagerende aap en een hoogopgeleide arts. Merk je weleens dat medisch specialisten zich beledigd voelen door deze vergelijking?**

‘Nee hoor, ze vinden het over het algemeen juist fantastisch. Ze beseffen door hun opleiding heel goed dat biologie ons dagelijks gedrag stuurt en hoe nauw verwant chimpansees zijn aan mensen. Je ziet dat er regelmatig irritaties en conflicten zijn in ziekenhuizen, en dat medisch specialisten het lastig vinden om gedrag bespreekbaar te maken. Het is dan comfortabel om het niet direct over hun eigen situatie te hebben, maar apengedrag als spiegel te gebruiken, daarover te discussiëren en te lachen. Voordat ik een workshop, training of lezing kom geven, word ik vooraf vaak uitgenodigd om te komen observeren: op de OK, bij overdrachten. Zo krijg ik inzicht in de interne dynamieken, de dilemma's en de heilige huisjes.’

**Deze zomer haalde bioloog Frans de Waal de media met een onderzoek waarin hij het gedrag in de operatiekamer vergeleek met een apenrots. Hij stelde dat in Amerikaanse operatiekamers het aantal aanwezige mannen de kans op conflicten bepaalt. Is dat in de Nederlandse situatie ook het geval?**

‘Een deel van dat plaatje herken ik. Een bekend spanningsveld is die tussen anesthesie en chirurgie;

twee alfamannetjes die moeten uitvechten wie de 'eigenaar' is van de patiënt, wie de eindverantwoordelijkheid heeft. Wat ik niet zozeer herken is de conflict-situatie die Frans de Waal beschrijft tussen de andere mensen op de OK, zoals operatieassistenten en verpleegkundigen. Wat ik in Nederland gezien heb, zijn dat over het algemeen goed geoliede machines.'

#### Waar komt dat door?

'De feminisering in de gezondheidszorg is in Nederland veel verder gevorderd dan in de VS. Dan heb ik het niet alleen over meer vrouwen op de werkvloer, maar ook over de veranderende werkhouding. Veel medisch specialisten willen niet meer zeven dagen per week werken, maar liever parttime. Er ligt meer focus op overleg en samenwerking. Dat heeft invloed op de sociale dynamiek – óók bij mannen – en verandert een organisatiecultuur. Het gaat eigenlijk niet zozeer om mannen versus vrouwen, maar meer om de oude generatie versus de nieuwe. Voor de jongelingen zijn de statussymbolen minder belangrijk. Het is niet meer *survival of the fittest*.

Daarnaast moeten we ook niet de rol onderschatten van de media de laatste vijftien, twintig jaar. Er hoeft maar iets te gebeuren in een ziekenhuis en de wereld staat op z'n kop. Ook de commercialisering van de zorg speelt een rol hierin; mensen gaan niet meer vanzelfsprekend naar hetzelfde ziekenhuis. Dat heeft allemaal invloed op de sociale dynamiek en de ziekenhuiscultuur. Op die manier is zo'n onderzoek van Frans de Waal moeilijk te vertalen naar de Nederlandse situatie.'

#### Om veilige zorg te kunnen leveren is een veilige cultuur cruciaal. Zorgprofessionals moeten, ondanks de hiërarchie, de ruimte voelen om elkaar aan te spreken en te reflecteren op hun eigen gedrag. Wat kunnen we op dat vlak leren van apen?

'Als een chimpansee zich misdraagt, wordt hij meteen afgestraft door de anderen. Ik vergelijk het altijd met 360 graden-feedback. Daar zijn apen beter in dan mensen. Dat komt alleen al door het feit dat wij verschillende sociale cirkels hebben en een situatie dus veel makkelijker kunnen ontlopen, door na een werkdag simpelweg naar huis te gaan. Apen bevinden zich 24 uur per dag in dezelfde sociale groep, dus die moeten elkaar wel confronteren. Ze besteden uren per dag aan het vlooien van elkaar, niet omdat ze vlooien of parasieten hebben, maar om verbinding te maken met elkaar, vertrouwen te creëren.

Voor een medisch specialist is de sociale interactie voor een groot deel met patiënten, niet zozeer met collega's. In de paar minuten dat die elkaar zien, zijn ze voornamelijk werkinhoudelijk bezig. Ze hebben maar weinig tijd om onderlinge banden te versterken, elkaar te vlooien. Er worden steeds meer rituelen afgeschaft omdat ze niet efficiënt zouden zijn; even kletsen in de wandelgangen, samen koffie drinken, de jaarlijkse

heidag. Terwijl ze eigenlijk heel nuttig zijn. Ik wil pleiten voor meer vlooitijd.'

#### De toekomst van de medische zorg ligt in netwerkgeneeskunde: samenwerken met andere specialismen en andere zorgberoepen. Wat maakt bij apen dat samenwerking met andere 'soorten' goed of niet goed verloopt?

'Samenwerken binnen een soort is al lastig, laat staan met andere soorten. In samenwerkingsverbanden heb je enerzijds een afhankelijkheid. Anderzijds is er vaak een ongelijke investering en beloning. Bij chimpansees zien we: hoe beter ze elkaar kennen, hoe meer ze elkaar gunnen. Ze tolereren best dat een collega-chimpansee vier druiven krijgt terwijl zij er maar één krijgen, mits ze een goeie relatie hebben met elkaar. Dan komen we weer bij dat vlooien uit. Hoe goed kennen mensen elkaar? Spreken ze elkaar ook privé? Gunnen ze elkaar de verschillen? Doordat de zorgketen steeds complexer wordt, is dat een grote uitdaging.'

## 'Samenwerken binnen een soort is al lastig, laat staan met andere soorten'

#### Je spreekt op 12 december tijdens het MMV-congres voor een zaal vol aios en opleiders. Wat kunnen zij van apen leren?

'Waar ik het zeker over ga hebben tijdens het MMV-congres is denken buiten de kaders. We hebben de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar de bereidwilligheid van chimpansees en orang-oetans om risico's te nemen. We zetten een zwarte doos bij hen neer waar ze niet in konden kijken. De vraag was: wie durft zijn hand erin te steken? Het zijn altijd dezelfde apen: de pubers en adolescenten. Volwassenen hebben een veel grotere angst voor verlies. Ook in ziekenhuizen willen veel professionals het oude vasthouden, want het nieuwe vinden ze eng en gevaarlijk. Volgens mij ligt daar de uitdaging: risico's durven nemen, je hand in die zwarte doos durven steken. De wereld verandert dus je moet op zoek blijven naar creatieve oplossingen, zowel op medisch gebied als in de sociale structuren.'



Jaarlijks organiseert de Federatie het MMV-congres voor bijna duizend opleiders, aios en andere betrokkenen bij de medische vervolgopleidingen. Dit jaar is het thema 'Opleiden is netwerken'. Vanaf volgende week vindt u op [www.medischevervolgopleidingen.nl](http://www.medischevervolgopleidingen.nl) de presentaties die tijdens dit congres gegeven zijn.

# Hoe Lange Frans administratielast op de kaart zet

Met het nummer *Laat dokters lekker dokteren* heeft de Federatie samen met rapper Lange Frans en kno-arts Dennis Kox de ict- en epd-problematiek op een niet-alledaagse wijze op de agenda gezet. De rap maakte veel los. Op social media, in de zorg en in de politiek.

**Op 26 september zette de Federatie het nummer online. Vanaf toen ging het razendsnel. Wat gebeurde er?**

Op Twitter werd de clip in totaal meer dan 20.000 keer getoond en op YouTube werd hij ruim 76.000 keer bekeken. Dat zijn voor de Federatie grootse aantallen.

## Hoe waren de reacties?

Artsen waren blij met de erkenning die ze kregen voor de onzinnige administratielast waarmee ze dagelijks kampen. De muzikale actie voelde als een steuntje in de rug. De Federatie kreeg ook positieve reacties over de ludieke wijze waarop de ict-problematiek onder de aandacht werd gebracht.

En andere zorgprofessionals, zoals verpleegkundigen en fysiotherapeuten, vonden de rap herkenbaar.

## Wat voor effect had de rap?

Naast de buzz op social media werd de video ook goed opgepikt door traditionele media.

Zo besteedde actualiteitenprogramma *EenVandaag* nog diezelfde avond aandacht aan de administratielast voor medisch specialisten en werden kno-arts Dennis Kox en algemeen voorzitter van de Federatie Marcel Daniëls geïnterviewd. Verschillende radioprogramma's, waaronder *Evers Staat Op*, *Wout2day* en *Laat Met Lex*, lieten het nummer horen en zoomden in op het begrip dat de Federatie wil kweken bij patiënten in de spreekkamer. **MD**

## De effecten op social media

**Twitter** (1 tweet met de video)  
Aantal keer getoond: 20.935  
Aantal likes: 96  
Aantal keren gedeeld: 102

**LinkedIn**  
Aantal keer getoond: 19.845  
Aantal likes: 295  
Aantal keren gedeeld: 151

**YouTube**  
Aantal keer getoond: 76.000  
Aantal likes: 545  
Aantal keren gedeeld: 1.554



## Laat dokters dokteren

De muzikale actie is een onderdeel van *Laat dokters dokteren*. Met die campagne is de Federatie al anderhalf jaar lang systematisch bezig om de onzinnige administratielast voor artsen onder de aandacht te brengen. Zie ook: [www.laafdoktersdokteren.nl](http://www.laafdoktersdokteren.nl).



Vier dokters  
vertellen waarom  
zij twitteren

# De tijdslijn als spreekbuis

Veel medisch specialisten zijn actief op Twitter. Om vakinhoudelijke ontwikkelingen en het nieuws te volgen, maar ook om hun eigen visie te delen en zich te mengen in het maatschappelijk debat. Deze vier medisch specialisten hebben duizenden volgers en vertellen over waarom zij twitteren. 'Ik vind het belangrijk om, namens mijn generatie van jonge dokters, een positief geluid te laten horen.'

Mediahypes volgen elkaar steeds sneller op. Wie zich op maandag boos maakt en een mooi opinieartikel of ingezonden stuk voor de krant schrijft, kan bij publicatie op zaterdag alweer achterhaald of gewoonweg niet meer interessant zijn. Nee, dan Twitter. In een paar zinnen kun je direct je mening de wereld insturen. Soms pakt een ongenueanceerde of ondoordachte tweet niet goed uit, maar net zo vaak ook wél. Zo begon de actie #ikvaccineer op Twitter en maakte #metoo in de zorg

eveneens veel los. Daarnaast blijkt het platform perfect om ten strijde te trekken tegen bijvoorbeeld misleidend nepnieuws, tabaks- en voedingsfabrikanten om je juist hard te maken voor leefstijlinterventies of vergoeding van innovatieve medicijnen. En dan is Twitter ook nog een handig hulpmiddel om op de hoogte te blijven van wat *opinion leaders*, *peers* en vakmedia schrijven. Niet verwonderlijk dus dat steeds meer artsen een Twitter-account aanmaken. 

**‘Voor veel dokters  
voelt het nog  
niet vertrouwd  
om persoonlijke  
verhalen te delen’**



@MRvanBalken

Actief sinds: 2010

Aantal tweets: 35.476

Aantal volgers: 4.609

**Michael van Balken** is uroloog in Rijnstate Arnhem en heeft als aandachtsgebied functionele en reconstructieve urologie.

Rijnstate

#### Met argusogen

‘De communicatieafdeling van Rijnstate bekeek mijn *timeline* enigszins met argusogen toen ik in 2010 als een van de eersten begon te twitteren. Het medium was destijds nog nieuw en onbekend – het liefst wilden ze iedere tweet zien vóór publicatie.’

#### Sociale thema’s

‘Over vakinhoudelijke zaken twitter ik weinig. Er zijn weinig urologen in Nederland, dus de interessegroep is beperkt. Ik gebruik het medium voornamelijk voor andere sociale thema’s. Zo maak ik me druk om besnijdenissen die bij jongens zonder medische reden worden uitgevoerd. Daarnaast ben ik geïnteresseerd in laaggeletterden die ondersteuning nodig hebben op het gebied van informatievoorziening in de zorg. Die groep zit weliswaar niet zelf op Twitter, maar ik wil andere zorgprofessionals bijbrengen tegen welke problemen deze mensen aanlopen.’

#### Persoonlijk

‘Wil je een groter bereik genereren, dan moet je soms ook persoonlijke informatie delen. Zo zien anderen je niet

alleen als zorgprofessional, maar als mens. Bijkomend voordeel is dat die extra volgers je werkgerelateerde tweets automatisch ook lezen. Ik let wel op wat ik deel. Mijn volgers weten dat ik drie zoons heb, maar ik noem hun namen en leeftijden nooit. Zij hebben niet gevraagd om een vader die op social media zit te roeptoeteren.’

#### Favorieten

‘Ik volg bijna duizend mensen, maar een aantal accounts springen eruit. Zo kijk ik graag op de *timeline* van @Marco\_Blanker, een huisarts met een goede kijk op de zorg. Ook ethicus @Gert\_van\_Dijk is favoriet, omdat hij dezelfde opvattingen heeft op het gebied van besnijdenis. Daarnaast volg ik ook mensen buiten de zorg. Als taalliefhebber raken de gedichten van @MerelMorre me.’

#### Reacties

‘In 2014 werd ik met een ambulance afgevoerd en bleek ik heftige slokdarmproblemen te hebben. Ik schreef er veel tweets en blogs over. Het leidde tot een groot interview in *Trouw*, dat ik op mijn *timeline* deelde. Ik kreeg onvoorstelbaar veel reacties en er werd volop gediscussieerd. Waarschijnlijk ook omdat het voor veel dokters nog steeds niet vertrouwd voelt om persoonlijke verhalen en zorgen onder de aandacht te brengen.’ ▶



## ‘Kijk met enige luchtigheid naar Twitter’



@Marliesschijven

Actief sinds: 2010

Aantal tweets: 2.859

Aantal volgers: 1.631

**Marlies Schijven** is hoogleraar chirurgie aan het Amsterdam UMC - locatie AMC.

### Waardevolle informatie

‘Twitter heeft voor mij al jaren een meerwaarde als social platform. Ik kom veel in contact met interessante mensen. Een aantal jaar geleden was ik bijvoorbeeld bezig met projecten rondom *serious gaming*. Op Twitter volgde ik designers die daar op dat moment al veel verder mee waren dan medici. Daar kwam vaak waardevolle informatie uit.’

### Verbinden en verbeteren

‘Naast het sociale aspect gebruik ik Twitter ook voor andere doeleinden. Om congressen onder de aandacht te brengen, belangrijke nieuwsberichten te delen of collega-onderzoekers te steunen middels een *like* of *retweet*. Dat laatste doe ik graag: als iemand iets plaatst waar hij of zij trots op is, is het leuk als dat door anderen gezien en gewaardeerd wordt. Ik heb niet één favoriet onderwerp waarover ik twitter. Wel slaan mijn tweets allemaal terug op mijn eigen vakgebied: het verbinden en verbeteren van processen in de zorg.’

### Ambassadeur

‘Voor mijn tweets gebruik ik het platform *Hootsuite*. Daarmee kun je berichten inplannen en volgers in groepen indelen, om een boodschap zo optimaal mogelijk te verspreiden. Ik ga er vrij ver in, maar heb daardoor een grote schare volgers opgebouwd. Mede daarom ben ik sinds kort social media-ambassadeur voor het Amsterdam UMC.’

### Boze tweet

‘Sommige patiënten bekijken mijn *timeline* en weten dan al best veel over mij. Dat vind ik niet erg, het is de huidige tijdsgeest – als ik mijn auto naar een bepaalde garage breng, kijk ik ook eerst op internet. Bovendien gebruik ik Twitter ook om mensen te informeren. Heel soms deel ik persoonlijke informatie – zo stuurde ik laatst een boze tweet naar een klantenservice omdat ik ergens ontevreden over was en ze op geen andere manier kon bereiken. Ik vind ook wel dat je met enige luchtigheid naar Twitter moet kijken. Het is een informatiekanaal, je kiest zelf wie je volgt en wat je met die informatie doet. Vind je iets niet zinnig en merk je dat je jezelf ergert, dan ontvolg je diegene gewoon weer.’ ▶



## ‘De meeste reacties kreeg ik op een tweet over een kaasplankje’



@ALJVerhulst

Actief sinds: 2011

Aantal tweets: 2.626

Aantal volgers: 1.780

**Anna Verhulst** is internist in opleiding in het Meander Medisch Centrum in Amersfoort.

### Verfrissend

‘Op Twitter kom ik in contact met mensen die ik anders niet zo snel zou spreken: op mijn *timeline* lees ik verhalen van urologen, gynaecologen, cardiologen, maar ook van politici. Het geeft verfrissende perspectieven op actuele gebeurtenissen. Zo twitterde een specialist laatst over patiënten die tijdens een consult stiekem geluidsopnamen maakten. Hij vond dat niet erg, maar wilde wel dat patiënten dit vooraf lieten weten en plakte een briefje op zijn deur. Toen ik dat las, dacht ik: wat leuk dat iemand dat deelt en zo elegant oplost.’

### Positief geluid

‘Onlangs schreef ik met een collega-internist in opleiding een opiniestuk in *het Parool* over het personeelstekort in de zorg. Dat is een groot probleem, maar kent op termijn ook voordelen, zoals optimalisatie en centralisatie van de zorg. Wat mij betreft mag daar meer aandacht voor zijn, dus dat deel ik dan op Twitter. Ik vind het belangrijk om, namens mijn generatie van jonge dokters, een positief geluid te laten horen.’

### Spijt

‘Dat iedereen mijn tweets kan zien, vind ik niet erg. Ik denk wel dat je jezelf bewust moet zijn van wat je plaatst: zodra iets online staat, kan het een eigen leven gaan leiden. Dat ondervond ik zelf toen ik reageerde op een column van een coassistent. Niet smaakvol en onprofessioneel, twitterde ik zonder nadenken. Dat die tweet tachtig keer werd gedeeld en iedereen er bovenop sprong, zag ik niet aankomen. De coassistent zat er enorm mee, dus nadien heb ik persoonlijk excuses gemaakt en getwitterd dat ik niemand wilde aanvallen. Daar heb ik wel een nacht van wakker gelegen.’

### Kaasplankje

‘Een collega, die de Nederlandse taal nog aan het leren is, vertelde me dat een patiënt niet wilde eindigen als ‘kaasplankje’ – dat moest natuurlijk ‘kasplantje’ zijn. Ik vond het een geestige uitspraak om te twitteren. Die tweet werd zestienhonderd keer leuk gevonden – zelfs *Lindanieuws.nl* besteedde er aandacht aan. Ha, dan doe je enorm je best om bij te dragen aan discussies en veroorzaakt een tweet over een kaasplankje een hoogtepunt.’ ▶



## ‘Mensen kunnen heel primair reageren’



@shossontwits

Actief sinds: 2009

Aantal tweets: 13.439

Aantal volgers: 15.558

**Sander de Hosson** is longarts in het Wilhelmina Ziekenhuis Assen en heeft als aandachtsgebieden longkanker en palliatieve zorg.

### Breed publiek

‘Ik merk dat veel belangrijke onderzoeken, maatschappelijke ontwikkelingen en nieuws via Twitter worden gedeeld. Daarnaast kan ik zelf twitteren over mijn vakgebied. Zo vind ik dat de palliatieve zorg in Nederland beter moet en deel ik regelmatig artikelen met mijn volgers – niet alleen collega-zorgverleners, maar ook het brede publiek. Het is mooi dat we met elkaar kunnen discussiëren over hoe we de zorg naar een kwalitatief hoger niveau kunnen tillen.’

### Viral

‘Deze zomer was er een hoop te doen rondom vaccineren. Ik twitterde hoe belangrijk vaccineren was en voor ik het wist, ontstond er een discussie. Een gynaecoloog, die reageerde op mijn tweet, opperde de hashtag #ikvaccineer. Dat bericht ging vervolgens compleet *viral*. Daar ben ik wel trots op.’

### Discussie

‘Naar aanleiding van #ikvaccineer werd ik overspoeld door reacties. Ook negatieve, ja. Als mensen geen

verstand van zaken hebben, kunnen ze heel primair reageren. Met zulke reacties kan ik weinig. Ik laat alleen maar zien waarom vaccineren veilig en effectief is, en ga niet in discussie met mensen die overtuigd zijn van hun eigen mening. Twijfelt iemand, dan ga ik wel in gesprek en vraag ik hoe ik diegene kan helpen bij het maken van een keuze. Dat soort discussies vind ik interessant.’

### Privacy

‘Het merendeel van mijn tweets zijn professioneel of algemeen van aard. Dokters mogen best iets van zichzelf laten zien, maar als arts heb je een publiek ambt. Ik vind dat daar geen persoonlijke voorkeuren of politieke statements bij horen. Heel soms plaats ik iets over mezelf, maar ook dan hanteer ik privacyregels – bijvoorbeeld door geen specifieke namen te noemen. Je zult op mijn *timeline* sowieso nooit vakantiefoto’s tegenkomen.’

### Hartverwarmend

‘Ik heb veel blogs geschreven over mijn ervaringen als longarts en specialist palliatieve zorg, met betrekking tot patiënten die in hun laatste levensfase zaten. Daar kreeg ik hartverwarmende reacties op van mijn volgers. Mijn blogs zijn inmiddels gebundeld in het boek *Slotcouplet*. Ook dat heeft Twitter me gebracht.’ ●





Simpel maar belangrijk instrument

# Het mangomoment

Veel medisch specialisten zetten hun vaardigheden ook op vrijwillige basis in. In deze rubriek vertellen ze over hun drijfveren. Neuroloog-kinderneuroloog Rianne Wennekes van het Zuyderland Medisch Centrum is ambassadeur van het 'mangomoment': een klein gebaar van een zorgverlener met een grote impact voor de patiënt.




**HART  
&ZIEL**

**Naam project**  
Mangomoment

**Inzet**

Promoten van kleine, onverwachte, verrassende acties of gebaren tijdens de dagelijkse zorgverlening tussen patiënten, bewoners, familieleden en/of zorgverleners.

**Meer informatie**  
<https://mangomoment.be>

**E**en vrijdagmiddag. Voor Rianne Wennekes zit de werkweek er bijna op. Als ze de gang van de verpleegafdeling afloopt, ziet ze het jongetje dat nu al zo lang ziek is. De epileptische aanvallen nemen toe en hij gaat steeds verder achteruit. Zijn ouders en zusje zitten bij hem. 'Fijn weekend', roepen ze als ze voorbij loopt. Dat raakt haar. 'Want ik voelde me schuldig, dat ik weekend ging 'vieren' terwijl hun kind zo ziek was. Ik besloot het uit te spreken. Hun reactie was hartverwarmend: ze zeiden dat het juist goed was dat ik ging ontspannen, zodat ik maandag weer fit zou zijn. Zij waren geroerd door mijn betrokkenheid en ik door hun reactie. Dat is nu een mangomoment: een gebaar dat niet groot of ingewikkeld hoeft te zijn, maar veel betekent voor een patiënt of zijn ouders.'

**Stralende ogen**

Het allereerste mangomoment ontstond drie jaar geleden, met een fragment op de Belgische televisie. Kijkers zien de ernstig verzwakte Viviane Coolen liggen op de intensive care. Een onderbeen en vijf vingertoppen zijn geamputeerd. Fluisterend vertelt ze dat ze de dokter het liefst om 'een spuitje' had gevraagd. De journaliste naast haar bed schrikt en vraagt of er dan niets is waar ze de vrouw een plezier mee kan doen. 'Een mango', antwoordt zij. Een tijdje later komt de journaliste terug met een grote mango. Bij de eerste hap beginnen de ogen van de doodzieke vrouw te stralen. Wennekes: 'Ik hoorde van het mangomoment via Kris Vanhaecht, hoogleraar patiëntveiligheid en kwaliteit aan de KU Leuven. Hij is de mangobeweging gestart in België en doet wetenschappelijk onderzoek naar hoe zo iets kleins zo'n grote

impact kan hebben, en ik heb – in overleg met hem – het concept naar Nederland gehaald.'

**Emotionele overval**

Al langer houden dit soort thema's Wennekes bezig. 'Toen ik 26 jaar geleden als neuroloog begon in het Zuyderland, voelde ik me overvallen. Ik zag veel verdriet en ellende, maar moest mijn emoties inhouden. Dat gevoel heeft me nooit losgelaten. ▶



Rianne Wennekes:

**'Elke  
zorgprofessional  
kan zo'n gebaar  
maken'**

Als hulpverlener help ik kinderen en ouders in een fase waarin ze uitermate kwetsbaar zijn, en krijg vaak hun onvoorwaardelijk vertrouwen. Dat vind ik fantastisch, maar ik kreeg steeds meer moeite met de afstandelijke houding die ik moest betrachten. Toen ik me tien jaar geleden begon af te vragen of ik mijn werk nog wel leuk vond, besloot ik: hier moet ik iets mee.'

'Dit vergeet een patiënt zijn leven lang niet meer'



Ze heeft het tij mee. Er komt in de jaren daarna steeds meer aandacht voor de 'menselijke' kant van het vak: een veilige cultuur, *peer support* en goed leiderschap. Zo hoort Wennekes op het jaarcongres van het Institute for Healthcare Improvement in 2013 de CEO en oud-verpleegkundige Maureen Bisognano spreken. 'Ze zei: vraag de patiënt niet wat er scheelt, maar wat ertoe doet voor hem. Oftewel: *don't ask what is the matter, but what matters to you?* Die zin is internationaal uitgegroeid tot een brede beweging in de gezondheidszorg, met onder meer een *What matters to you*-dag. Het mangomoment past perfect bij dat gedachtengoed.'

#### Goed gedrag

Als ambassadeur draagt Wennekes het mangomoment onder meer over in de multidisciplinaire training *clinical leadership* die ze heeft opgezet in het Zuyderland. 'Daarin krijgen telkens 25 medewerkers vanuit de hele organisatie – medisch specialisten en verpleegkundigen, maar bijvoorbeeld ook fysiotherapeuten en managers – meer bewustzijn voor aspecten als goed

gedrag, elkaars taal leren spreken en het zien van de mens achter de patiënt. Het mangomoment is een simpel, maar belangrijk instrument om dat in de praktijk te brengen. En het geeft de hulpverlener zelf meer plezier in zijn werk.'

#### Poetshulp

Het effect ziet ze steeds vaker terug op de werkvloer. 'Bijzonder vond ik het verhaal van een Chileense vrouw die erg opzag tegen een operatie. Een verpleegkundige die ook een Zuid-Amerikaanse achtergrond heeft, herkende op de voorbereidingskamer haar naam en sprak haar aan in het Spaans. Dat gaf haar zo'n vertrouwd gevoel dat haar angst oploste. Een ander voorbeeld dat me bijblijft is de meneer die het zo fijn vond als de poetshulp de afdeling opkwam: zij was de enige die hem niet als zieke of ziekte behandelde. Dat maakt het mangomoment zo bijzonder: elke professional kan zo'n gebaar maken, en de patiënt vergeet het zijn leven lang niet meer.'

#### Eén reden

Aan de vele verhalen die het ziekenhuis verzamelt op de website, is te zien dat het concept aanslaat. Toch krijgt Rianne Wennekes ook nog weleens reacties als 'dat doe ik toch al', of 'daar heb ik geen tijd voor'. Haar reactie? 'Er zijn duizend redenen om het niet te doen, maar je hebt maar één reden nodig om het wel te doen.' ●

#### Oproep

Kent u of bent u iemand die zich naast het reguliere werk ergens met hart en ziel voor inzet? Mail naar [communicatie@demedischspecialist.nl](mailto:communicatie@demedischspecialist.nl).



# Controversieel beroep

Psychiatrie is zonder weerga het meest controversiële medisch specialisme in de geschiedenis van de geneeskunde. Er is continu verwarring over normaliteit en abnormaliteit, prominenten spreken elkaar voortdurend tegen, symptomen worden betwist, stoornissen ter discussie gesteld, niets kan objectief worden bewezen en causale theorieën ontbreken.

De werkzaamheid van behandelingen wordt bewezen en weer ter discussie gesteld, er zijn evenveel richtlijnen als commissies die erover nadenken, de vier algemene principes van de medische ethiek kunnen zelden worden toegepast en iedereen heeft een mening over psychiatrie omdat de helft van de Nederlandse bevolking ervaringsdeskundige is. Tenslotte zijn zovelen teleurgesteld omdat weinigen lijken te begrijpen dat psychiatrie en *mental health* niet met elkaar samenvallen. Wie een eenvoudig leven wenst dat berust op zekerheden en intellectuele eenvoud, kan ik aanraden geen psychiater te worden.

Psychiatrie is misschien ook wel het meest controversiële van alle beroepen, samen met prostitutie en toneel. Deze drie ambachten spelen met echte emoties en intimiteiten, elk met een eigen kenmerk, maar gedragen door een gezamenlijke paradox. Het is nooit wat het lijkt. Het is altijd alsof. De psychiater luistert maar is niet je troostende harstvriendin of alwetende vader, de prostituee neukt maar is niet je geliefde, de acteur doet alsof, ook al doet hij alsof het echt is. Allemaal doen ze alsof. De ontmaskering van alsof wordt ironisch of pijnlijk.

Met twee van deze beroepen heb ik persoonlijk ervaring. Ik ben psychiater geworden. Want ik houd van controversie. Ik geniet van contramine, contrasten, contrapunten, contrair, contraproductief en contrabas. Veel woorden waar contra in voorkomen bevallen mij uitstekend, behalve contractueel. In psychiatrie is niets wat het lijkt, gaat niets vanzelf omdat het vak volk en samenleving onophoudelijk ter discussie stelt. Wees blij met het ongemak van de psychiatrie, en koester haar onvermogen, want ze spiegelt de mens in haar naakte bestaan. Ook u die dit leest.

**Damiaan Denys**, psychiater en voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie





Kunstmatige intelligentie zorgt ervoor dat de radiologie zich razendsnel ontwikkelt op het gebied van beeldvorming, beeldinterpretatie en preventie. Radiologen Tim Leiner en Jet Quarles van Ufford juichen die innovaties toe. 'Het maakt ons werk uitdagender en we kunnen meer betekenen voor collega's en patiënten.'



Hoe slimme software de positie van de radioloog versterkt

# In beeld bij de patiënt

**A**rtificiële intelligentie – in de vorm van slimme robots, apps en computers – neemt een steeds prominenter plekje in binnen de geneeskunde. Ook bij de radiologie is dat merkbaar, vertelt radioloog Tim Leiner, werkzaam in het UMC Utrecht. 'Voornamelijk omdat de hoeveelheid digitale beelddata toeneemt – bijna iedere patiënt heeft immers beeldvormend onderzoek nodig, zoals een scan of röntgenfoto. Dat zal de komende jaren een grote impact hebben op hoe wij ons werk doen.'

## Computeralgoritmes

Leiner doelt daarmee op de verschillende manieren waarop artificiële intelligentie is in te zetten binnen de radiologie. 'Je kunt het allereerst gebruiken bij de interpretatie van beelden. Denk aan een computer die een thoraxfoto bekijkt of controleert of iemand

een beroerte heeft gehad.' En daar blijft het niet bij, want volgens Leiner heeft kunstmatige intelligentie in de nabije toekomst invloed op de gehele keten van beeldvorming. 'Dat begint al met de selectie van patiënten: computeralgoritmes kunnen ons helpen om mensen die baat hebben bij een bepaalde behandeling, vooraf uit te kiezen. Dat is prettig voor de patiënt én voor de behandelaar, omdat op voorhand al duidelijk is of een therapie wel of niet aanslaat. In dat laatste geval kan de arts kiezen voor een andere behandelmethode. Ook ons zorgsysteem vaart er wel bij, want sommige therapieën zijn ontzettend duur. Als je vooraf weet dat deze geen effect hebben, voorkom je onnodige kosten.'

## Gerichte selectie

De slimme software die eraan komt, heeft nog veel meer toepassingsmogelijkheden. Denk aan het maken en



reconstrueren van efficiëntere beelden. Dat is met name gunstig voor de patiënt, vertelt Leiner. 'Onderzoeken als een CT- of MRI-scan kunnen sneller en met een lagere stralingsdosis plaatsvinden – en de specialist krijgt toch een volledig beeld van de patiënt. Ook het automatiseren van de nabewerking van beelden zal een vlucht maken. Een computer kan dan zelfstandig een precieze afmeting van een tumor in beeld brengen of de ejectiefractie meten, waardoor de behandelend specialist veel gericht is voor een bepaalde behandeling kan kiezen.'

Tot slot kan kunstmatige intelligentie veel prognostische informatie ontsluiten, weet Leiner. 'Nu worden scans nog gemaakt voor alleen diagnostische doeleinden. Een patiënt heeft een vlekje op de longen en de radioloog beoordeelt of dat verdacht is voor longkanker of niet. Dergelijke beelden bevatten echter ook nog andere, waardevolle informatie. Als een patiënt verkalkte kransslagaders heeft, zegt dat bijvoorbeeld iets over het risico op hart- en vaatziekten in de toekomst. Computers gaan dit soort nevenbevindingen gestandaardiseerd opnemen in verslagen, zodat wij dit aan medisch specialisten of de huisartsen kunnen doorgeven.' De voorbeelden die Leiner noemt, zijn overigens lang nog niet allemaal geïmplementeerd in de praktijk. 'De eerste toepassingen komen nu mondjesmaat beschikbaar en



*Jet Quarles van Ufford:*

*'Waar je voorheen op driehoog achter in een stoffig hok foto's stond te verslaan, staat je deur nu constant open voor binnenlopende collega's'*

betreffen met name de beeldanalyse en interpretatie. Maar op die andere gebieden is ongelooflijk veel onderzoek gaande. Het is een kwestie van tijd voor er veel meer toepassingen beschikbaar zijn.'

### **Radioloog 2.0**

Dankzij de huidige technologie is de radioloog veel meer in beeld in het ziekenhuis, vertelt radioloog Jet Quarles van Ufford, werkzaam in het Haaglanden Medisch Centrum. 'Omdat onze beeldvormingsapparatuur de afgelopen jaren significant is verbeterd, kunnen we veel sneller en veel meer zien met een lagere stralingsdosis. Beeldvorming is daardoor minstens zo belangrijk geworden als bijvoorbeeld bloedonderzoek. De vraag vanuit andere specialismen wordt automatisch groter nu we die apparatuur in huis hebben en die diagnostiek kunnen bieden.' Quarles van Ufford merkt dat hierdoor de rol van de radioloog ook groeit in de acute zorg. ►





'In steeds meer grote ziekenhuizen is een radioloog op de spoedeisende hulp gepositioneerd. HMC Westeinde heeft op de spoedeisende hulp zelf vrijwel alle radiologie-apparatuur: röntgen, echografie, CT, MRI en zelfs een neuro-interventiekamer. Patiënten hebben daardoor sneller toegang tot diagnostiek en behandeling.'

Dat is een enorme omslag ten opzichte van vroeger. 'Waar je voorheen op driehoog achter in een stoffig hok foto's stond te verslaan, staat je deur nu constant open voor binnenlopende collega's', vertelt Quarles van Ufford. 'De radioloog 2.0, om het zo maar even te noemen, is direct betrokken vanaf het eerste moment dat de beeldvorming wordt aangevraagd. Daardoor is ons specialisme zichtbaarder geworden voor de patiënt.' Een gunstige ontwikkeling van het vak, vindt de radiologe. 'Die intensievere samenwerking met andere specialismen verhoogt de kwaliteit van zorg en is enorm efficiënt. Niet alleen houd je de doorlooptijd van patiënten op de spoedeisende hulp zo laag mogelijk, ook komen mensen minder vaak terug voor aanvullend onderzoek. Dat komt omdat direct de juiste diagnose wordt gesteld en een gericht vervolgplan te maken is.'

### Geen bedreiging

Hoewel de radiologie door al deze ontwikkelingen

*'Outsourcing kan in sommige gevallen misschien kostenbesparend zijn, maar als de kwaliteit ook omlaag gaat, moet je het niet doen'*

enorme sprongen maakt, klinken er ook kritische geluiden. Leiner: 'Veel mensen denken dat de radiologie in de toekomst wordt opgeheven, omdat computers onze werkzaamheden overnemen. Toegegeven, dat is een belangrijk punt waar we veel over spreken binnen onze beroepsgroep. Ik deel die mening niet. Natuurlijk: als een computer sommige taken sneller, goedkoper of beter kan doen dan een radioloog, moet je die technologie meteen inzetten. Een algoritme zal het echter niet altijd bij het rechte eind hebben. Longfoto's laten bijvoorbeeld dagelijks een heleboel vlekjes zien, maar dat betekent niet meteen dat iemand kanker heeft. Het kunnen ook kleine ontstekingen zijn. En het laatste dat je wilt, is dat de computer een verkeerde diagnose stelt.'





Tim Leiner:

*‘Met slimme software is op voorhand duidelijk of een therapie wel of niet aanslaat’*

Bovendien: de bedrijven die de computerprogramma's maken, willen niet verantwoordelijk worden gehouden wanneer er iets misgaat, vertelt Leiner verder. 'Er moet dus altijd een expert meekijken die een breder palet aan diagnoses in zijn achterhoofd heeft. 'Quarles van Ufford onderschrijft dat standpunt. 'Ik zie artificiële intelligentie niet als een bedreiging, maar als een verlengstuk van de radioloog. Als ik op de spoedeisende hulp een CT-scan beoordeel van meer dan tweeduizend beelden, is het fijn dat er een computer is die nevenbevindingen laat zien. Artificiële intelligentie zal ons werk alleen maar uitdagender, diepgaander en dus leuker maken.'

### Volwaardig partner

Een ander mogelijk gevolg van digitalisering is dat bepaalde werkzaamheden overgeheveld worden naar goedkopere landen. Om bijvoorbeeld de doorlooptijd te versnellen, de werkdruk te verlagen of de kosten te drukken. Staat de radiologie in Nederland zo'n ontwikkeling te wachten, nu de beeldvormingsapparatuur dermate is verbeterd en computers scans makkelijk kunnen uitwisselen met een radioloog in het buitenland? 'Er zijn zeker bepaalde onderzoeken die je op afstand kunt beoordelen', aldus Jet Quarles van Ufford. 'Toch denk ik dat dit soort werkverschuiving geen bedreiging vormt voor ons specialisme. Outsourcing kan in sommige gevallen

misschien kostenbesparend zijn, maar als dat ook kwaliteit kost, moet je het niet doen. Daarbij vind ik het juist een grote meerwaarde dat radiologen tegenwoordig nauw betrokken zijn, zoals bij de acute zorg. Wanneer je zelf de echo maakt, de aansluitende CT-scan beoordeelt en de uitslag direct communiceert, verhoogt dit de kwaliteit van zorg. Het gaat bovendien veel makkelijker dan wanneer je dat op afstand doet – en het scheelt patiënten wachttijd.'

Tim Leiner merkt bovendien een toenemende behoefte aan persoonlijk contact met degene die de beelden beoordeelt. 'Dat past bij de moderne geneeskunde, waarin beeldvorming centraal staat en radiologen als volwaardig partner deelnemen aan multidisciplinaire besprekingen. Het is allang niet meer zo dat de aanvrager een verslag leest en zelf een beslissing neemt. In plaats daarvan stelt een gezamenlijke club van experts op basis van alle relevante gegevens een behandelvoorstel vast. Dat wordt vervolgens besproken met de patiënt. Dát is de manier waarop de zorg nu, en in de toekomst, georganiseerd wordt.' ●



Meer over federatiepartner de Nederlandse Vereniging voor Radiologie vindt u op: [www.radiologen.nl](http://www.radiologen.nl).

Specialisten willen wel duurzamer, maar weten vaak niet hoe

# ‘We hebben meer groene dokters nodig’

De zorg is een enorme vervuiler. Daar zijn medisch specialisten zich nog vaak onvoldoende van bewust. Cathy van Beek voelt als kwartiermaker elke dag de urgentie om duurzaamheid in de zorg op de kaart te zetten. ‘Als het niet linksom kan, dan rechtsom. En als het niet morgen lukt, dan overmorgen.’

## **Kunt u eens schetsen hoe vervuilend de zorg is?**

‘Minstens vijf procent van de CO<sub>2</sub>-uitstoot wordt veroorzaakt door de zorgsector: een enorme vervuiler. Denk alleen al aan het energieverbruik, verspilling van eten en medicijnen, alle wegwerpartikelen, medicijnresten in water, patiënten en medewerkers die met de auto naar het ziekenhuis komen. Zal ik nog even doorgaan? Best opmerkelijk dat ziekenhuizen er zijn om zieke mensen beter te maken, zonder te kijken naar het vervuilende en dus ziekmakende aspect van de zorg zelf.’

## **Hoe duurzaam zijn medisch specialisten al?**

‘Onlangs sprak ik op een bijeenkomst met de Federatie Medisch Specialisten over dit thema. Daar bleken medisch specialisten het zeker belangrijk te vinden, maar er ligt al zóveel op hun bordje en hebben geen idee hoe ze het kunnen aanpakken. Het merendeel heeft het ook nog niet op het netvlies staan.’

## **Hoe kunnen zij duurzaamheid het beste aanpakken?**

‘Alles begint met de wil iets te veranderen. Zoals de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde, die in die bijeenkomst vertelde dat hij en zijn collega’s zich groen en geel ergeren aan alle wegwerpstoffen op de operatiekamer. Daar willen ze iets aan doen. Maak een begin en zet duurzaamheid standaard op de agenda van je werkoverleg. Neem vaker de fiets naar het ziekenhuis. En hang aan elke beslissing die je de komende tijd moet nemen een groen kaartje – of dat nu is bij medicijnen voorschrijven, nieuwbouw of de vervanging van een monitor. Alles begint bij bewustzijn, daarna komt het handelen.’

## **Kunt u voorbeelden noemen van dergelijke ‘groene’ rolmodellen?**

‘Zeker. Oncologisch chirurg Ignas de Bebbler van het Jeroen Bosch Ziekenhuis is zo iemand. Hij strijdt voor een beter milieu met minder stikstofvervuiling in Brabant, omdat hij vindt dat het dweilen met de kraan open is als een arts zich niet ook druk maakt over de oorzaken van ziekten. Dan heb je nog nefroloog Peter Blankenstijn van het UMCU die het zorgpad dialyse gaat vergroenen, en colorectaal chirurg

---

## CV Cathy van Beek

**Geboren:** Rotterdam, 1956

**Functies:** van huis uit verpleegkundige en later onderwijskundige en bestuurder in de zorg. Na het afronden van een studie bestuurskunde en een master change management werkte Van Beek als bestuurder bij de Sint Maartenskliniek, was ze vicevoorzitter van de NZa en lid van de raad van bestuur Patiëntenzorg bij het Radboudumc. Hier zette ze duurzaamheid op de agenda.

**We kennen haar als:** kwartiermaker duurzame zorg. Van Beek is tevens parttime strategisch regioadviseur duurzaamheid aan het Radboudumc en ambassadeur Zorg van MVO-Nederland.

**Privé:** Cathy is getrouwd, heeft een dochter en fotografeert en wandelt het liefst in de natuur.

**Duurzaamheid thuis:** milieuvriendelijk huis (zonnepanelen, zonneboiler, ramen op het zuiden), zoveel mogelijk vegetarisch eten en zoveel mogelijk reizen per fiets en trein.



Cathy van Beek:

‘Door de OK te vergroenen pak je meteen een grote brok CO<sub>2</sub>-uitstoot: ongeveer 30 procent van het hele ziekenhuis’

Jeroen Meijerink van het Radboudumc die datzelfde op de OK doet. Met de OK heb je meteen een grote brok CO<sub>2</sub>-uitstoot te pakken; ongeveer dertig procent van het hele ziekenhuis.’

#### **Maar hoe begin je als individuele dokter?**

‘Het startpunt is de specialist of bestuurder die opstaat om het anders – dus groener – te doen. Zo is er een initiatief van anesthesisten op het gebied van monitoringapparatuur. In plaats van de nieuwste apparatuur op beurzen te kopen, kiezen zij nu voor *refurbishen*; al gebruikte apparatuur krijgt een opknopbeurt en kan weer een ronde mee. Daarover worden nu afspraken gemaakt met de Philipsen en Siemens van deze wereld. Een mooie stap! En bij een farmacotherapeutisch overleg in het oosten van het land zat onlangs

het regionale waterschap aan tafel om mee te denken over hoe de hoeveelheid medicijnresten in afvalwater is te verminderen. Dat soort *cross-over* samenwerkingsverbanden vind ik geweldig. Duurzaamheid doe je samen en soms met ‘sectorvreemde’ partners.’

#### **Wat is uw persoonlijke drijfveer om duurzaamheid aan te pakken?**

‘Ik ben opgevoed in een groot gezin met zestien kinderen. We waren van de zogeheten zwartekousenkerk. Ik wist al jong dat ik zorg moest hebben voor onze Schepping. Mijn vader had een grote moestuin en wij aten altijd onbespoten groente en fruit. Willen we onze planeet behouden en behoeden voor onze kinderen en de kinderen van onze kinderen, dan is dat niet alleen een taak voor klimaatoverleggers en de overheid: ▶



dat is een zorg van ons allemaal. Daarom ben ik zo blij met de *Green Deal Duurzame zorg voor een gezonde toekomst*, die in oktober door de Federatie, zo'n 130 andere partners, minister Bruins voor Medische Zorg en mezelf als kwartiermaker is ondertekend. Hierin stellen we dat de CO<sub>2</sub>-uitstoot aanzienlijk terug moet, we meer circulair gaan werken, streven naar minder medicijnresten in het water en een gezonde leefomgeving voor cliënt, patiënt en medewerker. We moeten het echt samen doen.'



*'Hang de komende tijd eens aan elke beslissing een groen kaartje'*

### **Wat is uw belangrijkste taak als kwartiermaker duurzaamheid in de zorg?**

'Voor mij is het vooral de 'koppelen en knoppen' kennen en die met elkaar verbinden, zodat de juiste partner op het juiste moment het goede groene doet. Ik praat met overheden, die deze ontwikkeling moeten faciliteren en ik neem deel aan diverse klimaattafels, zodat bij nieuwbouw duurzaamheid altijd een rol speelt. We bespreken met de Inspectie dat de energieverslindende luchtverversing in operatiekamers 's nachts anders kan. Inmiddels is de techniek namelijk zo verbeterd dat je in een halfuur de luchtverversing op orde hebt voor een OK. Overal ontstaan initiatieven. Zo geeft de afdeling radiologie van het Deventer Ziekenhuis nu plaszakken aan patiënten die oraal contrastvloeistof innemen. Daardoor komen de niet-afbreekbare afvalstoffen niet meer in het riool terecht. Mijn taak is al die initiatieven bij elkaar brengen, ze te versnellen waar mogelijk en te versterken waar nodig. Bij dit alles geldt: de patiëntveiligheid staat voorop.'

### **Een veelgehoorde klacht is medicijnverspilling.**

#### **Hoe die aan te pakken?**

'Een belangrijke start is te stoppen met voorschrijven in bulk, omdat het zo zielig is dat die oudere mevrouw anders een keer extra naar de apotheek moet. Dus niet zes pakken meegeven, maar duurzamer voorschrijven. Nu worden alle geretoureerde geneesmiddelen nog weggegooid, maar door de komst van een chip in de verpakking weet de dokter straks dat zo'n nog niet geopende verpakking opnieuw te gebruiken is. Dat gaat ook helpen.'

### **Waar kunnen medisch specialisten terecht als ze een duurzaam idee hebben?**

'Tijdens de duurzaamheidsbijeenkomst met de Federatie heb ik de wetenschappelijke verenigingen uitgenodigd namen van groene dokters aan ons door te geven om een netwerk Groene Geneeskunde op te richten, zodat iedere arts met een groen hart zich daar kan melden. Zo koppelt je *early adopters* aan elkaar en kan een groene beweging ontstaan. Via dat platform willen we goede voorbeelden en ideeën met elkaar delen.'

### **Ligt het alleen op het bordje van de dokter?**

'Nee, ik zie hierin ook een belangrijke taak voor bestuurders: faciliteer mooie initiatieven. In het Radboudumc heeft de raad van bestuur samen met patiënten, artsen, verpleegkundigen, diëtisten en afdelingsleiders de voedselverspilling met een derde teruggebracht. De cateraar levert nu meerdere kleinere maaltijden verspreid over de dag. Patiënt blij, wij blij. Natuurlijk zit het soms tegen, maar geef niet meteen op. Technische oplossingen en slim data-management gaan ons hierin helpen. Als het niet linksom kan, dan rechtsom en als niet morgen lukt, dan overmorgen.' ●



de voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie

## Colette van Hees

Dermatoloog Colette van Hees is sinds december 2017 voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV). Wat is haar kijk op de samenwerking met andere wetenschappelijke verenigingen binnen de Federatie?

*‘Dankzij de Federatie zijn we in staat om gezamenlijk een vuist te maken tegen de hoge administratieve lastendruk. Zoiets lukt je nooit in je eentje’*

### 2 Wat betekent samenwerking met de Federatie voor de dermatologen?

‘Sinds de komst van de Federatie vinden de wetenschappelijke verenigingen elkaar veel gemakkelijker dan voorheen. Daarnaast zorgt samenwerking in Federatie-verband voor meer impact. Iedereen zucht al jaren onder de bureaucratie, maar dankzij de Federatie zijn we in staat om gezamenlijk een vuist te maken tegen de hoge administratieve lastendruk. Zoiets lukt je nooit in je eentje. Een ander dossier waarvan ik hoop dat de samenwerking in federatief verband ons iets gaat opleveren, is het biologicals-dossier. Denk aan de plaatsbepalingen van alle nieuwe biologicals in de multidisciplinaire richtlijnen. We zouden graag samen met aanpalende specialismen, zoals reumatologen, longartsen en mdl-artsen, hierover een gezamenlijk plan van aanpak opstellen. Via de gelden van de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialist (SKMS) hopen we dit traject te financieren.’

### Feiten & Cijfers

**Naam:** Nederlandse Vereniging voor Dermatologie en Venereologie (NVDV)  
**Bestaat sinds:** 1896, dus 122 jaar  
**Aantal leden (inclusief aios):** 840  
**Deelspecialismen:** geen

### 1 Op welke onderwerpen willen jullie via de Federatie leren van andere wetenschappelijke verenigingen?

‘Voor ongeveer de helft van onze dagelijkse zorg ontbreekt afdoende wetenschappelijke onderbouwing. Dat geldt voor alle medisch specialismen. Moet je bij een patiënt met wondroos aan een been bijvoorbeeld wel of geen compressietherapie toepassen? Wij doen dat wel, en we weten dat het werkt, maar bewijs op basis van vergelijkend onderzoek is er niet. Met onze Kennisagenda brengen we daarom kennis-hiaten in onze zorgverlening in kaart. Dat sluit aan op de Zorgevaluatie-agenda van de Federatie. Andere verenigingen, zoals de gynaecologen en de orthopeden, lopen hiermee voorop. Vanuit hun ervaring vertellen zij ons hoe zij dit hebben georganiseerd. Het is fijn dat we via de Federatie deze kennis op zo’n laagdrempelige manier met elkaar kunnen delen.’

### 3 Wat kunnen de Federatie en andere verenigingen van jullie leren?

‘Onze vereniging is actief in modulaire richtlijnontwikkeling. We hoeven dus niet telkens onze richtlijnen als geheel te herzien. Daarnaast betrekken we patiënten bij vrijwel al onze richtlijnen. In ons richtlijnonderhoud werken we verder nauw samen met het Nederlands Huisartsen Genootschap. Vanuit de samenwerking tussen Thuisarts.nl en de Federatie schrijven we ook patiënteninformatie afgeleid van onze richtlijnen. We ontsluiten onze richtlijnen daarmee voor patiënten en een breder publiek. Binnenkort zullen samenvattingen en *flowcharts* van onze richtlijnen ook via een app op de mobiele telefoon beschikbaar zijn.’ **MvD**





# CONGRES NETWERKGENEESKUNDE: DE MEDISCH SPECIALIST MET ÉÉN BEEN BUITEN HET ZIEKENHUIS



19  
maart  
2019

Van: 9.30 tot 17.15 uur  
Waar: Mediaplaza, Jaarbeurs  
Utrecht

Deelname: €245,-  
voor aios €125,-

Accreditatie: aangevraagd bij ABAN,  
NVKF, NVKC en NVZA  
(5 punten)

Staat u al met één been buiten het ziekenhuis? Steeds vaker behandelen medisch specialisten hun patiënten buiten de muren van het ziekenhuis. Ze maken deel uit van een netwerk rondom de patiënt, waarin zij samenwerken met andere (zorg)professionals zoals huisartsen, fysiotherapeuten, diëtisten en wijkverpleegkundigen.

Tijdens het Congres Netwerkgeneeskunde delen medisch specialisten en andere professionals hun ervaringen. Zij geven u praktische handvatten om zelf aan de slag te gaan met netwerkgeneeskunde, en laten zien wat het u en uw patiënten concreet kan opleveren.

Laat u inspireren door zorgverleners voor wie netwerkgeneeskunde al gemeengoed is geworden. Leer welke vormen van netwerkgeneeskunde mogelijk zijn. Krijg inzicht in de financiering en het resultaat op de lange termijn, en raak gemotiveerd door gesprekken met onze sprekers en andere deelnemers.

Meer informatie en aanmelden:

[www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde](http://www.demedischspecialist.nl/congresnetwerkgeneeskunde)