

Mios

2

Jaargang 22 - juni 2011

Het tijdschrift van de LVAG



Social media: 'Bij twijfel niet doen'

To tweet or not to tweet

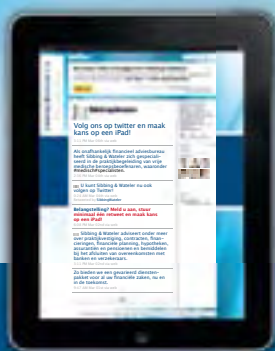
De leukste medische Apps

Uitwisselen van kennis en ervaringen



VOLG SIBBING & WATELER NU OOK OP TWITTER EN **MAAK KANS OP EEN IPAD!**

Als onafhankelijk financieel adviesbureau heeft Sibbing & Wateler zich gespecialiseerd in de praktijkbegeleiding van vrije medische beroepsbeoefenaren, waaronder medisch specialisten. Wij adviseren onder meer over praktijkvestiging, contracten, financieringen, financiële planning, hypotheek, assurantiën en pensioenen en bemiddelen bij het afsluiten van overeenkomsten met banken en verzekeraars. Zo bieden we een gevarieerd dienstenpakket voor al uw financiële zaken, nu en in de toekomst.



MAAK KANS OP EEN IPAD

Volg ons op Twitter, stuur minimaal één retweet en maak kans op een iPad!



PRAKTIJKBEGELEIDING
FINANCIËLE PLANNING
ASSURANTIËN

SIBBING & WATELER C.S.

'n hele zorg minder®

Telefoon: (0318) 544 044 - www.sibbing.nl

Colofon

Redactie

Daniël Dresden, hoofdredacteur
 Lisette Kunz, hoofdredacteur
 Heidi Wals, eindredacteur
 Carina Bethlehem
 Saskia Bulk
 Anika Dam
 Janine Nuver
 Anna Roukens
 Ralph Hartman, adviseur

Redactieadres

Postbus 20058, 3502 LB Utrecht
 T (030) 670 27 05, F (030) 670 27 00
 E aios@lvag.nl

Dagelijks bestuur LVAG

Ingrid Desar, voorzitter
 Suzanne Booi, vicevoorzitter
 Gabie de Jong, secretaris
 Ernst Schoenmaekers, penningmeester
 Annemarie van den Berg, lid
 Laurien Daniels, lid
 Inge de Jong, lid
 Monika Lens-Kerckhoffs, lid

Secretariaat LVAG

Postbus 20058, 3502 LB Utrecht
 T (030) 670 27 05, F (030) 670 27 00
 E secretariaat@lvag.nl
 I lvag.nl

Uitgever

LVAG, Utrecht

Pre-press en drukwerk

Drukkerij Het Centrum Utrecht BV

Fotografie omslag

Jeroen van den Boer Ontwerp

Advertentie-exploitatie

Cross Advertising
 T (010) 742 10 23
 E gezondheidszorg@crossadvertising.nl

Abonnementen

AIOS is het tijdschrift van de Landelijke Vereniging voor Medisch Specialististen in opleiding (LVAG). Het tijdschrift wordt vier keer per jaar uitgegeven en is gratis voor alle aios in Nederland. Als u AIOS niet ontvangt, neem dan contact op per email secretariaat@lvag.nl. Abonnementen: Nederland € 20,- incl. btw. Overig buitenland € 30,-. Losse nummers € 6,- incl. btw, excl. verzendkosten. Abonnementen kunnen op elk gewenst tijdstip ingaan. De eerste abonnementsperiode loopt tot het eind van het kalenderjaar. Daarna wordt het abonnement telkens stilzwijgend met een jaar verlengd. Opzeggingen dienen ten minste twee maanden voor de aanvang van een nieuwe abonnementsperiode te worden gericht aan het redactie-adres.

Oplage: 5.600 ISSN: 0928-611X Jaargang 22

© 2011 LVAG. Alle rechten voorbehouden. Artikelen geven de mening weer van auteurs en niet noodzakelijkerwijs van LVAG c.q. AIOS. Niets uit dit tijdschrift mag openbaar worden gemaakt door middel van druk, microfilm of welke wijze dan ook, zonder toestemming van de uitgever.



Het lijkt een contradictie in terminis. Toch ligt het voor me. Een boek over het mediasucces van Google. Het is geen downloadable pdf, geen eBook, geen app op de iPad of iPhone, geen url in het wereldwijde web. Ook in de tijd dat online opties en applicaties de aarde tot een stad maken, hebben 'ouderwetse' (offline)



boeken en tijdschriften nog steeds mijn voorkeur bij het lezen van grote documenten. Vandaar dat er een object voor me ligt met de dikte van zo'n vier iPhones en het volume een paar flinke book readers. 351 pagina's tussen een voor- en achterflap, het verhaal van de zoekmachine die de wereld veranderde.

In dit boek wordt in Amerikaanse bewoordingen het "magische vermogen" van Google geprezen, om snelle relevante antwoorden te vinden op honderden miljoenen vragen, die vanuit de hele wereld dagelijks worden gesteld. Helaas is het selectievermogen van Google niet zo evidence-based als medische peer-reviewed tijdschriften en onze zoekmachines, zoals PubMed. Hierdoor resulteert een snelle search in Google maar al te vaak in een ratjetoe aan allerhande websites, waarmee patiënten regelmatig het spreekuur doen vertragen.

Het is belangrijk dat aios met social media leren omgaan, voor zover niet bekend natuurlijk. Iedereen kan openbaar geplaatste berichten zien, ook patiënten. Bijvoorbeeld een tweet dat je voor het eerst een reanimatie hebt uitgevoerd in je wachtkamer. Is dat nodeloze sensatie of interessante informatie? De openheid van internet kent ook begrenzingsen, waaronder de privacy van de patiënt en het daarmee samenhangende beroepsgeheim en de grenzen van de eigen medische bevoegd- en bekwaamheden om vakspecifieke adviezen te geven, of dat nu in een spreekkamer is of via een weblog, tweet of ander online functionaliteit.

Voor de eerste keer wordt in AIOS aandacht besteed aan social media. We wensen je veel leesplezier!

Daniël Dresden & Lisette Kunz, hoofdredactie AIOS

Inhoud

	pag.
LVAG-nieuws	2
Het verhaal achter ECGpedia	5
Lustrum: 'Maand van de Aios' groot succes	7
Interview met Jan Kuks	9
De voor- en nadelen van social media	10
Hoe worden opleidingsplaatsen berekend en verdeeld?	12
Interview met dr. Frank (van Berkum)	14
Medi(c)a Socialis	16
Medische apps	17
Bijtanken... met Marije Hoogland	18
LAD – Is jouw ziekenhuis klaar voor de 48-urige werkweek?	20
Nomineer je opleider voor de opleidingsprijs 2011	21
Google jezelf	23
Column: Hashtags #zucht en #klaagtweet	24

LVAG-nieuws

In deze rubriek brengt het LVAG-bestuur je op de hoogte van alle nieuwtjes: van bestuurswisseling binnen de LVAG tot informatie over de opleiding. Alles wat voor aios van belang kan zijn.

Opleidingsvisitatie? Bereid je voor!

Kwaliteit staat bij de medische vervolgopleidingen hoog in het vaandel. Om de kwaliteit te bewaken, wordt elke opleiding gevisitieerd. In principe gebeurt dat eens in de vijf jaar, zo nodig vaker. Bij deze beoordeling zijn aios de belangrijkste informatiebron. Logisch natuurlijk, als consument van de opleiding kun jij als geen ander aangeven of de opleiding voldoet aan de kwaliteit die je ervan verwacht.

Word je binnenkort gevisitieerd, maak dan gebruik van twee handige hulpmiddelen. Ten eerste heeft de LVAG in samenwerking met projectgroep Modernisering Medische Vervolgopleidingen en de KNMG de folder 'Visitatie van de opleiding: informatie voor aios' ontwikkeld. Hierin lees je wat je kunt verwachten van de visitatie en hoe je je kunt voorbereiden. De folder is bij deze AIOS gevoegd of kijk op www.lvag.nl.

Daarnaast is door de LVAG/MSRC een vragenlijst opgesteld waarmee aios zich kunnen voorbereiden op de visitatie. Deze vragenlijst kun je downloaden via www.knmg.nl/modernisering.

Meer informatie over de visitatie per 2011 vind je op www.knmg.nl/modernisering. Heb je een vraag over de visitatie naar aanleiding van deze folder? Stuur dan een e-mail naar msrc.erkenningen@fed.knmg.nl of secretariaat@lvag.nl.



De Geneeskundig Specialist van Straks

Eerder berichtten wij al over het voorstel van de denktank van NFU om de opleiding tot medisch specialist drastisch te herzien in een blokkenstelsel van drie maal twee jaar. De eerste twee jaar wordt een common trunk in een van de vier opties (snijdend, beschouwend, psychiatrie, ondersteunend). Dan volgt de opleiding tot basis medisch specialist gedurende twee aanvullende jaren. Ten slotte gaat een deel van de aios na deze eerste vier jaar nog een superspecialisatie doen van twee jaar. Dit is een origineel plan, maar met nog veel onduidelijkheden en bezwaren. Denk bijvoorbeeld aan: vertraging in doorstromen tussen de drie delen, de hoeveelheid kennis die je in de middelste twee jaar kunt opdoen om toch een goede basis-specialist te worden, het zelf moeten zoeken van een financieringsbron voor de laatste twee jaar en verdere versnippering van het zorgsysteem met alle consequenties voor patiënten en dokters. Er zullen vier pilots uitgevoerd worden. De LVAG is uitgenodigd om een kritische bijdrage te leveren aan de werkgroep die dit hele plan verder gaat onderzoeken. Uiteraard houden we je op de hoogte!

Maand van de Aios

De LVAG heeft haar 50-jarig bestaan in maart uitgebreid gevierd met de 'Maand van de AIOS'. Tijdens deze succesvolle maand werden minisymposia gehouden, kon je leuke kortingen krijgen en was er veel positieve aandacht voor de aios. Op de pagina's 7 en 8 krijg je een kleine impressie.



Opleidersprofessionalisering

Omdat opleiden een vak apart is, zijn daar specifieke competenties voor nodig. De werkgroep opleidersprofessionalisering is dan ook bezig om een competentieprofiel voor opleiders en supervisors te ontwikkelen. De werkgroep is een onderdeel van het moderniseren van de medische vervolopleidingen en bestaat uit medisch specialisten, onderwijskundigen en een aios namens de LVAG. Naast het competentieprofiel wordt er gewerkt aan scholing en certificering. Kortom, in analogie van onze opleiding als aios, zal ook de opleider eraan moeten geloven. Ook hij/zij zal straks moeten voldoen aan de opgestelde competenties!

Nieuwe fase EWTD

Het heeft even geduurd, maar per 1 augustus 2011 gaat dan toch echt de 48-urige werkweek in, met een goed uren-registratiesysteem. De Inspectie heeft aangekondigd ook hierop te controleren. Hoe is het in jouw ziekenhuis geregeld? Werk jij meer dan 48 uur? Word je gedwongen om je uren anders te registreren dan de werkelijkheid? Laat het ons weten via secretrariaat@lvag.nl.

Cao ontwikkelingen

Op 28 april werd een cao-akkoord bereikt voor de CAO Ziekenhuizen 2011-2014. Hierin gaan de salarissen structureel met 5,75% omhoog, incidenteel met nog 0,3% extra. In 2013 wordt de volledige 13e maand bereikt en komt er voor iedereen een reiskostenvergoeding van 8 cent/km ongeacht het vervoerstype. Maar er is ook een keerzijde. De NVZ lijkt deze onderhandelingen vooral aan te grijpen om de AMS aan te gaan pakken. In het akkoord staat dat de huidige regeling die de cao-ontwikkelingen doorvertaald naar de AMS nog eenmaal wordt verlengd met drie jaar, en dat in die periode de partijen tot een nieuw systeem moeten komen. Het cao-akkoord wordt nu voorgelegd aan de leden van de vakbonden.

Per maart is ook de CAO UMC verlopen. De openingszet van de werkgever bestond uit het willen afschaffen van de ORT en het niet verhogen van de salarissen. Na vele acties zijn deze van tafel. Op 11 mei worden de onderhandelingen herstart. Het is de verwachting dat het makkelijker wordt nu de CAO Ziekenhuizen een akkoord heeft bereikt. We blijven je op de hoogte houden!



Eigen opleidingsbudget

In de Raad Wetenschap Opleiding en Kwaliteit (WOK) wordt druk onderhandeld over een eigen opleidingsbudget om de opleidingsgerelateerde kosten die een aios zelf maakt te dekken. Namens de aios zijn Laurien Daniels (LVAG) en Wouter Moojen (De Jonge Orde) hier nauw bij betrokken en proberen zij er een maximaal resultaat uit te halen. Wordt vervolgd...

LVAG goes digital

Meer LVAG nieuws is te krijgen via Facebook en Twitter met #LVAGnieuws. Of meld je aan via de links op onze website, www.lvag.nl.



Opleidings-etalage



De opleidingsetalage wordt steeds beter gevuld. Vanaf volgend jaar kunnen aios hun differentiatie (mede) bepalen aan de hand van deze opleidingsetalage. Wil je je alvast oriënteren? Zie www.opleidingsetalage.nl. Ook interessant: er wordt nagedacht over een opleidingsetalage voor de vooropleiding.

Bestuurswissel LVAG

In het afgelopen kwartaal hebben twee wissels plaatsgevonden in het dagelijks bestuur van de LVAG. Renske Scheenstra nam afscheid van het dagelijks bestuur en daarmee ook als vice-voorzitter van de LVAG. Haar taak werd overgenomen door Suzanne Booij. Daarnaast nam Addy van de Luijngaarden afscheid en is Gabie de Jong benoemd als nieuwe secretaris.



Gabie de Jong



Suzanne Booij

Sibbing & Wateler

Met enthousiasme van zowel LVAG als Sibbing & Wateler over de samenwerking in de afgelopen twee jaar, werd per 1 maart jl. opnieuw het hoofdsponsorschap vernieuwd. De LVAG is blij met deze trouwe hoofdsponsor!

Gabie de Jong, secretaris LVAG
Ingrid Desar, voorzitter LVAG

Droomstage in het buitenland gedaan?

AIOS nummer 4 wordt een themanummer over aios en buitenland. Daarin willen we ervaringen opnemen van aios die stage lopen in het buitenland, of die de stage onlangs hebben afgerond. Niet alleen Nederlandse aios, maar ook buitenlandse stagiaires in Nederland willen we graag interviewen.

Sinds vorig jaar is het mogelijk om een stage in het buitenland te doen die gefinancierd wordt door het Opleidingsfonds. Je moet dan wel aan twee voorwaarden voldoen. Ten eerste mag de stage niet leiden tot verlenging van de opleiding. En daarnaast moet de MSRC (Medische Specialisten Registratie Commissie) akkoord gaan met het opleidingsplan.

Wil je meewerken aan een artikel over jouw stage-ervaringen of ken je iemand die we hiervoor kunnen vragen? Neem dan contact op met aios@lvag.nl. Een redactielid van aios zal je benaderen en misschien wel en afspraak maken voor een interview.

Het verhaal achter ECGpedia

ECGpedia.org is onder aios een veel bezochte website. Op de site is onder andere een ECG-cursus en een grote collectie cardiale casuïstiek te vinden. De opzet is gelijk aan die van Wikipedia en maakt toevoegen van informatie door gebruikers mogelijk. Er is een Nederlandstalige en een Engelstalige pagina beschikbaar.

Wij spraken met Jonas de Jong, als cardioloog werkzaam in het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam en één van de oprichters van ECGpedia.

Hoe is het idee voor ECGpedia ontstaan?

"Als aios cardiologie gaf ik regelmatig onderwijs aan co-assistenten. Hierbij zat ik frequent dezelfde plaatjes te tekenen. Dit bracht me op het idee om een aantal pagina's op internet te maken, zodat ik de afbeeldingen snel bij de hand zou hebben. Uit de bezoekersstatistieken bleek dat daar veel interesse voor was en dat was het begin van ECGpedia."



Een website met een grote collectie cardiale casuïstiek

Wanneer is de website voor het eerst gelanceerd?

"De website is in 2006 online gegaan. Sindsdien zijn de bezoekersaantallen gestegen. Momenteel zijn er zo'n 2.500 unieke bezoekers per dag van over de hele wereld. In totaal zijn er al meer dan 1,25 miljoen bezoekers geweest uit ruim 200 verschillende landen. Sinds 2007 is de website ondergebracht in de non-profit organisatie Cardionetworks, die ik samen met mijn collega's Ivo van der Bilt en Martijn Meuwissen bestuur. Onze doelstelling is de medische kennis te verbeteren. De inkomsten komen met name uit sponsoring van farmaceutische bedrijven en bedrijven die handelen in cardiale devices. Zelf verdienen we er niets aan."

"Al meer dan 1,25 miljoen bezoekers uit ruim 200 verschillende landen."

Hoe is de site bekend geworden bij de doelgroep?

"We hebben nooit reclame gemaakt voor de website. Mensen die bekend zijn met de site gaan vaak automatisch naar *ECGpedia.org*, als ze iets zoeken over ECG's. Verder eindigen we bij de online zoekmachines inmiddels hoog bij de veel gebruikte zoektermen van cardiale problemen, zodat onze website makkelijk te vinden is."



Jonas de Jong

"Nooit reclame gemaakt voor deze website."

Hoe houden jullie de website bij?

"Het bijhouden van de website kost me een aantal uur per week. Het onderhoud van de website omvat meerdere aspecten. Hierbij kun je naast het technisch onderhoud van de server denken aan het verbeteren van de inhoud, het uitbreiden van de ECG-database en het verwijderen van spam. Een deel van dit werk is inmiddels uitbesteed.

Bezoekers kunnen een bijdrage leveren door tekst te schrijven, type- en taalfouten te verbeteren en ECG's aan te leveren. We hebben onze ECG-database de laatste jaren fors uit kunnen breiden doordat cardiologen en een pacemakertechnicus hun persoonlijke collectie beschikbaar hebben gesteld."

Zijn er plannen voor de toekomst?

"Op dit moment zijn we bezig het concept uit te breiden naar andere aandachtsgebieden binnen de cardiologie zoals de interventiecardiologie (*PCIpedia.org*) en de beeldvorming (*echopedia.org*). Veel theoretische kennis is inmiddels verzameld op *textbookofcardiology.org* en er is een begin gemaakt met een website over een gerelateerd onderwerp van een andere specialisme in de vorm van *thrombopedia.org*. We zijn dus nog lang niet uitgekeken op dit concept!"

Carina Bethlehem



Het Waterlandziekenhuis ontwikkelt zich tot hét medisch centrum van de regio Waterland waarin de patiënt steeds centraal staat. Het Waterlandziekenhuis heeft in de regio een goede naam als aanbieder van kwaliteitszorg en realiseert deze zorg in nauwe samenwerking met andere zorgaanbieders in de regio. Ons ziekenhuis werkt in een groeiende regio en groeit in omvang en kwaliteit. Als maatschappelijke onderneming, die haar taak met publieke middelen uitvoert, wil men effectief en efficiënt werken. Woorden als integriteit, transparantie en innovatie staan hierbij centraal. We bedienen de patiëntenpopulatie van de regio met ruim 1.200 medewerkers en hebben nagenoeg alle medische specialismen in huis.

De afdeling PMP is het resultaat van een fusie. De vakgroepen Psychiatrie en Medische Psychologie zijn vertegenwoordigd in het kernteam. De afdeling richt zich primair op het uitvoeren van psychodiagnostiek en kortdurende, intensieve, medicamenteuze en psychotherapeutische behandeling.

Voor de afdeling PMP zijn wij op zoek naar een

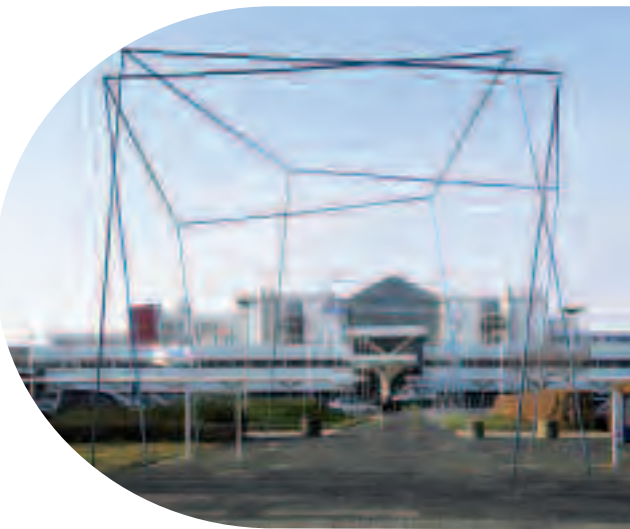
AIOS CONSULTATIEVE EN ZIEKENHUISPSYCHIATRIE

De afdeling

De afdeling Psychiatrie en Medische Psychologie (PMP) staat bekend om kortdurende psychiatrische en medisch-psychologische behandelingen en heeft specifieke kennis op het gebied van stemmingsstoornissen en complexe (somatische) comorbiditeit. De patiëntenpopulatie is divers, zowel in leeftijd als in ziektebeeld. De afdeling Psychiatrie bestaat uit een opnamekliniek, een deeltijdbehandeling, een adolescentendeeltijdbehandeling, een Psychiatrisch Consultatieve Dienst (PCD) en een polikliniek. De staf van de afdeling PMP bestaat uit vijf psychiaters, drie klinisch psychologen, twee GZ-psychologen en een psychotherapeut. De afdeling PMP wordt gekenmerkt door een open en collegiale sfeer, waarbij stafleden ernaar streven laagdrempelig, collegiaal en benaderbaar te zijn. Allen hebben een grote bereidheid om hun kennis en kunde te delen. Door het snel wisselende patiënten aanbod is het een leerzame omgeving.

De functie

Tijdens de stage kan kennis en ervaring worden opgedaan op het gebied van welhaast alle psychiatrische beelden, waarbij er specifieke aandacht zal zijn voor (complexe) somatische comorbiditeit en de daaruit voortvloeiende behandelconsequenties, en voor psychiatrische symptomen van somatische aandoeningen. De AIOS zal werkzaam zijn op de opnameafdeling en vooral verantwoording dragen voor de diagnostiek en het beleid rond patiënten met zowel psychiatrische als somatische problematiek. Deze problematiek zal ook



aan bod komen bij de consulten van de Psychiatrisch Consultatieve Dienst. Na een opname bestaat de mogelijkheid patiënten verder te behandelen in deeltijd of poliklinisch. Indien gewenst kan de AIOS in deze stage tevens ervaring opdoen met elektroconvulsie-therapie (ECT), en de aantekening ECT behalen.

Wij vragen

U bent arts-assistent in opleiding tot psychiater met interesse in de ziekenhuispsychiatrie, of u bent een basisarts die binnenkort gaat beginnen met de opleiding tot psychiater.

Wij bieden

Werken in een mooi ziekenhuis met een goede kwaliteitsreputatie. Het maximaal haalbare bruto jaarsalaris bij een volledig dienstverband bedraagt € 64.907,-. Gunstige overige arbeidsvoorwaarden, waaronder een meerkeuzesysteem en een prima pensioenregeling bij het pensioenfonds Zorg en Welzijn. De regio Waterland is goed bereikbaar en biedt een zeer aantrekkelijke woon- en werkomgeving met de voordelen van een landelijke ligging vlak bij Amsterdam.

Interesse

Neem voor meer informatie of een uitgebreide stagebeschrijving contact op met de opleider, dr. G.M.G.I. Ramaekers, telefoon (0299) 45 73 80, e-mail gramaekers@wlz.nl, of solliciteer direct online via onze website www.waterlandziekenhuis.nl.

'Maand van de AIOS' groot succes

De LVAG heeft haar 50-jarig bestaan in de maand maart groots gevierd. Zo waren er diverse feestelijke symposia door het hele land: Teach The AIOS (TTA) on tour. De bijeenkomsten werden goed bezocht. De aios lieten hun mening duidelijk horen over onderwerpen die voor hen belangrijk zijn, zoals het profijtbeginsel, parttime werken en medisch recht. De LVAG bedankt alle aios en de mede-organisatoren van KNMG en CBOG voor dit mooie lustrum!

VUmc, 10 maart 2011

De eerste spreker van deze TTA heeft eigenlijk weinig introductie. Rob Oudkerk is jarenlang huisarts geweest in Amsterdam, kamerlid en wethouder van Amsterdam. Hij is derhalve de uitgelezen persoon om een verhaal te houden over de relatie tussen de politiek en de zorg: water en vuur? Een bijzonder inspirerend en onderhoudend verhaal. De boodschap was duidelijk: er moet meer en beter gecommuniceerd worden door vertegenwoordigers van de gezondheidszorg en de politiek!

Scheltus van Luijk, onderwijskundige: "Hoe neem je als aios de regie over je opleiding in handen? Hoe zet je de instrumenten die de modernisering met zich meebrengt – opleidingsplan, portfolio en toetsinstrumenten – in om (meer) invloed te krijgen op de inhoud van je opleiding? Hoe haal je in constructief overleg met je opleider het maximale uit je opleiding?" In een interactieve voordracht stimuleerde Van Luijk de aanwezigen om actief na te denken over hun opleiding en reikte handvatten aan tot verbetering. Age Baanstra van de firma Sibbing en Wateler gaf een boeiende uiteenzetting van de geschiedenis van de financiering van de zorg in de afgelopen 20 jaar.



VUmc: onderwijskundige Scheltus van Luijk



UMCU: 17 maart

UMC Utrecht, 17 maart 2011

Arija Maat, voorzitter van de arts-assistentenvereniging Utrecht, vertelde over de vele leuke en interessante zaken die deze vereniging organiseert. Belangrijk voor alle aios en anios.

Monika Kerckhoffs, bestuurslid van de LVAG: presenteerde een interactief stellingenspel waarin onderwerpen als kwaliteit van de opleiding, arbeidsvoorwaarden, werktijden, opleidingsklimaat en opleidingsfonds aan de orde kwamen. Ook zaken als het profijtbeginsel en de afschaffing van de numerus fixus passeerden de revue en leidden tot enthousiaste discussies.

MoYo Kruyt, aios orthopedie, hield een presentatie over zijn stage in Kaapstad, Zuid Afrika. Hij belichtte praktische zaken als hoe dit te regelen met het opleidingsfonds en je opleider, en wisselde dit af met prachtige foto's en enthousiasmerende verhalen over zijn werkzaamheden daar.



MUMC: met behulp van groene en rode kaarten wordt de kennis van het publiek getest ten aanzien van LVAG-zaken en opleidingsgerelateerde actualiteiten.

Maastricht UMC, 25 maart 2011

Op een mooie, warme en zonnige dag reisde de LVAG af naar het verre zuiden voor een vervolg op de Maand van de AIOS in Maastricht, MUMC.

Dhr L.J.L. Habets, hoofd Bedrijfseconomische Zaken, Financiën en Informatievoorziening in MUMC, kwam met een interessant verhaal over de ins en outs van de financiering in de gezondheidszorg en het ziekenhuis. "Wat is de rol van de overheid en de verzekeraar? Wat moeten we met DBC's en DOT's? Zijn onze patiënten de klanten? En hoe moeten we de zorg straks financieren, zeker gezien de bezuinigingen?"

Mw mr dr. R. te Hoopen, medisch jurist in MUMC presenteerde een interessant en lastig onderwerp. Wat moet je doen als arts wanneer je een ongeluk ziet op straat, of gevraagd wordt te helpen in een vliegtuig? Waar ligt onze verantwoordelijkheid? Wat zegt de rechter hierover? Ineens moet je met weinig middelen, terwijl je geen dienst hebt, maar misschien wel een lange reis achter de rug, toch handelen. Zeker de zaak van de Nederlandse internist op wandelvakantie in Nepal deed veel stof opwaaien. Blijkbaar zijn we altijd arts, ook op vakantie in een heel ver land.

UMC Groningen, 17 maart 2011

Corry van den Rooyen, Bram Jacobs en Clemens Rommers leidden samen een zeer interactieve en bijna verhitte discussie over het nemen van de regie in de eigen opleiding in het kader van de modernisering. De praktijk lijkt niet altijd even makkelijk samen te gaan met de wettelijk vastgestelde regels.

Fedde Scheele: "Hoe kan je met behulp van de juiste onderhandelstechnieken de drie essentiële zaken voor een differentiatie in een andere OOR regelen: een handtekening van je huidige opleider, een handtekening van de ontvangende opleider en de administratie bij de MSRC?"

UMC St Radboud te Nijmegen, 25 maart 2011

Door drs. J. Verwiel, intensivist in het UMC St Radboud, wordt een zeer interactieve presentatie gehouden over het recht van de dokter. Na een korte peiling bleken de meeste aanwezigen wel hun plichten te kennen, maar veel minder hun rechten. Wanneer mag je het beroepsgeheim doorbreken? Mag je een status aan de familie meegeven? En hoe zijn de regels over de uitslag van een obductie?

Prof. mr. Engberts (LUMC Leiden) heeft een nadere uitwerking gegeven van de begrippen gezondheidsrecht en gezondheidsethiek. Er blijkt een dynamische relatie tussen beide te bestaan. Euthanasie is bijvoorbeeld zowel in ethisch als in juridisch opzicht een interessant onderwerp, dat aan de tijdsgeest gebonden is. Aansluitend was er een gezellige bowlingwedstrijd, georganiseerd door de Arts-Assistentenvereniging Radboud.

Erasmus MC te Rotterdam, 31 maart 2011

Rotterdam mocht de rij sluiten op de laatste dag van de Maand van de AIOS. En wat een afsluiting! 130 aios meldden zich op het Westelijk Handelterrein, op een steenworp afstand van het Erasmus MC. De start was met een drankje, wat vloeiend overging in een *walking dinner*.

Vervolgens een presentatie van de arts-assistentenvereniging Rotterdam over hun OOR en de rol die aios gaan spelen in het bestuur van het OOR. Goed om te horen dat aios er actief bij betrokken worden.

Klaas-Jan van Laar, Sibbing en Wateler gaf een overzicht van de financiële jungle, waar jonge specialisten straks in terecht zullen komen. "Zeker met de huidige onzekerheid over budgetten, DOT's, DBC's etc, zal straks veel op de aios afkomen."

Het symposium werd afgesloten met een spetterend optreden van cabaretier Michiel Peerenboom. Michiel is ook arts, maar na het winnen van een cabaretfestival in Groningen besloot hij voorlopig de stethoscoop aan de figuurlijke wilgen te hangen en zich te richten op het podium. Door deze achtergrond kon hij wel zeer beeldend vertellen over het leven van een medicus.



In Rotterdam was de afsluiting van de TTA on tour met een gezellige feestavond.

Gabie de Jong, secretaris LVAG

Verstrengeld in het wereldwijde web

Social media zijn niet alleen nuttig voor bijvoorbeeld het uitwisselen van kennis en ervaringen, maar er verschijnen soms ook contraproductieve publicaties op diverse websites. Jan Kuks, hoogleraar neurologie in het Universitair Medisch Centrum Groningen, heeft hier ervaring mee: over hem verschijnen lasterende berichten op de website Slachtoffers Iatrogene Nalatiegheid Nederland (SIN-NL). AIOS vroeg hem naar zijn mening over social media.

Wat vindt u goede punten van social media?

"Patiënten en artsen kijken verschillend tegen ziekte aan. Artsen hebben meer ervaring in het algemeen, maar patiënten zijn expert op het gebied van hun eigen klachten. Ik doe altijd mijn best goed naar mijn patiënten te luisteren, maar ze krijgen van mij niet altijd de informatie die ze wensen. Soms komen patiënten met informatie van social media op het spreekuur. Dan kijken we daar samen naar en een enkele keer veranderen we het behandelplan."

Gebruikt u wel eens social media?

"Ik gebruik heel veel internet, zowel de officiële opzoeksites zoals Pubmed, als de algemene zoekmachines en You tube. Die sites vind ik fantastisch! Hypes, Facebook, twitteren en dergelijke ken ik alleen van horen zeggen. Ik zou me daar eigenlijk wel in moeten verdiepen, maar daar heb ik helemaal geen zin in!"

Kunnen artsen social media gebruiken om het publiek te informeren over ziekten?

"Dat kan heel goed. Maar de arts die zich via social media profileert, is niet perse de beste arts naar wie een patiënt toe kan gaan. Zelf houd ik af en toe lezingen op patiëntenbijeenkomsten, een ouderwetse vorm van social media, zeg maar! Ik bespreek dan altijd uitdrukkelijk dat iedere patiënt anders is en een therapie op maat verdient. Dit kan mijn lezing niet bieden, en daarin heb ik geen duidelijke meerwaarde boven de eigen specialist."

Wat vindt u nadelen van social media?

"Ik merk dat patiënten gauw worden misleid: door goede informatie die verkeerd geïnterpreteerd wordt of door onjuiste informatie. Die onjuiste informatie komt soms van artsen en nogal eens van andere patiënten.

Om te helpen, geef ik mensen vaak op een briefje kernwoorden mee waarnaar ze kunnen zoeken op internet (bijv. over de vermoedelijke diagnoses of medicamenten die ik overweeg). Soms geef ik een uitdraai van een site die mij nuttig en betrouwbaar lijkt.



Een ander nadeel van social media vind ik dat artsen door hun beroepsgeheim niet goed een weerwoord kunnen geven, als ze op websites beschuldigd worden. Dat vind ik écht een probleem."

Heeft u adviezen voor arts-assistenten over hoe om te gaan met social media?

"Ga altijd samen met de patiënt naar sites die ze van belang vinden. Maak nooit algemene afwijzende opmerkingen over social media. Zelf geef ik aan de meeste patiënten ook mijn e-mailadres, zodat ze me via die weg vragen kunnen stellen. Discussies voer ik alleen als de patiënt tegenover me zit in de spreekkamer. Als het gaat om misbruik van zogenaamde social media, zoals via de website van SIN-NL, dan is mijn advies niet alles te slikken, maar een ferm tegengeluid te laten horen. Ga daarbij niet impulsief te werk. Gebruik de juiste media en wees verzekerd van goede juridische bijstand.

Janine Nuver

De voor- en nadelen van social media

Ben jij 1.0 of 2.0?

Sinds de komst van Hyves, Twitter, Facebook en LinkedIn zijn deze sociale netwerken bij de meeste mensen niet meer weg te denken. Maar hoe gaan aios met social media om? Is het een mooie manier om veel patiënten te bereiken of zouden we wat voorzichtig moeten zijn? Een grote voorstander en een gezonde twijfelaar geven hun visies op het gebruik van social media.

Wat is er zo leuk aan?

"Er zit een enorme kracht achter social media", vertelt Bertho Nieboer, een jonge klare gynaecoloog, vol enthousiasme. "Recent hebben we in het Rijnstate ziekenhuis (Arnhem) een symposium georganiseerd over social media in de zorg. We maakten het bekend via Twitter en binnen twee dagen hadden we alle sprekers gevonden. Binnen een week hadden zich al 120 mensen ingeschreven, de meeste ook via Twitter. Zo zie je dat een interessant bericht binnen een paar minuten door duizenden mensen gelezen kan worden. Het gaat ongelooflijk snel. Daarnaast is het gebruik van Twitter laagdrempelig, interactief en je kan het doen wanneer het je uitkomt."

"Een interessant bericht kan binnen een paar minuten door duizenden mensen gelezen worden."

En de negatieve kanten?

"Ik ben wat terughoudender in het gebruik van social media, met name voor privégebruik", zegt Sabine Pieterse. "Je moet goed weten wat je doet en het is belangrijk om te weten wie bij welke informatie kan. Bij Facebook bijvoorbeeld, slaat een server elders altijd gegevens van je op. Daarnaast moet je je realiseren dat de hele wereld je geplaatste berichten ziet, ook de patiënten. Wat jij of een collega op internet zet, kan schadelijk zijn voor de afdeling waar je werkt, omdat altijd wel herleidbaar is waar je werkt en wat je doet. Daarnaast heb ik geen behoefte dat patiënten foto's van mijn kinderen zien en kan een eenmaal geplaatst bericht moeilijk of niet verwijderd worden." Bertho beaamt dit: "Vraag jezelf af wat je ermee wilt bereiken, want het is best tijdrovend. En wees voorzichtig met wat je twittert. Recent had een huisarts getwitterd dat



Bertho Nieboer: "Social media hebben echt de toekomst!"

hij die middag voor het eerst in zijn carrière een reanimatie had in zijn wachtkamer. Dat is wel een grensgeval."

"De hele wereld ziet je geplaatste berichten, ook de patiënten."

Wat wil je ermee bereiken?

"Ik vind het leuk om nieuwe contacten te leggen met mensen. Het is een vorm van ontspanning voor mij", gaat Bertho verder. "Ik laat aan de buitenwereld zien wat een gynaecoloog zoal doet en dat dokters ook maar gewone mensen zijn. Ons ziekenhuis heeft voorlichtingsfilmpjes over bepaalde aandoeningen op inter-

net gezet. Thuis kan de patiënt zo nodig de filmpjes meerdere keren bekijken. Door op professioneel gebied social media te gebruiken, speel je in op de behoefte van de patiënt; je laat zien dat je er bent. Dit is goed voor de patiënttevredenheid." Bertho is zeker niet de enige twitterende arts. Een longarts in Zwolle is een twitterspreekuur begonnen, waar je simpele vragen kan stellen. De NVOG (beroepsvereniging van gynaecologen) heeft sinds een half jaar een eigen Twitteraccount met al ruim 450 volgers. "Mensen kunnen de informatie bekijken wanneer zij willen en interessant nieuws doorsturen (retweeten) binnen hun eigen netwerk. Het is nu vooral nog eenrichtingsverkeer: wij plaatsen een berichtje. Maar het zal steeds meer gebeuren dat patiënten daarop reageren of ons proactief gaan benaderen."

@DokterBertho @tweetkliniek

Sabine geeft toe dat de social media goed gebruikt kunnen worden, om patiënten beter te informeren. Kan je dan geen groepsspreekuur houden om groepen patiënten in één keer te bereiken? Sabine: "Je kan niet al te grote medische geheimen bespreken. Patiënten vormen een kwetsbare groep en je hebt als arts toch altijd je beroepsgeheim. Een beter idee is een beschermd forum, waarbij patiënten eerst moeten inloggen en waarbij een forumeditor ongewenste berichten kan verwijderen. De schoen wringt waar het privédomein van de arts of de patiënt in het geding is en waarbij privé zaken een smet kunnen geven op de (ervaren) professionaliteit van de arts of instelling, waar hij/zij werkt."

Toch heeft zo'n twitterspreekuur voordelen volgens Bertho: "Via reacties van patiënten op Twitter gaan we nog eens kritisch kijken naar onze richtlijn over polycysteus ovarium syndroom. Patiënten geven aan dat zij ook buikpijn ervoeren, die niet in de richtlijn wordt beschreven." Tevens onderzoekt hij de mogelijkheden hoe social media in de gynaecologische zorg kan worden geïmplementeerd. "Dit geeft een impuls aan mijn jonge carrière."

Al slechte ervaringen gehad?

"Ik ben nooit persoonlijk aangesproken op wat ik op internet heb gezet", zegt Bertho. Een collega heeft in opdracht van de raad van bestuur een tweet van internet moeten terugtrekken in verband met de gevoeligheid van het betreffende bericht. Het gebruik van social media gaat met vallen en opstaan. Soms moet je je excuses aanbieden als iets anders wordt geïnterpreteerd dan de bedoeling is." Sabine heeft zelf ook geen negatieve ervaringen, een collega van haar wel. "Er is

een zwarte lijst van dokters op internet, waardoor de arts in een kwetsbare positie komt."

Tot slot

"Ik denk niet dat ik social media, zoals LinkedIn, nodig heb om bijvoorbeeld een nieuwe baan te krijgen", zegt Sabine. "Misschien gaat mijn gevoel de komende tijd veranderen, maar voorlopig blijf ik liever bij de uitdrukking 'bij twijfel, niet doen!'"

Bertho: "Social media hebben echt de toekomst! Ik denk dat veel mensen nog een beetje koudwatervrees hebben. Over tien jaar zal de wereld er heel anders uitzien. Dan zal er waarschijnlijk ook zo iets bestaan als een DBC-inkomende tweet."

Op verzoek van de geïnterviewde twijfelaar is de naam Sabine Pieterse gefingeerd.

Lisette Kunz

Advertentie

ASKLEPIOS SEARCH

intermediair voor medisch specialisten

Persoonlijk en betrokken

T 070 688 2222
 B Grondwetstraat 100 3512 JG Utrecht
 W www.asklepiossearch.nl

Hoe worden de aios opleidingsplaatsen berekend

Capaciteitsplan 2010

Momenteel wordt er hevig gediscussieerd om de numerus fixus af te schaffen. Voorstanders willen meer marktwerking in de zorg, tegenstanders pleiten voor een berekende instroom en uitstroom van medisch specialisten. Maar wat is nu eigenlijk de numerus fixus en hoe wordt deze berekend?

Numerus fixus

Numerus fixus is het Latijn voor "vastgesteld aantal". De numerus fixus van de studie geneeskunde kent haar oorsprong in de jaren zestig, toen de bestaande universiteiten de toestroom van nieuwe studenten geneeskunde niet meer aankonden. Om het aanbod aan beschikbare artsen en medisch specialisten op de arbeidsmarkt zo goed mogelijk af te kunnen stemmen op de vraag die op dat moment nodig is, is in 1999 het Capaciteitsorgaan opgericht. Deze organisatie is een initiatief van enkele grote veldpartijen in de zorg, afkomstig uit de kring van de beroepsbeoefenaren (KNMG), zorgverzekeraars (ZN) en (opleidings)instellingen (NFU, NVZ), en wordt gesubsidieerd door de overheid. Het Capaciteitsorgaan maakt onder meer berekeningen

voor het benodigde aantal medisch specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen en tandheelkundig specialisten. Wij zijn natuurlijk met name geïnteresseerd in het aantal benodigde aios per medisch specialisme. Ook dit is een vorm van de numerus fixus.

De numerus fixus voor aios opleidingsplaatsen

Het primaire doel van het Capaciteitsorgaan is het ramen van het benodigde aantal op te leiden artsen (basisartsen, huisartsen, medisch specialisten en later ook tandartsen). Op basis hiervan adviseert zij de overheid wat betreft het benodigde aantal op te leiden artsen. Het belangrijkste uitgangspunt van deze ramingen is het verminderen en/of voorkomen van een door een ieder ongewenste discrepantie tussen zorgvraag en zorgaanbod.

Samenvatting Capaciteitsplan 2010, deelrapport 1

- Huidige situatie: 17.350 werkzame medisch specialisten waarvan 2/3 mannelijk.
- Mannen werken nu gemiddeld 0,94 fte versus 0,82 fte voor vrouwen.
- Verwachte uitstroom aios medische specialismen in 2012 1.044 aios; verwachte instroom 1.197-1.415 aios.
- Per 1 januari 2015 is het streven naar 6.500-7.000 aios (ten opzichte van nu 5.650 aios is dat dus maximaal zo'n 25% extra).
- Meer instroomplaatsen in 2012 bij: anesthesiologie, heelkunde, kindergeneeskunde, klinische geriatrie, neurochirurgie, neurologie, gynaecologie & obstetrie, oogheelkunde, plastische chirurgie en psychiatrie.
- Minder opleidingsplaatsen in 2012 bij: MDL, nucleaire geneeskunde en radiologie
- Gemiddeld valt 9,8% van de aios uit tijdens de opleiding (switches niet meegeteld). De uitval is het kleinst in de plastische chirurgie (1,9%) en het grootst in de klinische geriatrie (23,5%).

Het gehele rapport is te vinden op de website van het Capaciteitsorgaan www.capaciteitsorgaan.nl.

Zeker ook in de omslag naar meer (gereguleerde) marktwerking is het de belangrijkste uitdaging om een zo goed mogelijke inschatting te maken van de toekomstige zorgvraag. Het Capaciteitsorgaan kijkt hierbij 10 tot 15 jaar vooruit. De voortijdige uitval van aios, de feminisering, de hoeveelheid jonge klaren die parttime of in het buitenland gaan werken, hebben allemaal invloed op het toekomstige aanbod van specialisten. Andere factoren die meegerekend worden zijn: de invloed van zogenaamde taakherschikking (bijv. de toenemende inbreng van verpleegkundig specialisten en physician assistants), de verschuiving van zorgbehoefte (bijv. de vergrijzing) en de positionering van het specialisme (bijv. uitbreiding interventieradiologie, een ontwikkelend specialisme als MDL, klinische genetica etc.).

Verdeling van de aios opleidingsplaatsen

Het Capaciteitsorgaan voert de beramingen en advisering van de jaarlijkse totale instroom aan opleidingsplaatsen uit. Inhoudelijk worden deze besproken en vastgesteld in de zogenaamde Kamer Medisch Specialisten. Hierin zitten afgevaardigden van beroepsbeoefenaars (Orde), (opleidings)instellingen (NFU/NVZ) en zorgverzekeraars (ZN). Ook is hier plaats voor één aios als adviserend lid. Uiteindelijk worden deze aantallen door het Plenair Orgaan (Bestuur) van het Capaciteitsorgaan formeel geaccordeerd en als advies aan de overheid aangeboden. Het is daarna aan de Tweede Kamer om dit advies al dan niet over te nemen, wat overigens tot op heden vrijwel altijd het geval is geweest.

en verdeeld?

Nadat VWS per specialisme de kaders voor de instroom heeft aangegeven, is het aan BOLS om tot een verdere voorstel te komen. BOLS staat van oorsprong voor Bestuurlijk Overleg Lichte Structuur en bestaat uit afvaardigingen vanuit de NVZ (Nederlandse Verenigingen van Ziekenhuizen), de NFU (Nederlandse Federatie van Universitaire Medische Centra) en de Orde van Medisch Specialisten. Bij dit proces worden door de Orde overigens ook de wetenschappelijke verenigingen betrokken. Daarbij kijkt men onder meer naar het aantal beschikbare opleidingsplaatsen, waarmee een kwalitatief goede opleiding kan worden geboden. Mede op basis hiervan formuleert het BOLS een advies en stelt dus een concept-verdeelplan op, wat uiteindelijk aan VWS wordt toegestuurd. Na goedkeuring van VWS is dit definitief en weten de opleidingsinstellingen, waar ze qua instroom en - niet onbelangrijk - subsidie aan toe zijn.

Dus...

Al met al een ingewikkelde procedure waar wel alle stakeholders in meer of mindere mate bij betrokken zijn. In ieder geval wordt zo in grote lijnen voorkomen dat er

geen overschot of tekort aan artsen ontstaat. Je kan je voorstellen dat het aantrekkelijk is deze bureaucratie af te schaffen en iedereen aan de opleiding geneeskunde en daarna een medisch specialistische vervolgopleiding te kunnen laten beginnen. Aan de ene kant levert het wat bezuinigingen (geen gesubsidieerde krachten meer), maar aan de andere kant juist een grote kostenpost: de extra opleidingskosten! Vorig jaar werd geopperd deze opleidingskosten (grotendeels) door de aios zelf te laten betalen (het zogenaamde profijtbeginnel). Met het grote risico dat het na je opleiding dringen is aan de poort. De kans is dan redelijk aanwezig dat er geen uitzicht is op een definitieve baan! Gelukkig is dit voorstel, mede dankzij inspanningen van de LVAG, voorlopig ingetrokken. Toch kijken voorstanders van marktwerking steeds weer opnieuw hoe de numerus fixus kan worden losgelaten, om zo het aanbod (en dus concurrentie) van jongelaren te vergroten. De definitieve strijd is dus nog niet gestreden...

Renske Scheenstra, adviserend lid Kamer Medisch Specialisten Capaciteitsorgaan

Feitelijk 2010 is conform MSRC. Planning 2011 en 2012 is conform kaders VWS. Advies Capaciteitsplan 2010 is overgenomen uit desbetreffend Capaciteitsplan. Daarbij is zowel het minimum als maximumadvies weergegeven.

Kengetallen instroom aios medische specialismen, 2010 t/m 2012					
specialisme	2010	2011	2012	Advies Capaciteitsplan 2010	
	feitelijk	planning	planning	minimum	maximum
anesthesiologie	64	81	112	96	122
Cardiologie	57	69	60	50	60
Cardio-thoracale chirurgie	6	9	8	8	10
Dermatologie en venerologie	35	37	36	34	36
Heelkunde	58	63	75	68	75
Interne geneeskunde	173	173	152	144	170
Keel-neus-oorheelkunde	24	27	27	25	27
Kindergeneeskunde	40	48	72	62	77
Klinische genetica	10	9	9	7	9
Klinische geriatrie	20	23	31	27	31
Longziekten en tuberculose	44	49	42	35	42
Maag-darm-leverziekten	36	40	37	33	37
Medische microbiologie	18	19	20	18	20
Neurochirurgie	5	9	9	9	12
Neurologie	51	54	53	49	63
Nucleaire geneeskunde	13	18	10	7	10
Obstetrie en gynaecologie	52	53	66	58	66
Oogheelkunde	33	44	41	41	51
Orthopedie	37	43	46	44	46
Pathologie	26	26	27	25	27
Plastische chirurgie	7	17	23	20	23
Psychiatrie	155	158	172	172	216
Radiologie	86	90	77	73	77
Radiotherapie	17	20	19	19	22
Reumatologie	21	21	23	18	23
Revalidatiegeneeskunde	37	35	33	32	33
Urologie	27	30	24	23	30
Totaal	1.152	1.265	1.304	1.197	1.415



Interview met dr. Frank van Berkum, dieetgoeroe en internist

Op de sociale mediabank met dr. Frank

Bekend vanwege zijn dieetboeken: Gezond slank met dokter Frank, en het recent verschenen deel 2. Dr. Frank van Berkum is werkzaam als internist in de ziekenhuisgroep Twente, en was verbonden aan Prevititas (tegenwoordig: Liv voeding- en leefstijladvies), een speciale kliniek opgericht voor de behandeling en begeleiding van patiënten met overgewicht.

Dr. Frank van Berkum heeft aan de Erasmus Universiteit Rotterdam geneeskunde gestudeerd (artsexamen 1982) en zijn opleiding tot internist voltooid (1988). In 1991 promoveerde hij, eveneens in Rotterdam, op het onderwerp osteoporose.

Had u tijdens uw opleiding al een uitgesproken interesse in overgewicht en diabetes mellitus?

"Nee, dat is pas later gekomen. Ik ben nu 30 jaar praktiserend arts. De eerste 20 jaar heb ik, net als een heleboel andere dokters, adviezen gegeven over gezond eten, goed kauwen (met dank aan Van Kooten en De Bie), de schijf van vijf en nog meer. Dit zijn inmiddels achterhaalde adviezen om af te vallen. Sinds een jaar of 10 ben ik me intensiever gaan bezighouden met afvallen en hoe je patiënten hiervoor kan motiveren. Ik ben in Twente terechtgekomen, omdat mijn echtgenote hier vandaan komt. Het bevalt me uitstekend hier."

"Het lastige is dat journalisten vaak veel meer geïnteresseerd zijn in de mens erachter, dan in de boodschap die hij of zij uitdraagt."

Zeer recent is een boek van u verschenen over gezondheidstips tijdens reizen: Gezond de wereld rond. Hoe bent u hierbij gekomen?

"Een aantal jaar geleden ben ik in Zuid-Frankrijk door een adder gebeten en wist ik niet direct wat ik moest doen. Daaruit is het idee geboren om dit boek te schrijven. Al vanaf het begin van mijn carrière ben ik geïnteresseerd geweest in tropische ziekten. In Twente heb ik ook de supervisie over de vaccinatiepolikliniek. Het is geen boek over vaccinaties of met wetenschappelijke verhalen over reizigersziekten, maar juist een bundeling van praktische tips bij allerlei reisongemakken."



Wellicht een ondeugende vraag, maar heeft u zelf ooit te kampen gehad met overgewicht, en zo ja, heeft u uw eigen dieet gevolgd?

"Ik heb gelukkig nooit overgewicht gehad, maar ik moet zeker letten op wat ik eet. Ik houd heel erg van de Mediterrane keuken en dat is ook de basis van mijn tweede boek. Om niet te zwaar te worden, sport ik bijvoorbeeld ook twee keer per week. Verder let ik erop alleen volkoren producten te eten en voornamelijk wit vlees en vis, in plaats van rood vlees. Ook eet ik bijvoorbeeld geen aardappels, maar wel weer een keer per week patat, omdat ik dit zo lekker vind. Uiteraard veel groenten, meer dan de geadviseerde 200 gram per dag."

Inmiddels ben u een vrij bekende Nederlander. Dat moet toch soms lastig zijn in uw beroep. Hoe kijken bijvoorbeeld uw collega's hier tegenaan? U werkt ook met arts-assistenten, zijn zij ooit benaderd door journalisten?

"Mijn directe collega's hebben hier geen moeite mee. En ik heb nog nooit gehoord dat de arts-assistenten benaderd zijn door de media. Een enkele, jonge academische dokter daarentegen kijkt me soms met de nek aan, omwille van de manier waarop ik te werk ga, terwijl ik het zou willen omdraaien en het zelfs crimineel zou willen noemen als je als dokter niet uitdraagt wat je denkt dat goed is voor patiënten."

"Ik heb gelukkig nooit overgewicht gehad, maar ik moet zeker letten op wat ik eet."



Bij het surfen op internet kon ik geen Facebook, Twitter of LinkedIn profiel van u vinden. Maakt u gebruik van deze social media?

"Nee, op dit moment niet, maar dat komt waarschijnlijk nog wel. Ik geef informatie via mijn website (www.drfrank.nl). Recent is ook een nieuwe website gemaakt waarop we mensen willen informeren over gezonde voeding, op een niet belerende, gemakkelijk te begrijpen manier. Deze website (www.drfrankenco.nl) is opgericht, als ik dat mag zeggen, uit puur altruïsme."

Op dit moment is een belangrijk knelpunt van de social media en artsen dat de professionaliteit in het gedrang zou komen. Wat vindt u daarvan, gezien uw bekendheid en optreden in het televisieprogramma 'Afvallers XXL'?

"Zelf probeer ik mijn privéleven af te schermen voor de media. Het lastige is dat journalisten vaak veel meer geïnteresseerd zijn in de mens erachter, dan in de boodschap die hij of zij uitdraagt. Ik heb geen mening over artsen en bekendheid. Het gaat mij daar ook niet om. Ik denk dat artsen zich veel meer zouden moeten profileren en naar buiten treden met hun kennis om de Nederlandse bevolking gezonder te maken. Ik zie niet in hoe de professionaliteit in het gedrang zou komen."

Hoe volgt u uw patiënten? Alleen poliklinisch? Maakt u hiervoor ook gebruik van social media?

"Ik heb 2,5 dag poli in de week. De rest van de tijd besteed ik aan promotie van mijn boeken, interviews e.d. Ik krijg dagelijks mails van mensen die ik niet ken. Die kan ik door tijdgebrek niet meer beantwoorden. Mijn eigen patiënten daarentegen mogen me dag en nacht bellen of mailen, als ze een probleem of een vraag hebben. Ook als ik op vakantie ben, staat mijn telefoon altijd aan."

"Ik denk dat juist deze media ook veel bespreekbaar maken, en dat we dat als dokter juist moeten stimuleren."

Wat vindt u van artsen die terug te vinden zijn op internet met bijvoorbeeld vakantiefoto's en andere privé-informatie? En wat als artsen bijvoorbeeld informatie over patiënten op hun profiel plaatsen?

"Er zijn geen regels over wat wel en niet mag. Als je heel veel in de aandacht staat kan het weleens gebeuren dat je je iets laat ontvallen, wat je misschien niet had moeten zeggen. Ik denk dat juist deze media ook veel bespreekbaar maken, en dat we dat als dokter juist moeten stimuleren. Ik ben zelf geen twitteraar, maar zit te wachten op bijvoorbeeld een nefroloog die opstaat, om de Nederlandse bevolking – bijvoorbeeld via Twitter – in te lichten over de enorme zoutinname van de Nederlanders en de gevolgen daarvan voor de volksgezondheid."

Anna Roukens



Medi(c)a Socialis

Het is best druk bij het broodjesbuffet met de onnavolgbare 'Rijnstate kroketburger'. Eenmaal in de zaal blijkt het volle bak voor het symposium Medi(c)a Socialis: over social media in de medische wereld.

Ik ben in een geheel andere wereld beland. Er wordt aangekondigd dat de smartphone vooral gebruikt kan worden tijdens het symposium. Er is zelfs speciaal voor de avond een Wifi netwerk gecreëerd. Niet overdreven, want driekwart van het publiek blijkt een smartphone met geïntegreerde *swipe* vinger te bezitten. Voorlopige conclusie: vooral voorstanders van social media zijn op deze avond afgekomen, hoewel in de aankondiging ook tegenstanders nadrukkelijk werden uitgenodigd.

Twitteren over patiënten is niet wenselijk als het herleidbaar is naar de persoon.

Twitterkliniek

Directeur (en niet-tweet) Jan-Kees Coppen opent de avond met een flitsend filmpje, wat doet beseffen dat onder andere Facebook en Twitter in een sneltreinvaart de wereld hebben veroverd. Vervolgens benadert hij als relatieve leek de social media vanuit verschillende gezichtspunten. Hij benadrukt de potentiële kracht ervan, maar ook dat het als 'georganiseerde anarchie' angst oproept bij de gevestigde (medische) orde. Het stokje wordt overgegeven aan de leden van de Twitterkliniek. Deze stellen zich geheel in stijl voor als @RenateWijma en @JoostSchrage en laten heel simpel zien hoe social media werkt door een vraag en antwoord spel met de zaal: als je iets van jezelf deelt, willen mensen ook iets van zichzelf met jou delen. De doelstelling van de Twitterkliniek, die overigens pas drie maanden bestaat, is ziekenhuizen, medici en medisch personeel te helpen wegwijs te worden in de wereld van social media. Ze voegen gelijk daad bij woord met een korte cursus met wat er zo al bestaat binnen social media. Dat blijkt heel wat meer te zijn dan waar ik ooit van gehoord had. @MRvanBalken neemt het over in de sessie *Van nitwit tot tweetexpert* en vertelt als relatief jonge twitteraar zeer beeldend aan de hand van verschillende vogels of tweeters wat de voordelen en nadelen zijn van twitteren. Hierbij staan netwerken en van elkaar leren op de voorgrond. @DokterBertho voegt als early adopter het nut van Twitter als communicatiemiddel toe aan de hand van het voorbeeld van de NVOG (@gynaecoloog).



Driekwart van de bezoekers heeft een smartphone.

Twitter is 'hot'

Na de pauze verdeelt de zaal zich in workshops. Ik schuif aan bij *To tweet or not to tweet; wat kan wel en wat kan niet?* Daarin worden na een gematigde, maar goede discussie, de conclusies getrokken:

- Je tweet als (para)medicus 'zoals je gebekt bent'.
- Je moet op Twitter qua taalgebruik eerst denken en dan pas twitteren. Zeer beeldend hierin is de opmerking van @MRvanBalken: "Mogen mijn moeder, kinderen, baas en patiënten het horen? Dan kan het ook op Twitter".
- Twitteren over patiënten is niet wenselijk als het herleidbaar tot de persoon.
- Social media roept ook sociale controle op en is daarmee in zekere mate zelfreinigend.

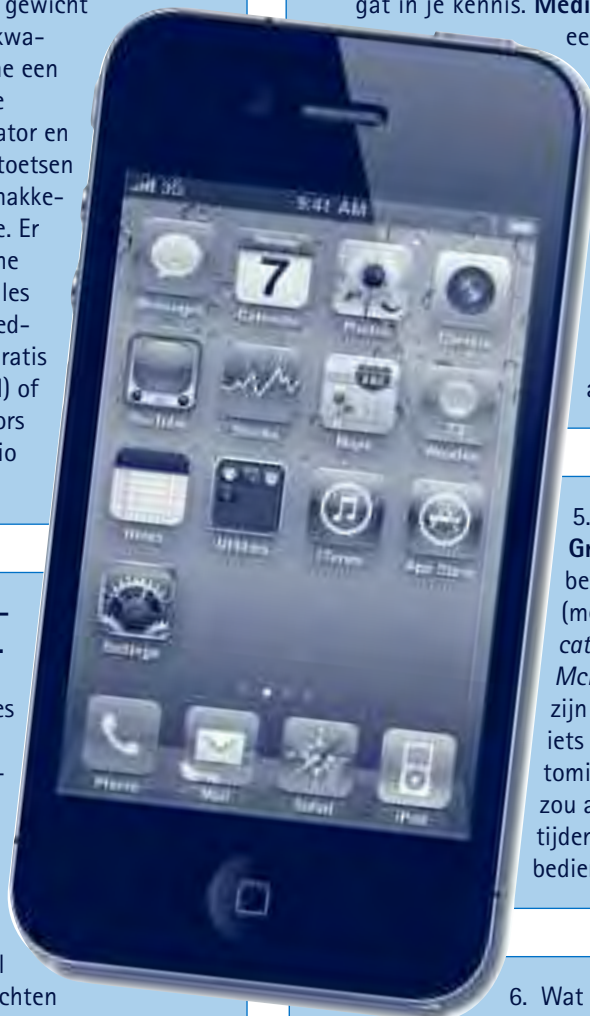
De algemene discussie borduurt hierop voort. Een avond over sociale media, maar waarbij Twitter wel erg op de voorgrond stond. Het heeft mij in ieder geval erg nieuwsgierig gemaakt naar Twitter. Want ja, Hyves is eigenlijk uit, Facebook is leuk voor privé, maar Twitter is 'hot'. Inmiddels kun je me vinden onder @Dokteranika ;-)

Anika Dam

Medische Apps

Er zijn talloze medische Apps. Soms ontzettend handig, en soms volstrekt overbodig. Wat heb je aan de hele *Gray's Anatomy* op je telefoon (alsof je iets hebt aan een atlas op 25cm?) of op je iPad (past niet in je witte jas)? Toch zijn er wel een boel leuke Apps. Onderstaand een lijstje suggesties.

1. Een **BMI-calculator**. Je kan natuurlijk een rekenmachine pakken, en gewicht delen door lengte in het kwadraat. Je kan ook je iPhone een kwartslag draaien voor de wetenschappelijke calculator en met haakjes en kwadraattoetsen spelen, maar je kan ook makkelijk doen. Neem een Appje. Er zijn verschillende medische calculators waarmee je alles kunt uitrekenen (zoals Med-Calc, Eu 0,79) maar ook gratis BMI calculators (BMI tool) of gespecialiseerde calculators voor een vakgebied (Cardio Calc, gratis).
2. Geniaal bedacht zijn **Conference Highlights Apps**. Heeft de opleider jouw aanvraag voor een congres niet goedgekeurd, en mis je zo alle laatste informatie: hiermee kun je toch alles volgen met video's of twitterfeeds. Het nadeel (of het voordeel) is dat de Apps die ik gevonden heb, zich vooral op de grote congressen richten (bijvoorbeeld Conference Highlights, gratis).
3. Ook voor sommige **Nederlandse congressen** zijn er Apps, bijvoorbeeld voor de Chirurgendagen. Kun je al vast een route door het programma plannen.



4. Soms word je pijnlijk geconfronteerd met een gat in je kennis. **Medische Zakkaartjes** is een App met basiskennis. Volgens mij meer bestemd voor co-assistenten, maar wel handig voor die momenten dat je uit je comfortzone van je eigen vak gehaald wordt en je niet al te dom wilt overkomen bij een verwijzing. En de advertenties vallen mee.
5. Ok, dan toch maar de **Gray's Anatomy**. Er zijn betaalde en gratis versies (met *disclaimer: this application was not written by McDreamy...*). En de plaatjes zijn mooi. Maar het is meer iets voor studenten die anatomie nog moeten doen. Ik zou alleen zelf mijn iPad niet tijdens snijpracticum willen bedienen.
6. Wat mij erg leuk lijkt om mee te spelen, is de **iStethoscope** (gratis of betaald). Ik heb het appje niet zelf kunnen proberen vanwege een update-probleemje, maar het concept is leuk. Leg je iPhone op de borstkas, en registreer souffles. In theorie erg leuk om afwijkingen te verzamelen, voor co's bijvoorbeeld, in de praktijk misschien niet zo praktisch. Een iPad op je borst lijkt me wat frisjes.

Saskia Bulk

... met Marije Hoogland

Marije maakte kennis met het kitesurfen via haar broer en zus. Deze kiten beiden al jaren zeer fanatiek en zijn kitesurf instructeur. Toen ze samen met een vriendin in 2009 'iets actiefs' wilde gaan doen, dachten ze direct aan kitesurfen. Ze begonnen aan een cursus van meerdere weekenden.

"In het begin was het vooral erg vermoeiend! Eerst moesten we al het materiaal klaarmaken, de kite oppompen en de lijnen uitlopen. Dat is al een aardige warming-up. Vervolgens lig je als beginner vooral in zee te spartelen en dat is in het voor- en najaar niet echt warm. In het begin was ik dus niet heel enthousiast en vond ik mijn andere hobby, paardrijden, een stuk relaxter", lacht Marije. "Maar nu ik het kiten onder de knie heb is het een echte uitlaatklep geworden. Als het lekker waait en er foto's en filmpjes op de kitefora op internet verschijnen dan begint het te kriebelen en wil ik ook het water op. Ik ben dus al aardig verslaafd."

"Als beginner lig je vooral in zee te spartelen"

IJs is te koud

Na het afronden van de introductiecursus kocht Marije een basisset zodat ze ook na het sluiten van de kiteschool in het winterseizoen door kon gaan met kiten. "Maar als er echt ijs ligt, is het mij wel te koud om te gaan hoor..." De spullen bewaart ze in huis. "Daar ligt alles droog en schoon en is het niet makkelijk te stelen. Het geeft wel een heleboel zand door het hele huis, maar dat hoort er nou eenmaal bij."

PSA en andere markers

Marije is momenteel werkzaam als promovendus bij de afdeling pathologie in het Erasmus MC in Rotterdam. Ze doet onderzoek naar nieuwe markers voor prostaatcarcinoom. "De beste bestaande marker is het PSA. Die marker is niet heel nauwkeurig en betrouwbaar." Ze zijn op zoek naar een marker in biopten die kan voorspellen hoe agressief een tumor is en die kan helpen bij het bepalen van het beleid. Ze is hier nu meer dan een jaar mee bezig en het project verloopt naar wens. In januari



Als de wind maar uit de juiste richting komt.

2013 begint Marije officieel aan de opleiding tot patholoog.

Diergeneeskunde

De studie geneeskunde heeft Marije gedaan in Leiden. Daar woont ze ook nog steeds samen met haar vriend. De reden om voor deze studie te kiezen is een bijzondere: "Ik studeerde diergeneeskunde in Gent in België. De verschillende fysica- en chemievakken vielen me erg tegen. In Nederland mocht ik niet meer loten voor de studie diergeneeskunde. Geneeskunde leek me ook een erg leuke studie. Ik heb meegeloot, maar werd eerst uitgeloot. In Gent ben ik toen aan het derde studiejaar diergeneeskunde begonnen. Na een maand werd ik nageplaatst voor de studie geneeskunde in Leiden. Dat jaar heb ik van beide studies vakken gevolgd, zodat ik in Gent nog een aantal vakken af kon ronden. In Leiden haalde ik mijn propedeuse zonder al te veel problemen. Omdat ik de studie zo leuk vond en het veel beter te



De spullen, klaar voor gebruik

doen was dan de studie in Gent, ben ik daarna helemaal overgestapt naar de studie geneeskunde."

De interesse voor de pathologie ontstond al tijdens de studie diergeneeskunde in Gent. "Ik vond de vakken die met weefselleer en anatomie te maken hadden het meest fascinerend van de opleiding. Bij geneeskunde bleef dit zo en ik ben al snel student-assistent geworden bij de anatomie- en histologiepractica. Dit was leerzaam, maar het was ook erg leuk om mensen van verschillende opleidingen te laten zien hoe een mens er van binnen uitziet. Het is zo ontzettend mooi om te zien hoe een mens functioneert, in elkaar zit en ziek is op celniveau."

Ideale spot

Marije reist niet alleen tussen Leiden en Rotterdam. Ze is ook regelmatig te vinden op het strand bij de Brouwersdam in Zeeland om te kiten. "Op dat strand heb ik mijn cursus gevolgd en ik ken er dus veel mensen. Het is een fijn breed strand en de zee loopt er niet zo stijl de diepte in. Een ideale spot dus! Als de wind uit de juiste richting komt, probeer ik hier in het weekend een dag door te brengen."

Gevaarlijke sport?

Ondanks dat kitesurfen als gevaarlijk te boek staat, geeft Marije juist aan een voorzichtig mens te zijn. "Als de wind uit de verkeerde richting komt voor mijn favoriete spots, dan spreek ik weleens met iemand af om te gaan kiten op een nieuwe spot. Ik sta dan meestal eerst een tijdje rustig aan de kant te kijken hoe anderen varen. Hoe staat de wind? Zijn er windvlagen? Zijn er obstakels in het water zoals paaltjes of basaltblokken? Bij twijfel ga ik zelf het water niet op. Ik maak dan liever foto's van de anderen dan dat ik risico's neem." Misschien heeft het met deze voorzichtigheid te maken dat Marije nog geen blessures heeft opgelopen bij het kitesurfen. "Om me heen heb ik weleens wat kleine ver-

"Grote ongelukken heb ik gelukkig niet van dichtbij meegemaakt!"

wondingen gezien, zoals een diepe snee van de vinnen van het kiteboard of verdraaide enkels. Echt grote ongelukken heb ik gelukkig niet van dichtbij meegemaakt!"

Overeenkomsten tussen haar werk en deze hobby ziet ze niet. "Pathologie is een puzzel die veel kennis vergt. Kitesurfen vergt veel concentratie en gezond verstand. Het is vooral een sportieve uitlaatklep."

Carina Bethlehem

Advertentie

Wie begrijpt mijn idee van een "leuke" baan?

BKV begeleidt artsen en zorgprofessionals nationaal en internationaal in hun carrière

Je wilt weten waar je mogelijkheden liggen. Onze consultants helpen je de juiste stappen te maken. Neem voor meer informatie en een loopbaanadviesgesprek contact op met BKV.

Neem contact op +31 (0)888 - 22 55 88 of info@bkv-groep.nl

bkv

carrièreplanning - vacatures - werving&selectie - loopbaanwijzer

Is jouw ziekenhuis klaar voor de 48-urige werkweek?

Per 1 augustus 2011 geldt voor aios een werkweek van 48 uur. Dit is het gevolg van een eerdere wijziging van het Arbeidstijdenbesluit (ATB). Hierin is afgesproken dat alle ziekenhuizen uiterlijk per 1 augustus 2011 de 48-urige werkweek voor aios moeten invoeren.

Hoe werkt dit in de praktijk? Zijn de ziekenhuizen voorbereid op aanpassing van de werktijden en roosters? De LAD, als vertegenwoordiger van de aios, houdt de ontwikkelingen in de gaten en adviseert de aios om alert te zijn op naleving van de nieuwe werktijden.

Volgens het Arbeidstijdenbesluit wordt per 1 augustus 2011 de gemiddelde werkweek voor aios over een periode van 26 weken verlaagd naar 48 uur. In die 48-urige werkweek wordt geen onderscheid gemaakt tussen gewerkte uren en slaapuren tijdens een aanwezigheidsdienst. Belangrijke redenen voor aanpassing van de werktijden is de hoge werkdruk voor aios en de lange werkdagen, met te weinig rusturen. Dit vergroot het risico op medische fouten.

Verantwoordelijkheid

Voor het naleven van de regels van het Arbeidstijdenbesluit is het ziekenhuis eindverantwoordelijk. De opleider en de aios hebben echter wel een belangrijke rol in het controleren en samenstellen van de roosters. Daarom is het belangrijk dat aios hun arbeids- en rusttijden zorgvuldig registreren. Dit geeft een goed inzicht in naleving van de regels, waardoor ook overtredingen aan het licht komen, en daar iets aan gedaan kan worden. Lastig hierbij is dat er tussen ziekenhuis, opleider en aios interpretatieverschillen kunnen voorkomen over arbeids- en rusttijden en dat daarvoor de inzet van aanwezigheids- en bereikbaarheidsdiensten niet altijd correct wordt toegepast. Het ziekenhuis is verantwoordelijk om ervoor te zorgen dat de regels correct worden nageleefd door de opleider.

Handhaving Arbeidsinspectie

De Arbeidsinspectie is verantwoordelijk voor handhaving van de regels over de

arbeidstijden en voert hier regelmatig onderzoek naar uit. Hieruit blijkt dat ziekenhuizen regelmatig de regels overtreden. De meest voorkomende overtredingen daarbij zijn: te veel uren tijdens een dienst of onvoldoende rust na een nachtdienst, te weinig wekelijkse rust, verkeerde toepassing van aanwezigheidsdiensten en tekortschietende of ondeugdelijke registratie. Ook vanaf 1 augustus 2011 controleert de Arbeidsinspectie de ziekenhuizen op naleving van het gewijzigde Arbeidstijdenbesluit. De ziekenhuizen zijn verplicht zich aan de regels te houden en de werkdruk terug te dringen. Wanneer de Arbeidsinspectie vaststelt dat de regels worden overtreden, kan deze een boete opleggen.

Cultuuromslag

De LAD is positief over de aanscherping van de arbeidstijdenregels. Aanscherping alleen is echter niet voldoende om de hoge werkdruk van de aios terug te dringen. Ook de cultuur in het ziekenhuis is van invloed. De LAD ontvangt regelmatig verontrustende signalen van aios dat de geregistreerde uren niet altijd overeenkomen ('door druk van bovenaf') met het werkelijk gewerkte aantal uren. Vaak 'accepteert' de aios, vanwege de afhankelijke positie binnen het ziekenhuis, de langere werktijden, met alle gevolgen van dien. Het is echter belangrijk dat ziekenhuizen de rusttijden respecteren en minder uren werken accepteren.

Samen sterk: meld misstanden!

Wanneer in jouw ziekenhuis de regels niet worden nageleefd, dan kun je dit melden bij de LAD. Met deze signalen zetten wij ons in voor een correcte naleving van de gemaakte afspraken. Wat kun je zelf doen? Zodra je problemen ervaart met werktijden, werkdruk en/of urenregistratie, praat er dan eerst eens over met collega-aios. Herkennen zij jouw probleem en delen zij jouw ervaring? Dan kan het probleem in groepsverband bij de opleider worden aangekaart. Als groep sta je sterker en dit levert wellicht meer resultaat. De LAD helpt je hier graag bij. Ook bij onjuistheden met de urenregistratie en het maken/beoordelen van roosters kan de LAD ondersteuning bieden. Zo bekijken de juristen of in de roosters voldoende rekening is gehouden met de verschillende diensten en de verplichte rusttijden, en of de afspraken overeenkomen met de wettelijke regels. Indien wenselijk kunnen de juristen eventueel ook juridische bijstand verlenen bij het treffen van maatregelen als de roosters niet voldoen aan de wettelijke regels. Ook hier geldt weer dat je samen vaak meer kunt bereiken dan alleen.

Meer informatie over de LAD, of vragen over het ATB? Kijk op artsennet.nl/lad

Bronvermelding: Arbeidsinspectie – Projectrapportage Arts-Assistenten 2007/2008, Project A845

Nomineer je opleider voor de Opleidingsprijs 2011

In 2009 is de Opleidingsprijs in het leven geroepen om de beste opleiders extra waardering te geven voor hun stimulerende en motiverende werk. Er komt immers steeds meer kijken bij het opleiden van een medisch specialist.

Competentiegericht opleiden, uitgebreide feedback geven en gestructureerd, kwalitatief goed onderwijs verzorgen gaat gepaard met veel regelgeving en administratief werk. Gelukkig zijn er vele opleiders in den lande die hier tijd en energie in steken. Om dit belangrijke werk te stimuleren willen we de beste opleider van Nederland graag belonen.

Symboliek en geld

De Opleidingsprijs leidt tot veel publiciteit in de media en levert zowel de opleider, als het hele ziekenhuis, veel leuke en positieve reacties op. Daarnaast is er een symbolisch beeldje en een geldbedrag van 10.000 euro aan verbonden, dat besteed dient te worden aan opleidingsgerelateerde zaken. Op deze manier proberen we ook andere opleiders te inspireren tot het perfectioneren van hun taken als opleider.

De eerste Opleidingsprijs werd gewonnen door dr. Robert Pierik, chirurg in de Isala klinieken te Zwolle. Vorig jaar reikte Els Borst de prijs uit aan Paetrick Netten, internist in het Jeroen Bosch Ziekenhuis. Dit jaar zal minister Edith Schipper de beste opleider van 2011 het fel begeerde beeldje overhandigen.

Betrokkenheid aios

Na het winnen van de Opleidingsprijs 2010 zegt Netten: "Ik wil collega-opleiders als tip meegeven om niet alleen met elkaar samen te werken, maar ook om de aios te betrekken bij de totstandkoming van het opleidingsplan. Zo hebben wij hen gevraagd om feedback te geven op de stagebeschrijvingen. Daar zijn verrassende verbeteringsuggesties uit voortgekomen. Bovendien werden onze aios door hun betrokkenheid steeds enthousiaster over de modernisering van de opleiding. Zo enthousiast, dat ze onze opleiding hebben voorgedragen voor de Opleidingsprijs. Dat is toch het mooiste compliment dat je als opleider kunt krijgen?"

Nomineer je opleider!

Ook in 2011 krijgen alle aios de mogelijkheid om hun opleider te nomineren voor de Opleidingsprijs. De nominaties zullen worden beoordeeld door een vakjury. Bij de beoordeling van de nominaties wordt vooral gelet op het opleidingsklimaat. Ook de rol, houding en kwaliteit van de opleider binnen de vakgroep, de kwaliteit van het onderwijs en de arbeidsvoorwaarden zullen worden beoordeeld. Vind jij dat je opleider jou de ruimte geeft om je opleiding optimaal invulling te geven?



Creëert jouw opleider ruimte om de cursussen te volgen die je wil? Hoe is de feedback die je krijgt?

Je kunt jouw opleider vanaf 13 juni aanmelden via www.opleidingsprijs.nl.

Nominaties

Op basis van deze kwaliteitsindicatoren worden drie opleiders gekozen die in aanmerking komen voor de Opleidingsprijs 2011. De aios van de drie genomineerde opleidingen zullen worden uitgenodigd om een presentatie te geven op de *Aiosdag* op 5 november 2011. Waarom is hún opleiding c.q. opleider de beste? Vervolgens zullen de aios zelf hun beste opleider van 2011 kiezen.

Vind jij dat ook jouw opleider deze prijs verdient? Nomineer dan deze zomer jouw opleider op www.opleidingsprijs.nl (vanaf 13 juni)!

Inge de Jong (LVAG) en Beatrijs Wokke (De Jonge Orde)

ONGENODE GAST AAN TAFEL?



Overkomt het jou ook wel eens dat je tijdens een dinertje in een restaurant, of terwijl je in een goed gesprek met een collega of vriend verzeild bent, te maken krijgt met een ongenode gast? En dan bedoel ik niet een toevallige voorbijganger die behoefte heeft aan een beetje aanspraak. Nee, deze 'gast' schuift als goedgetrainde infiltrant aan en 'mengt' zich ongevraagd en volkomen schaamteloos in het gesprek. Wie ik bedoel? Niemand minder dan de mobiele telefoon.

SIBBING & WATELER C.S.

'n hele zorg minder®

Leek het enkele jaren geleden nog een utopie om altijd en overal bereikbaar te zijn, inmiddels is dat werkelijkheid geworden. En hoewel we daar dagelijks veel profijt van hebben, wekken deze digitale wonderdjes regelmatig toch ook irritatie op. Zeker nu – met de stormachtige opkomst van de smartphone – werkelijk alles binnen handbereik is en veel gebruikers zich dankzij e-mail, internet en ingebouwde foto- en filmcamera ineens journalist, fotograaf, deskundige en ja, soms zelfs arts wanen

Je zit tegenwoordig als arts dan ook niet meer alleen met de patiënt en zijn of haar directe familie aan tafel. Voorafgaand is immers al uitgebreid het internet geraadpleegd en is de diagnose op de letter nageplozen. Beslagen ten ijs komt de hedendaagse patiënt de spreekkamer binnen, voorzien van parate kennis van Google en de medische databank en volgestopt met goede adviezen die hem of haar zijn aangereikt via sociale media als Hyves, LinkedIn, Facebook en Twitter.

Was er vroeger sprake van een zekere distantie tussen patiënt en arts, tegenwoordig is de patiënt dichterbij dan ooit. De eerste persoonlijke indruk bij binnenkomst in de spreekkamer wordt bovendien steeds vaker voorafgegaan door een eerste digitale indruk. Een ontwikkeling om bij stil te staan

Onze steeds transparantere maatschappij noodzaakt ons tot nadenken over onszelf. Hoe sta ik bekend en hoe wil ik bekendstaan zonder mijn eigen ik te verliezen? En dit alles binnen de rol die we in het dagelijks leven vervullen.

Ook wij ervaren in onze dagelijkse praktijk als financieel adviseurs voor medici dat de wereld steeds transparanter wordt. Bij de kennis-makingsgesprekken die wij voeren, blijkt regelmatig dat ook onze toekomstige relaties zich vooraf goed hebben georiënteerd. Wat ons betreft een goede ontwikkeling. Het vergroot immers het bewustzijn van je eigen kennis en kunde en zorgt dat je te allen tijde alert bent.

Graag nodigen wij je uit om bij ons aan tafel te komen voor een helder gesprek, zodat je straks, na het afronden van de opleiding, als genode gast optimaal voorbereid aan tafel zit bij je toekomstige collega's. Immers, ongeacht of je nu dienstverlener in financiën of in de zorg bent, het belangrijkste blijft toch de basis: kennis van zaken.

Jannette van Dijk
Sibbing & Wateler

Google jezelf

Met de opkomst van de social media, ook wel Web 2.0 applicaties genaamd, is een nieuw (intentioneel of niet intentioneel) werkgerelateerd platform ontstaan.

Artsen en patiënten maken een profiel van zichzelf op Facebook, Hyves, Twitter en LinkedIn en communiceren via deze media over privé- en werkgerelateerde dingen. Nu deze media min of meer zijn ingeburgerd, beginnen de gebruikers stil te staan bij de eventuele nadelen ervan, zoals:

- Wat te doen met je digitale erfenis?
- Is het wenselijk dat een patiënt mijn vakantiefoto's uit Peru kan bekijken? Nee, natuurlijk is dat niet wenselijk, hoe leuk de foto's ook zijn.
- Hoe bescherm je jezelf hiertegen?

Eén ding is duidelijk. Er is geen plaats meer voor naïviteit. Zoals we al gewend zijn aan patiënten die zelf met een aantal mogelijk diagnoses bij je op het spreekuur komen, moeten we er ook aan geloven dat ze via google even makkelijk je naam intikken en via 'afbeeldingen' terechtkomen bij je vrolijk gebruide hoofd voor Macchu Pichu. Of heeft de toepassing van social media ook voordelen? En zo ja, hoe gebruik je deze media dan in het voordeel van jezelf en van je patiënt?

Een snelle zoekopdracht in de medische databestanden (Pubmed, Embase, Web of Science) levert een hoop informatie over dit onderwerp. Overvloedig zijn de Amerikaanse adviezen t.a.v. het gebruik van sociale media door artsen. Enkele hiervan zijn tamelijk open deuren, maar we zetten ze toch even op een rij:

1. Artsen moeten geen informatie op internet zetten waarmee een patiënt te identificeren is. Elke communicatie met patiënten online moet voldoen aan de professionele arts-patiënt relatie, zoals in first life.
2. Artsen dienen gebruik te maken van de veiligheidsmaatregelen die aanwezig zijn op de verschillende social media en zich bewust te zijn van het feit dat deze niet waterdicht zijn.
3. Artsen moeten beseffen dat informatie die op social media terechtkomt, in principe permanent

beschikbaar is. Daarom is het te adviseren dat artsen geregeld een google zoekactie naar zichzelf verrichten, om te bewaken dat de online informatie correct en accuraat is.

4. Om onduidelijkheid te voorkomen, dienen artsen te overwegen hun privé en professionele profielen op de verschillende social media gescheiden te houden.
5. Wanneer artsen opmerken dat collega's onprofessionele informatie posten, moeten zij hun collega's hierop attenderen.
6. Artsen moeten zich realiseren dat aanwezigheid op social media hun reputatie of carrière en dat van hun collega's negatief kan beïnvloeden. Hetzelfde geldt voor medische studenten en co-assistenten.

Social Media Landscape



Om de daad bij het woord te voegen, ga ik snel mijn klim naar Macchu Pichu in beeld afsluiten voor de nieuwsgierige lezer, tenzij je mijn Facebook, Hyves, Twitter of LinkedIn vriend wil worden natuurlijk.

Anna Roukens



Hashtags #zucht en #klaagtweet

Saskia Bulk is in opleiding tot klinisch geneticus. In deze column en op twitter als @doktersaskia houdt ze ons op de hoogte van haar frustraties en genoegens als aios.

Als aios heb je het soms zwaar. Errug zwaar. Klagende patiënten ("en wanneer krijg ik eindelijk eens een echte arts te spreken?"), klagende secretaresses ("je moet je DBC's nog registreren") en klagende bazen ("zo kan je er echt niet bijlopen, sandalen op het werk"). Maar ja, wat kun je eraan doen? Voluit de tegenaanval inzetten werkt alleen bij de eerste categorie. Maar dat kan ik gemakkelijk zeggen omdat een geneticus patiënten meestal maar een keer spreekt. De tweede categorie valt ook te negeren, of ik kan gewoon op tijd mijn DBC's registreren. (Ok, dat is een illusie...) En de laatste categorie, dat hoort bij de sector 'liefdevolle acceptatie'. Bazen moeten nu eenmaal commentaar hebben. Dat is hun plek in de 'greater scheme of things'. Of je klaagt erover op Twitter.

Social media zijn een uitkomst om je frustraties te uiten zonder de confrontatie aan te gaan. Zo heb ik laatst heerlijk zitten klagen over dat commentaar op mijn schoenen van een supervisor. Ik heb op het werk de reputatie dat ik niet opensta voor kritiek. Dus als ik commentaar op het dragen van sandalen krijg houd ik mijn eerste reactie voor me (Grrrr, het zijn GEEN sandalen, het zijn ballerina's!!!). En daarna geef ik mijn supervisor volledig gelijk. Je moet er als arts tenslotte representatief uitzien, en je tenen zijn niet relevant voor de patiënt. Maar toen diezelfde supervisor twee weken later in sandalen met roodgelakte teennagels op het werk verscheen, heb ik niet tegen haar gaan staan briesen en stomen. Ik heb eenvoudig een #klaagtweet geplaatst. En aangezien ik een aantal sympathieke reacties terugkreeg (onder de hashtags #zucht en #opleiding) was ik weer helemaal getroost en gekalmeerd. En nou maar hopen dat deze supervisor niet stiekem mijn tweets wel eens leest.

Want dat is het nadeel van social media. Je hebt niet per definitie controle over wat anderen bekijken van



wat jij op internet plaatst. Ik heb ervoor gekozen om geen Facebook te nemen, waar ik dronken foto's van mezelf plaats. Dat is nou ook weer geen prestatie, want ik ben huismuts met drie kinderen zonder woest sociaal leven. Ik heb er wel voor gekozen om op Twitter herkenbaar te zijn (mijn echte naam staat er gewoon bij), en ik heb mijn account niet afgesloten voor meelezers. Dat heeft enerzijds praktische redenen, want op internet ben ik toch binnen drie tellen gevonden via mijn research. En dan weet je ook waar ik woon, dat ik drie kinderen en een bakfiets heb en wat ik stem. Een slotje heeft wat mij betreft weinig zin. Het heeft ook een ideële reden: ik wil geen tweets plaatsen waarvoor ik niet verantwoordelijk gehouden kan worden. En als dat betekent dat ik soms heibel krijg over mijn #sandalen-tweets of over opmerkingen dat ik geen zin heb in mijn spreekuur, dan moet dat maar. Want zeg nou eens eerlijk, welke arts heeft altijd zin in zijn spreekuur? #altijdwatzeuren.

Wilt u
informatie of
een demo mail naar
nl.info@biomet.com

Optipac®

A revolutionary
way of mixing
bone cement!



New choices. Same convenience. **All-in-one!**

The All-in-one family is growing! You now have the following four choices of Optipac®, our closed vacuum mixing system pre-packed with bone cement.

- Optipac® Refobacin® Bone Cement R
- Optipac® Refobacin® Plus Bone Cement
- Optipac® Refobacin® Revision **NEW**
- Optipac® Hip Set (40 & 80) Refobacin® Bone Cement R **NEW**





ALS AIOS KUN JE WEL EEN PREFERRED BANKER GEBRUIKEN

Als AIOS zit u in de fase van uw carrière waarbij alles samenkomt. Een druk privéleven. Promoveren. Het inkopen in een maatschap. Uw (eerste) koopwoning. Allemaal belangrijke zaken die u moet combineren met extreem lange werkweken. Om het leven makkelijker te maken, doen wij u een exclusief aanbod. Als AIOS kunt u voortaan gebruik maken van een Preferred Banker. Zo heeft u één aanspreekpunt voor al uw financiële zaken. Een expert die thuis is in de medische wereld. Ontdek wat Preferred Banking voor u als AIOS te bieden heeft. Ga voor meer informatie over de voordelen van Preferred Banking naar abnamro.nl/AIOS