



MAGAZINE VAN
HET INSTITUUT
VOOR ONDERWIJS
EN OPLEIDEN

MEI 2016

GEBOREN LEIDERS

CASESTUDY
Eigen kweek

ACHTERGROND

*Aandacht voor het
vrouwenlichaam*

DE SUPERSTUDENT

TITUS VINK (24)
AFGESTUDEERD MBO-V
EN HBO-V



“Het is zo leuk om een nieuw fenomeen te onderzoeken!”

“E r is een bizar groot verschil tussen mbo-V en hbo-V. Het mbo is praktisch en je loopt veel stages. Dan weet je al hoe het er in de praktijk aan toe gaat en daar heb ik heel veel profijt van gehad bij mijn vervolgopleiding. Ik kon meteen de diepgang opzoeken die het hbo biedt: veel meer theoretische onderbouwing en vakoverstijgend. Ik was ook een van de weinigen die echt plezier beleefde aan zijn scriptie. Het is zo leuk om een

nieuw fenomeen te onderzoeken! In de VS behoren 12-uurs diensten al sinds de jaren zeventig tot de mogelijkheden, uit nood geboren vanwege een tekort aan verpleegkundigen. In Nederland wordt het nog maar mondjesmaat toegepast. De uitkomst van mijn onderzoek: als verpleegkundigen het zelf graag willen, pakt een 12-uurs dienst meestal goed uit. Leg je het van boven op, dan neemt de kwaliteit van zorg en het welbevinden

van verpleegkundigen af. Het is voor sommige medewerkers ook echt een oplossing. Bij een 36-uurscontract heb je vier dagen vrij! Ik zou graag verder gaan met onderzoek doen. Maar eerst heb ik het voldoende druk met mijn gewone werk en het begeleiden van studenten. Dat is misschien wel wat vroeg en soms is het ook best zwaar, maar ik wil het zelf heel graag. Ik leer er veel van en het maakt het vak van verpleegkundige nog leuker.”

INHOUD

Nr. 15

16

ESSAY

Annemieke Roobeek over
netwerkleiderschap

4

HET MOMENT

Woensdag 24 februari 2016,
19.01 uur

Henk Groenewegen in de anatomiezaal

6-7

EN?

Was het een boeiend symposium?

+

BUITENPOST

VUmc in het buitenland

+

HOOFDREDACTIONEEL

Margreeth van der Meijde

20

MEELOPEN MET

Thomas Koedam, arts-assistent en
grondlegger Basic Suturing Course

28

KORT

o.a.: CZO-erkenning opleiding
Praktijk Sedatie Specialist

32

DE MEESTER

Ronnie van Diemen, inspecteur-generaal
van de Gezondheidszorg over haar
leermeester



8

GEBOREN LEIDERS

Wat is 'leiderschap' precies? Welke rol speelt het in de zorg? En is leiderschap aan te leren? Twee deskundigen laten hun licht erover schijnen en pleiten, elk vanuit een andere invalshoek, voor de verdeling van leiderschapsrollen over individuen.

12

MEER AANDACHT VOOR HET VROUWEN-LICHAAM

De diagnose en behandeling van vrouwen is van oudsher gebaseerd op onderzoek bij mannen. Een toenemend aantal artsen wijst nu op de noodzaak van meer 'gendersensitieve zorg'.

24

EIGEN KWEEK

Leiderschap is een geliefd thema onder denkers, onderzoekers en trainers. Vele duizenden boeken wijzen de weg. En wie zich wil bekwamen door middel van een opleiding, komt terecht in een jungle van aanbieders. De Britse National Health Service heeft het heft in eigen hand genomen.



24 FEBRUARI 2016, 19.01 UUR

Henk Groenewegen was ruim 38 jaar verbonden als programmaleider van de bacheloropleiding, cursuscoördinator en tutor bij VUmc. Op 29 januari heeft hij zijn afscheidsrede 'Anatomische rede' uitgesproken en is hij met emeritaat gegaan. Henk Groenewegen is altijd favoriet geweest onder geneeskundestudenten. In 2014 won hij nog de prijs voor beste bachelordocent van het jaar. Studenten stimuleerde hij om zélf een rol te spelen in het onderwijs. Door zijn enthousiasme zijn diverse studentinitiatieven ontstaan, zoals het 'VU studenten anatomie project' (VUsap). Op de foto zien we hem in de anatomiezaal met een aantal van 'zijn' studenten.





BUITENPOST

In september zal voor het eerst bij VUmc School of Medical Sciences een Engelstalige minor worden aangeboden onder de noemer: Medical sciences: from bench to bedside and back.

Studenten kunnen een van de twaalf aantrekkelijke Engelstalige tracks volgen. Maar ze kunnen de minor ook aan een andere faculteit of universiteit in zowel binnen- als buitenland volgen. Binnen het grote internationale netwerk van partneruniversiteiten zijn inmiddels 13 studenten geselecteerd die zullen uitvliegen over de hele wereld en een semester zullen gaan studeren. De studenten gaan naar Koç University in Turkije, Universiteit Gent, Nanyang Technological University in Singapore, City University Hong Kong, University of Leeds, Deakin University en Australian Catholic University in Australië,

Ludwig Universitat Maximilians in München, en de University of Zurich. En het netwerk breidt zich nog verder uit. Zo is er net een afspraak gemaakt voor uitwisseling met de Universiteit van Lund in Zweden. VUmc zal binnen de Engelstalige minor ook internationale studenten gaan ontvangen van de partneruniversiteiten. Deze studenten zullen binnenkort worden voorgedragen. Het streven is om in de komende jaren in de minor te komen tot een internationaal uitwisselingspercentage van 10% van de studenten. Informatie over de minor lees je op www.med.vu.nl



EN?

Anneke Bakker is hoofd van het team professionalisering van het Instituut voor onderwijs en opleiden. Op 8 januari jl. woonde ze het symposium bij 'Professionele ontwikkeling: niet de bestemming, maar de reis' bij. Het symposium voorafgaand aan de oratie van Saskia Peerdeman, hoogleraar professionele ontwikkeling.

WAAR GING HET SYMPOSIUM OVER?

Vragen die centraal stonden waren 'Hoe moet een professional zich ontwikkelen om gelijke tred te houden met de veranderingen in de zorg?' Welke vaardigheden en welke competenties heeft de zorgprofessional nodig?' en 'Hoe kan hij of zij zich bekwamen in deze competenties?'. Samenwerken, communiceren en ook leiderschap zijn hiertoe voorwaarden. Op het symposium was veel aandacht voor medisch leiderschap, dit is een 'hot item' in de opleiding voor medisch specialisten op dit moment.

WAT WAREN DE HOOGTEPUNTEN VAN HET PROGRAMMA?

Filosoof Menno de Bree (UMCG) maakte op een actieve en komische wijze duidelijk wat de valkuilen zijn in de huidige visie op medisch en dat het vooral om zelfleiderschap moet gaan (lees verderop in dit magazine het interview). Een ander hoogtepunt was de demonstratie van de simulatietraining door Ralf Krage en Micha Erwtelman uit VUmc. Met een bijna-echte patiëntpop wordt een acute situatie gesimuleerd met teams die in de praktijk met elkaar werken. Deze



VUmc zal binnen de Engelstalige minor ook internationale studenten gaan ontvangen van de partner-universiteiten.

simulatie wordt geobserveerd en op video opgenomen, naderhand bekijkt het hele team gezamenlijk de opname en krijgt feedback op de samenwerking en communicatie. Een zeer krachtig leermoment!

HEB JE NIEUWE INZICHTEN GEKREGEN DOOR HET SYMPOSIUM?

Ja, uit de presentatie van Carina Hilders (hoogleraar medisch management en leiderschap aan de EUR). Ze vertelde dat de stijgende zorgkosten niet beheerst zullen gaan worden door de regie bij managers te

beleggen (top down) maar bij de patiënt (bottom up). Management blijft ook nodig, om organisaties te sturen.

GEBRUIK JE DINGEN DIE JE HEBT GELEERD IN JE DAGELIJKSE PRAKTIJK?

Ja, voor de opleidingen tot medisch specialist denken we na over medisch leiderschap en ik realiseer me nu beter welke positie een medisch leider kan innemen en wat daarbij wel en niet haalbaar is om in de opleiding mee te nemen.

HOOFDREDACTIONEEL

LEIDERSCHAP HEEFT VELE GEZICHTEN

De medische wereld telt tal van talentvolle leiders, zowel onder artsen als verpleegkundigen. Als we willen dat er meer zorgprofessionals leiding gaan geven – en dat willen we – moeten we die talenten opsporen en de kans geven zich verder te ontwikkelen.

Het is overigens niet meteen helder wat 'leiderschap' betekent. Opvallend vaak wordt de term voorafgegaan door een bijvoeglijk naamwoord, ook in de verschillende artikelen in dit magazine. We hebben het over dienend leiderschap, vrouwelijk leiderschap, zelfleiderschap. Elke organisatie zoekt kennelijk naar een eigen inkleuring. De vraag is of het daarmee duidelijker wordt. Als wij het hebben over medisch leiderschap, is er dan ook zo iets als niet-medisch leiderschap?

Ook ik neem mijn toevlucht tot een nadere precisering, om het vanuit opleidingsperspectief hanteerbaar te houden. In leiderschap zijn grofweg drie vormen te onderscheiden. De eerste en meest basale vorm is voor alle zorgprofessionals noodzakelijk: persoonlijke ontwikkeling, zelfkennis, zelfleiderschap. Hoe werkt een vergadering? Hoe kan ikzelf invloed uitoefenen op bepaalde zaken? Hoe reageer ik in allerlei verschillende omstandigheden? De tweede vorm gaat over professionals met talent voor leidinggeven in hun directe omgeving. En de derde vorm is er voor een zeer beperkte groep: de uitzonderlijke leiders, de visionairs die hele groepen mensen mee kunnen nemen. Dan hebben we het over meesterschap.

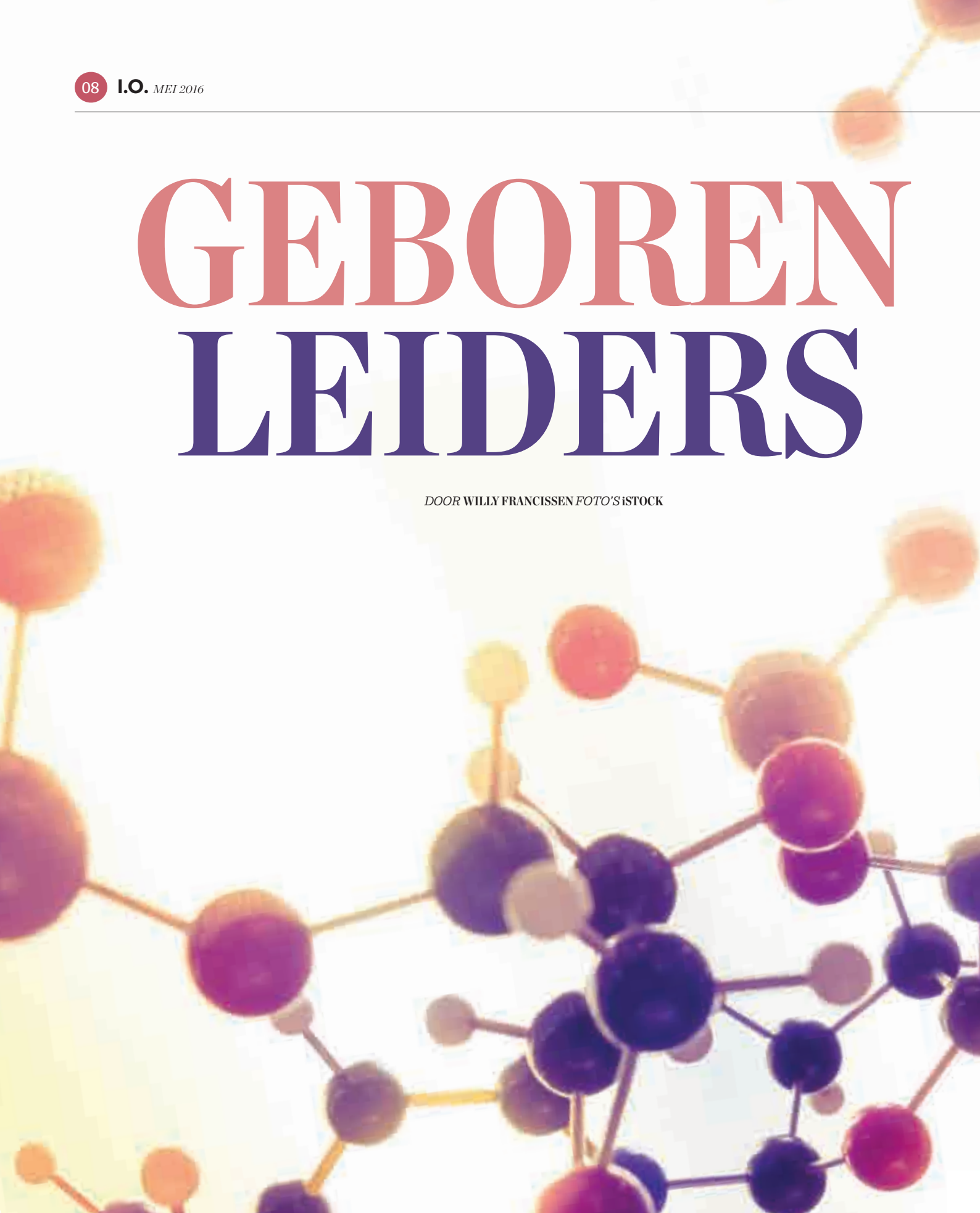
Voor elke vorm van leiderschap is het belangrijk dat er opleidingsmogelijkheden zijn. Is het bijvoorbeeld mogelijk een basisgereedchapskist voor zelfleiderschap te ontwerpen? En hoe traceer je de talenten? Belangrijk is om steeds de vraag te stellen: wie kan de volgende leider worden en wat moet daarvoor NU gebeuren? Je hoeft lang niet altijd leiders van buiten aan te trekken. Dat gaat nogal eens mis: geen klik en wel hoge kosten. Het is zoveel effectiever leiders in eigen kring op te sporen. Zij kennen de wereld en spreken de taal. Koester je talenten, het zijn onze leiders van de toekomst!



Margreeth van der Meijde,
directeur Instituut voor
onderwijs en opleiden, VUmc

GEBOREN LEIDERS

DOOR WILLY FRANCISSSEN FOTO'S iSTOCK



In het nieuwe competentieprofiel voor artsen, CanMeds, is de competentie 'manager' vervangen door 'leider'.

Ook voor verpleegkundigen worden leiderschapskwaliteiten belangrijker – slaat u het vorige nummer van I.O. Magazine er maar op na.

Wat is 'leiderschap' precies? Welke rol speelt het in de zorg? En is leiderschap aan te leren? Twee deskundigen laten hun licht erover schijnen en pleiten, elk vanuit een andere invalshoek, voor de verdeling van leiderschapsrollen over individuen.



Mark van Vugt is hoogleraar evolutionaire psychologie, arbeids- en organisatiepsychologie aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Hij publiceerde veel over groepsprocessen, in het bijzonder over leiderschap. Zo schreef hij in het najaar van 2015 als lid van een team van wetenschappers mee

aan een artikel over het verschil in leiderschap tussen dieren en mensen (gepubliceerd in 'Trends in Ecology & Evolution'). Begin dit jaar verscheen het boek 'Mismatch: hoe we dagelijks worden misleid door ons oeroude brein', dat Van Vugt schreef samen met schrijver Ronald Giphart. Voor van Vugt biedt de evolutietheorie een breed kader van waaruit hij vragen kan stellen, bijvoorbeeld over leiderschap.



Menno de Bree is filosoof en beantwoordt vragen over leiderschap vanuit die invalshoek – of liever: hij stelt ze. Hij is werkzaam als docent medische ethiek en filosofie aan het Universitair Medisch Centrum Groningen. Daarnaast geeft hij vanuit zijn bedrijf Menno Denkt filosofiezingen en denktrainingen voor professionals. Begin dit jaar hield De Bree een voordracht tijdens een symposium bij VUmc waarin hij uitlegde waarom medisch leiderschap niet zo'n goed idee is, maar zelfleiderschap wel.

In twee aparte gesprekken legde I.O. Magazine Van Vugt en De Bree dezelfde vragen voor over leiderschap.

In twee aparte gesprekken legde I.O. Magazine Van Vugt en De Bree dezelfde vragen voor over leiderschap.

Wat is de definitie van leiderschap?

Van Vugt: "In het algemeen is leiderschap een proces van beïnvloeding: een individu coördineert de activiteiten van de groep. De anderen laten dat toe, zij zetten hun eigen doelen opzij. Er kunnen ook meerdere individuen zijn die verschillende activiteiten in een groep coördineren. Er zijn wel culturele verschillen. In sommige landen is leiderschap een groot thema. Nederland is traditioneel een egalitaire samenleving, wij lijken op de jager-verzamelaars uit de oertijd. Beslissingen werden toen genomen op basis van consensus en alleen als er gevaar dreigde werd een leider aangewezen. In de nieuwere landen is dat anders. Als je in Amerika of in Singapore aankomt, dan zie je in de boekwinkels een enorm aanbod van boeken over leiderschap. Daar is één leider, één groep veel meer een thema. Hier zie je dat literatuuraanbod niet. Wij hebben sterke instituties, we zijn minder afhankelijk van personen. Al kan dat wel veranderen onder invloed van de media of van een economische crisis. Er komt steeds meer kritiek op hiërarchie en statusverschillen, het is steeds moeilijker om een leiderschapsrol te vervullen. Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat veel burgemeesters en wethouders opstappen. Hoe je die crisis in leiderschap kunt oplossen? Ik zou zeggen: focus minder op één persoon, ➤

verwacht daar niet te veel van. Verdeel leiderschapsrollen over verschillende mensen, bijvoorbeeld in kleinere en plattere organisaties. In de oertijd kenden mensen hun leiders en dat gaf legitimiteit.”

Hoe definieert De Bree leiderschap? Hij vindt het concept diffuus. Dat legt hij uit aan de hand van de discussie rondom medisch leiderschap, die hij betitelt als een ‘conceptueel rommeltje’.

“In Nederland gebruiken we Canadese profielen voor het opleiden van dokters. Die profielen definiëren zeven rollen die artsen moeten vervullen, met bijbehorende competenties. Jammer genoeg hebben de Canadezen de rol van ‘manager’ vervangen door die van ‘leider’. Dat zijn volgens mij twee verschillende dingen, je kunt het één niet zo maar inruilen voor het ander. Management zegt iets over hoe je de boel regelt, hoe je zaken organiseert. Dat is in een complexe organisatie een zinnige, generieke competentie voor elke arts. Leiderschap is in mijn ogen niet generiek. Er zit iets anti-autoritairs in: een goede leider kan afstand nemen van de praktijk van alledag, stelt vragen over wat er moet gebeuren en schetst alternatieven. Net zoals het bestaan van een heer altijd het bestaan van de knecht veronderstelt, heb je voor een leider volgers nodig. Als leiderschap een competentie is, is volgerschap dat ook. Leiderschap onderbrengen in een competentieprofiel betekent inkadering, terwijl je van een leider juist wil dat hij gaat nadenken over het kader zélf. Hij moet ook substantieel kunnen nadenken, niet louter instrumenteel. En, zoals mijn collega Jos Kessels zegt: daar past een andere houding bij, namelijk niet de ijver van het ambachtelijke, maar het relativiserende, de ontspannenheid en humor van het meesterschap.”

Hoe ziet leiderschap in de zorg eruit?

Van Vugt is ervan overtuigd dat een leider in de zorg, net als in andere sectoren, zijn sporen verdiend moet hebben in het werkveld. “Een leider krijgt prestige door zijn competenties. Daarnaast denk ik dat in de zorg een participatieve stijl nodig is. Mensen zullen vooral intrinsiek gemotiveerd zijn, in veel zorgberoepen zijn de opbrengsten niet hoog. Die motivatie moet je als leider zien te behouden door stimulerend op te treden, niet autoritair. Je moet professionals op hun deskundigheid aanspreken: ze niet inhoudelijk vertellen wat ze moeten doen, maar ze faciliteren. Verder denk ik dat transparantie van groot belang is. Zorginstellingen zijn publieke organisaties, waarin bovendien fouten het verschil kunnen maken tussen leven en dood. Dat vraagt om een grote mate van openheid. Er zijn wel incidenten geweest in ziekenhuizen waarbij het juist met die transparantie niet goed ging. Je

‘Ik pleit voor zelfleiderschap in de zorg. De mens is een onafdier. Jezelf verder durven vormgeven, ook als professional, dat is zelfleiderschap’

kunt professionals ook te veel in hun waarde laten en te weinig aanspreken op hun gedrag. Informatie moet wel met elkaar worden gedeeld, er moet worden samengewerkt. Een leider moet uitstralen dat dit nodig is.”

De Bree: “Leiderschap lijkt vaak iets te betekenen als ‘je verantwoordelijkheid nemen’ of ‘initiatief tonen’. In die zin is het heel relevant. Ik pleit voor zelfleiderschap in de zorg. De mens is een onafdier. Jezelf verder durven vormgeven, ook als professional, dat is zelfleiderschap. Dat probeer ik studenten ook, met wisselend succes, bij te brengen. Als je jezelf niet vormgeeft, word je vormgegeven. Juist in zo’n instrumentele omgeving als de zorg moet je kritisch blijven, je moet opletten dat je niet met je collega’s een soort eenheidsworst vormt. In ziekenhuizen is het natuurwetenschappelijke kennismodel dominant, de manieren van nadenken waar ik het over heb, worden vaak als ‘subjectief’ gezien, niet de moeite waard. Maar dat zijn ze wel. ‘Subjectief’ betekent hier dat het voor jou van belang is, niet dat het toevallig en willekeurig is. Je moet je werk serieus nemen, maar er tegelijkertijd een zekere ironische distantie toe hebben. Het zou me niet verbazen als dit burnoutcijfers zou verlagen en zou voorkomen dat mensen cynisch worden. Daarnaast zijn er altijd mensen nodig die op een hoog institutioneel niveau nadenken waar het naartoe moet en zich minder met patiëntenzorg kunnen bezig houden. Dat zijn mensen die door kennis en ervaring veel vertrouwen wekken, dat is niet voor iedereen weggelegd.”

Welke trends of ontwikkelingen zijn van belang?

Van Vugt: “Wat ik in bredere zin zie is de tendens naar kleinere, plattere organisaties. Je kunt zorg organiseren in de buurt, via coöperatieven bijvoorbeeld. Dan is er geen

baas nodig, dan doen mensen het zelf, met lokale kennis. Het is een andere manier van denken waar ik veel van verwacht: autonoom, opportunistischer, zelfstandiger – dat is wat mensen van nature willen zijn. Oermensen waren een soort zzp-ers. Het model heeft overigens wel een zwakte, en dat is dat de onzekerheid er groter in is.”

Ook De Bree ziet een verdeling van verantwoordelijkheden ontstaan over meerdere partijen. “De wereld wordt vlakker en meer fluïde. Artsen zitten in een ingewikkeld netwerk en hebben te maken met de wensen en belangen van hun eigen organisatie, van zorgverzekeraars, de maatschappij, andere zorgprofessionals en mondiger patiënten. De nadruk op leiderschap voor artsen komt niet uit de lucht komt vallen. Het is best stoer om te zeggen dat je een leider bent. Er zit ook een zekere retoriek achter: het geeft een boost aan het moraal van de beroepsgroep.”

Kun je leiderschap leren?

Van Vugt vindt van wel, al zijn competenties en ervaring enorm belangrijk: “Op basis daarvan kun je gezag en prestige krijgen. Vervolgens kun je met trainingen in algemene vaardigheden je charisma uitbreiden. Presentatietrainingen helpen bijvoorbeeld. Wat niet vaak in leiderschapstrainingen zit, maar wel erg belangrijk is, is aandacht voor persoonlijk leiderschap. Gewoon je gezicht laten zien op de werkvloer, connectie maken met je volgers, opvangen wat er speelt – ook los van de beslissingen die je neemt.”

De Bree is er minder van overtuigd dat leiderschap aan te leren is. “Omdat het zo’n diffuus concept is, is het lastig om te onderwijzen. Wat moet je mensen leren? Daarnaast gaat het in mijn opvatting om ‘Bildung’: jezelf vormgeven en je ervan bewust zijn dat je gevormd wordt. Dit is heel wat anders dan ‘Ausbildung’: iemand binnen een bepaald kader kennis of vaardigheden aanleren. Dat is veel gemakkelijker te doceren en te testen. Wij hebben wel leiderschapsweken voor medicijnenstudenten in Groningen. Daarin proberen we hun perspectief te verbreden door ze niet alleen in aanraking te brengen met medisch-technische aspecten van het artsensberoep, maar ook met sociale, economische, historische en cultureel-antropologische factoren. Dat helpt ze om in hun steeds diverser worden patiëntenpopulatie niet direct een oordeel te hebben, maar te exploreren, geduldig en nieuwsgierig te zijn. Dat moet ook in een wereld waarin steeds minder gemeenschappelijke ankers zijn. En dat is op termijn toch ook de lol van je werk, lijkt mij; het is toch interessant om steeds te ervaren dat je niet zoveel weet?”



Aangeraden boeken over leiderschap door Mark Van Vugt

David V. Day en John Antonakis, **‘The Nature of Leadership’** (2011)

Barbara Kellerman, **‘Followership. How Followers are creating Change and Changing Leaders’** (2008)

Nigel Nicholson, **‘Managing the Human Animal’** (2000)

Fons Trompenaars en Ed Voerman, **‘Servant-Leadership across Cultures’** (2009)

Mark van Vugt schreef zelf boeken over leiderschap:

Mark van Vugt, Anjana Ahuja, **‘Natuurlijke leider’** (2011)

Mark van Vugt, Max Wildschut, **‘Gezag’** (2012)



Aangeraden boeken over leiderschap door Menno de Bree

Peter Bieri, **‘Nachttrain naar Lissabon’** (2004)

Byung-Chul Han, **‘De vermoeide samenleving’** (2012)

Joep Dohmen, **‘Tegen de onverschilligheid. Pleidooi voor een moderne levenskunst’** (2007)

Jos Kessels en Erik Boers, **‘Vrije ruimte’** (2013)

Martha C. Nussbaum, **‘Niet voor de winst’** (2009)

Gerard van Stralen en René Gude (red.), ‘... **En denken! Bildung voor leraren’** (2012)



*Gender-
sensitieve
zorg*

De diagnose en behandeling van vrouwen is van oudsher gebaseerd op onderzoek bij mannen. Een toenemend aantal artsen wijst nu op de noodzaak van meer 'gender-sensitieve zorg'. 'De onwetendheid over het vrouwenlichaam bedreigt op dit moment levens.'

Meer aandacht voor het vrouwenlichaam

DOOR LIESBETH KUIPERS FOTO'S FRANK RUITER

Yolande Appelman, interventiecardioloog bij VUmc, werd zich op de werkvloer pijnlijk bewust van het belang van gendersensitieve zorg. 'Overeenkomstig

de boeken onderzoek ik veel mannen met vermoedelijke hart- en vaatziekte op vernauwingen in de kransslagader. Maar die boeken gaan nog uit van de 55-jarige man met pijn op de borst. Bij vrouwen met vermoeden op een hart- en vaatziekte kom ik die vernauwingen veel minder tegen op die leeftijd, terwijl die vrouwen wel klachten hebben. Een collega-cardioloog meende dat we bij vrouwen op andere dingen moeten letten. Ik ben me daarop gaan verdiepen in de literatuur: bij een bepaalde groep, vooral relatief jonge vrouwen, blijken de vernauwingen niet in de grote maar in de kleine bloedvaatjes te zitten. Er is dus al kennis beschikbaar voor een betere zorg voor vrouwen, maar artsen handelen er nog niet naar. En dat heeft grote gevolgen.'

Lastig

Binnen de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie richtte Yolande Appelman daarom de werkgroep 'gender' op. 'Het is de hoogste tijd voor meer bewustwording. Onderzoek vindt vaak maar op één geslacht plaats: met name mannen of mannetjesdieren. Een onderzoekspopulatie moet immers homogeen zijn, het combineren van twee geslachten is lastig. Maar resultaten die gebaseerd zijn op onderzoek bij mannen kun je niet presenteren alsof die automatisch ook voor vrouwen gelden. Dat kun je pas doen als je in onderzoek ook voldoende vrouwen meeneemt.' Met gendersensitief onderzoek is nu een voorzichtig begin gemaakt, vervolgt zij. 'We bundelen nu gegevens uit diverse onderzoeken. Daarop verrichten we dan nieuwe analyses op zoek naar de man-/vrouwverschillen. Zo is recent bekend geworden dat vrouwen met boezemfibrilleren op lange termijn

meer risico hebben op overlijden of een beroerte dan mannen met dezelfde aandoening. En dat vrouwen na een acuut hartinfarct een slechtere prognose hebben dan mannen na een acuut hartinfarct.'

Risico

Het streven is de bestaande kennis over vrouwen te implementeren in het onderwijs aan studenten, maar ook aan collega-cardiologen, huisartsen en artsen in opleiding, zegt zij. 'Zodat huisartsen en specialisten een betere risico-inschatting kunnen maken en vrouwen dus beter kunnen behandelen. Uiteraard willen we geslachtsverschillen vanaf nu ook meenemen in onderzoek en zo onze kennis vergroten. Ook al maakt dat onderzoek vaak ingewikkeld en kostbaar.'

Onlangs kreeg Yolande Appelman van de Raad van Bestuur van VUmc de opdracht een regiegroep samen te stellen en een plan te maken voor implementatie van gender in wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en in de kliniek. 'Dit is voor zover ik kan nagaan uniek in Nederland. We hopen de komende twee jaar grote stappen te zetten.'

Ongelijkheid

In 2011 richtte WOMEN Inc., een maatschappelijke organisatie die de kansen van vrouwen wil vergroten, de 'Alliantie Gender & Gezondheid' op. Dit is een genootschap van 40 specialisten dat aandacht vraagt voor gendersensitieve zorg. Directeur Jannet Vaessen: 'Bij emancipatie gaat het vaak vooral om sociaaleconomische kwesties, zoals ongelijke beloning. Maar door een toenemend aantal schrijvende verhalen van artsen realiseerden we ons dat de ongelijkheid ook aanwezig is in publieke diensten als de gezondheidszorg. Alle leerboeken zijn gebaseerd op het mannenlichaam. Dat betekent dat symptomen bij vrouwen minder goed zijn beschreven, worden herkend en dus behandeld. De onwetendheid over het vrouwenlichaam bedreigt levens op dit moment. Dat moet anders, we wil-

len ook voor vrouwen effectieve kwaliteitszorg.'

Migraine

Samen met het instituut ZonMw onderzochten de Alliantieleden bij welke aandoeningen het kennisgebrek over het vrouwenlichaam het meest nijpend is. Resultaat is de 'Kennissagenda Gender en Gezondheid', die medio 2015 werd overhandigd aan het ministerie van VWS. Deze plaatst vijf ziekten in de spotlight: hart- en vaatziekten (hartinfarcten worden bij vrouwen vaak gemist), reuma (vrouwen krijgen gemiddeld 5 jaar later de diagnose dan mannen), psychische klachten (onjuiste denkbelden over typische vrouwen- en mannenziekten), migraine (komt twee keer zo vaak voor bij vrouwen, wordt vaak als kwaal weggeschreven) en medicijnen (vrouwen hebben 60 procent meer kans op bijwerkingen van geneesmiddelen dan mannen).

Jannet Vaessen
is directeur van WOMEN Inc. In 2011 ontstond de alliantie Gender en Gezondheid, een genootschap van 40 specialisten dat aandacht vraagt voor gendersensitieve zorg.

Ook namen leden van de Alliantie het medisch onderwijs in de acht UMC's onder de loop: in hoeverre hebben de basisopleidingen aandacht voor man-/vrouwverschillen? Jannet Vaessen: 'Een mooie uitkomst was dat het vaak de studenten zijn die, door prikkelende vragen te stellen aan de oudere leermeesters, het onderwerp agenderen. Juist die nieuwsgierige onbevangenheid kan het verschil gaan maken.' Het pleidooi van de Kennisagenda is heel simpel, besluit zij. 'Voor gendersensitieve zorg moeten de kennislacunes worden ingelopen, zowel met nieuw onderzoek als met onderwijs. We zijn er trots op dat VWS-minister Schippers inmiddels heeft toegezegd hierin te willen investeren.'

Herkennen

De kern van het probleem is dat we de ene helft van de mensheid behandelen alsof het de andere is, meent Marith Volp, huisarts in Amsterdam Nieuw-West en PvdA-Kamerlid.

Als voormalig voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen maakt zij zich al jaren hard voor gendersensitieve geneeskunde. 'Ja, de hormoonhuishouding van vrouwen kan de betrouwbaarheid van onderzoeksuitkomsten beïnvloeden. Maar door vrouwen niet mee te nemen in onderzoeken doen we de helft van de populatie te kort. Dus we herkennen klachten bij vrouwen vaak niet, we onderzoeken de verkeerde symptomen en vervolgens schrijven we medicijnen voor waarvan we niet weten of ze ook bij vrouwen werken. Geloof me, dat vind ik niet prettig in mijn spreekkamer.'

Onderwijs

De afgelopen tien jaar neemt de bewustwording over man-/vrouwverschillen in de zorg wel toe, constateert zij. 'Ook in Den Haag is er nu meer aandacht voor. Twee jaar geleden werd een motie aangenomen over het benadrukken van gendersensitieve zorg in het onderwijs. Dat betekent dat we daar vanaf het basiscurriculum veel meer aandacht aan moeten besteden. Vanaf het begin

Marith Volp
is huisarts en PvdA-kamerlid. Als voormalig voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen maakt zij zich al jaren hard voor gendersensitieve zorg.



moet je elke student ervan bewust maken: behandel ik deze vrouw alsof het een man is of behandel ik de klachten van deze vrouw? Ook bij de specialistenopleidingen is wat dit betreft er nog een wereld te winnen.'

Auto-immuunziekten

In Den Haag worden ook stappen ondernomen om onderzoek onder vrouwen te stimuleren, vervolgt zij. 'Bij hart- en vaatziekten zie je daar al een duidelijke versnelling in. Bij andere ziekten moeten we nog beginnen. Auto-immuunziekten bijvoorbeeld komen veel meer bij vrouwen voor. Dus moet je onderzoeken waarom dat specifiek bij vrouwen voorkomt en welke behandelingen dat vereist. Dat geldt ook bij andere aandoeningen. Bij alle ziekten wil je weten: zijn er verschillen tussen mannen en vrouwen in symptomen, diagnostiek en behandeling? Dat vereist ingewikkelder onderzoek en investeringen.' Marith Volp is ervan overtuigd dat het kabinet in onderzoek zal investeren. 'Den Haag werkt vrij simpel: als je mensen verkeerd behandelt gaat dat ten koste van hun gezondheid en de mogelijkheden die ze hebben om goed te functioneren. Dat kost geld. En dat geld kun je beter investeren in goed onderzoek naar wat wel helpt.'

Yolande Appelman

is interventiecardioloog bij VUmc. In opdracht van de RvB stelt ze een regiegroep samen voor implementatie van gender in wetenschappelijk onderzoek, onderwijs en zorg.



WAS WILL DASS WEIB?

Zeventig procent van de huidige studenten geneeskunde is vrouw. En het merendeel van hen geeft aan later parttime te willen gaan werken. Tot deze opmerkelijke conclusie komt Margret Alers op basis van onderzoek bij de vakgroep Vrouwenstudies Medische Wetenschappen van het Radboudumc.

Margret Alers promoveerde vorig jaar bij Toine Lagro en Petra Verdonk op een follow-uponderzoek naar de beroepsvoorkeuren van medische studenten van het Radboudumc. Zij vroeg alle studenten tijdens hun eerste, derde en zesde studiejaar naar hun specialisatievoorkeur en de motieven daarvoor, zoals het salaris of de mogelijkheid tot het combineren van werk en zorg. De resultaten van de Nijmeegse studenten vergeleek zij met de resultaten van studenten in Zweden, waar eenzelfde onderzoek plaatsvond. 'Het aantal vrouwelijke studenten in Nijmegen dat voltijds wil werken, neemt gedurende de studie steeds meer af', vertelt zij. 'Halverwege de studie wil nog maar 30 procent van de vrouwelijke studenten voltijds werken. Terwijl mannelijke studenten vanaf het begin tot het eind van hun studie aangeven later voltijds te willen werken.'

Huisarts

De specialisatievoorkeuren van de Nijmeegse studenten hangen

samen met de parttime werken-wens, vervolgt zij. 'In het begin willen zowel mannelijke als vrouwelijke studenten chirurg en kinderarts worden. Naarmate de studie vordert blijven mannelijke studenten consequent kiezen voor chirurgie. Vrouwelijke studenten kiezen vaker voor gynaecologie, maar aan het eind van de studie hebben vrouwelijke studenten een grotere voorkeur voor huisartsgeneeskunde, een keuze die relateert aan parttime werken.' De motieven achter de uiteindelijke beroepsvoorkeur noemt zij 'heel schokkend'. 'Bij vrouwelijke studenten meetten we vanaf het begin en gedurende de rest van hun studie dat ze bij hun beroepskeuze al anticiperen op de combinatie werk en zorg voor eventuele

Magret Alers

deed onderzoek bij de vakgroep Vrouwenstudies Medische Wetenschappen van het Radboudumc. Zeventig procent

van de huidige studenten geneeskunde is vrouw. En het merendeel van hen geeft aan later parttime te willen gaan werken.



kinderen. Mannelijke studenten kiezen voor chirurgie vanwege 'carrière' en 'technische vaardigheden'. Zij overwegen in het begin van hun studie nog of de combinatie werk en zorg iets voor hen kan zijn. Maar vanaf hun derde jaar zijn zij het met de vrouwelijke studenten eens: de mannelijke studenten vinden dat vrouwen de combinatie werk en zorg voor kinderen op zich moeten nemen. En de vrouwen vinden dat dus zelf ook!

Een extra bepaler voor de beroepsvoorkeur bij de vrouwelijke studenten zijn de ervaringen tijdens de coschappen, vervolgt Alers. 'Vrouwen lijken sfeergevoeliger: zij voelen zich minder thuis in mannenbolwerken en als ze daar slechte ervaringen opdoen, nemen ze die bij hun keuze mee.' Overigens lieten Zweedse studenten heel andere resultaten zien. Alers: 'In Zweden, een heel ander land qua werkcultuur en gelijkheid tussen man en vrouw, hebben we geen sekseverschil in beroepsvoorkeur gemeten.'

Zoek het maar uit

Margret Alers is benieuwd wat het beroepen-

veld met deze feiten gaat doen. 'Blijven we zeggen tegen die vrouwelijke internist-in-opleiding: Je mag hier komen werken en zoek het verder maar uit met je gezinsleven. Of zeggen we: We willen je in de medische arbeidsmarkt inzetten op je competenties, onafhankelijk van je kinderwens. En om dat te kunnen doen kijken we hoe buurlanden, waar het wel werkt, dit mogelijk maken.'

"We moeten flexibeler worden"

Voor Marith Volp, huisarts, PvdA-Kamerlid en voormalig voorzitter van de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen, komen de uitkomsten van Margret Alers' onderzoek niet als een verrassing. 'Arts zijn is een vak dat heel veel van je vraagt. En van jonge vrouwen vraag je, in een periode dat ze ook aan een gezin willen beginnen, om zich meer dan 100% te committeren. Ik vind dat we wel wat flexibeler mogen zijn. Waarom zouden we geen parttime chirurg mogen zijn? Waarom moeten we tijdens de opleiding 80 uur per week werken. Word je daar nou een betere dokter van? Ik geloof er niets van. Het gaat erom dat we met elkaar, en dat geldt ook voor jonge mannen die naast hun chirurg-zijn een gezin willen stichten, op een andere manier de zorg gaan inrichten. We moeten zorgen dat de flexibiliteit erin komt. Zeg gewoon: ik werk fulltime, maar op woensdag werk ik thuis. En maakt het uit dat je dan op het voetbalveld bent bij je kind? Nee, want je werkt die avond waarschijnlijk drie maal zo hard achter je pc door. Ook hebben we rolmodellen nodig die voor de parttime variant pleiten. Zowel voor vrouwen als voor mannen, want ook mannelijke artsen willen er voor hun kinderen zijn. Bovendien moeten we af van bepaalde maatschappelijke tendensen. Zoals de tendens dat het aanzien van het vak afneemt zodra er meer vrouwen in het vakgebied komen. Je vormt met elkaar een team en je bekijkt hoe je binnen dat team elkaar kunt aanvullen. Niet op basis van geslacht maar op basis van kwaliteiten.'

"Trek je jas uit naar b



e witte
en stap
uiten!”

Annemieke Roobeek schuwt niet het beestje bij de naam te noemen. Ze schildert in dit essay het zorglandschap in de 21-ste eeuw en wat dit vraagt aan leiderschap. De aanleiding hiervoor is de start van een nieuwe minor dit voorjaar bij VUmc in samenwerking met Nyenrode: Leiderschap en Management.

DOOR: ANNEMIEKE ROOBEK ONDER REDACTIE VAN: WILMA MIK
ILLUSTRATIE: MONIQUE WIJBRANDS

Allereerst geef ik u een schets van een aantal grote ontwikkelingen in de gezondheidszorg, geïllustreerd aan de hand van VUmc, een medisch centrum waar ik de afgelopen twintig jaar nauw bij was betrokken. VUmc laat grote veranderingen zien in het afgelopen decennium. Van een starre, stijve, hiërarchische organisatie met allemaal gesloten winkeltjes van afzonderlijke specialisten met hun eigen eigenaardigheden naar een meer gestroomlijnde, geclusterde organisatie. Een organisatie die ook steeds meer de blik naar buiten gaat richten. Tegelijkertijd is de behoefte van de patiënt steeds serieuzer genomen, hij wordt steeds meer een cliënt. En dus is er een heel andere werkwijze in het VUmc ontstaan: op een slimme, logistieke manier wordt de patiënt door de verschillende diagnosestations geloodst. Dat kost veel minder tijd en is minder belastend voor patiënt en begeleider. Ook voor de specialisten pakt deze patiëntgestuurde aanpak gunstig uit. De samenwerking is nu interdisciplinair, zowel intern als extern, met gebruikmaking van moderne technologie. Daardoor ontstaat op een efficiënte en snelle manier een compleet beeld van de patiënt. Ziehier de vorming van een netwerk in de gezondheidszorg, met als doel: samen de beste zorg regelen met en rondom de patiënt. Werken in zo'n netwerk vergt overigens wel nieuwe vaardigheden van zowel verplegend, ondersteunend als medisch personeel.

Gezond blijven

Een andere majeure trend is de toename van het belang van preventie. Een groot deel van de zorg zal in de toekomst preventief zijn. Dan gaat het om advies over leefstijl, over het gebruik van medicijnen, een complete doorlichting. Kijk naar al die Nederlanders die in Duitsland een scan laten ▶

ESSAY

maken, dat wordt steeds gewoner. Ook daar hoort een andere benaderingswijze bij. Het gaat hier immers niet om patiënten maar om gezonde mensen die gezond willen blijven. Inspelen op deze ontwikkeling is van levensbelang voor ziekenhuizen. Het worden belangrijke centra rondom leefstijl. Ze gaan samenwerken met de wereld van beweging en sport, de rol van fysiotherapeut en bewegingsdeskundige wordt belangrijker. Hetzelfde geldt voor voeding. Het ziekenhuis van de 21-ste eeuw levert voedingsadviezen op maat en werkt nauw samen met de voedingstechnologie en diëtetiek, met supermarkten en vernieuwers in de voedingsmiddelenindustrie. En denk ook aan medische gadgets, die stormenderhand hun plek veroveren. Je kunt er zelf allerlei zaken op bijhouden, maar als je iets overkomt, hebben de artsen meteen een vrij compleet beeld van je vanwege al die verzamelde data. Die gadgets gaan ook ingezet worden bij slimme woningen. Met de vergrijzende bevolking is domotica noodzakelijk. Je moet er niet aan denken dat mensen voor elk wisselwasje naar een ziekenhuis gaan, dat is niet meer op te brengen. Preventie levert de grootste besparing op in de zorg. Willen ziekenhuizen een relevante rol blijven spelen in de zorg dan zal de focus niet alleen op superspecialisaties moeten liggen, maar ook op het integrale beeld van gezonde mensen in de samenleving. Dan moet je wel de witte jas uit en het mantelpak of jack aan en naar buiten trekken en de samenwerking zoeken. Ook hier is een netwerk van groot belang.

Netwerkleiderschap

Hoe stuur je deze nieuwe manier van werken en benadering aan? Wat voor leiders heb je hiervoor nodig? Netwerkleiderschap vraagt iets extra's bovenop regulier leiderschap: je moet erop uit, je moet verbindingen gaan leggen, binnen en buiten het ziekenhuis. Als bijvoorbeeld blijkt dat natuurlijke of biologische voeding een grote impact heeft op de gezondheid, zul je met de supermarkten om tafel moeten. Zo'n netwerk noem je een ecosysteem: verbindingen leggen buiten je eigen branche. Voor het ecosysteem rond de gezonde samenleving kun je denken aan verbindingen tussen zorg, wonen, werken, bewegen, voeding, data, medische technologie en mobiliteit. Bij netwerkleiderschap hoort ook horizontaal management. En dat vraagt nogal wat aanpassing van medische centra. Die zijn nog steeds sterk hiërarchisch georganiseerd met veel lagen en staan wat dat betreft nog in de jaren vijftig. Gelaagdheid is altijd een belemmering voor innovatie en verandering. Als iets over veel schijven moet, zijn er altijd teveel partijen die een eigen belang hebben om niet in beweging te komen. Horizontaal leiderschap met mandaat is nodig om sneller te kunnen

schakelen, kennis te combineren, nieuwe dingen uit te proberen in levensechte settings. De netwerkleider heeft ook vaardigheden nodig om een goed verhaal te kunnen vertellen als zij of hij erop uit trekt. De gemiddelde specialist kan alleen iets vertellen over zijn eigen specialisme, terwijl juist een heldere blik op het grotere geheel steeds belangrijker wordt. VUmc heeft een aantal hoogleraren die al die verschillende vaardigheden in huis hebben, denk bijvoorbeeld aan Philip Scheltens van het Alzheimercentrum. Hij is een verbinder, die een van de moeilijkste ziektes maatschappelijk kan duiden. Tegelijkertijd geeft hij leiding aan superspecialistisch, innovatief onderzoek. Ook kweekt hij veel *goodwill* bij bedrijven, particulieren, patiënten en zijn eigen medewerkers en collega's bij VUmc en daarbuiten. Die stijl van werken past bij een moderne visie van de zorg in de 21ste eeuw en wat de rol van een medisch centrum kan zijn. Het mooie is dat zo'n rolmodel gewoon bij VUmc rondloopt en dat we er gelukkig steeds meer van hebben, je hoeft dus niet je toevlucht te nemen tot allerlei Amerikaanse goeroeboeken.

Leadership and Management Minor

In het voorjaar van 2016 start de minor Leadership and Management, een co-productie van VUmc en Nyenrode Business Universiteit. Deze eerste versie is bedoeld voor maximaal 10 studenten uit de bachelorsfase geneeskunde van VUmc. Aan bod komen onder meer organisatorische processen in de zorg, leiderschapskwaliteiten, persoonlijke competenties en waarden als arts en als verantwoordelijke leider, samenwerken, coalities bouwen, kostenbewustzijn.



Tot wasdom komen

Moderne managementvaardigheden zitten niet als vanzelfsprekend in de studie geneeskunde, ook Scheltens heeft zichzelf op diverse terreinen moeten bijscholen om op deze manier een effectieve en empathische netwerkleder te worden. Het is geweldig dat studenten van VUmc met de minor Leiderschap en Management nu de kans krijgen deze vaardigheden al op te doen tijdens hun studie. De samenwerking met Nyenrode past goed. Wij reiken op Nyenrode nieuwe en *evidence based* managementconcepten aan die voor de praktijk gemaakt zijn. Dat sluit perfect aan bij artsen die vaak ook buitengewoon praktisch zijn ingesteld. Naast een gereedschapskist met kennis en managementvaardigheden komen ook persoonlijke competenties aan bod in deze leergang. Als arts sta je vaak voor grote beslissingen die leven en dood raken. Tegelijkertijd moet je als leider ook beslissen welke mensen in jouw team passen, met welke mensen je gaat samenwerken. Hoe kun je interdisciplinaire projecten opzetten, wie komen daar dan samen, hoe organiseer je dat? Welke mensen zijn daartoe beter in staat dan anderen? En hoe stimuleer je anderen, welk potentieel zit er om je heen en hoe kun je dat tot wasdom laten komen? Is een verbinding maken met een collega in een aanpalend vakgebied soms beter dan te blijven zitten waar je zit? Weten wanneer je moet bijsturen en medewerkers aanspreken op zaken die niet goed gaan; ook dat is leiderschap tonen. Je leert jezelf heel erg goed kennen in deze leergang.

Slangen in pakken

Een flinke portie bedrijfspsychologie hoort ook thuis in de minor. In de top van organisaties komt narcisme steeds meer voor. Het boek *Snakes in Suits* laat zien hoe je je daartegen kunt verweren. Je vindt ze overal deze narcistische leiders, bij de Goldman Sachs, bij grote adviesbureaus. Het zou mij niet verbazen als de medische sector er ook veel van heeft. Uitbannen, denk ik dan. Dit gedrag kost heel veel energie en doodt talent van de mensen er omheen. Een ander facet dat aan de orde komt is kostenbewustzijn. Je moet je als medicus en netwerkleder realiseren hoeveel geld er in deze sector omgaat. Ongeveer 25% van ons bruto nationaal inkomen gaat naar de zorg. Dat is veruit de grootste sector in ons land! Je functioneert dus in een zeer kapitaalintensieve sector. Besef dat dit een miljardenindustrie is en dat de toch ruimhartige toedeling aan de zorg niet vanzelfsprekend alsmaar door kan gaan. Nieuwe bedrijfsmodellen zijn ook in de zorg nodig. Wellicht kunnen in een vervolgleergang ook nog andere zaken aan bod komen, zoals een vergezicht van de toekomstige zorg en samenleving, het vak strategie en organisatie. Maar ook het conceptuele denken om innovatieve werkwij-

zen te ontwikkelen die tussen de disciplines liggen, en uiteraard het werken in eco- en netwerksystemen waarin de verschillende partijen samenkomen om te innoveren.

Statement

Ik ben enthousiast over de nieuwe minor, maar er is meer nodig. Binnen vrijwel alle ziekenhuizen heerst een extreme competitie in medische teams, omdat je met slimme, ambitieuze mensen hebt te maken. Dat is een bron voor het maken van fouten en dat klimaat kun je door een ander soort leiderschap en management veranderen. Daarom is het toe te juichen dat juist dit soort managementopleidingen geïntegreerd worden in de medische opleidingen. Maar tegelijkertijd moet je dan ook iets doen aan het klimaat op de werkplek zelf. Want als daar het elkaar de loef afsteken en de venijnige concurrentie de overhand houden, is het dweilen met de kraan open. De top zou een statement moeten maken: Als dit soort opleidingsprogramma's van start gaan, willen we ook dat de intermenselijke wijze van aansturen congruent is met de waarden waarvoor VUmc staat. En dus moet er beoordeeld worden op een ander soort leiderschap. Daar valt nog een grote slag te maken.

CV in het kort

Het complete CV van Annemieke Roobeek (57) beslaat enkele A-4-tjes. Hier een kleine selectie.

Ze zat meer dan tien jaar namens de OR in de Raad van Toezicht van VUmc en ook meer dan 10 jaar in het bestuur van de stichting VUmc Fonds, bekleedde verschillende leerstoelen aan de UvA en op Nyenrode, waar zij momenteel de leerstoel Strategie en Transformatiemanagement vervult. Zij zat en zit in zeer uiteenlopende Raden van Commissarissen en Raden van Toezicht. Momenteel is zij commissaris bij ABN AMRO, KLM en Abbott Healthcare Products. Zij is directeur-eigenaar van MeetingMoreMinds.

Annemieke Roobeek is niet betrokken bij de opzet van de nieuwe minor Leadership and Management.

MEELOPEN MET...

ARTS-ASSISTENT THOMAS KOEDAM

“VOORAL DAT WE
MET MENSELIJK
MATERIAAL
WERKEN WORDT
GEWAARDEERD”

Twee jaar geleden ontwikkelden - toen nog coassistenten - Thomas Koedam, Jorn Meekel, Pauline Ostendorf, Jocelyne Peters en Niek van Regteren, de Basic Suturing Course. Een basiscursus hechten voor coassistenten en A(N)IOS van VUmc. Tijdens het examen van alweer de zevende lichting cursisten lopen we met Thomas mee. “Ik hoop dat jullie geen last hebben van een zwakke maag.”

DOOR LARISSA VELKERS BEELD MARIEKE VAN DER VELDEN

18.30 uur

In een nog bijna lege anatomiezaal onderin het faculteitsgebouw, checken Thomas en collega-docenten/examinatoren de tafels een laatste keer. Scalpels, naalden, hechtdraad en vijf ‘fresh frozen’ mensenbenen liggen klaar. Het is woensdagavond, vlak voor aanvang van het theorie- en praktijkexamen van de Basic Suturing Course.

Sinds de start van de cursus is het alweer de zevende keer dat het examen afgelegd wordt. “De animo is overweldigend”, vertelt Thomas. “Na de eerste editie kwamen de aanmeldingen vanuit het hele land binnenstromen. Dat konden we helemaal niet aan. Daarom





besloten we het in eerste instantie te beperken tot de regio van VUmc. Een eventuele uitbreiding stellen we uit tot het concept volledig staat.”

Volgens de initiatiefnemers is de Basic Suturing Course dan ook geen overbodige luxe. “Er wordt tijdens de opleiding natuurlijk wel aandacht aan besteed, maar kennelijk niet genoeg. Bovendien hoorden we van chirurgen dat veel deelnemers aan de Advanced Suturing Course, de laparoscopische hecht- en knoopp cursus, de basishecht-techniek nog niet onder de knie hadden. Hierdoor ging er tijdens die cursus veel tijd verloren. Zonde!” Het idee voor een basiscursus hechten was geboren.

19.00 uur

De eerste vijftien cursisten die vanavond hun proeve van bekwaamheid zullen afleggen, komen binnen. Enigszins gespannen horen ze de uitleg over het verloop van de avond aan. De groep wordt in drieën gedeeld en niet veel later klinkt het ‘startschot’ voor de eerste ronde.

19.05 uur

Met trillende handen en in oppperste concentratie beginnen de kandidaten aan de toets. Aan verschillende tafels worden, één op één met een examinator, de hechtvaardigheden getest. “De deelnemers moeten meerdere hechtin-

gen laten zien, onder andere de trans-, sub- en intracutane hechting. Natuurlijk hebben we hier tijdens eerdere cursusavonden al mee geoefend, zowel op varkenspootjes als op het ‘fresh frozen’ materiaal, maar het blijft toch een examen. Bovendien bestaat deze groep alleen uit coassistenten. Zij hebben vaak nog nooit ‘echt’ gehecht. Vandaar de trillende handen”, zegt Thomas. Dat gastro-intestinaal chirurg Donald van der Peet meekijkt, is ook niet echt bevorderlijk voor het in bedwang houden van de zenuwen. “Van der Peet is een van de specialisten die gedurende de cursus toeziet op de kwaliteit van de opleiding en tijdens het examen de kennis en

kunde van de deelnemers controleert”, vertelt Thomas. “Er is toen we startten met de ontwikkeling van de cursus een speciale commissie samengesteld om dit te doen. Hierin zitten ook gastro-intestinaal chirurg Jeroen Meijerink en plastisch chirurg Mark-Bram Bouman.

19.15 uur

Terwijl er aan de tafels gehecht wordt, leggen de andere deelnemers het theorie-examen af en worden hun knooptechnieken beoordeeld. “Met behulp van een knoopplankje laten zij de platte en chirurgische knoop zien. Dat moeten ze in principe blind kunnen doen”, zegt Thomas. “Als het goed is hebben ze hier thuis dan ook flink op geoefend.”

De Basic Suturing Course bestaat uit drie lesavonden en het examen. Na iedere les hebben de deelnemers twee weken de tijd om te oefenen met materiaal dat ze na de eerste cursusavond meekrijgen. De eerste les staat in het teken van het knopen. Tijdens de tweede les oefenen de cursisten met hechten op varkenspootjes en in les drie met fresh frozen materiaal, niet-gebalsemde delen van het menselijk lichaam. “Met name het feit dat we met menselijk materiaal werken wordt door de cursisten enorm gewaardeerd”, vertelt Thomas. “Oefenen op een varkenspoot is al heel waardevol, maar dit geeft toch het echte weefselgevoel. Alles met als doel de patiënt straks optimaal te kunnen behandelen.”

De aankoop van het fresh frozen materiaal, de instrumenten en het gebruik van de anatomiezaal worden onder andere bekostigd met het cursusgeld. Thomas: “Gelukkig kunnen we de kosten voor de deelnemers relatief laag houden, doordat we ook gesponsord worden door de industrie en de deelnemende afdelingen.”

19.29 uur

“Nog één minuut!”, klinkt het door de zaal. Het theoriegedeelte en het knopen zitten er zo goed als op. Hierna gaan deze deelnemers door met het invul-

len van de evaluatieformulieren. “Dit doen we vooral om feedback te krijgen op onze vaardigheden”, legt Thomas uit. “Om optimale kwaliteit te kunnen bieden willen we van de deelnemers weten hoe zij de cursus hebben ervaren, of ze geleerd hebben wat ze verwachtten en hoe onze didactische vaardigheden zijn.”

Toen Thomas en zijn mede-initiatiefnemers het plan opvatte voor de Basic Suturing Course, waren zij zelf nog coassistent. “Voordat wij in staat waren om een cursus te geven, moesten we eerst zelf in de leer. Wij zijn didactisch geschoold en opgeleid, beoordeeld en bevoegd verklaard door de chirurgen Jeroen Meijerink en Mark-Bram Bouman. De cursus is vervolgens in nauwe samenwerking met de afdelingen Heelkunde en Plastische Chirurgie ontwikkeld.”

Inmiddels is de cursus organisatorisch gedeeltelijk overgenomen door VUmc Amstel Academie en is het team van vijf docenten uitgebreid naar een poule van leraren, waaronder een aantal oud-cursisten. Thomas: “We werken volgens het teach-the-teacherprincipe. Het is dus de bedoeling dat het stokje keer op keer wordt overdragen van docent op cursist. Ik zal me op een gegeven moment ook helemaal terugtrekken. Maar zolang het nog past naast mijn baan, vind ik het wel erg leuk om les te geven.”

20.30 uur

Terwijl de tweede groep van vijftien zich opmaakt voor het examen, verlaat groep één opgelucht de zaal. Op naar de borrel. En Thomas, tevreden? “Het wisselt per cursus, maar deze groep was redelijk. Vooralsnog ziet het ernaar uit dat de meerderheid geslaagd is. Natuurlijk kunnen we dat nog niet met zekerheid zeggen, de theorietoetsen moeten we nog nakijken, maar ik verwacht dat de meesten binnenkort hun certificaat komen halen.”



“Voordat wij in staat waren om een cursus te geven, moesten we eerst zelf in de leer. Wij zijn didactisch geschoold en opgeleid, beoordeeld en bevoegd verklaard door de chirurgen Jeroen Meijerink en Mark-Bram Bouman. De cursus is vervolgens in nauwe samenwerking met de afdelingen Heelkunde en Plastische Chirurgie ontwikkeld.”



De Basic Suturing Course

De Basic Suturing Course is een cursus voor coassistenten en arts-assistenten die zich, naast het reguliere hechtonderwijs, willen bekwamen in het knopen en hechten. De cursus bestaat uit drie lessen van 2,5 uur en een theorie-

en praktijkexamen. Alle basistechnieken komen aan bod. Je oefent zowel 'droog' als op dierlijk (varkenspootjes) én fresh bevroren humaan materiaal. Alles onder begeleiding van ervaren instructeurs en onder toezicht oog

van specialisten. Na het succesvol afleggen van beide examens ontvang je een certificaat. Meer informatie is te vinden op basicsuturingcourse.nl.

casestudy
leiderschapsprogramma

EIGEN KWEEK

Leiderschap is een geliefd thema onder denkers, onderzoekers en trainers. Vele duizenden boeken wijzen de weg. En wie zich wil bekwamen door middel van een opleiding, komt terecht in een jungle van aanbieders. De Britse National Health Service heeft het heft in eigen hand genomen.

DOOR MARIANNE MEIJERINK
BEELD iSTOCK



“The way we manage ourselves is a central part in being an effective leader”

De Britse nationale gezondheidsdienst NHS kampt met grote problemen. De wachtlijsten zijn lang, de kosten exorbitant en het moreel onder de werknemers is laag. Problemen bovendien, die met het jaar groter worden. Goed leiderschap moet daar verbetering in brengen. De NHS heeft enkele jaren geleden een eigen Leadership Academy opgezet waar werknemers op alle niveaus hun leidinggevende competenties kunnen ontwikkelen. Wat leiderschap binnen de zorg is volgens de NHS een vak apart.

‘We face huge challenges across the world of health, social care and public health’, zei de hoogste bestuurder van de NHS, bij de oprichting van de Leadership Academy in 2012. ‘Our leaders must be better equipped and more innovative than ever before.’ Gedachte achter de oprichting van de Academy was dat leiderschap een professie is, naast alle andere binnen de zorg, en dat leiders gekwalificeerd moeten zijn voor hun functie, ongeacht het niveau waarop ze leiding geven. En: dat leiderschap is te leren. Het opleiden van getalenteerde mensen, gekoppeld aan loopbaanontwikkeling werd daarmee een kerntaak van de NHS. Met ruim anderhalf miljoen werknemers bood het aanboren van het eigen potentieel aan leiders immers meer perspectief dan het opsporen van leidinggevend talent van buiten. Inmiddels heeft de Academy een breed scala aan opleidingsmogelijkheden, met als basis een zelf ontwikkeld, wetenschappelijk onder-

bouwd leiderschapsmodel. Begin 2015, krap drie jaar na de oprichting, hadden meer dan 35.000 NHS werknemers een cursus gevolgd.

Healthcare Leadership Model

‘Ben ik zichtbaar en beschikbaar voor mijn team?’ ‘Check ik of anderen mij begrijpen?’ ‘Neem ik de verantwoordelijkheid voor mijn daden?’ ‘Moedig ik mijn team aan om problemen te signaleren en ze op te lossen?’ In het Healthcare Leadership Model draait het om dit soort gewetensvragen. Door ze te beantwoorden, niet in de vorm van ja of nee, maar beargumenteerd, kunnen leiders of leiders-in-wording zich een beeld vormen van hun eigen gedrag en bepalen welke vaardigheden ze verder zouden moeten ontwikkelen. Want, is de redenering van de Academy, leiderschap is een kwestie van persoonlijke kwaliteiten: ‘The way we manage ourselves is a central part in being an effective leader.’ In het model zijn de vragen gegroepeerd rond negen dimensies van effectief leiderschap. Ze hebben onder meer betrekking op het uitdragen en beschermen van waarden, leiden met zorg en aandacht, gebruik van informatie, richting geven, en het uitdagen en ondersteunen van medewerkers. Het model is bedoeld als referentiekader en leidraad voor iedereen die op welke manier dan ook, zijn/haar leiderschap wil verbeteren en is toepasbaar in elke setting, klinisch of niet –klinisch en op elk niveau van leidinggeven, of dat nu een klein team is of een compleet ziekenhuis. Het model is geen keurslijf, ieder kan de onderde-

De National Health Service: UNIEK SYSTEEM, GROTE PROBLEMEN

De National Health Service (NHS) biedt alle Britten gratis basisgezondheidszorg. Het is een uniek systeem dat al sinds 1948 bestaat. De vier afdelingen – Engeland, Wales, Schotland en Noord-Ierland – worden elk door hun eigen overheid gefinancierd. Ze vallen onder verantwoordelijkheid van de ministeries van volksgezondheid maar opereren zelfstandig. Bij de NHS werken in 1,7 miljoen mensen. Het is daarmee een van de grootste werkgevers ter wereld. Het totale budget (voor het gehele Verenigd Koninkrijk) bedraagt 136,7 miljard pond (2015-2016). De Britten hebben een haat-liefdeverhouding met de NHS. De dienst wordt beschouwd als een verworvenheid maar is ook een bron van ongenoegen, dat laatste onder aanvoering van de media die de NHS uiterst kritisch volgen. Zo’n 10 procent van de Britten verzekert zich aanvullend particulier om gebruik te kunnen maken van privéklinieken.

len en vragen op elke gewenste manier en volgorde gebruiken. De antwoorden bieden een persoonlijk richtsnoer bij het volgen van de leiderschaps cursussen.

Evidence based

Het Healthcare Leadership Model is door de Academy ontwikkeld op basis van zorgvuldig wetenschappelijk onderzoek, in samenwerking met onderzoekers van de Open University en experts van een organisatieadviesbureau. Het startte met een verkennende fase waarin bestaande gegevens – uitkomsten van literatuurreviews, expertkennis, databasis, leiderschapsmodellen – over effectief leiderschap werden verzameld. Dat resulteerde in een eerste basismodel. In de tweede fase werd typerend en effectief leiderschapsgedrag geïdentificeerd aan de hand van interviews op alle niveaus binnen de NHS. Met uitkomsten werd het concept model bijgeschaafd. Testsessies binnen de NHS ten slotte, gaven input voor het optimaliseren van de gebruikersvriendelijkheid van het model.

Persoonlijke ontwikkeling

Met het leiderschapsmodel heeft de NHS Academy een standaard gecreëerd voor leiderschap in de gezondheidszorg. De zorg heeft volgens de NHS leiderschap nodig waarin aandacht is voor de emotionele kant van het werk en minder nadruk ligt op taken en targets. Daarom draait het in de programma van Academy vooral om persoonlijke ontwikkeling. Alle opleidingen zijn laagdrempelig van opzet en overwegend online, meestal aangevuld met onderwijssessies in de eigen regio. Starters kunnen hun leiderschapsvaardigheden ontwikkelen met een gratis online cursus, waarbij het vooral gaat om het aanleren van een aantal essentiële competenties en zelfvertrouwen. Dit programma, het Edward Jenner Programme, is het meest in trek: begin 2015 hadden 23.000 NHS werknemers het gevolgd. Daarnaast zijn er opleidingen voor menen

die voor het eerst een leidinggevende functie hebben, en aparte programma's voor ervaren leiders in die verantwoordelijk zijn voor onderdelen van uiteenlopende grootte en complexiteit, een programma voor ambitieuze werknemers etnische achtergrond en leiders die een volgende stap willen maken naar een brugfunctie binnen grotere maatschappelijke politieke context. De deelnameprijzen stijgen met het niveau van de doelgroep, maar zijn over het algemeen niet hoog.

Wérkt het?

'Change at a scale and pace that the NHS has never seen before', beloofde een van de NHS directeuren bij de oprichting van de Academy. In hoeverre dat ook werkelijk lukt is vier jaar na de start nog moeilijk te zeggen. Aan positieve getuigenissen ontbreekt het in elk geval niet op de website van de Academy. Een enkele instelling presenteert verheugende cijfers: betere doorstroming, kortere wachttijden. De cursussen lijken een boost aan het moreel te geven. Werknemers zeggen blij te zijn met de ontwikkeling die ze doormaken, ontdekken onvermoede talenten bij zichzelf, krijgen meer voor elkaar of zien een belangrijke kentering. Of zoals iemand het verwoordt: 'The main change is bringing the patiënt back in everything we do.'

“We face huge challenges across the world of health, social care and public health”





Voorbeeld:

LEADING WITH CARE

Elke bouwsteen in het Healthcare Leadership Model bevat vier categorieën vragen, van basisvaardigheden tot gedrag dat kenmerkend is voor voorbeeldig leiderschap. Voor de

bouwsteen Leading with care, is de essentiële vraag in welke mate de leider zorg en aandacht geeft aan het team: Do I notice negative or unsettling emotions in the team? Do I carry out genuine acts of kindness for my team? Een sterke leider schept een klimaat waarin mensen elkaar steunen en kan beargumenteerd antwoord geven op

bijvoorbeeld de vraag of hij weet wat de mensen in zijn team drijft zodat die energie ook anderen ten goede kan komen. Een vakkundige leider gaat verder. Die moet in staat zijn onderliggende redenen voor gedrag te herkennen, zowel bij zichzelf als bij anderen. Een van de vragen is: Can I 'read' others, and act with appropriate empathy, especially if

they are different from me? Een voorbeeldige leider (categorie 4), ten slotte, is in staat om een 'zorgend klimaat' te scheppen ook buiten zijn eigen werkgebied. Met andere woorden, hij inspireert anderen om ook aan een zorgend klimaat te werken.

www.leadershipacademy.nhs.uk

KORT NIEUWS

ILLUSTRATIES MARIEKE VAN GILS

Erkenning CZO

OPLEIDING SEDATIE
PRAKTIJK SPECIALIST

Door de invoering van sedatie is gebleken dat patiënten rustig een onderzoek ingaan, deze niet bewust meemaken en goed weer wakker worden.

Een kwaliteitsverbetering die zowel ervaren wordt door de artsen die de onderzoeken uitvoeren als de patiënten die de onderzoeken ondergaan. Sinds januari 2013 zijn bij VUmc Amstel Academie al 90 mensen in opleiding (geweest). In januari dit jaar is bekend geworden dat deze opleiding nu ook erkend wordt door het college ziekenhuis opleidingen. *Meer info over de opleiding is te vinden op: www.vumc.nl/onderwijs*



RvB

HANS BRUG
STAPT LATER DIT
JAAR OVER
NAAR UVA

Hans Brug, lid van de raad van bestuur van VUmc, verantwoordelijk voor onderwijs en onderzoek, is per 1 september 2016 benoemd tot decaan van de Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen van de UvA.

Gezondheidswetenschapper Hans Brug (1963) is sinds 1

januari 2015 lid van de raad van bestuur van VUmc. Sinds 2007 is hij werkzaam bij VUmc; eerst als directeur van het EMGO instituut en divisievoorzitter, daarna als vice-decaan voor het wetenschappelijk onderzoek. Zijn benoeming tot lid van de raad van bestuur gold tot de realisatie van de bestuurlijke fusie met het AMC.

Onderzoek

ALS BESTE
GETEST...

I.O. magazine heeft in 2015 een kwalitatief lezersonderzoek gehouden. Het blad wordt goed ontvangen en goed gelezen. 75% van de lezers geeft aan het blad graag te ontvangen. 65% leest het magazine 15 minuten of langer. Het lezerspubliek geeft aan het magazine liever gedrukt te ontvangen zoals het nu is en niet digitaal. Ook geeft het merendeel aan het magazine graag drie keer per jaar te ontvangen en niet vaker.

Kennisnetwerk

KnowVU

Waardering

ARIADNE MEIBOOM WINNAAR DAVID A. PETERSON PRIJS

Ariadne Meiboom heeft de David A. Peterson prijs 2016 gewonnen voor haar onderzoeksartikel "The Hidden Curriculum of the Medical Care for Elderly Patients in Medical Education: A Qualitative Study". Coauteurs waren Chantal Die-drich, Henk de Vries, Cees Hertogh en Fedde Scheele. De prijs is een erkenning voor het excellente onderzoeks-werk en het belang ervan voor het onderwijs in de ouderengenees-kunde. De prijs is niet alleen een waardering voor de onderzoeksopzet en schrijfstijl, maar ook voor de vernieuwende waarde van het artikel.

Het Kennisnetwerk Onderwijs Vrije Universiteit (KnowVU) is een initiatief van deelnemers aan de eerste editie (2013-2014) van de Leergang Onderwijs-kundig Leiderschap en docen-ten die de Senior Kwalificatie Onderwijs (SKO) hebben behaald.

Belangrijkste doelstelling is het delen van kennis over onderwijs: het van elkaar leren, het elkaar vertellen over, elkaar advies

vragen en geven. In 2015 is de VU onderwijsvisie tot stand gekomen. Dit jaar wordt de visie uitgebreid. Bijvoorbeeld op gebied van ICT, wat in de praktijk meer en meer onderdeel van het didactische proces zal uitmaken. Komend jaar schenkt KnowVU daarom aandacht aan blended learning door middel van themamiddagen. Heb je interesse in een van de KnowVU bijeenkomsten? *Informatie is te vinden op www.know.vu.nl*



KORT NIEUWS



Rede

NIET DE BESTEMMING,
MAAR DE REIS

Op 8 januari sprak Saskia Peerdeman (hoogleraar, opleider én neurochirurg) haar rede uit bij het aanvaarden van de leerstoel 'medisch onderwijs en opleiden, in het bijzonder professionele ontwikkeling'.

Een leven lang leren om een goede dokter te blijven; dát is professionele ontwikkeling. De focus van de leerstoel zal liggen op het maken van onderwijs en trainingen die de geneeskundestudent, artsen in opleiding en specialisten ondersteunen in hun professionele ontwikkeling. Vakoverstijgende thema's hebben de nadruk, zoals patiëntveiligheid, professionele communicatie en het functioneren van teams. De concepten zijn telkens hetzelfde: dichtbij de context,

vanuit de beroepspraktijk, waarbij de algemene competenties getraind worden rond maatschappelijk relevante thema's. Deze vorm heeft een hoog leerrendement, en kan direct in de praktijk toegepast worden. Het onderzoek zal zich richten op motivatie: welke factoren maken dat een medisch specialist gemotiveerd is of haar vak uitoefent? Daarnaast wordt onderzoek verricht naar het functioneren van teams: hoe kunnen we de expertise die in een team aanwezig is zo goed mogelijk benutten om de patiëntenzorg zo goed en veilig mogelijk te laten verlopen? Met het maken en aanbieden van de trainingen en het doen van het onderzoek kan de professionele ontwikkeling van de zorgprofessional geoptimaliseerd worden.

Onderzoek

MEER DAN 150 E-LEARNING- MODULES VOOR CARDIO- VASCULAR RESEARCH

De VU heeft afgelopen zomer een digitale leeromgeving aangekocht met daarin meer dan 150 e-learning modules.

De cardiovasculaire research master doet het komende semester mee met een pilot en zal de digitale leeromgeving gaan gebruiken in haar academische leerlijn. De tool is beschikbaar voor alle studenten en medewerkers en biedt meer dan hulp bij het maken van een CV en het voorbereiden voor een interview. De leeromgeving bevat onder andere modules over leiderschap, assertiviteit, samenwerken en persoonlijkheidstesten.

www.abintegro.com

Motivatie

Langlopende studie

STUDENTENMOTIVATIE ONDER DE LOEP

Sinds september 2015 voert het team onderzoek van onderwijs onder leiding van Rashmi Kusurkar een studie uit onder de geneeskundestudenten van VUmc.

De digitale vragenlijst is samengesteld uit valide instrumenten die elders hun nut hebben bewezen. De informatie uit de vragenlijst wordt gebruikt door 4 promovenda, die elk hun eigen invalshoek hebben voor het onderzoek. Overkoepelend zal Rashmi Kusurkar gedurende 6 jaren kijken naar het beloop van de studiemotivatie. Onderzoeksvragen zijn onder andere: Welke persoonlijke kenmerken leiden tot succes

in de medische studie en daarna? Hoe leren studenten optimaal? Hoe ontwikkelen studenten zich tot empathische en professionele artsen? Het is bekend dat motivatie en persoonlijke kenmerken een rol spelen bij het goed doorlopen van de geneeskunde opleiding, maar hoe hangen die eigenlijk samen? Het team Onderzoek van Onderwijs van VUmc School of Medical Sciences onderzoekt de relatie van deze aspecten met de inhoudelijke en professionele ontwikkeling van de studenten. *Meer informatie:* www.vumc.com/branch/research-in-education/sms-study



AGENDA

14 april

Festival

Radiologie Festival
"CT en de toekomst".
www.vumcacademie.nl

29 april

Symposium

Symposium Actualiteiten
JGZ VUmc
www.vumc.nl/actualiteitenjgz

7 mei

Congres

Amsterdam Medical Student
convention (AMSc) Amsterdams
medisch-wetenschappelijk
congres voor en door studenten.
www.amsj.nl

13 mei

Congres

TaTME Congress
rectalcancersurgery.eu

26 mei

Onderwijsdag

2e Onderwijsdag VUmc School
of Medical Sciences, thema:
'De docent: rolmodel en coach?'
www.vumcacademie.nl

30 mei -1 juni

Conference

Wellbeing at Work Conference
www.wellbeingatwork.nl

DE MEESTER

*Herinneringen aan
inspirerende docenten*

RONNIE VAN DIEMEN

INSPECTEUR-GENERAAL VAN

DE GEZONDHEIDSZORG

oud-directeur Instituut voor
Onderwijs en Opleiden VUMC

“Patiënten zijn het waard”

“De overgang naar de kliniek is een enorme stap en goede leermeesters zijn dan van cruciaal belang. Ik ging werken op de afdeling kindernefrologie van het Wilhemina Kinderziekenhuis in Utrecht. Een afdeling met ernstig zieke kinderen, die soms ook stierven. Zoiets had ik nog nooit meegemaakt. Al dat verdriet! Het betekende voor mij een keiharde confrontatie met de realiteit. En ook een intense confrontatie met mezelf, met mijn eigen zijn. Een leermeester ziet wat het met je doet. Mijn opleider Raymond Donker-

wolke zag dat en gaf me de ruimte om dat proces door te gaan. Hij heeft me laten zien hoe je kunt omgaan met ernstig zieke kinderen en hun ouders. Hoe je met empathie het gesprek aan gaat en je niet te verschuilen achter louter medisch-inhoudelijke kennis. Hij deed dat vanuit een diepe betrokkenheid. Ik heb gezien wat dat kan betekenen voor patiënten en hun omgeving. Dat heeft me gevormd, voor de rest van mijn loopbaan. Werken in de zorg is zo'n unieke bezigheid, dat vraagt veel van jezelf, maar als het gedrag van je collega's

of supervisoren niet is wat je zou mogen verwachten in een goede opleiding, verzand dan nooit in cynisme! Dat staat het leveren van goede zorg in de weg. Als je maar enigszins voelt dat er negatieve emoties opdoemen, is het aan jezelf om daar een positieve wending aan te geven. Dat is wat patiënten waard zijn en dat is waarom je in de zorg werkt. Het leven vormt je, het leven in de zorg vormt je, maar als je een leven lang in de zorg wilt werken en leren en goede kwaliteit wilt leveren, is er geen plaats voor cynisme.”