

Al doende leren.

AL DOENDE LEREN



 Maastricht University

Afscheidscollege Prof. dr. Ide Heyligers

Afscheidscollege 21 november 2025.

Mijnheer de pro-rector, Geachte leden van het college van Toezicht, Dames en heren, collega's, vrienden en familie,

Vanaf de oprichting in **1976** (volgend jaar 50 jaar geleden) gebruikt de **Universiteit van Maastricht** “**probleem gestuurd onderwijs**” in haar programma's. Hiermee heeft zij naam gemaakt in binnen- en buitenland. “**Leading in learning**” staat dan ook terecht hoog in het vaandel.



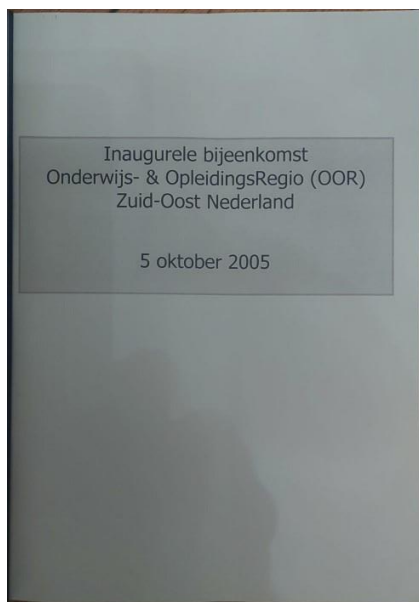
Leading in learning + **learning by doing** > leading in doing

 Maastricht University

Probleem gestuurd onderwijs is onderwijs gebaseerd op vragen of problemen uit de praktijk. Studenten gaan zelf aan de slag om antwoorden en oplossingen te vinden. Hierbij worden zij begeleid door een **tutor**. Als arts-assistent vond dat destijds heel leuk om te doen. Door deze basis ontwikkelen de studenten geneeskunde vaardigheden die zij later tijdens de coschappen toepassen in de klinische praktijk. Zij zijn getraind om kritisch hun eigen ontwikkelingen te analyseren. Dit registreren zij in een elektronisch portfolio, waarin beoordelingen staan over hun doen en laten. Samen met een **mentor**, iemand uit de klinische praktijk, bespreken ze hun vorderingen. Als mentor was ik onder de indruk van de efficiëntie van dit systeem. Vooral de **kritische zelfreflectie** is een belangrijk instrument. Dat komt hen goed van pas als zij later voor een specialisme in opleiding worden aangenomen.

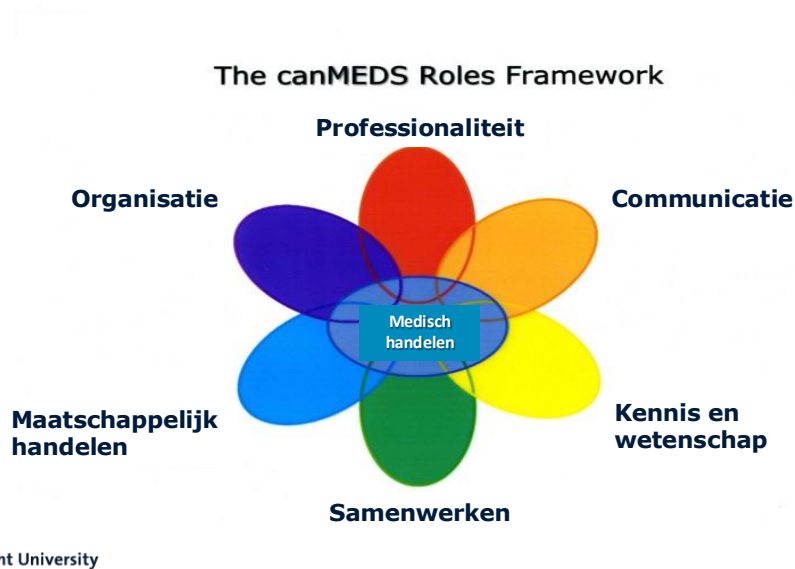
Bij mijn benoeming tot hoogleraar werd mijn leeropdracht: **“onderwijs en opleiding in het opleidingsziekenhuis”**. Bij uitstek dus al doende leren op basis van de praktijk, **“learning by doing”**. Met als uiteindelijk doel excellente dokters af te leveren. Zo wordt “leading in learning” ook **“Leading in doing”**.

Opleidingsziekenhuizen hebben een **afdeling** waar alle taken die met onderwijs en opleiding te maken hebben zijn ondergebracht. Deze afdeling, vaak **leerhuis** genoemd, of **academie** wordt aangestuurd door een medisch specialist; een **Decaan** of een **directeur**. Hier komen alle activiteiten bij elkaar die zorgen voor de inhoud van alle opleidingen, en voor de interne en de externe kwaliteitsbewaking.



Als **decaan** van het Atrium, en later, van het Zuyderland, deed ik destijds mee met de oprichting van de Onderwijs- en Opleidingsregio Zuid Oost Nederland, de **OORZON**. Nu 20 jaar geleden. Deze regio's werden overal in het land opgericht binnen het **samenwerkingsverband** van een academisch ziekenhuis en de omliggende

opleidingsziekenhuizen. Er was behoefte aan vernieuwing van **het gehele medisch onderwijs continuüm**. Dus zowel van de basis opleiding tot arts als van de medische vervolgopleiding tot specialist. Dit curriculum was gebaseerd op de 7 **competenties** die waren ontwikkeld door de Canadian Medical Education Directives for Specialists, de zogenoemde **CanMed competenties**.



Deze competenties zijn; medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit.

In de **OORZON** werden discipline **overstijgende cursussen** ontwikkeld voor arts-assistenten. En **teach the teacher** trainingen voor opleiders. Er werd ondersteuning geboden aan **wetenschappelijk onderzoek van onderwijs**. Sommige voorbeelden van onderzoek die ik aanhaal laten de kruisbestuiving zien tussen de praktijk van opleiden en het wetenschappelijk onderzoek daarnaar.

Vanuit de UM werd de ontwikkeling van de regionale samenwerking ondersteund met de benoeming van zogenoemde "**onderwijs hoogleraren**". Medisch specialisten die zich naast hun klinisch werk bezig houden met onderwijs, opleiding en onderzoek. Meestal werden deze hoogleraren benoemd binnen hun **vakgebied**. Dat zou in mijn geval de orthopedie zijn geweest. In die tijd werd er echter tussen specialisten van ziekenhuizen nog wel gedacht in termen van **concurrentie**. Het is aan de wijsheid van de toenmalige **decaan Albert Scherpier** te danken dat mijn benoeming viel onder de onderzoeksschool SHE; de **School of Health Professions Education**. Ik heb dat altijd een **grote eer** gevonden en mij daar zeer thuis gevoeld.

Ik voel mij dan ook een Happy man, een Lucky man, een Lucky Luke, mijn favoriete stripheld en bovendien een cowboy, mijn favoriete personage.

In dit **afscheidscollege** zal ik uitleggen hoe ik mijn leeropdracht heb **vormgegeven** en daarover **verantwoording** afleggen. Daartoe analyseer ik mijn eigen doen en leren in relatie tot de ontwikkelingen die plaats vonden. En illustreer dat met onderzoek waar ik bij betrokken was. Ik sluit af met enkele stellingen.

De opleiding van één specialist kost ongeveer 1 miljoen Euro **belastinggeld**. In de 20 jaar dat ik opleider was van orthopedisch chirurgen en in mijn functie als Decaan ben ik dan ook (mede) verantwoordelijk geweest voor de uitgave van miljoenen Euro's **gemeenschapsgeld**. Enige verantwoording is dus wel op zijn plaats.



 Maastricht University

Als **opleider** was ik bevoegd om de opleiding van arts-assistenten te begeleiden zodat zij konden worden ingeschreven in het **specialisten register orthopedie**. Als **hoogleraar** heb ik het **ius promovendi**. Dat is het recht om wetenschappers de academische graad van **doctor** toe te kennen. Deze graad wordt verkregen als tijdens een promotieplechtigheid een **proefschrift** adequaat wordt verdedigd. Daartoe moet dat proefschrift **geaccepteerd** worden voor de verdediging. Dit gebeurt door een **beoordelingscommissie**. Deze **bewaakt** dat de promovendus heeft laten zien dat hij in staat is om **zelfstandig** wetenschappelijk onderzoek uit te voeren. Meestal is een proefschrift gebaseerd op de verzameling van een aantal **internationaal gepubliceerde wetenschappelijke artikelen**. Deze zijn kritisch beoordeeld door deskundigen uit de hele wereld. Zij beoordelen niet alleen de kwaliteit van het onderzoek maar ook de relevantie om dit te publiceren. De meeste promovendi die ik heb begeleid deden onderzoek binnen de **orthopedie** of in het domein van **medisch onderwijs en opleiding**. Zij **combineerden** dit vaak met hun opleiding tot medisch specialist. Terecht wordt tegenwoordig de vraag gesteld of deze **enorme inspanning** wel altijd op zijn plaats is. Het zou belangrijke **andere profilering**, zoals b.v. in onderwijs of management zeker

niet in de weg moeten staan. Het is onterecht om een promotietraject veel belangrijker te vinden dan bv extra training en scholing in onderwijsvaardigheden. Toch ben ik van mening dat de assistenten die een promotie traject **volbrengen** hier veel aan hebben. Zij leren **kritisch te denken** en de juiste vragen te stellen. Ze krijgen de instrumenten om bij onderzoek betrokken te blijven en geven dit vaak ook weer door.



Als we terugkijken dan zijn er een aantal **steden** die mijn opleiding en werk markeren. Ik zal ze kort noemen als referentiekader. Omdat ik 4x ben uitgeloot heb ik eerst fysiotherapie gedaan en daarna geneeskunde, beiden in **Amsterdam**.

Als arts heb ik een jaar onderzoek gedaan in de **Verenigde Staten**. Vervolgens volgde ik de opleiding chirurgie in **Amsterdam** en orthopedie hier in **Maastricht**. Daarna werkte ik bijna **tien jaar** als stafid in de **VU** in Amsterdam en vervolgens bijna **20 jaar** in het **Atrium** en het fusieziekenhuis het **Zuyderland**. Hier was ik verantwoordelijk voor de **opleiding** orthopedie en werd **Decaan** van het leerhuis. Vervolgens werd ik **benoemd** als hoogleraar aan de Universiteit Maastricht. Na mijn **pensioen** heb ik nog een paar jaar gewerkt in **Utrecht** als secretaris bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialismen, de **RGS**. Deze is in Nederland verantwoordelijk voor de specialisten registratie. Maar vooral ook voor het toezicht op de medische vervolg opleidingen. Ik kom hier later nog op terug.

Vorig jaar ben ik hiermee gestopt toen Sacha terecht opmerkte dat ik eigenlijk geen tijd meer had om zo veel te werken. Ik geef nog wat trainingen, begeleid promovendi en drink koffie met oud assistenten.

In de afgelopen **40 jaar** dat ik zo een beetje rondliep in opleidingsklinieken is er veel **veranderd** in de opleiding van medisch specialisten. Ik heb ze voor u op een **rijtje** gezet.

Opleiden in de kliniek

Destijds

- 1 opleider
- 1 kliniek
- Meester-gezel. Kloon?
- Doen wat gedaan moet worden
- Geen persoonlijk opleiding plan
- Geen EPA's, competenties
- 1 gesprekje/jr
- Weinig scholing
- Weinig toetsing
- Geen portfolio
- 5 dagen + diensten
- Vaste duur (6 jr)

Tegenwoordig

- 1 opleider > opleidingsgroep > cluster
- > 2 klinieken > regio
- Meerdere korte momenten 1 op 1
- Doen wat nodig is voor opleiding
- Persoonlijk opleiding plan
- EPA's, competenties
- constant gesprekken
- Scholing alle competenties
- Toetsing alle competenties/EPA's
- Eigen portfolio
- Kan parttime
- Variabele duur i.p.



Destijds werd je aangenomen door **1 opleider**. Je werkte de hele opleiding in zijn (vrijwel altijd waren dit mannen) **kliniek** onder zijn leiding. Je kon dus de hele opleiding in een academisch ziekenhuis worden opgeleid, of juist niet. Een echte **meester – gezelschap** verhouding. De inhoud was in principe voor iedereen in die kliniek hetzelfde. Scholing gebeurde landelijk en was voornamelijk gericht op medisch handelen. Eén keer per jaar was er een **gesprek** over hoe het ging. Je werd niet structureel geobserveerd en getoetst. Je deed de **werkzaamheden** die gedaan moesten worden en als er geen gekke dingen gebeurden dan was je klaar na de vooraf vastgestelde opleidingstijd. Je was dan vaak ook een soort **kloon** van de opleider. Hiermee kon je pech hebben, of geluk. Je werkte voltijds; 5 dagen per week aangevuld met diensten. Er was **geen regionale samenwerking**.

Tegenwoordig worden assistenten aangenomen door **meerdere opleiders** van verschillende klinieken die samenwerken in een **opleidingscluster**. De assistent volgt de opleiding in ten minste **2 ziekenhuizen**, maar vaak ook meer. Iedere assistent komt in een **academisch ziekenhuis en een niet academisch ziekenhuis**. De opleiding is opgebouwd uit **EPA's**, Entrustable Professional Activities; afgeronde eenheden van het vak. Hierin kan de assistent geleidelijk zelfstandigheid ontwikkelen. Een aantal zijn **verplicht** maar de assistent kiest ook een aantal zelf in een **profiel**. Aan de basis van de opleiding staan de eerder genoemde 7 competenties. Er worden discipline overstijgende **cursussen** gegeven. En er is **onderwijs** in medisch handelen van het specialisme, meestal landelijk. Daarnaast worden de leden van de opleidingsgroepen geschoold via **teach the teacher** trainingen. De ontwikkelingen van de EPA's worden op verschillende momenten beoordeeld en besproken. Hierbij worden door de leden van de opleidingsgroep verschillende **toetsinstrumenten** gebruikt: korte klinische beoordeling, 360 graden feedback etc. De assistent heeft een digitaal portfolio waarin de activiteiten

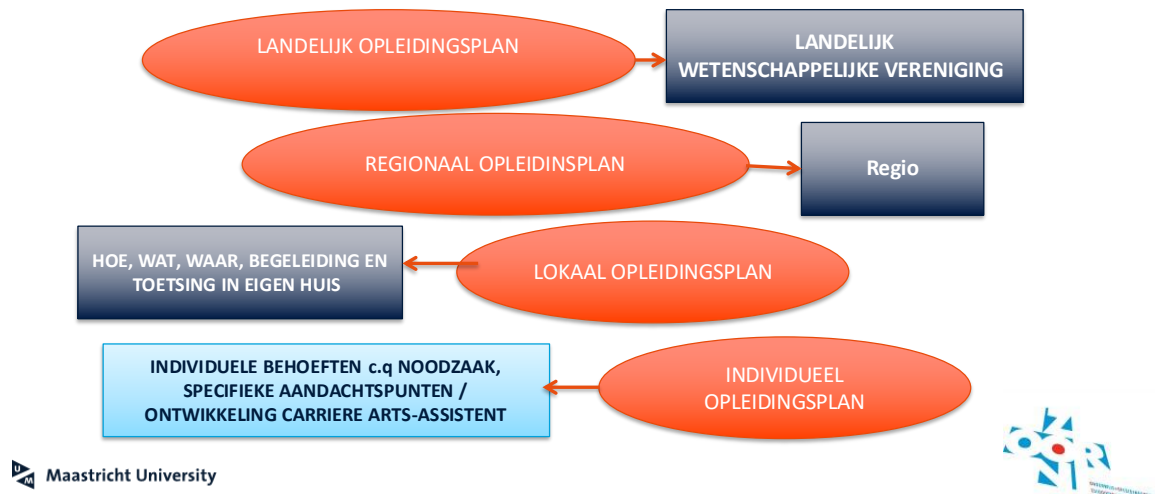
en beoordelingen worden vastgelegd. Als alle verplichtte en gekozen EPA's zijn behaald op het **vereiste niveau** is de opleiding in principe klaar. Hiermee is de opleidingstijd **variabel** geworden, in de regel **6 mnd korter**. Assistenten kunnen kiezen om de opleiding in **deeltijd** te doen. Veel werken 4 dagen per week. Werktijden worden streng bewaakt inclusief de inzet bij diensten etc. De assistent doet in principe niet het werk dat gedaan moet worden, maar het werk dat hij **nodig** heeft voor zijn ontwikkeling. De **regionale samenwerking** is onmisbaar geworden. Deze speelt een doorslaggevende rol in de opleidingen en in het **onderwijs**. Hierin heeft de **OOR** een onmisbare taak.



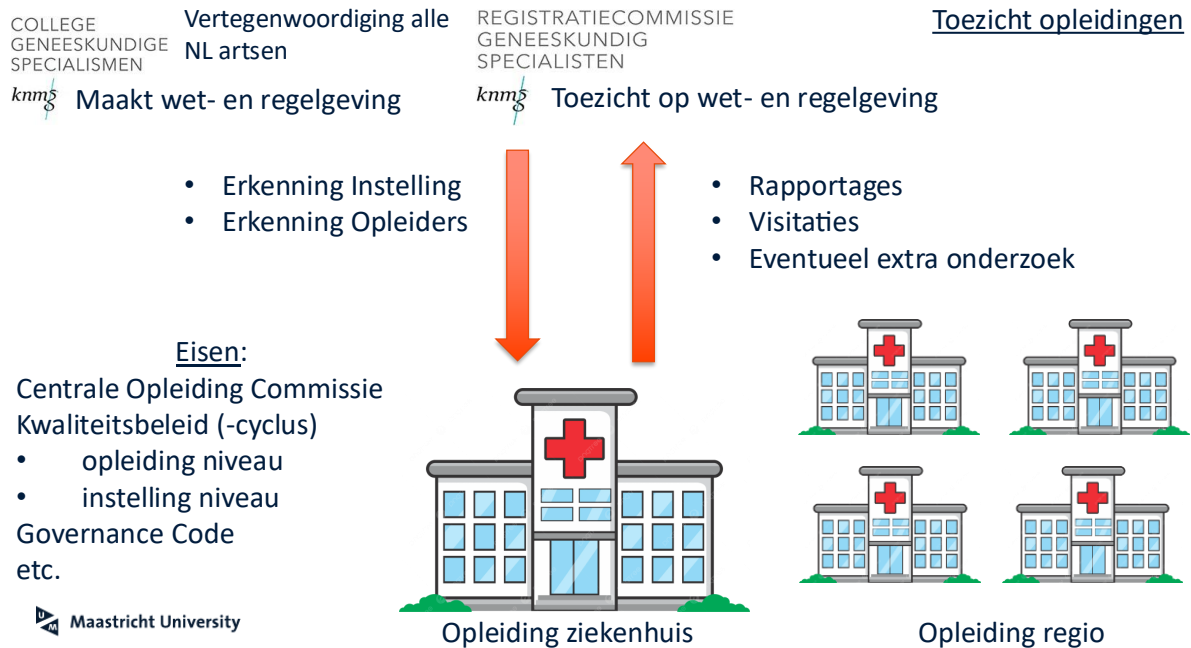
De **financiering** van de opleiding van medisch specialisten gaat direct van de overheid (**VWS**) naar de opleidingsziekenhuizen. Óf een ziekenhuis mag opleiden en of een specialist mag opleiden wordt bepaald door de RGS. Zij geeft de daartoe erkenning af. Deze financiering is een belangrijke **inkomsten bron** voor opleiding ziekenhuizen. Zij moeten daarvoor overigens wel serieuze investeringen doen. Het salaris van assistenten die niet in opleiding zijn moeten ziekenhuizen zelf betalen. Je ziet dan ook een trend bij opleidingsziekenhuizen om **zoveel mogelijk** assistenten in opleiding aan te nemen. Ook al is de **opleidingscapaciteit** (operaties, polibezoeken etc.) niet altijd in juiste verhouding met het aantal opleidingsassistenten. Deze strijd om zoveel mogelijk assistenten binnen te halen wordt vooralsnog **gewonnen** door de **academische** ziekenhuizen. Oorspronkelijk voerden zij ook de boventoon bij het opleiden van specialisten. Ongeveer de **helft** van de opleiding assistenten in Nederland is in opleiding in een van de **7 academische** ziekenhuizen. De andere helft is verdeeld over de resterende 46 opleidingsziekenhuizen, waarvan **27** behoren tot de zogenaamde **topklinische opleiding ziekenhuizen**. Het is **ingewikkeld** voor een academisch ziekenhuis om enerzijds te voldoen aan de **eis van superspecialisatie**, geen basale zorg, daarvoor is het ziekenhuis te duur. En anderzijds aan de **wens** om zoveel mogelijk

opleidingsassistenten in dienst te nemen waarvoor juist basale zorg nodig is. De vraag is of dit probleem opgelost kan worden zolang de financiering direct naar de opleidingsklinieken gaat. Of dat dit b.v. beter kan gaan via een **opleidingsregio** of de **wetenschappelijke vereniging** van een specialisme.

Inhoud opleiding medisch specialisten bepaald door specialisten zelf (FMS, WV)



Het belangrijkste is in ieder geval optimale **samenwerking** tussen opleiders in de regio. Gelukkig is dat zo in de **OORZON**. Dat moet ook. Op dit niveau worden de landelijke eisen die aan de opleiding worden gesteld vertaald naar de **regionale situatie**. De **wetenschappelijke vereniging** van een bepaald specialisme bepaalt waaraan de opleiding moet voldoen. De ziekenhuizen in de regio maken afspraken wàr de assistent wèlke onderdelen kan doen. Zij zorgen ervoor dat de opleiding mooi aansluit als de assistent van de ene kliniek naar de andere gaat. In een **opleidingskliniek** wordt dit dan weer vertaald naar de lokale situatie. Wat wordt hier geleerd?, door wie?, hoe wordt er getoetst? etc. Tenslotte heeft de assistent een eigen **individueel opleidingsplan** over zijn of haar specifieke situatie. Wat mis ik nog?, waar moet ik extra aandacht aan besteden?, of waar heb ik meer training in nodig? etc.



Opleiders en opleidingsinstellingen worden **formeel erkend** voor het verzorgen van opleiding van medisch specialisten door de eerder genoemde **RGS**. De RGS toetst of voldaan wordt aan de vereisten. Deze vereisten zijn vastgelegd in een systeem van wet- en regelgeving dat door het **CGS**, het College Geneeskundig Specialismen wordt opgesteld en door de minister wordt goedgekeurd. Zowel het CGS als de RGS bestaan uit **vertegenwoordigers van alle groepen artsen** in Nederland (**slager** keurt het vlees, niet van hemzelf, maar gelukkig niet de bakker). Dit **unieke systeem** werkt goed.

Door **visitaties en rapportages** wordt de kwaliteit van de opleidingen bewaakt en probeert men continue verbetering te stimuleren. Daartoe zijn een aantal **instrumenten** ontwikkeld. Zo moet ieder opleidingsziekenhuis een **Centrale Opleiding Commissie** hebben. Deze moet bestaan uit alle opleiders in dat ziekenhuis bij elkaar. Ook **assistenten** maken hier deel van uit. En in deze regio doen ook de **co-assistenten** hieraan mee. Zo wordt voorzien in het eerder genoemde **opleiding continuüm**. Deze COC heeft een centrale rol in het **bewaken** van de kwaliteit van de opleidingen. Een ander instrument is de **kwaliteitscyclus**. Zowel de **opleidersgroep** van een specialisme, de **regionale samenwerking** van dat specialisme, een **opleidingsziekenhuis** als de **regionale samenwerking** van ziekenhuizen hebben allemaal zo een **eigen kwaliteitscyclus**. Hiermee worden uit diverse bronnen verbeteringen opgehaald. Daar wordt een verbetertraject aan gekoppeld en na een vastgestelde duur wordt gekeken of het doel bereikt is. Zo streeft men continu **kwaliteitsverbetering** na. Een ander instrument is de **governance code**. Hiermee leggen opleidingsziekenhuizen vast hoe de rollen in dit proces verdeeld zijn in de organisatie. Wie is waarvoor verantwoordelijk en wie heeft waarover **doorzettingsmacht**?. Met dit systeem legt de RGS het **bewaken van** de kwaliteit van de opleidingen zo veel mogelijk bij de opleiders en hun organisaties zélf. Deze organisatie

van het toezicht is vrij **nieuw**. De vraag is dan ook hoe dit werkt in de **praktijk**.

van der Baaren et al. *BMC Medical Education* (2025) 25:88
<https://doi.org/10.1186/s12909-025-06680-3>

BMC Medical Education

RESEARCH

Open Access

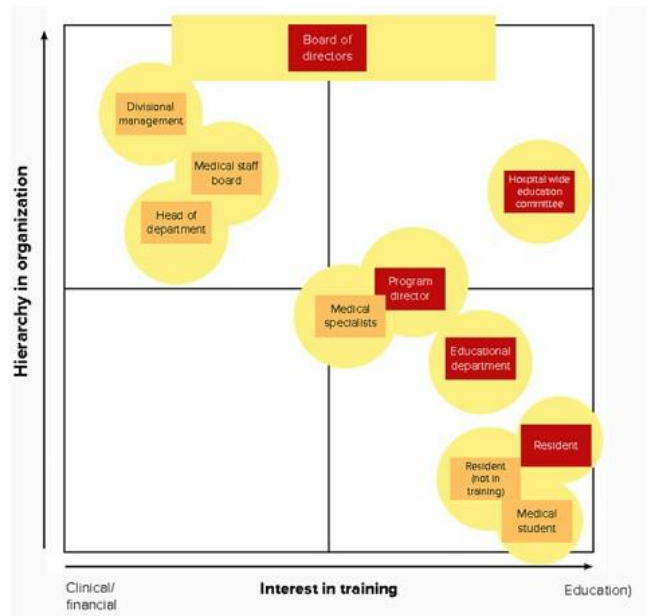
An exploration of governance in teaching hospitals in the Netherlands focused on educational objectives

L. M. van der Baaren^{1,2*}, R. E. Gifford¹, N. A. van der Baan², M. N. Sosef³, J. H. Blaauw⁴, R. J. Bennink⁵ and I. C. Heyligers²

Conclusie:

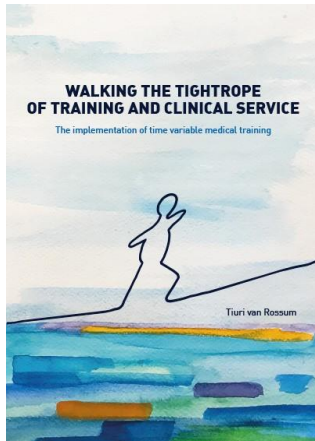
1. Procedure bij conflicten opleiding vaak niet beschreven
2. COC vz: kwaliteit controleur/adviseur RvB/mediator
3. Hiërarchie > opleiding

 Maastricht University



Rens van der Baaren heeft alle **governance codes** van alle 46 opleidingsziekenhuizen met meer dan 3 opleidingen in NL geanalyseerd.

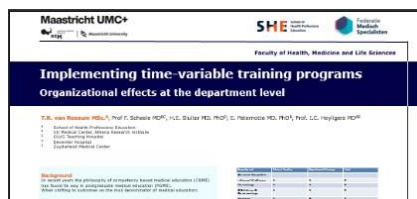
Daarbij vielen vooral drie zaken op: 1. Vaak wordt niet beschreven wat de **procedure** is bij het ontstaan van **conflicten** bij de opleiding, bv tussen assistenten en de opleider, of tussen de opleider en de opleidingsgroep. 2. **Voorzitters** van de Centrale Opleiding Commissie voelen zich vaak knel tussen verschillende **rollen**. Die van **kwaliteit controleur, adviseur aan de RvB en mediator bij conflicten**. 3. Specialisten die minder betrokken zijn bij de opleiding maar meer met klinische en financiële zaken staan hoger in de **hiërarchie** van het ziekenhuis dan specialisten die zich vooral bezig houden met de opleiding. U kunt dat hier zien op de figuur. Horizontaal staat links klinisch, financieel, rechts onderwijs en opleiding. Op de verticale as staat de hiërarchie van onder laag naar boven hoog. Links boven staat de **medische staf, divisie management, afdelingshoofden**. Rechts staan van onder naar boven **assistent, leerhuis, opleider en COC**. Op basis van deze resultaten worden nu interviews gehouden met COC voorzitters om dit verder te onderzoeken.



Balanceren tussen opleiden en klinische zorg.
 Proefschrift Tiuri van Rossum (bestuurskundige)
 (Met Prof. Dr. Fedde Scheele en Dr. Henk Sluiter)

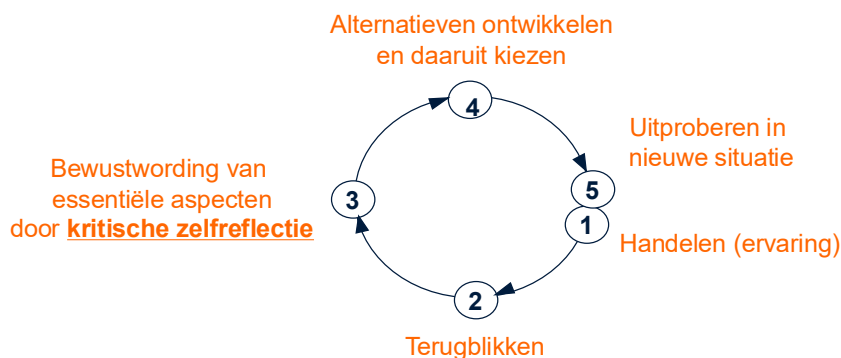
- Opleiding vaste duur (6 jr) > Variabele duur (klaar als je het kunt).
- Relatie bedrijfsvoering en medische vervolg opleidingen
- Wat zijn de gevolgen voor de werkvloer?
- Verrassende bevinding: korter opleiden is duurder
- Advies reflectieve praktijk invoeren op ziekenhuis niveau

Maastricht University



Over de ingewikkelde **balans tussen klinische zorg en opleiding** heeft **Tiuri van Rossum** een mooi proefschrift geschreven. Hij liet zien dat – geheel tegen de verwachtingen in – competentie gericht opleiden met een **variabele duur** (wat in de regel korter is) uiteindelijk **duurder** is dan opleiden gedurende een vast aantal jaren. Een verklaring kan zijn dat de assistent aan het einde van zijn opleiding zelfstandig gaat werken en daarmee dus **verdiencapaciteit** heeft. Bovendien deed hij, als bestuurskundige, **aanbevelingen** om de waarde van opleiden te verbinden met het doel van het ziekenhuis; het leveren van kwalitatief goede zorg. Zowel de opleiding als klinische zorg zijn gebaat bij een **reflectieve cultuur** waarin men kritisch naar het eigen functioneren kijkt.

Reflectiemodel : leren van ervaringen



Studenten geneeskunde hier in Maastricht worden opgeleid in zo een reflectieve cultuur. In **trainingen** voor opleiders wordt vaak de **cirkel van Korthagen** gebruikt. Deze beschrijft de stappen van een leerproces. Kritisch analyseren wat er gebeurt is hierin **essentieel**. Ook assistenten gebruiken deze **techniek**. Zijn zij **niet** in staat tot kritische zelfreflectie dan ontbreekt het **belangrijkste instrument** voor de opleiding. Dit heeft mogelijk tot gevolg dat de opleiding wordt **beëindigd**.

Ook **specialisten** zijn gelukkig steeds meer in staat tot **kritische zelfreflectie**. Het bewaken en organiseren van deze **reflectieve cultuur** is een belangrijke taak voor de **COC, het Leerhuis en de opleiders**. Ook het **ziekenhuis** is gebaat bij deze cultuur. Het **toezicht van de RGS** is er enerzijds op gericht om vast te stellen dat men voldoet aan de vereisten van wet- en regelgeving. Maar net zo belangrijk is dat dit in zo een reflectieve cultuur gebeurt. Het is vaak moeilijk om op basis van rapportages een **goed beeld** te krijgen hiervan. Een **visitatie** geeft hierover vaak meer informatie.

De assistenten zijn hierbij een **belangrijke informatiebron**. Omdat **assistenten** echter ook **belang** hebben bij het afronden van hun opleiding en bovendien nog al eens in een **loyaliteitsconflict** zitten kan het lastig zijn om de onderste steen boven te halen.

Het is een goede zaak dat de **RGS** nu een **enquête** heeft gemaakt die aan alle assistenten in Nederland wordt opgestuurd. Met deze enquête wordt **expliciet** gevraagd naar een **veilige reflectieve opleidingscultuur**. Het is alleen jammer dat de enquête nog niet verplicht is.

Perspect Med Educ (2018) 7:126–132
<https://doi.org/10.1007/s40037-018-0408-y>



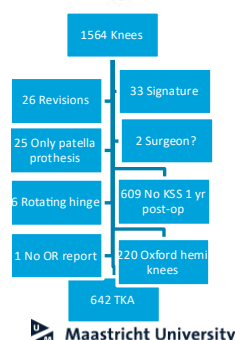
ORIGINAL ARTICLE



Current practice of orthopaedic surgical skills training raises performance of supervised residents in total knee arthroplasty to levels equal to those of orthopaedic surgeons

Luuk Theelen¹ · Cheryl Bischoff¹ · Bernd Grimm² · Ide C. Heyligers^{1,2,3}

Published online: 23 February 2018
 © The Author(s) 2018. This article is an open access publication.

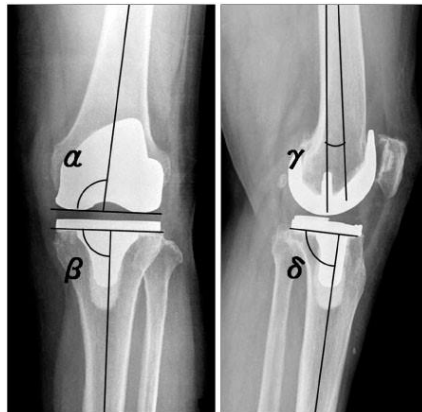


Patient demographics	Resident	Surgeon	P value
Age (years), mean	70.1	69.1	0.188
Gender			0.797
Male (%)	36	38	
Female (%)	64	62	
BMI (kg/m ²), mean	30.0	30.0	0.853
ASA classification (%)			0.654
ASA 1	10	10	
ASA 2	65	68	
ASA 3	25	22	
ASA 4	0	0	

Table 2. Patient demographics

Het is een relevante vraag hoe de **relatie is tussen opleiden en de kwaliteit van zorg**. **Luuk Theelen**, nu **huisarts**, heeft daarover een mooi artikel geschreven. Hij analyseerde ruim **1500** patiënten die een **knieprothese** kregen. Hieruit selecteerde hij **2 groepen**

patiënten. In de ene groep was de eerste operateur een **assistent** in opleiding, in de andere een ervaren **orthopedisch chirurg**. Verder waren beide groepen gelijk.



RESULTS:

Variable	Resident (95% CI)	Surgeon (95% CI)	P value
Tibial angle	88.4 (84.5–92.4)	88.5 (84.3–92.7)	0.80
Femoral angle	94.5 (85.8–103.2)	94.4 (85.6–102.9)	0.87
Tibial slope	86.6 (79.9–93.4)	86.6 (79.6–93.6)	0.77

Variable	Resident (95% CI)	Surgeon (95% CI)	P value
Operative time, minutes	81.26 (47.9–115.3)	71.3 (31.4–111.2)	<0.001 *
KSS, 1 year postoperative	75.5 (46.3–104.6)	77.5 (47.1–107.4)	0.148



Enig
significant
verschil: 10
min ok tijd.

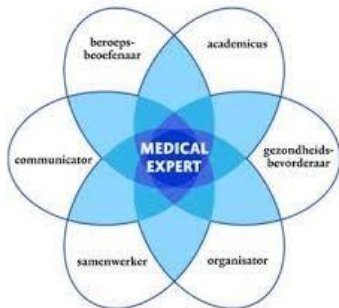
OK gegevens, metingen op X foto's, complicaties en de **knee society score** (een gestandaardiseerde score van het functioneren van de knie) werden **vergeleken tot 1 jaar na de operatie**. Het enige significantie verschil tussen de groepen was **10 minuten** ok tijd : **71** min voor de specialisten en **81** min voor de assistenten. Dit verschil is in de literatuur niet gerelateerd aan meer complicaties. Dit onderzoek **illustreert** de kwaliteit van deze operatie in een opleidingsziekenhuis, maar laat ook zien wat de **uitdagingen** zijn. Goed opleiden kost **tijd**, en dat is **maar goed ook**. Het kan ingewikkeld zijn om deze tijd te **claimen** met de huidige wachtlijsten. Dit maakt deel uit van de eerder genoemde **balanceert**.

Er worden tegenwoordig heel veel **gegevens geregistreerd** die goed gebruikt kunnen worden om meer onderzoek te doen naar de **relatie tussen kwaliteit van zorg en de opleiding** van artsen en specialisten.

From complaint to change: analysing patient complaints against residents to enhance postgraduate medical education and quality of health care

A.Z. van Montfoort, L.M. van der Baaren ; N.A. van der Baan; M. Sosef; I.C. Heyligers.

- Analyse 1631 klachten van patiënten
- Bij 602 daarvan waren arts-assistenten betrokken
- Daarvan analyse welke CanMeds competenties hoe vaak werden genoemd
- Vaak meerdere competenties per klacht (Verdere onderverdeling per competentie)



Maastricht University

Competency	Percentage of complaints
Communicator	35%
Medical expert	34%
Professional	20%
Collaborator	9%
Scholar	1,5%
Health advocate	0,2%
Leader	0,2%

(submitted BMC Medical Education.)

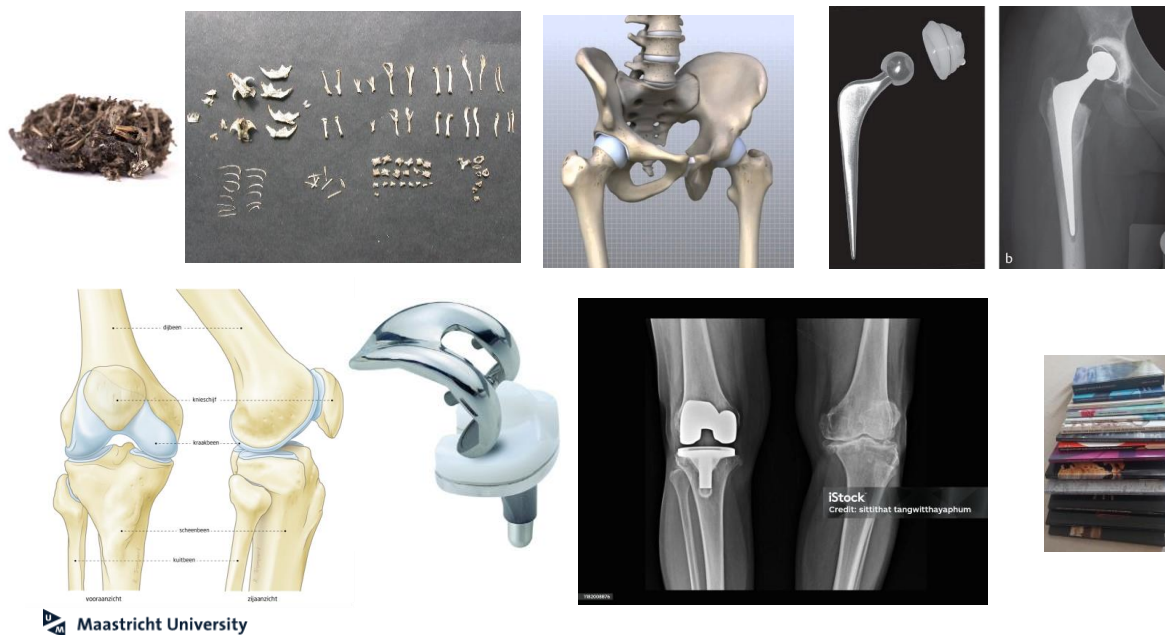
Astrid van Montfoort, juriste en in **opleiding** tot orthopedisch chirurg heeft gekeken naar klachten van patiënten over arts assistenten. Van ruim **1600** klachten die in 4 jaar werden verzameld in een groot opleidingsziekenhuis hadden er **602** betrekking op het handelen van een assistent. Van deze klachten heeft zij **geanalyseerd** welke CanMeds Competenties werden genoemd. Per klacht konden dat er meerdere zijn. **35% van de competenties had betrekking op communicatie, 34% op de rol van medisch expert en 20% op de competentie professionaliteit.** Deze bevindingen laten zien hoe belangrijk het is om **alle competenties** te ontwikkelen en niet alleen die van medisch expert.



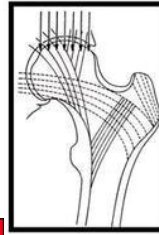
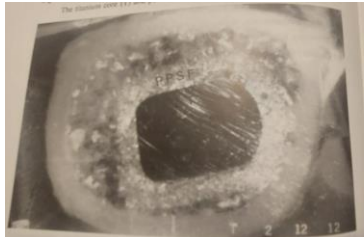
Maastricht University

Ten onrechte worden competenties als communicatie, samenwerking, professionaliteit ed. omschreven als **zachte competenties**. Zij zijn **bikkelhard**. We hebben al gezien dat **kritische zelfreflectie** een belangrijk instrument is. Zowel voor de assistent als voor de organisatie. **Communicatie** speelt hierin een belangrijke rol. Voor de eerder genoemde **reflectieve cultuur** is een gelijk speelveld nodig waarin men elkaar over en weer kan bevragen.

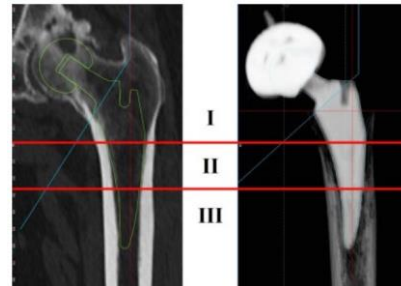
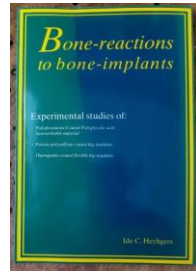
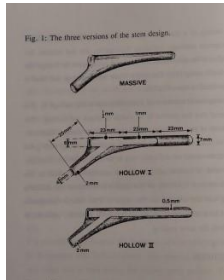
Regelmatig besprak ik dan ook met co-assistenten en assistenten hoe ikzelf tot bepaalde **keuzes** ben gekomen. Daarbij vertelde ik dan vaak het uilenballen verhaal.



Toen ik ongeveer zo oud was als onze kleinzoon **Sue** nu is gingen wij in de vakanties naar Petten aan de Noord Hollandse kust. Daar verzamelde ik **uilenballen**. Die nam ik mee naar huis, droogde ze en verzamelde de **botjes** die erin zaten. Zo kon ik bijna een geheel **muizenskelet** weer in elkaar kon zetten. Ik zie nog voor me hoe klein het **heupgewrichtje** was en hoe dat echt bestond uit een kopje en een kommetje. Ik vermoed dat toen mijn interesse voor het bewegingsapparaat is geboren en vooral voor het heupgewricht. Natuurlijk kijk ik er met de **kennis van nu** op terug, maar het is te mooi om **niet** waar te zijn. Feit is dat ik altijd grote **affiniteit** heb gehad met de **anatomie** en met name het **heupgewricht**. Dit is een belangrijk gewricht in de orthopedie. Jaarlijks worden ongeveer **75.000 heup- en kniegewrichten** vervangen door een kunstgewricht. In **2007** werd het plaatsen van een THP in de **Lancet** de operatie van de 20^e eeuw genoemd. Ik weet nog dat ik de eerste X foto van een kunstheup zag, en hoe **wonderlijk** ik het vond dat het zo goed kon functioneren. **Reden** om geneeskunde te gaan studeren was dan ook vooral mijn interesse in anatomie en fysiologie.



Wet van Julius Wolff, 1862.



stress shielding door heupprothese

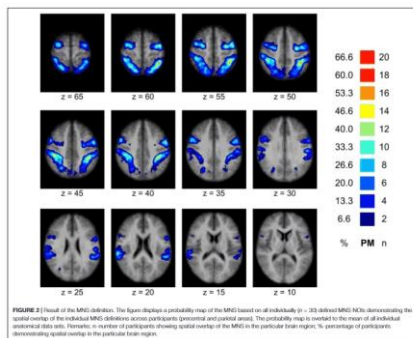
Veel inspiratie heb ik opgedaan toen ik als arts met een **Fulbright** beurs onderzoek ging doen bij **Prof. Myron Spector**, eerst aan **Emory University** in Atlanta daarna aan **Harvard University**. Daar heb ik mij vooral bezig gehouden met het meten van **botdikten** voor en na implantatie van een kunstheup in proefdieren. Ik heb daar de **Wet van Wolff** leren kennen. Die stelt dat bot zich vormt als reactie op belasting. En het begrip **stress shielding**. Dat betekent dat bv een heupprothese de belasting van het omliggende bot kan doen verminderen waardoor de botdichtheid afneemt. Dit inzicht heb ik later toegepast toen ik voor mijn promotie onderzoek **holle heupstelen** heb laten maken die door hun verminderde stijfheid beter zouden zijn voor de botdichtheid. Dit concept hebben **Dr. Bernd Grimm**, de ingenieur die leiding gaf aan het onderzoek en ik later uitgewerkt tot een ontwerp waarbij een pen door de heupprothese zou kunnen worden aangebracht als er een breuk zou zijn ontstaan.

Ik zal nu een **voorbeeld** geven van **ander onderzoek** waar ik bij betrokken was. Ik noem deze ervaring vaak aan assistenten als voorbeeld van wat er nodig is voor onderzoek: **nieuwsgierigheid** en een **netwerk** van verschillende disciplines. Die **samenwerking** met anderen met een andere achtergrond is de kern van onderzoek. Want door die samenwerking stap men uit de comfort zone. waardoor er een nieuwe uitgangspositie ontstaat, een voedingsbodem voor creativiteit. Juist op het grensgebied van verschillende disciplines ontstaan de interessante ontwikkelingen. Ik heb overigens ervaren dat het wonen in een grensgebied ook dit gevoel geeft van creativiteit.

The Neural Implementation of Surgical Expertise Within the Mirror-Neuron System: An fMRI Study

Ellen Kok^{1*}, Anique B. De Bruijn¹, Koos van Geel¹, Andreas Gegenfurtner^{2,3}, Ide Heijgers^{1,4} and Bettina Singer¹

¹ School of Health Professions Education, Maastricht University, Maastricht, Netherlands, ² Institut für Qualität und Weiterbildung, Technische Hochschule Deggendorf, Deggendorf, Germany, ³ Department of Orthopedic Surgery, Ortho Maastricht Centrum, Sittard, Netherlands, ⁴ Department of Cognitive Neuroscience, Maastricht University, Maastricht, Netherlands



Opzet:

- Video's OK en dagelijkse handelingen
- 10 students
- 10 assistenten
- 10 orthopedisch chirurgen
- Video's kijken onder fMRI

Resultaten:

- Geen bewijs ervaring = activiteit
- Wel non-lineaire relatie ervaring en activiteit

Vanuit **SHE** werd ik betrokken bij onderzoek over de activiteiten van het brein als gevolg van het beheersen van praktische vaardigheden.

Ik ervaar de stimulerende omgeving van SHE vaak als een **snoepwinkel**.

In ons brein zijn **motorische spiegelneuronen**. Als wij een praktische handeling zien die wij goed beheersen dan zijn deze neuron actiever dan wanneer we een handeling zien die we niet goed beheersen. De vaardigheid wordt als het ware opgeslagen in deze hersengebieden. De vraag was of dit een **gradueel proces** was, oftewel of er een directe relatie was tussen de mate van ervaring en de mate van de bijbehorende activiteit. Dit onderzochten wij bij de vaardigheid **opereren**. Ik heb **filmpjes** gemaakt op de ok van het plaatsen van een totale heup prothese en een totale knie prothese. Deze filmpjes werden onder de **fMRI** waarmee activiteit van die motorische spiegelneuronen in beeld kan worden gebracht getoond aan **3 groepen** personen: 10 ervaren orthopedisch chirurgen, 10 assistenten in opleiding en 10 coassistenten. Bovendien kregen zij filmpjes te zien van activiteiten die iedereen even goed kon, bv handen wassen, een kaars aansteken of een deur afsluiten. De resultaten lieten **geen directe relatie zien tussen de mate van expertise en van hersenactiviteit**. Het is wel prachtig onderzoek.



 Maastricht University



T
A
A
L

Boven de oppervlakte:

Gezien en gekend

Bewust (on) bekwaam

(zelf)reflectie

Onder de oppervlakte:

Niet gezien, niet gekend

Onbewust (on)bekwaam

Geen (zelf)reflectie

Ik herhaal vaak mijn opleider **Prof. Ton van der Linde** die zei dat het stellen van de juiste indicatie voor een operatie moeilijker is dan het uitvoeren van de operatie zelf. Arts-assistenten in opleiding voor een snijdend specialisme willen meestal graag **zoveel mogelijk opereren**. Ik had dat vroeger ook. En ik snap dat, het heeft iets magisch en heroïsch en lijkt het moeilijkste dat er is. Goed communiceren is echter ten minste zo belangrijk. Daarom heb ik bij de assistenten het begrip **verbaal opereren** geïntroduceerd. Hiermee leer je communiceren vanuit een **chirurgisch narratief**. Door op de juiste manier te communiceren maak je de weg vrij, voor een interventie waarna je de “wond” weer sluit, net zoals bij een chirurgische operatie. Doe je dit niet goed dan kun je veel ellende veroorzaken. Ik zeg dan ook **“het woord is scherper dan het mes”**.

Ook bij het geven van **feedback** kun je deze benadering goed gebruiken. Het gaat erom **zelfinzicht** te ontwikkelen. Hiertoe is het belangrijk om eerlijk te zijn over voor anderen **verborgen inzichten**. Door goede feedback, waarbij door het **stellen van vragen** op zoek gegaan wordt naar zaken die anderen wel zien maar de feedback ontvanger niet, wordt gestimuleerd dat er **inzicht** ontstaat.

Ik maak hierbij vaak de vergelijking met een **ijsschots**. Het meeste zit onder water. Dit is onbewust, niet gekend. Door middel van het juiste gesprek wordt hiervan zoveel mogelijk **boven water** gehaald. Zo ontstaat er inzicht.

Taal is het belangrijkste instrument om – vooral door middel van **vragen** – onbewuste processen bewust te maken. Daarom moeten opleiders en hun assistenten **taalvaardig** zijn.

Stappen aanleren praktische vaardigheid.

1. Ik (chirurg) doe
2. Ik doe, ik zeg
3. Ik doe, jij (co/arts assistent) zegt
4. Ik zeg, jij doet
5. Jij zegt, jij doet
6. Jij doet.



Ook bij het **aanleren van een praktische vaardigheid**, zoals bv opereren is taal belangrijk. Er zijn een aantal stappen waarbij je als chirurg de operatie eerst zelf doet, maar waarbij je de coassistent of arts-assistent geleidelijk daar bij kunt **betrekken door hen te laten vertellen wat er gebeurt of zou moeten gebeuren**. Op deze manier maken zij zich het **proces eigen**. Destijds dicteerden de assistenten na iedere operatie een **operatieverslag**. Dat was een extra manier om de operatie nog eens door te lopen. Nu gebeurt dat niet meer omdat het ok verslag standaard in de computer zit. Er worden enkele belangrijke details ingevoerd en automatisch verwerkt. Dat is eigenlijk jammer.

Opleiden is in feite het begeleiden van een **ontdekkingsreis** waarbij de arts in opleiding zich afvraagt wat doe ik, waarom doe ik het zo, en hoe zou ik dit beter kunnen doen.



Contents lists available at ScienceDirect

Journal of Orthopaedic Reports

journal homepage: www.elsevier.com

Cemented versus cementless hemiarthroplasty for a displaced fracture of the femoral neck: a critical review of recent evidence

Hidde D. Veldman^{a, b, *}, Ide C. Heyligers^{a, c}, Tim A.E.J. Boymans^b

^a Department of Orthopaedic Surgery and Traumatology, Zuyderland Medical Center, H. Dunantstraat 5, NL-6419 PC, Heerlen, the Netherlands

^b Department of Orthopaedic Surgery, Maastricht University Medical Center +, P. Debyelaan 25, NL-6229 HX, Maastricht, the Netherlands

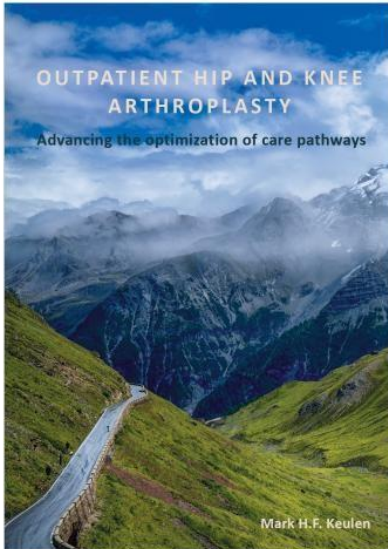
^c School of Health Professions Education, Maastricht University, P.O. Box 616, NL-6200 MD, Maastricht, the Netherlands

Conclusion: Current evidence supports cemented hemiarthroplasty as the preferred fixation strategy for displaced femoral neck fractures in older adults.



Het is belangrijk dat **assistenten** een **kritisch houding** ontwikkelen. Zowel met betrekking tot hun **eigen ontwikkeling** als met betrekking tot hun **vak**. Niet altijd zijn nieuwe ontwikkelingen duidelijk beter, Een mooi voorbeeld is de **fixatie** van een heupprothese. Dit kan met botcement zoals oorspronkelijk gebeurde of cementloos. Deze laatste techniek gaat wat **sneller** maar is ook **duurder**, de industrie verdient er waarschijnlijk ook meer aan. Geleidelijk zien we dat de cementloze fixatie meer en meer wordt toegepast. De vraag is of dat altijd juist is.

Hidde Veldman verrichtte een **analyse** vd literatuur waarin deze twee fixatie technieken worden vergeleken bij de behandeling van een gebroken heup bij ouderen. Hij komt tot de conclusie dat gecementeerde fixatie de voorkeur heeft. Slechts in specifieke gevallen wordt ongecementeerde fixatie geadviseerd.



Proefschrift Mark Keulen. Plaatsen heup en knie prothese in dagopname.

Co-promotoren: Dr. Martijn Schotanus en Dr. Bert Boonen

- Poliklinische operatie heup- en knie prothese is veilig bij vooraf geselecteerde patiënten.
- Hierdoor is kostenbesparing mogelijk.
- Mits goed protocol en betrokkenheid alle ketenpartners
- Huidige systeem in NL stimuleert dit niet



Een ander voorbeeld van **kritisch onderzoek naar nieuwe ontwikkelingen** is het recente proefschrift van **Mark Keulen**. Hij onderzoekt het plaatsen van heup- en knie prothesen in dag **opname**. Dit illustreert de snelle ontwikkeling in de geneeskunde. Toen ik in opleiding was bleef een patiënt na een **THP ten minste 2 weken** in het ziekenhuis en een patiënt met een **TKP tot hij of zij 90 graden** kon buigen, vaak duurde dit langer dan 2 weken. Vanwege betere anesthesie en operatietechnieken, maar vooral ook door ervaring en kritische analyse kan dat nu dus in 1 dag. Mark toonde aan dat dit veilig is. Maar hij schetste ook de randvoorwaarden. Door onderzoek te doen worden assistenten kritisch over nieuwe ontwikkelingen.

De invloed van de **industrie** heb ik in Amerika op een heel speciale manier ervaren. Daar mag direct **reclame** gemaakt worden voor medische ingrepen en implantaten. Een patiënt kan dus vragen aan een arts om een specifieke behandeling of operatie. We zien nu een vergelijkbare ontwikkeling met **internet** waar patiënten allerlei informatie kunnen vinden die vaak niet voor hen de beste oplossing biedt. Hoe gaan we daar mee om en hoe leren we dat aan de assistenten?



Maastricht University

Proefschrift Dr. Jeroen Bossen: Gedeelde besluitvorming in orthopedische chirurgie. Co-promotor Dr. Jesse Jansen.

- Assistenten ervaren meer weerstand bij gebruik beslishulp
- Patiënt minder tevreden bij arts-assistent
- Patiënten op poli willen vaak operatie en niet wachten
- Wie informeert patiënt over de operatie, huisarts of orthopedisch chirurg?



Recent is **Jeroen Bossen** gepromoveerd op **gemeenschappelijke besluitvorming**. Hierbij kan de patiënt een **beslischulp** gebruiken om een keuze te maken uit verschillende behandelmogelijkheden. Dit gaat niet zover dat de patiënt kan kiezen welk implantaat hij krijgt. Maar soms kan er wel gekozen worden tussen een operatie of afwachten. Jeroen **evalueerde** o.a. een training waarin artsen en specialisten gedeelde besluitvorming leren toepassen. Het bleek oa dat **assistenten het moeilijker vinden** om dat te doen dan orthopedisch chirurgen. Patiënten waren **minder tevreden bij assistenten** dan bij de specialisten. Een verklaring hiervoor is er nóg niet. Dit onderzoek is echter wel aanleiding tot **verder onderzoek**. Het onderzoek wierp ook de vraag op wie de patiënt informeert over een ingreep. De huisarts of diegene die de ingreep eventueel doet.

De **wet van Wolff** gaat ook op voor **studenten, co-assistenten en assistenten: sterkte** (kennis en kunde) ontwikkelt zich in antwoord op **belasting** (blootstelling aan leermomenten) . **Overbelasting** kan dit proces verstoren, de assistent kan breken, en te weinig blootstelling aan leermomenten kan de ontwikkeling belemmeren. **Vroeger** zei ik wel **“Er is nog nooit iemand hoger gesprongen door de lat lager te leggen”**. **Tegenwoordig** zeg ik: **“Als je de lat té hoog legt kan het ook gebeuren dat je eronderdoor gaat”**. Het gaat erom op te leiden in het kritische window tussen een lat die niet te laag ligt en één die niet te hoog ligt. Die ruimte is voor iedereen in opleiding verschillend zijn.

De assistenten hebben tegenwoordig duidelijk een **andere omgeving** dan wij destijds. Vaak zijn **beide partners in opleiding** met dienstbelasting en dergelijke. **Parttime opleiden** is de regel geworden terwijl dit vroeger niet mogelijk was. Veel specialisten werken ook na hun opleiding in **deeltijd**.



Still Higher Risk for Burnout and Low Work Engagement Among Female Residents After 10 Years of Demographic Feminisation

Maud Kramer^{1,2*} · Karen D. Könings¹ · Jelle T. Prins³ · Frank M. M. A. van der Heijden⁴ · Ide C. Heyligers¹

Accepted: 21 May 2024
 © The Author(s) 2024

Kramer et al. *BMC Medical Education* (2021) 21:253
<https://doi.org/10.1186/s12909-021-02694-9>

BMC Medical Education

Na 10 jaar nog steeds meer burn out bij vrouwelijke arts-assistenten in chirurgie en interne.

RESEARCH

Open Access

Implicit gender-career bias in postgraduate medical training still exists, mainly in residents and in females

Maud Kramer^{1,2*}, Ide C. Heyligers^{1,2} and Karen D. Könings¹



Meer onbewuste associatie man-carrière, vrouw-huishouden bij vrouwelijke arts-assistenten.

Een andere verandering is de **feminisering** van de geneeskunde. Terwijl ik vroeger meemaakte dat de eerste vrouwelijke assistent werd aangenomen voor de opleiding orthopedie is het nu volstrekt geaccepteerd dat dit gebeurt. En terecht natuurlijk. Orthopedie is echter het specialisme met het minste aantal vrouwelijke assistenten. **Maud Kramer** is net klaar met haar opleiding orthopedie en bijna klaar met haar proefschrift. Maud doet onderzoek naar deze **feminisering en de opleidingscultuur**. Een aantal zaken heeft ons bij dat onderzoek **verrast**: zij kon aantonen dat de kans op **Burn-out** na 10 jaar waarin het aantal vrouwelijke assistenten steeg tot > 30% nog steeds hoger is bij vrouwelijke assistenten zowel bij de chirurgie als bij de interne.

Met een onbewuste associatietest bleek dat de **gender-career** bias waarbij onbewust bv het begrip “man” wordt geassocieerd met “werk” en het begrip “vrouw” met “huishouden” het sterkste is bij de vrouwelijke assistenten.

Maud maakt deel uit van de **commissie cultuur** van de Nederlandse Orthopedische Vereniging. Deze onderzoekt hoe het zit met **diversiteit en inclusie** binnen de orthopedie en doet aanbevelingen voor selectie en opleiding.

Ik heb zelf ervaren hoe een organisatie in paniek kan reageren als de **machine vastloopt**, door uitval van operaties, te weinig personeel of door een disfunctionerende arts. De eerder genoemde wet van Wolff geldt ook voor organisaties. Als voorzitter van de ok commissie heb ik gezien hoe iedere specialist opkwam voor zijn patiënten. Maar ik zag ook hoe financiële en organisatorische factoren belangrijker worden gevonden dan patiëntenzorg. En hoe artsen vooral assistenten hierin knel kunnen komen te zitten. Toen ik later vertrouwenspersoon werd heb ik veel gehad aan deze ervaringen.



ORZON KAMPVUUR:

Iedere 2^e maandag vd maand
20.00u de Tribunal

- Dr. Simone Gorter
- Dr. Meindert Sosef
- Prof.dr. Walther van Mook
- Dr. Liselot Valkenburg
- Prof.dr. Ide Heyligers
- ...
- ...

Iedereen welkom!
Onderwijs, opleiding,
onderzoek, klinisch werk.



Diverse collega's geven regelmatig aan op trainingen dat zij behoefte hebben om eens met andere opleiders te **sparren**. Ik had destijds ook graag eens willen praten met een **onafhankelijke collega** die weet hoe de **hazen** lopen. Dit is dan ook de reden dat we recent in deze regio hebben afgesproken om iedere tweede maandag van de maand met een aantal ervaren opleiders en onderzoekers bij elkaar te komen in **de Tribunal**, de kroeg recht tegenover deze aula, maar ook naast de toneelschool.

Ik zal afsluiten met 10 korte stellingen.

1. Het zou goed zijn om het begrip opleidingscapaciteit te gebruiken bij de verdeling van assistenten over opleidingsklinieken. Opleidingscapaciteit wordt niet alleen bepaald door het aanbod van zorgparameters, maar ook door kwantitatieve – en kwalitatieve aspecten van de opleiding zelf.
2. De enquête van de RGS die aan arts-assistenten in opleiding wordt toegestuurd met vragen over de kwaliteit van de opleiding zou verplicht moeten worden.
3. De positie van de COC zou geformaliseerd moeten worden door de RGS. Hiertoe biedt de erkenning van opleiders in het Kaderbesluit wellicht mogelijkheden.
4. Doordat assistenten tegenwoordig vooral het werk doen dat zij op dat moment nodig hebben voor hun opleiding (EPA's) bestaat het risico dat als zij eenmaal aan het werk gaan als specialist, het verschil met de praktijk te groot is.
5. Met de huidige organisatie van opleiden waarbij de begeleiding van assistenten heel veel wisselt in persoon en locatie bestaat het risico dat het meester – gezelschap principe verdwijnt.

6. De term negatieve feedback doet tekort aan de juist vaak belangrijke informatie van deze gesprekken.

7. Wie alleen een hamer heeft leren gebruiken zal ook op een schroef gaan slaan.

8. Bij alle nieuwe ontwikkelingen in het medisch domein, ook maatschappelijk, moeten altijd studenten geneeskunde en arts-assistenten worden betrokken.

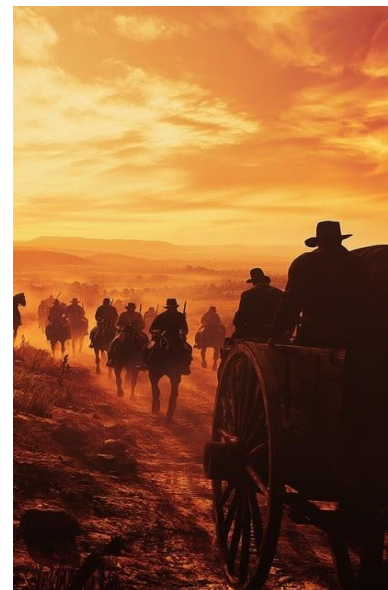
9. De hersenen zijn als een spier, je moet ze oefenen om ze te laten groeien.

10. Bij Onderwijs en Opleiding Regio organisaties moet het voorzitterschap van belangrijke commissies regelmatig wisselen. Hierbij moeten alle klinieken worden betrokken, en hierbij moeten assistenten worden betrokken. Zoals hier in de OORZON.



Oneindig veel dank

- Mijn docenten, opleiders
- Patiënten
- Studenten, CO-assistenten, Assistenten
- Onderzoekers SHE, STEGA, AHORSE,
- Promovendi
- Collega's artsen, docenten, trainers, opleiders
- Medewerkers RGS
- Verpleegkundigen, Ok personeel
- Ondersteuners, Secretarissen
- Managers, Bestuurders
- Vrienden, Familie
- etc. etc. etc.



Geachte toehoorders, Ik heb geprobeerd u een **beeld** te schetsen van de **boeiende wereld van onderwijs en opleiding in het opleidingsziekenhuis**. Juist de **combinatie** van klinisch werk, opleiding en onderzoek maakt dit zo leuk. Bovendien zeer relevant. Ik ben heel dankbaar voor het leuke werk dat ik heb mogen doen.

Dit afscheidscollege geeft mij de gelegenheid om iedereen te **bedanken** met wie ik heb samengewerkt. Alleen bereik je niets. Samenwerking is alles. Ik noem geen namen – daar ben ik slecht in zoals de assistenten weten – maar wel noem ik;

de medewerkers van SHE waardoor ik mij altijd geïnspireerd voel, tot op de dag van vandaag,

de promovendi, assistenten en co-assistenten, jullie begeleiden vind ik zo een beetje het leukste wat er is, ik hoop dat jullie dat ook vinden,

verpleegkundigen, ok personeel en ondersteuners zonder wie niets mogelijk is in het ziekenhuis

collega specialisten en opleiders, mede docenten. Mijn maatschap die mij de mogelijkheid bood om mijn ontwikkeling door te maken.

RGS medewerkers met wie ik met heel veel plezier heb gewerkt en van wie ik veel heb geleerd.

mensen die verantwoordelijkheid dragen in de faculteit, de universiteit, het MUMC en het Zuyderland

patiënten om wie we het eigenlijk allemaal is te doen.

Veel dank voor de samenwerking en uw vertrouwen.



Mijn grote dank en **liefde** gaan naar mijn lieve vrouw Sacha, mijn **steun en toeverlaat**, **vaste medereiziger** in het leven en een heel verstandig mens. Samen beleven we de **avonturen** in ons leven. En natuurlijk ben ik heel dankbaar voor onze familie; onze dochter Boudewien en haar man Jeroen, onze zoon Djoeke en zijn vrouw Joy en hun kinderen, Sue, Djoeke jr en Mac.



Aan het einde van ieder avontuur zingt Lucky Luke een liedje: “I am a poor lonesome cowboy and a long way from home”. Ik ben zeker **niet arm** en ook **niet alleen**, dat moge duidelijk zijn. Ook al heb ik dan een **paard** (2 zelfs) een **cowboy** zal ik nooit zijn.

Aanvankelijk voelden wij ons hier vanuit het wilde westen in NL naar dit zwoele zuiden ‘**a long way from home**’. Dat is nu eker niet meer zo dankzij de **warme ontvangst** die we hier kregen en de **fijne vrienden** die we hier hebben ontmoet. Daarvoor zijn wij **zeer dankbaar**.

Ik heb gezegd.