

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 1
JAARGANG 13
MAART 2022

Magazine voor de internist

Oscar Smeekes en Marijn Kramer

Dubbelinterview met de vertrekkende en de nieuwe
voorzitter van de JNIV

In de kijker

Twee jonge internisten-
infectiologen over hun
ervaringen

Best practices

Tijdelijk 0,1 fte inleveren voor
een jonge klare

De fitte dokter

Aart Mudde over zijn werk
als coach voor medische
professionals

Boekbespreking

De generalist in een
gespecialiseerde wereld



INTERVIEW

6

Dubbelinterview met Marijn Kramer, de vertrekkende voorzitter van de JNIV en Oscar Smeekes, de nieuwe voorzitter



In de kijker

Twee jonge internist-infectiologen over hun ervaringen

10



Best practices

Tijdelijk 0,1 fte inleveren voor een jonge klare

13



De fitte dokter

Aart Mudde over zijn werk als coach voor medische professionals

16

RUBRIEKEN

Cartoon

18

Interne aangelegenheden

Investerings

19

Boekbespreking

Range, why generalists triumph in a specialized world

20

De medicus in de literatuur

François Rabelais

22

Ingezonden

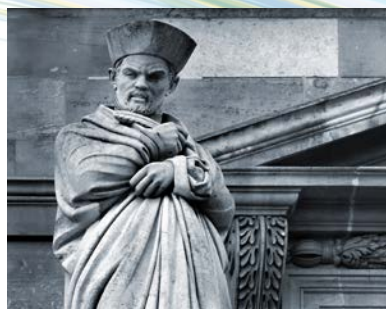
De acute internist als onderdeel van het artsenteam op de SEH

19

Column Yvo Smulders

Ongemak

26



Dé diabetes type 1 community

- Voor iedereen die te maken heeft met diabetes type 1.
- Feiten, tips, en nieuwe ontwikkelingen helder uitgelegd en in perspectief gezet.
- De online plek waar mensen vragen stellen aan experts, ervaringen uitwisselen en hun verhaal delen.



Vraag posters
en flyers aan
via info@diabetestype1.nl

Een initiatief van:

diabetestype1.nl

Diabetes
Fonds

Dr. C.J. Roosprijs 2022

De dr. C. J. Roosstichting reikt in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging de dr. C. J. Roosprijs uit voor de drie beste klinische proefschriften op het gebied van de Interne Geneeskunde. De stichting heeft onder meer als doel met deze prijs klinisch wetenschappelijk, patiëntgebonden onderzoek in Nederland te bevorderen.

De eerste prijs van € 2000 en de tweede en derde prijs, ieder van € 500, zullen tijdens de Internistendagen in Maastricht in oktober 2022 worden uitgereikt na afloop van de sessie Topproefschriften, samen met een gekalligrafeerde oorkonde. De drie laureaten zullen hun werk presenteren tijdens de sessie Topproefschriften.

Voorwaarden

De dr. C. J. Roosprijs is bedoeld voor klinisch, patiëntgebonden onderzoek, waaronder verstaan wordt zowel onderzoek door de promovendus zelf verricht aan patiënten of proefpersonen, als onderzoek bij grotere groepen patiënten zoals gerandomiseerde studies, in een proefopstelling of een protocol waar de promovendus een belangrijk aandeel in heeft gehad. Moleculair, genetisch en basaal wetenschappelijk onderzoek kan hierbij additioneel zijn. Uitgesloten zijn proefschriften waarvan de aard en de opzet geheel bepaald zijn door de farmaceutische industrie.

Om in aanmerking te komen voor de dr. C. J. Roosprijs wordt het volgende gevraagd:

- Een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen na 1 augustus 2021 en vóór 1 augustus 2022.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Aanmelden

Aanmelden gaat als volgt:

- Stuur een digitale versie van het proefschrift naar niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2022.
- Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift naar de juryvoorzitter: dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
- Zend bij zowel de digitale versie als bij het gedrukte exemplaar een curriculum vitae mee. Voeg een korte motivatie toe waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen en een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden prof. dr. H. A. H. Kaasjager, prof. dr. M. M. Levi, prof. dr. A. E. Meinders, dr. J. C. Roos, voorzitter, prof. dr. J. W. A. Smit, en de eerste prijswinnaar in 2021, dr. B. Haak.

**De uiterste inzendingsdatum is
1 augustus 2022**



Behoud

Bij het lezen van de artikelen in dit magazine moest ik terugdenken aan mijn eigen opleiding, en dan met name aan het laatste deel ervan. Als bijna specialist voelde ik de behoefte om op eigen benen te staan en keek ik ernaar uit om echt zelfstandig beslissingen te mogen nemen. Ook was ik toe aan een nieuwe fase in mijn leven, met daarbij meer zekerheid over de toekomst. Ging het lukken om samen met mijn vrouw een leuke baan te vinden in dezelfde regio, en zo niet, wat voor keuzes en afwegingen zouden we dan maken? Die onzekerheid was vervelend, maar in 2009 was de arbeidsmarkt voor internisten heel anders dan nu en tweeënhal jaar later hadden wij allebei een mooie vaste plek. Het verhaal van twee jonge klare internist-infectiologen op pagina 10 doet mij terugdenken aan die tijd, waarin je graag verder wilt bouwen aan je toekomst. Zowel professioneel als privé. Helaas zijn de perspectieven voor jonge klaren de afgelopen jaren steeds minder rooskleurig geworden, en inmiddels is er een grote groep collega-specialisten die soms jaren aaneen met korte contracten op verschillende locaties hun registratie probeert te behouden. Als NIV bestuur gaat dat ons enorm aan het hart.

Naast het streven naar een structurele oplossing, waar wij samen met de Federatie Medisch Specialisten aan werken, zoeken we ook naar praktische oplossingen op de korte termijn. Zo is er een coulanceregeling met betrekking tot de contributie voor collega's die geen baan hebben, zijn er maatwerkoplossingen mogelijk op het gebied van herregistratie, en proberen we met het delen van best practices en een tool-kit handvatten te bieden aan vakgroepen om hun bijdrage te leveren (pagina 13). Op deze manier kunnen we met elkaar zorgen dat we de nieuwe generatie internisten behouden voor ons mooie vak. En dat is hard nodig, want met de forse toename van patiënten met meerdere chronische aandoeningen tegelijk wordt de rol van de internist in de gezondheidszorg steeds belangrijker. Volgens de huidige berekeningen stevenen we door een lagere instroom van de afgelopen jaren en verhoogde uitstroom door pensioenen vanaf 2026/2027 af op een tekort aan internisten.

Naast behoud van de huidige jonge klaren, is behoud van werkplezier en carrièreperspectief een onderwerp dat ons allemaal aangaat. Op pagina 16 wordt uitgelegd hoe je een fitte dokter kunt blijven, terwijl we vanaf pagina 7 kunnen lezen hoe de JNIV zich de afgelopen twee jaar onder leiding van Marijn Kramer heeft ingezet voor diversiteit, kwaliteit en werkgelegenheid. In een dubbel interview samen met haar opvolger Oscar Smeekes wordt vooruitgeblikt op de nieuwe strategische visie van de JNIV, waar deze onderwerpen ook weer een prominente rol in zullen spelen. En dan tot slot de ingezonden brief met betrekking tot de inzet van de internist-acute geneeskunde van Frank Bosch en Prabath Nanayakkara (pagina 25). De acute zorg is en wordt de komende tijd alsmaar crucialer en internisten spelen hierbij een essentiële rol. In een volgend magazine komen we als bestuur dan ook graag terug op de brief van onze collega's.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
13e jaargang, nummer 1, maart 2022

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Paula van Eerde, Marianne Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Darius Soonawala, Harriët Teijlen, Heleen de Wit

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Bart Versteeg

Uitgever

MacChain, Connecting Medical Initiatives,
Postbus 330, 1960 AH Heemskerk

ISSN 2211-100X

© NIV, 2022

Website NIV: www.internisten.nl



‘We hebben de afgelopen twee jaar flinke stappen gezet’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG

Op de Algemene Ledenvergadering van de Junior Nederlandse Internisten Vereniging (JNIV) in december heeft Oscar Smeekes de voorzittershamer overgenomen van Marijn Kramer. Ze zijn beiden internist in opleiding in het Amsterdam UMC, locatie AMC. Samen blikken ze terug én kijken vooruit.

Kramer ging bij haar aantreden aan de slag met verschillende thema's, waaronder het nieuwe visiedocument, diversiteit, medisch leiderschap en werkgelegenheid. Wat betreft diversiteit zette zij meteen een eerste stap en deed op de JNIV-website een oproep aan aios die met dit thema aan de slag wilden gaan zich te melden. 'Daar kwamen enthousiaste reacties op. Het leidde tot een commissie die de afgelopen twee jaar mooie initiatieven heeft ontplooid, onder andere tijdens de Internistendagen en de Landelijke Opleidingsdag (LOIG). Diversiteit is een breed thema: het gaat over diversiteit in denkkaders, in mensen, maar ook in

profielen van jonge en oudere internisten. De commissie is een inspirerende en gepassioneerde groep. Je merkt dat veel aios gemotiveerd zijn om het onderwerp op te pakken.'

Betere kwaliteit

Een van de initiatieven was een opiniesessie met de *chief diversity officer* van het Erasmus MC, wetenschappers en artsen op de Internistendagen van 2021. Het belang van diversiteit werd besproken aan de hand van praktijkvoorbeelden en toetsing bij het publiek. 'Het was een boeiende sessie, waarop goed werd gereageerd', blikt Kramer terug. 'Diversiteit in een team is belangrijk voor de

kwaliteit van het werk; het is wetenschappelijk aangetoond dat meer diversiteit de kwaliteit van de zorg verhoogt. Het gaat dan zowel om culturele diversiteit als diversiteit in opleidingsprofielen. Bij internisten en aios is daar duidelijk behoefte aan. Het begint met bewustwording. Daarin hebben we de afgelopen twee jaar flinke stappen gezet. De komende tijd willen we nadenken over de manier waarop we diversiteit kunnen stimuleren bij het aannamebeleid van nieuwe internisten in opleiding.'

De huidige tijd vraagt ook om meer diversiteit in profielen: 'Naast generalisten en orgaan- of superspecialisten, is er behoefte aan internisten die zich bezighouden met vakoverstijgende thema's, zoals beleid en technologische innovatie. Dit betekent dat we buiten de gebaande paden moeten treden om thema's

aan de randen van het internistisch domein te verkennen.’ Door ook te selecteren op het talent voor vakoverstijgende aspecten en door profielkeuzes voor vakoverstijgende aspecten expliciet te maken, kunnen we de diversiteit en kwaliteit van het werk verder verhogen. ‘En,’ zegt Smeekes, ‘zo kun je ook de intrinsieke motivatie van mensen ten volle benutten.’

Medisch Leiderschap

In de afgelopen twee jaar is de JNIV-onderwijsdag Medisch Leiderschap georganiseerd, inmiddels onder de bredere titel Anticipatie op Organisatie en Sollicitatie. ‘De dag werd goed bezocht’, vertelt Kramer. ‘Ook dit jaar organiseren we deze dag weer. De bijeenkomst gaat over management, de organisatie van ziekenhuizen, persoonlijke ontwikkeling en positionering in de ingewikkelde arbeidsmarkt. We willen aios op dit soort punten handvatten bieden. We hopen zelfs dat deze dag vast onderdeel wordt van het curriculum voor interne geneeskunde.’

Net na het aantreden van Kramer brak de coronacrisis uit en werd het voor haar een uitdaging om het werk goed te blijven organiseren en goed contact te blijven houden met de andere JNIV-bestuursleden. ‘We werkten erg graag samen en het is gelukt om het contact en de gedrevenheid vast te houden. De inhoud van de agenda werd uiteraard mede bepaald door de COVID-19-pandemie. Tegelijk was het erg interessant om mee te maken. Op korte termijn werden belangrijke beleidsmatige beslissingen genomen, zijn landelijke richtlijnen geschreven en werden webinars georganiseerd voor zorgverleners. Het was alles bij elkaar een inspirerende tijd. Als JNIV-bestuur houden we elk najaar



een strategisch weekend waarin we terugblikken en concrete doelen opstellen met een tijdlijn voor het komende jaar. Daardoor is de invloed van de coronamaatregelen op onze agenda beperkt gebleven. Ik vind dat we daar als bestuur trots op kunnen zijn. En het strategisch weekend kon gelukkig steeds doorgaan.’

Gelijkwaardig

Oscar Smeekes werd op 13 december 2021 aangesteld als nieuwe voorzitter. Hij is vijfdejaars aios met speciale interesse in acute zorg

en in medisch leiderschap. Met Marijn Kramer werkte hij al samen in het JNIV-bestuur en de commissie Medisch Leiderschap. Zijn aandachtsgebied is ouderengeneeskunde. ‘Als bestuur vertegenwoordig je alle aandachtsgebieden. Als bestuurslid probeer je daarom zo veel mogelijk je eigen aandachtsgebied op de achtergrond te houden, want we zijn tenslotte allemaal internist. Uiteraard zal ik mijn specifieke kennis en ervaring inzetten als dat in mijn functie als voorzitter een toegevoegde waarde heeft.’

Met de rest van het JNIV-bestuur heeft Smeekes gewerkt aan het nieuwe JNIV Visiedocument, dat naar verwachting in maart wordt gepubliceerd. De titel is *De toekomstbestendige internist in opleiding*. Het document beschrijft vijf thema's voor de komende jaren: diversiteit, werkgelegenheid, profiel uit kracht en tot slot plezier, innovatie en regie.

‘De huidige tijd vraagt om **meer diversiteit in profielen**’

Over het thema Innovatie vertelt Smeeke: 'De komende jaren staat de zorg als geheel voor enorme uitdagingen. Er moet meer zorg geleverd worden met minder mensen en minder geld. Dat vraagt om innovatief denken en doen, en daarvoor is tijd en een mandaat nodig. Omdat wij de medisch specialisten van morgen zijn, vinden wij het als JNIV belangrijk dat aios een centrale rol vervullen in het aangaan van deze uitdagingen en in het vinden van oplossingen.' Smeeke denkt in dit verband bijvoorbeeld aan een netwerkstage palliatieve zorg. Door met het hele netwerk samen te werken ontstaan nieuwe inzichten en kan de aios nadenken over ketenbreed verbeteren van preventie en kwaliteit.

Vitaliteit

Bij het inrichten van zorgprocessen moet ook de vitaliteit van de hulpverlener aandacht krijgen. 'Door de toenemende druk op de zorg is het extra belangrijk om ervoor te zorgen dat dokters vitaal en gepassioneerd blijven. Daar sluit het thema Regie op aan: we willen de regie van de aios in het werk vergroten.' Kramer vult daarbij aan: 'Naast het leren van het verlenen van goede patiëntenzorg willen we ruimte bieden voor de ontwikkeling van andere talenten en kwaliteiten van aios.' Een andere dagindeling kan daarbij helpen. Een pluspunt van de coronacrisis is dat in korte tijd veel ervaring is opgedaan met digitaal werken. Smeeke zou graag de voordelen

'Het verlies van talent en capaciteit is ongewenst, ook omdat **internisten in de toekomst hard nodig zullen zijn**'

daarvan willen gebruiken bij het inrichten van het werkproces. Bijvoorbeeld door een wekelijkse digitale middagpoli voor de aios en de internist. 'Dan hoeven zowel patiënt als dokter niet naar het ziekenhuis te komen voor het gesprek. De gewonnen tijd kan dan anders worden besteed, door dokter én patiënt. Dergelijke initiatieven vragen om een open gesprek tussen internist, aios en patiënt. Zo kun je ieders ideeën exploreren, behoeftes achterhalen en daarmee het zorgproces optimaliseren. Vervolgens is het de kunst om samen te kijken hoe dat vorm moet krijgen in het eigen ziekenhuis. De JNIV denkt daar graag over mee en zal *best practices* delen om inspiratie op te doen. Het werkt heel positief als je kunt ervaren wat mogelijk is buiten de gebaande paden.'

Werkgelegenheid

Ook het aspect van werkgelegenheid heeft de afgelopen twee jaar

veel aandacht gekregen. Geen baan kunnen vinden – of hooguit een baan met een tijdelijk contract – is voor steeds meer uitstromende aios een probleem. Dit komt duidelijk naar voren in de tweejaarlijkse enquête van de JNIV. Kramer: 'We horen het ook van jonge internisten zelf. We hebben dit probleem bij de NIV onder de aandacht gebracht. Die heeft de Taskforce Werkgelegenheid opgericht. Het verlies van talent en capaciteit is ongewenst, ook omdat internisten in de toekomst hard nodig zullen zijn. De JNIV heeft overlegd met De Jonge Specialist van de Federatie Medisch Specialist en met juniorafdelingen van verschillende wetenschappelijke verenigingen. Het probleem van werkgelegenheid blijkt veel breder. Met aios en internisten proberen we creatieve oplossingen te bedenken, bijvoorbeeld een duobaan met een andere aios, of een combinatie met een ander beroep. Het doel is om de aios voor het interne vak te behouden.' Smeeke laat weten dat hiervoor ook de komende tijd volop aandacht is, onder andere door *best practices* vanuit het hele land te delen in het NIV-magazine. 'De voorbeelden van oplossingen kunnen inspireren. De praktische uitwerking ervan in het magazine kan barrières voor lokale implementatie verlagen. De Taskforce Werkgelegenheid gaat intussen op nationaal niveau verder met het onderwerp. Er is een enorme zorgvraag en op de arbeidsmarkt is ruimte voor de internist als regisseur voor ouder wordende, complexe patiënten met meerdere aandoeningen. Daar zijn we van overtuigd.' ■

PERSOONLIJKE COACHING

De ene aios maakt makkelijker een profielkeuze dan de andere. In deze zoektocht speelt begeleiding door de opleider(s) een belangrijke rol. Die zoekt samen met de aios van oudsher al naar een passend profiel, maar het palet aan keuzes wordt nu uitgebreid en toegankelijker gemaakt. Zo wordt persoonlijke coaching mogelijk voor aios die daar behoefte aan hebben. Een coach kan helpen om de drijfveren van de aios te vinden en daar gedurende de opleiding aan vast te houden. 'Vanuit het *challenge and support coachings* programma weten we al dat dat tot mooie resultaten kan leiden', vertelt scheidend JNIV-voorzitter Kramer. Haar opvolger Smeeke vult daarbij aan: 'Samen met de opleider kan de aios zoeken naar projecten om een persoonlijk profiel te realiseren. De nieuwe digitale leeromgeving zal daarbij gaan helpen. Het geeft aios en opleiders direct toegang tot andere domeinen en ook tot projecten in andere regio's. De JNIV zal op komende evenementen en in haar mediakanalen aandacht besteden aan dit thema en *best practices* delen.'

De internist-infectioloog

TEKST: CAROLINE CANTÉ

In de rubriek *De jonge klare in de kijker* geven we de huidige generatie jonge klaren het woord. Hoe gaan zij om met de huidige werkgelegenheidsproblematiek en hoe ziet de toekomst er voor hen uit? In deze aflevering geven we twee internist-infectiologen het woord.

Maartje van den Boomgaard is sinds juni 2021 internist-infectioloog. Ze werkt momenteel voor 0,5 fte als waarnemer in het UMCG en voor 0,5 fte bij OOR NO (Onderwijs- en Opleidings Regio's Noord- en Oost-Nederland). Daar zet ze een pilot-project op voor een arts-traineeship, ter vervanging van het anios-schap. Karel-Jan Lensen is sinds oktober 2020 werkzaam als internist. Op het moment van dit interview werkt hij bij Comicro B.V. in Hoorn, een microbiologisch laboratorium met als aandeelhouders het Dijklander Ziekenhuis (locatie Purmerend en Hoorn) en het Zaans Medisch Centrum.

Hoe is je loopbaan tot nu toe verlopen?

Maartje: 'Na het afronden van mijn opleiding tot internist ben ik in het UMCG blijven werken als waarnemer. Dat ik kon blijven werd pas twee weken voordat ik klaar was duidelijk. Daarvóór had ik vanaf november 2020 gesolliciteerd op alle vacatures voor internist-infectioloog met een

jaarcontract (of langer), ongeacht de reisafstand. Ik was me ook al aan het oriënteren op een baan in het buitenland. Zo had ik me ingeschreven bij een Scandinavisch uitzendbureau voor medici en had al enkele gesprekken gehad in het Verenigd Koninkrijk (VK). Op het moment dat ik gebeld werd met de vraag of ik nog even in het UMCG wilde blijven was ik al druk bezig met mijn aanvraag voor registratie in de General Medical Council (GMC), wat nodig is om in het VK te werken; ik had alle taal-examens al gehaald.'

Karel-Jan: 'Sinds oktober 2020 ben ik internist. Aansluitend heb ik anderhalve maand als onderzoeker in het UMCG gewerkt. Vervolgens werkte ik negen maanden in het Deventer Ziekenhuis en daarna ben ik aan de slag gegaan bij Comicro B.V. in Hoorn. Comicro levert de microbiologische diagnostiek voor de ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen en huisartsen in de regio. Daarnaast levert Comicro op consultaire basis expertise op het gebied van preventie, diagnostiek en

behandeling van infectieziekten. Ik ben binnen de vakgroep vooral bezig als consultant in de regio Zaandam en met *antibiotic stewardship* (voorkomen en beheersen van antibioticaresistentie) in het Zaans Medisch Centrum. In februari 2022 start ik als algemeen internist bij de Treant Zorggroep. Ik heb een contract voor een jaar, maar hoop natuurlijk dat er uiteindelijk een vaste aanstelling uit voort zal komen.'

Wat was het effect van je loopbaan tot nu toe op je persoonlijk leven?

Maartje: 'Mijn man is afkomstig uit Oeganda en woont daar nog steeds. Hij heeft zijn opleiding biomedische technologie ongeveer tegelijk afgerond met mijn opleiding tot infectioloog. We hebben lang gedacht dat ik naar Oeganda zou verhuizen om daar als arts te gaan werken; we zouden dan eindelijk echt samen zijn. Maar de afgelopen twee jaar is onder andere door de COVID-19-pandemie en de presidentsverkiezingen het land in een rap tempo dusdanig veranderd, dat we daar onze toekomst niet meer zien. Er zijn bijvoorbeeld het afgelopen jaar al drie bomaanslagen gepleegd in de hoofdstad. Na de laatste verkiezingen is er een wet aangenomen die iedereen verplicht een zender onder de auto of motor te plaatsen, zodat de overheid je te allen tijde kan volgen. Verder is het gebruik van verschillende soorten social media verboden verklaard. Dat bracht ons voor een hele andere uitdaging. Ik heb namelijk in Nederland

'Niet al te **rigide in bureaucratie blijven hangen** bij herregistratie'



PROFIELSCHETS

Naam: Maartje van den Boomgaard

Leeftijd: 33 jaar

Opleidingsprofiel en regio: Infectieziekten OOR Noord Oost (MST Enschede & UMCG)



PROFIELSCHETS

Naam: Karel-Jan Lensen

Leeftijd: 39 jaar

Opleidingsprofiel en regio: Infectieziekten, regio Noord- en Oost-Nederland (VUMC & UMCG)

minimaal een jaarcontract nodig, naast veel andere eisen, voor een vijf-jarig visum voor mijn man. Terwijl we al elf jaar samen zijn en getrouwd zijn. Rondom het afronden van mijn opleiding waren er echter vooral vacatures voor drie tot zes maanden voor corona-zorg. Ook eventuele plannen voor werken in het buitenland werden door de nationaliteit van mijn man bemoeilijkt. Zo zijn bijvoorbeeld Zweden en het VK redelijk coulant in het afgeven van een visum voor partners, maar zijn Denemarken en Zwitserland landen waar dit juist nagenoeg onmogelijk is.'

Karel-Jan: 'We hebben drie kinderen en mijn partner is in opleiding tot MDL-arts. Vooral in het begin heeft de lange reisafstand van meer dan anderhalf uur en het meerdere malen per week elders overnachten effect gehad op ons gezinsleven. Daarnaast is de onzekerheid over de toekomst iets wat me wel heeft beziggehouden.'

Hoe is de zoektocht naar een eerste baan verlopen? Heb je hulp gekregen van je opleider en hoe heb je dit ervaren?

Maartje: 'Tijdens mijn opleiding is er wel vaker gezegd dat er weinig

banen binnen de infectieziekten zouden zijn, maar omdat ik dus van plan was om na het afronden van mijn opleiding naar Oeganda te vertrekken, heb ik me daar nooit veel van aangetrokken. Overigens is het denk ik bij veel andere differentiaties niet veel beter gesteld met de arbeidsmarkt. Ik doe nu wat ik het allerleukste vind. Dus achteraf zou ik niet een andere keuze hebben gemaakt. Ik heb altijd een enorme betrokkenheid van mijn opleidingsteam ervaren in het vinden van een baan of bij het zoeken naar andere oplossingen. Zo ben ik, mede doordat iedereen mijn persoonlijke situatie kent en de problemen rondom het visum van mijn man, aan deze waarneemplek gekomen, waar ik toch een jaarcontract heb gekregen.'

Karel-Jan: 'Tijdens het laatste jaar heb ik alle ziekenhuizen in de regio Noord- en Oost-Nederland aangeschreven, echter zonder succes. Gelukkig kreeg ik toen de mogelijkheid om als onderzoeker aan de slag te gaan in het UMCG. Door de COVID-19-pandemie ontstonden toen in korte tijd veel tijdelijke vacatures, waardoor ik uiteindelijk in het Deventer Ziekenhuis terecht ben gekomen. Ik moet heel eerlijk zeggen dat ik misschien iets meer hulp van

mijn opleiders had verwacht. Ik denk wel dat zij achter de schermen bezig zijn geweest om hun netwerk aan te spreken, maar dit werd in ieder geval niet heel duidelijk gecommuniceerd. Dat wil overigens niet zeggen dat ik iemand iets kwalijk neem, want ik begrijp dat het voor iedereen lastige tijden zijn en dat niemand ijzer met handen kan breken.'

Hoe bevalt het om in je huidige functie te werken?

Maartje: 'Met name het werken in een HIV-centrum – wat als infectioloog in Nederland geen vanzelfsprekendheid is – en het werken in een opleidingskliniek maken deze functie extra uitdagend voor mij. Maar omdat ik momenteel maar 2,5 dag per week klinisch werk doe, ben ik toch op zoek gegaan naar iets ernaast. Ik ben toen begonnen aan een pilotproject voor arts-trainees ter vervanging van het anioschap. Zo maak ik voldoende uren voor mijn herregistratie en verbreed ik mijn kennis en ervaring buiten het internist zijn. Ook met het oog op de toekomst, als er straks geen vaste baan als infectioloog zou komen.'

Karel-Jan: 'Hoewel het werken binnen een vakgroep medische micro-

‘Ik doe nu wat ik het allerleukste vind. Dus achteraf zou ik niet een andere keuze hebben gemaakt’

biologie wel enige overlap kent, is het werken vanuit een ondersteunend specialisme zeker anders dan ik gewend was. Zo speelt management een veel grotere rol binnen de microbiologie. Het heeft me ook nieuwe inzichten gegeven, bijvoorbeeld over de specifieke expertise van de medische microbiologie op het gebied van infectieziekten. Ik ervaar deze periode dan ook als heel waardevol en leerzaam. Wel mis ik de klinische taken en vooral het contact met de patiënt.’

Wat kunnen de RGS en NIV doen om de problemen rondom herregistratie te voorkomen die ontstaan door de huidige arbeidsproblematiek van jonge klaren?

Karel-Jan: ‘Het lijkt me wel dat er rekening gehouden moet worden met de problemen op de arbeidsmarkt. De NIV en de RSG moeten alternatieve, net zo waardevolle, competenties die opgedaan zijn, meewegen in het uiteindelijke oordeel of iemand in aanmerking komt voor herregistratie. Oftewel: niet al te rigide in bureaucratie blijven hangen.’

Maartje: ‘Wat me opvalt is dat je als werkloze jonge klare net zoveel contributie voor je NIV-lidmaatschap

moet betalen, terwijl je minder inkomen hebt en de kosten niet altijd kan declareren bij een werkgever. De beroepsvereniging van de orthopeden heeft sinds kort een gereduceerd tarief voor werkloze jonge klaren. Ik denk dat dat een mooi voorbeeld is voor andere beroepsverenigingen.’

Heb je tips voor andere jonge klaren die moeilijk een baan kunnen vinden?

Maartje: ‘Bedenk waar je echt gelukkig van wordt in het leven en realiseer je dat de baan die voor de volle 100 % aan al je eisen voldoet gewoonweg niet bestaat.’

Karel-Jan: ‘Begin op tijd met oriënteren op een nieuwe werkplek. Houd dus eigenlijk vanaf het begin van je opleiding je ogen en oren open en probeer voldoende connecties te maken en te onderhouden.’

Wat is je droombaan?

Karel-Jan: ‘In februari ben ik, als het goed is, begonnen met mijn droombaan. Ik ga werken als algemeen internist, waarbij het aanbod aan ziektebeelden heel divers zal zijn en ik mij dus breed kan blijven ontwikkelen. En ik kijk uit naar de prettige werksfeer waar iedereen het beste in elkaar naar boven haalt, dat is eigenlijk het allerbelangrijkste. Ten slotte

haal ik veel voldoening uit het overdragen van kennis aan jonge collega's, zowel artsen (niet) in opleiding als coassistenten.’

Waar zie je jezelf over 10 jaar?

Maartje: ‘Samenwonend met mijn man, waar dan ook ter wereld. Al het andere is uiteindelijk toch bijzaak. Ik hoop natuurlijk een leuke baan als infectioloog te hebben, het liefst in een opleidingscentrum waar ook HIV-zorg geleverd wordt. Maar als dat er niet in zit, is er vast iets anders op mijn pad gekomen wat me ook gelukkig maakt.’

Is je loopbaan anders gegaan dan je had verwacht en welke inzichten heeft je dat opgeleverd?

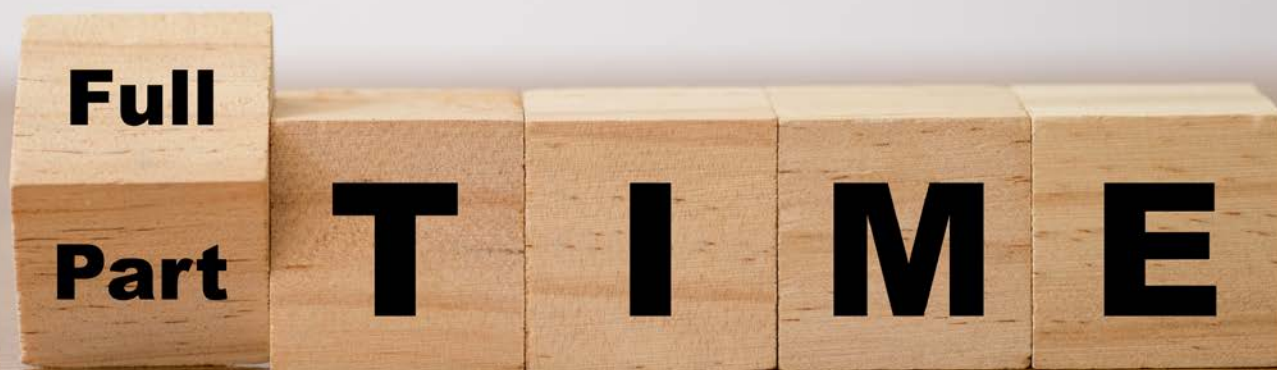
Karel-Jan: ‘Hoewel mijn loopbaan tot nu toe anders is verlopen dan verwacht, heb ik van geen enkele keuze spijt en zou ik achteraf geen andere keuzes hebben gemaakt. In het algemeen ben ik positief ingesteld. Ik probeer dan ook uit alle ervaringen iets positiefs mee te nemen om zo een betere arts en collega te worden.’ Maartje: ‘Al aan het begin van de opleiding geneeskunde komt een eenzijdig beeld naar voren, namelijk dat van de specialist werkzaam in het ziekenhuis, terwijl meer dan twee derde van de basisartsen uiteindelijk buiten het ziekenhuis gaat werken. Ik heb vooral de informatie gemist over hoe lastig het is om de specialisatie binnen te komen. Dat je vaak moet verhuizen tijdens de opleiding (en ook daarna) en dat het na het voltooien van de opleiding lastig kan zijn om een baan te vinden. Allemaal belangrijke informatie voordat je een keuze maakt en aan een opleiding begint. Wellicht hadden sommigen dan toch een andere keuze gemaakt. Dat neemt niet weg dat ik nu die keuzes wel gemaakt heb en sta waar ik nu sta: werkzaam binnen een prachtig vak dat ik met veel liefde vervul.’ ■

Referentie

1. www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/investeren-in-de-anios-moeten-loont-de-moeite-1.htm

PILOTPROJECT ANIOS-SCHAP

Maartje werkt 0,5fte voor de OOR Noord Oost als ontwerper van een pilotproject om het anios-schap om te vormen naar een arts-traineeship. Anios vormen als jonge en startende artsen een kwetsbare groep. Een recente enquête, gehouden onder 250 anios, toont aan dat er behoefte is aan meer aandacht voor het leren van algemene vaardigheden, intervisie en begeleiding.¹ Met dit traineeship hopen we aan die behoeften te voldoen. Door meer aandacht te besteden aan loopbaanoriëntatie, is het streven om het huidige percentage van 10% uitval uit de opleiding fors terug te dringen. Tijdens dit project werk ik veel samen met onderwijskundigen en andere medewerkers van leerhuizen en van verschillende ziekenhuizen uit de OOR.



Best practices werkgelegenheid

Tijdelijk 0,1 fte inleveren voor een jonge klare

TEKST: RUTH VERSTEEG & MARIANNE HENDRIKS • BEELD: 123RF

Na zes jaar je specialisatie afronden en vervolgens niet aan de bak komen. En als je ergens aan het werk kan als medisch specialist, is het vaak op basis van een contract voor bepaalde tijd, variërend van drie maanden tot twee jaar. Het is een droevig vooruitzicht voor de huidige generatie internisten in opleiding en jonge klaren. Behalve dat het stress en verdriet met zich meebrengt, is het een onverantwoord verlies van investeringen in tijd en geld. Dit vraagt om structurele én ad hoc oplossingen. In deze rubriek delen we de *best practices werkgelegenheid* die in internistisch Nederland ontwikkeld worden. Als voorbeeld en ter inspiratie.

De laatste enquête onder jonge klaren stemde niet vrolijk. Een van de resultaten was bijvoorbeeld dat 1 op

de 11 jonge internisten in de afgelopen vijf jaar niet werkzaam was als internist.¹ Dit zijn, op enkele uitzon-

deringen na, collega's die niets liever zouden willen dan hun vak uitoefenen, maar die gewoonweg geen baan kunnen vinden. Vanuit het hele land horen wij terug dat internisten en internisten in opleiding de handen ineenslaan om in hun ziekenhuis of binnen hun regio oplossingen te vinden voor dit probleem. Bijvoorbeeld bij de vakgroep ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC. Deze vakgroep bestaat uit acht internist-ouderengeneeskunde

en vier klinisch gerieters. Marjolein van Maanen is één van de internist-ouderengeneeskunde en kent de uitkomsten van de enquête. Ze liet het er niet bij zitten en kwam met een creatieve oplossing.

Out of the box: een rekensommetje

Van Maanen's oplossing kwam voort uit een typisch *out of the box* idee. Ze vroeg zich af: als nu binnen onze vakgroep alle stafleden gedurende een periode van een jaar vrijwillig een stukje onbetaald verlof opnemen, wat levert dat dan op? Het rekensommetje was niet ingewikkeld. In totaal leveren vier stafleden elk 0,1 fte in. Omdat het salaris van het staflid in een hogere salarisschaal valt, levert de ingeleverde 0,4 fte van vier stafleden (bijna) 0,8 fte op voor het aantrekken van één jonge klare. De ingeleverde 0,1 fte is tijdelijk van aard en het contract van het staflid wordt tijdelijk aangepast. De extra vrije tijd die het staflid krijgt is dus een tijdelijke werktijdswijziging en geldt in principe voor de duur van 1 jaar. Na dit jaar wordt de pilot geëvalueerd. De vrijgekomen fte kan worden ingevuld door een jonge klare uit het Amsterdam UMC, maar natuurlijk ook uit een ander ziekenhuis.

Deze oplossing kost geen cent extra. Bovendien is het van tijdelijke aard, maar heeft het structurele positieve effecten, namelijk werkervaring voor een jonge collega en het behoud van diens kennis en kunde. En dat laatste is niet onbelangrijk, want voor de interne geneeskunde wordt tot 2029 een zorgvraagtoename verwacht van 10,6%.²

'Ik vind het onbegrijpelijk dat jonge klaren er na het afronden van hun opleiding **plots alleen voor staan**'

TOOLBOX NIV: WAT KUNT U ALS VAKGROEP NOG VERDER DOEN?

1. Overweeg als vakgroep de mogelijkheid om fte in te leveren voor een betere werk-privébalans. Hierbij kan ook gedacht worden aan het opnemen van extra vrije weken door alle internisten binnen de vakgroep.
2. Overweeg de mogelijkheid om vervroegd af te bouwen richting de pensioengerechtigde leeftijd of om eerder met pensioen te gaan.
3. Overweeg het aanbieden van een minicontract (minimaal aantal fte), zodat jonge klaren niet thuiszitten en hun skills kunnen blijven onderhouden. Een jonge klare kan bijvoorbeeld één dag in het ziekenhuis worden aangesteld en daarnaast nog werkzaam zijn in de ggz of een verpleeghuis.
4. Neem een jonge klare aan in een dakpanconstructie, waarbij de zittende internist geleidelijk minder gaat werken en de jonge klare meer gaat werken.
5. Creëer een duobaan, waarbij twee jonge klaren samen 1 fte invullen.
6. Onderzoek de mogelijkheden voor een gecombineerde aanstelling samen met andere gezondheidscentra in de regio.
7. Ontmoedig het doorwerken van internisten na het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd.
8. Neem een jonge klare in dienst om mee te helpen om de inhaalzorg weg te werken. Onderzoek of hier binnen het kader 'passende inhaalzorg MSZ' ruimte voor is.
9. Onderzoek de mogelijkheid om uw chef de clinique een vaste aanstelling aan te bieden.
10. Onderzoek de mogelijkheid om in uw regio anderhalvelijnszorg te verlenen.

Medeverantwoordelijk

Het idee ontstond toen Marjolein van Maanen zag welke weerslag de onzekerheid rond het vinden van een baan heeft op (bijna) jonge klaren. Van Maanen: 'Ik vind het onbegrijpelijk dat jonge klaren er na het afronden van hun opleiding plots alleen voor staan, terwijl er zes jaar lang door de opleidingsgroep zoveel tijd, energie en passie is gestoken in hun ontwikkeling tot specialist. Als je artsen opleidt tot specialist heb je als vakgroep ook enige verantwoordelijk dat zij na hun opleiding per-

spectief hebben op een baan.' Ook hoorde Van Maanen meermaals de wens van diverse collega's om minder klinische taken te hebben, om bijvoorbeeld meer tijd te kunnen besteden aan wetenschappelijk onderzoek of om een gezondere balans in werk en privé te bereiken. Dit bracht haar op het idee om voor haar collega's en haarzelf tijd vrij te maken om in deze behoeften te voorzien. En om zo met deze vrijgekomen tijd een baan te creëren voor een jonge klare.

Winst voor iedereen

De klinische ervaring die de jonge klare op deze manier opdoet biedt een mooie springplank naar een volgende baan. Er wordt immers voor een vacature vaak gevraagd naar iemand met werkervaring, maar die ervaring moet wel ergens opgedaan worden. Van Maanen: 'Aankankelijk werd het idee niet met open armen ontvangen door al mijn collega's, omdat ze toch bang waren dat hun contracten definitief zouden worden aangepast. Na verloop van tijd merkte ik echter dat ze er steeds positiever in stonden en dat ze de

kansen zagen die deze constructie zou bieden voor de vakgroep.’

Uitbreiding van het team met een jonge klare zorgde ervoor dat de werkdruk onder meer stafleden verdeeld werd. De dienstbelasting en de hoeveelheid onderwijs- en klinische taken namen af: het was winst voor iedereen.

Micro-sabbatical

Er bleken voldoende stafleden bereid te zijn om tijdelijk 0,1 fte in te leveren. De één wilde meer tijd hebben voor wetenschappelijk onderzoek, de ander ging een niet-werkgerelateerde cursus volgen of een lange reis maken. Natuurlijk gaat het inleveren van fte ten koste van het inkomen, maar je krijgt er waardevolle tijd voor terug. Bovendien is de constructie van tijdelijke aard. Het lijkt een beetje op een micro-sabbatical. Voor ouders met jonge kinderen kan het opnemen van ouderschapsverlof bijvoorbeeld ook door tijdelijk – dus met behoud van contract – fte in te leveren. Dit kan voor elk kind apart, tot een leeftijd van 8 jaar. En in een fulltime contract maakt 0,1 (of zelfs 0,05) fte relatief weinig uit op het totale inkomen.

HR betrekken

Van Maanen benadrukt: ‘Het is belangrijk dat de hele vakgroep achter het idee staat, zodat dat er geen scheve gezichten ontstaan. Het inleveren van fte moet altijd op vrijwillige basis zijn.’ Daarnaast heeft de vakgroep in een vroeg stadium de afdeling HR betrokken bij het plan en dit samen met hen uitgewerkt. Doordat het contract slechts tijdelijk werd aangepast en de rechtspositie gehandhaafd bleef, leverde deze constructie weinig extra werk op voor HR. Aan het contract werd een addendum toegevoegd waarin de werktijd werd aangepast van datum x tot datum y, met daarbij de tijdelijke aanpassing in het salaris. Wel werd de pensioenopbouw aangepast. Het pensioen is namelijk niet gekoppeld aan de salarisschaal, maar is afhankelijk van het salaris dat je verdient. Pensioen is eigenlijk uitgesteld loon. Als je boven een bepaald inkomen per jaar zit, heeft dit geen

gevolgen voor de pensioenopbouw. Dit heeft te maken met het fiscaal maximum pensioengevend loon.

Ook zal het weinig effect hebben op de WW-uitkering, omdat deze is gekoppeld aan een maximum dagloon van € 229 per dag, wat in de praktijk vaak minder is dan 70% van het laatstverdiende loon. Mocht de jonge klare na het tijdelijke contract van een jaar geen andere baan vinden en het contract niet worden verlengd, dan is het ziekenhuis verplicht om WW te betalen in verband met het eigenrisicodragerschap. Dit is een hoger bedrag dan het aios-salaris tijdens het laatste dienstverband van de jonge klare. Jamal Bourrich, HR-adviseur in het Amsterdam UMC, zegt daarover: ‘Dit is een risico dat hoort bij het ondernemerschap. Wij zijn ervan overtuigd dat de extra werkervaring ervoor zorgt dat er sneller een andere baan gevonden wordt.’ De pilot is voor een jaar, maar kan verlengd worden als daar behoefte aan is bij een of meer stafleden. Ook is het mogelijk dat andere stafleden instappen.

Goed voorbeeld doet goed volgen

Voor bovenstaand voorbeeld is lef nodig, maar de uitvoering is relatief simpel. Hoe mooi zou het zijn als andere collega's kijken of er binnen hun vakgroep mogelijkheden zijn om fte's vrij te maken voor jonge collega's die weinig perspectief hebben op een vaste baan? Het pad is na deze pilot gebaand en het wiel hoeft niet opnieuw uitgevonden te worden. Van Maanen en Bourrich hopen dan ook dat andere vakgroepen dit idee gaan overnemen. Van Maanen: ‘Wij krijgen als ziekenhuis veel geld van de overheid om artsen op te lei-

‘We hopen dat andere vakgroepen dit idee gaan overnemen’

den tot medisch specialist, maar wij moeten ook gaan inzien wat voor kapitaal er verloren gaat als er geen oplossingen worden gevonden voor het werkgelegenheidsprobleem. Dit is onze gezamenlijke verantwoordelijkheid. Onze vakgroep is in loondienst, maar bij vrijgevestigden in een vakgroep, maatschap of MSB zou bovenstaande constructie ook mogelijk moeten zijn.’

Interesse?

Heeft u na het lezen van dit artikel interesse gekregen om dit idee ook binnen uw vakgroep te verkennen? U kunt altijd vrijblijvend contact opnemen met de vakgroep ouderengeneeskunde van het Amsterdam UMC.

Ook een idee?

Heb je ook een innovatief idee dat kan bijdragen aan de oplossing van het werkgelegenheidsprobleem of heb je andere ideeën of voorbeelden om jonge klaren sneller aan een baan te helpen? Laat het ons weten via info@macchain.nl, zodat we de *best practices* met jullie kunnen delen. Een aantal voorbeelden kunt u vinden in de toolbox van de NIV (zie kader). ■

Referenties

1. Smeeke O & Gucht A. Jongeklaren enquête. Interne Geneeskunde 2021;2:22-25.
2. Rossing H & Visee H. Toekomstige vraag naar medisch specialisten. Prognose op basis van demografische bevolkingsontwikkeling. Amsterdam, 19 november 2018.

Noot

Dit artikel is mede mogelijk gemaakt door Marjolein van Maanen, internist ouderengeneeskunde en acute geneeskunde Amsterdam UMC en Jamal Bourrich, HR-adviseur Amsterdam UMC.

Hoe blijf je een fitte dokter

TEKST: HELEEN DE WIT • BEELD: ADA MUDE-GROOT

Wij hebben een ‘grote mensenberoep’, zoals mijn collega het noemt. Er wordt veel van ons gevraagd. We moeten niet alleen zorgen voor onze patiënten, maar hebben ook taken op het gebied van management, opleiding en wetenschap. Daarbij vergeten we soms voor onszelf te zorgen, en voor onze collega’s. De levensverwachting van medisch specialisten is retrospectief onderzocht, waaruit blijkt dat chirurgen en SEH-artsen mogelijk een kortere levensverwachting hebben. Voor internisten zijn hierover geen cijfers beschikbaar. Veel artsen in opleiding en medisch specialisten hebben in meer of mindere mate last van een hoge werkdruk. Daarom is het van belang om continu aandacht te besteden aan de belangrijke vraag: hoe blijf je een fitte dokter? Ik sprak hierover met Aart Mudde, gepensioneerd internist-endocrinoloog en oud-opleider. Hij werkt nu als coach bij Soepel Samenwerken, waarvan hij mede-oprichter is.

Wat is Soepel Samenwerken?

‘Binnen Soepel Samenwerken trainen en coachen wij medische professionals. Dit doen we door het geven van trainingen (extern en op locatie), maar ook door het geven van interscholarship. Ik doe dit samen met Deborah van der Stoep (reumatoloog en GGZ-arts) en Joost Hoekstra (internist en emeritus-hoogleraar). Na mijn pensionering als internist in 2018 was ik op zoek naar een andere manier om mijn leven invulling te geven. Ik wilde graag iets zinvol doen en mijn tijd niet alleen vullen met hobby’s. Naast de medisch inhoudelijke kant heb ik altijd de gedragsmatige kant in mijn werk leuk gevonden. Bijvoorbeeld door coaching van arts-assistenten, maar ook van patiënten met diabetes en chronische vermoeidheid. Zo kwam ik bij de coachingsopleiding van De Baak in Driebergen terecht. Daar heb ik Deborah van der Stoep leren kennen. Zij was werkzaam als reumatoloog, maar heeft het roer omgegooid en werkt nu bij de GGZ in Wageningen. Joost Hoekstra kende ik nog uit het NIV-bestuur. Na een proeftraining heeft Joost zich bij ons aangesloten. Wij geven geaccrediteerde

trainingen op het snijvlak van gedrag en medische inhoud. Het gaat in onze trainingen vooral om gedrag en om het samenwerken.’

Wat voor soort trainingen en cursussen geven jullie?

‘De eerste cursus die wij gaven heette *Mijn collega en ik*. Bij deze training, met maximaal twaalf deelnemers, gaat het om het samenwerken met collega’s. De kern is de volgende: wij zijn erg cognitief bezig (zitten in ons hoofd), maar in samenwerking gaat het juist veel meer om wat je uitstraalt. Dit laatste wordt het betrekkingniveau genoemd. Wat je uitstraalt is dus eigenlijk wat je voelt en wat je wilt. We blijken niet zulke goede antennes te hebben voor het betrekkingniveau. Ook zenden we soms de verkeerde signalen uit, of leeft iemand met de gedachte dat hij of zij op een verkeerde plek zit. Als je bijvoorbeeld een leidinggevende bent, maar denkt ‘ik kan het niet’, dan straalt je ook geen leiderschap uit. Een mooi voorbeeld uit de eerste cursus was een deelnemer die vakgroepvoorzitter was. Zij had allerlei mooie plannen voor de toekomst en ideeën over een goede

samenwerking. Maar zij kreeg haar collega’s niet mee. Ze benoemde het als volgt: “Het lijkt wel of ik in een bak met piranha’s rondzwem.” Als je dat zo voelt, dan krijg je je collega’s nooit mee. En als datgene wat je uitstraalt niet overeenkomt met wat je zegt, dan ontstaan hieruit conflicten en kan het zelfs leiden tot een burn-out. Wij werken veel met de Roos van Leary: gedrag lokt tegengedrag uit en als je daar inzicht in hebt, dan kun je communicatie effectief beïnvloeden.

Onze tweede cursus gaat meer over de inhoud: het omgaan met klachten en met mensen die klagen. Mensen schieten vaak in de verdedigingsmodus bij een klacht. Ook dit gaat over gedrag.’

Welke inzichten heb je gekregen in je werk als coach?

‘Met name inzicht in het luisteren en naar wat iemand daarbij uitstraalt. Mensen formuleren vaak in overtuigingen. Bijvoorbeeld over zichzelf: “Ik kan dit wel of ik kan dit niet.” Overtuigingen kunnen heel belemmerend werken. Zelf dacht ik bijvoorbeeld altijd dat ik niet goed was in acute geneeskunde. Ik voelde me op de SEH onzeker en dat werd dan vervolgens een *selffulfilling prophecy*. Achteraf bezien viel dat allemaal best mee. Ik heb in elk geval nooit klachten gekregen, in tegendeel zelfs. Maar zulke gedachten helpen niet mee, je blijft erin hangen. Een ander voorbeeld is dat ik bij de ochtendoverdracht graag co-assistenten en arts-assistenten tot hun recht wilde laten komen. Ik had daarvoor een format uitgewerkt, maar een collega doorkruiste dat. Ik voelde toen wel ongemak, maar kon de vinger niet goed op de zere plek leggen.

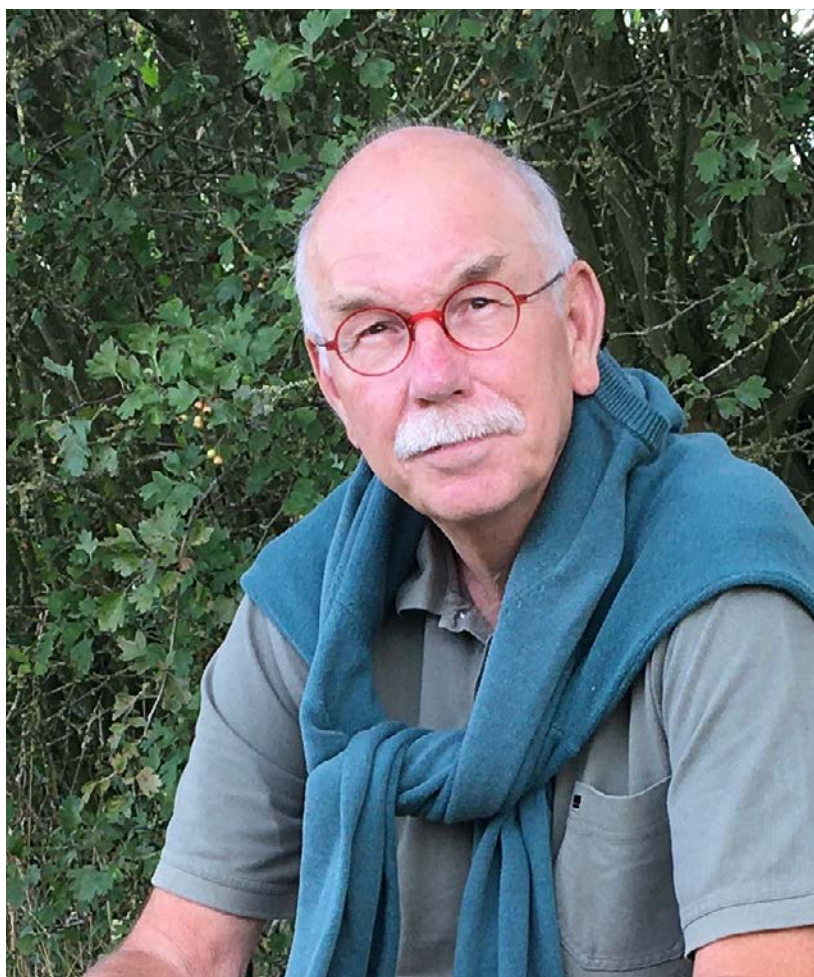
Omdat ik het niet goed kon signaleren en analyseren, kon ik het ook niet veranderen.

In de opleiding tot coach heb ik leren kijken naar het betrekkningsniveau. Dan gaat het niet meer over de inhoud, maar over wat iemand voelt en wil. Hierbij maken we gebruik van het 4G-feedbackmodel: beschrijf wat je ziet (Gedrag), hoe je je daarbij voelt (Gevoel), wat dit gedrag veroorzaakt (Gevolg) en wat je zou willen (Gewenst). Ik heb geleerd om daar veel beter naar te kijken en naar hoe je dat kan beïnvloeden. Welke belemmerende factoren er zijn en hoe je die herkent.

Ik werk ook één dag per week als behandelaar bij de GGZ in Wageningen. Dit geeft een interessante dynamiek naast het coachen. Complimenten moet je bijvoorbeeld geven en gebruiken om iemand te versterken. Dat kan goed werken bij coaching. Maar een compliment houdt ook een opdracht in, want de persoon aan wie je het geeft vindt dat hij of zij vervolgens moet voldoen aan die standaard. Daarmee moet je dus oppassen bij iemand die depressief is, omdat het de druk om te presteren te veel kan verhogen. Maar deze dynamiek doet zich ook voor bij gezonde personen. Zo is mijn werk binnen de GGZ complementair aan mijn werk als coach.'

Wat is een fitte dokter voor jou?

'Ik denk dat een fitte dokter een goede balans heeft tussen inzetbaarheid op het werk en het privéleven. Twee zaken zijn daarin essentieel. Ten eerste moeten die twee werelden (werk en privé) voor je gevoel dicht bij elkaar liggen. Als je je werk ziet als een opdracht, dan kost dat veel energie en geeft het onvoldoende energie terug. Als werk en privé in elkaar overvloeien voel je minder weerstand. De 'binnenkant' en 'buitenkant' liggen dan dicht bij elkaar. Wat je voelt en wat je wilt in je privéleven zou je eigenlijk ook in je werk moeten toepassen. Dan maakt het ook niet uit als je bijvoorbeeld onverwacht moet waarnemen voor een collega die uitvalt. Als je werk en privé in je mindset te veel gescheiden houdt, dan lekt energie weg.



AART MUDDE (1954)

1972-1980 studie geneeskunde (VU, Amsterdam)

1980-1986 opleiding tot internist (St. Elisabeth of Groote Gasthuis, Haarlem en Academisch Ziekenhuis Leiden)

1986-2018 werkzaam als internist (Slingeland Ziekenhuis, Doetinchem)

1993 promotieonderzoek (*Effects of subclinical hyperthyroidism on bone and heart*)

2018 pensionering als internist

2019-2020 opleiding tot coach practitioner (Europees Instituut De Baak, Driebergen)

Vanaf 2020 coach en trainer bij Soepel Samenwerken en arts bij GGZ Wageningen

Getrouwd met Ada Groot, samen hebben zij drie kinderen en zes kleinkinderen

Ten tweede moet je ook zorgen voor balans in je werk zelf. Als je merkt dat bepaalde aspecten van je werk je tegenstaan, vraag jezelf dan af waarom het je tegen staat en bedenk vervolgens een strategie om er iets mee te doen. Neem bijvoorbeeld patiënten met chronische vermoeidheid die geen onderliggende somatische ziekte hebben. Als die patiënten alleen maar energie slur-

pen, ga dan na hoe dat komt en wat je ertegen kan doen. Ik heb zelf bijvoorbeeld geprobeerd om juist interesse te krijgen in wat deze patiënten bezighoudt, wat erachter zit. Als je dat niet kan opbrengen, verdeel dan patiënten die (te) veel energie kosten onder je collega's die dat wel kunnen. Of als je het idee hebt dat je werk wordt opgeslokt door administratie, onderken dan het probleem

'Zorg ervoor dat je binnenkant en buitenkant heel dicht bij elkaar zijn'

en probeer je ervoor in te zetten, of besteed het uit.'

Hoe doe je dat als je je slachtoffer voelt van een systeem?

'Voor slachtoffers is dit lastig. In het slachtoffergedrag zijn er drie mogelijkheden: accepteren (erkennen en er begrip voor hebben), het aanpakken of weggaan. Als je blijft hangen in hoe vervelend het is, dan is dat voor niemand goed. Maar dat begint wel met het onderkennen. Mensen hebben vaak een gevoel van overbelasting, maar kunnen niet goed aangeven waar het euvel zit. Zij geven dan de schuld aan 'de hele bureaucratie' of aan 'het management'.'

Denk je dat artsen hier gevoeliger voor zijn dan andere beroepsgroepen?

'Zorgprofessionals ondervinden altijd het spanningsveld dat zij met veel goede bedoelingen en medemenselijkheid aan hun werk in de zorg beginnen, terwijl de werkelijkheid vaak zakelijker is. Het altruïstische element speelt ze vaak parten omdat de dagelijkse praktijk soms tegenvalt. Je bent meer bezig op betrekingsniveau, gevoelsniveau. Hierin kan een *mindful* benadering helpen. Het ongemak signaleren, het er ook laten zijn, vervolgens het ongemak accepteren, zonder tegenactie.

Erkennen dat het vervelend is, maar er niet door van slag raken.'

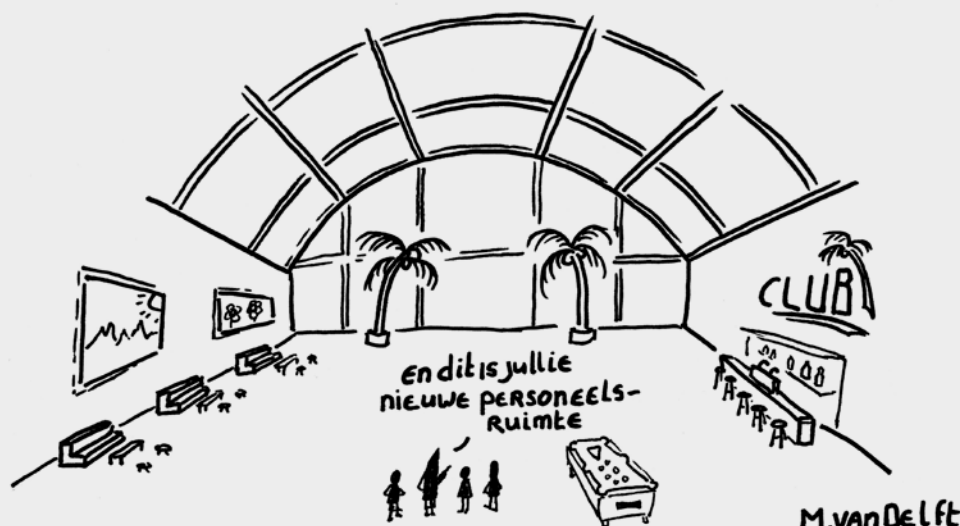
Wat is jouw belangrijkste tip voor jongere collega's?

'Zorg ervoor dat je binnenkant en buitenkant heel dicht bij elkaar zijn: straal niet iets anders uit dan wat je van binnen voelt, laat dit met elkaar in balans zijn. Jezelf geweld aan doen door de binnenkant weg te drukken of aan de buitenkant een andere rol uit te stralen is funest. Ga dus bij jezelf te rade: wat voel ik, wat wil ik? Als je bij jezelf bijvoorbeeld compassie of boosheid voelt, signaleer het, benoem het en laat het ook op een gepaste manier merken. Je mag je twijfels hebben, maar probeer te achterhalen waar de twijfels over gaan. Dat kan best lastig zijn, je moet jezelf kennen. En het kan verschillend zijn per levensfase. De kern is: zijn wie je bent. En: gedrag roept gedrag op.' ■

www.soepelsamenwerken.nl

Cartoon

Dr Punthoofd... Geeft alvast een Rondleiding





Interne aangelegenheden

Investeringsen

TEKST: DOKTER DULCAMARA • BEELD: MARIA USEINOVA

De banken zijn akkoord, de handtekeningen zijn gezet. De vlag kan dus uit, want het ziekenhuis kan de komende tien jaar met het bancaire financiële infuus voor een paar honderd miljoen euro investeren in infrastructuur. Er is in de 17 jaar dat ik hier werk geen dag voorbij gegaan of er staan allerhande aannemersbusjes op de parkeerplaats. De verbouwingen lijken hand in hand te gaan met het primaire zorgproces. Maar nu wordt het groots aangepakt: hijskranen, bulldozers, vrachtwagens tjokvol met materialen en materieel, lege containers heen, volle containers gevuld met bouwafval terug. En veel, heel veel vaklui die de bouwputten bemensen. De nieuwe ontvangthal is klaar en doet niet onder voor het schip van een moderne kathedraal. Het is prachtig geworden. Door het glazen plafond waan je je buiten op een terras. Veel van de verbouwingen zijn broodnodig. Dat gold ook voor de hal. Een ziekenhuis moet aangepast worden om aan nieuwe eisen te voldoen en om in de behoeften van personeel en patiënten te voorzien. En toch klopt er iets niet. Want naast de nodige infrastructurele investeringen, hoor ik weinig tot niets over de net zo nodige personele investeringen. En dat in tijden van de

COVID-19-pandemie, de toenemende zorgvraag, een schreeuwend tekort aan verplegend personeel en werkloze specialisten.

Er zijn twee grote geldstromen die de bedrijvigheid in het perifere ziekenhuis waarborgen: (i) het budget van de zorgverzekeraars en (ii) de leningen van de banken. Het primaire zorgproces wordt gefinancierd uit de eerste, de grote infrastructurele investeringen uit de tweede. Deze twee geldkranen zijn aangesloten op twee gescheiden systemen. De bank draait nu de geldkraan open. De geldkraan die aangesloten is op het bassin van de zorgverzekeraar staat meestal potdicht. Met de combinatie van tang en krachtpatserij is de kraan met piepen en kraken in beweging te krijgen en mag je blij zijn als er een paar druppels uit komen.

Neem bijvoorbeeld het Kwaliteitskader Spoedzorg. Per juli dit jaar moet er 24/7 een ervaren dokter in huis zijn. En dat kost geld. Verschillende loondienstvakgroepen hebben hiervoor een oplossing geboden, maar dat bleek te duur. De oplossing die het collectief vrijgevestigden, ofwel de vakgroep interne geneeskunde, heeft geboden is verreweg de meest voordelige en beslist niet

onredelijk. Maar helaas ook te duur. De hete aardappel wordt vervolgens doorgeschoven naar een werkgroepje nummer zoveel dat zich in het probleem mag vastbijten. Daarbij staat kwaliteit van de zorg niet voorop, want het werkgroepje is maar voor één reden in het leven geroepen: het moet goedkoper. De tijd dringt, maar beter laat dan nooit. Hetzelfde probleem speelt bij de structurele uitbreiding met een tweede infectioloog. Geen werkgroepje, wel koehandel.

Wat me niet lekker zit is de discrepantie tussen investeringen in personeel en infrastructuur. Aan de ene kant (meestal) de noodzakelijke verbouwingen aan de OK, SEH, IC en andere afdelingen, terwijl er aan de andere kant bezuinigd moet worden in het primaire zorgproces en verplegend personeel wegvalt.

Dat het twee gescheiden financieringsystemen zijn hoeft niemand mij uit te leggen, maar onder de streep moet het wel betaald worden, de rente, de aflossingen en de tonnen onvoorziene extra kosten die dit soort megaprojecten onvermijdelijk met zich meebrengen. Het is het systeem, dat begrijp ik. En toch begrijp ik het niet. De raad van bestuur zal er ook wel mee worstelen.

De generalist in een gespecialiseerde wereld

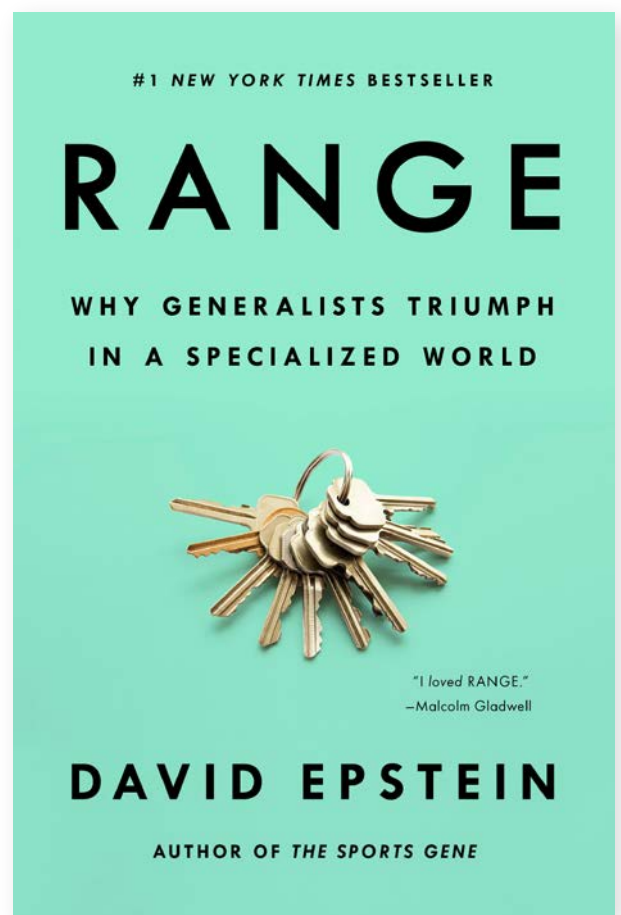
TEKST: DARIUS SOONAWALA

Een vak dat vraagt om een brede blik trekt generalisten aan. Internisten houden over het algemeen van breedte; ze willen het grotere geheel begrijpen en duiden, en met die inzichten iets betekenen voor een ander. Anderzijds zien we ook onder internisten een toenemende specialisatie. Volgens auteur David Epstein is de combinatie ideaal: veel ervaring, brede interesses en daarnaast een aandachtsgebied waarin de diepte wordt gezocht. Als die specialisatie maar niet te vroeg komt. Epstein werkte deze visie uit in zijn boek *Range, why generalists triumph in a specialized world*.

We zien een toename van (super)specialisering in de medische wereld. Tot op zekere hoogte is dat ook nodig, gezien de snelle toename aan kennis over pathofysiologie, diagnostiek en behandelingen. En het is voor organisaties (en voor buitenstaanders) vaak ook makkelijker te begrijpen wat een specialist binnen een afgebakend werkgebied precies kan en doet. Dat heeft gevolgen voor het aannamebeleid bij HR-afdelingen: ze bieden minder ruimte voor generalisten. Terwijl er ook behoefte blijft aan mensen met een generalistische blik. Daar ontstaat nogal eens een spanningsveld binnen organisaties.

De generalist in het voordeel

De combinatie van generalist en specialist is ideaal, aldus David Epstein. Dit biedt de beste kansen voor het herkennen van een probleem en het vinden van een oplossing in een veranderende omgeving. Epstein vergelijkt die omgeving met sport. Hij spreekt over *Martian tennis* ('marsmanneljestennis'); een spel met weinig repeterende patronen, waarin oorzaak en gevolg lang niet altijd duidelijk zijn. Journalist Michiel de Hoog zegt daarover in een recensie van Epsteins boek: 'Het gaat minder om het toepassen van specifieke oplossingen, en meer om het herkennen van de aard van een probleem.'¹ Dit in tegenstelling tot een sport als bijvoorbeeld golf, waarin een specifieke beweging vraagt om een specifieke vorm van repetitieve training en uitvoering. Generalisten zijn in het voordeel als het gaat om het spelen van 'marsman-



David Epstein, *Range, why generalists triumph in a specialized world*, Riverhead Books, New York, 2019.

netjestennis'. Zij hebben een breder palet aan ervaringen en een groter vermogen om te associëren en analogieën te gebruiken.

Epstein komt met interessante voorbeelden en haalt overtuigende studies aan. Zo noemt hij astronoom Johannes Kepler: hij was een meester in het gebruik van analogieën. Ze vormden de basis voor zijn baanbrekende formules voor de beweging van planeten. Een ander voorbeeld van analogisch denken is Dunckers bestralingsprobleem, een onderzoek uit de cognitieve psychologie (zie kader).

Epsteins boodschap is helder: er wordt ten onrechte een te grote nadruk gelegd op (te) vroege specialisatie. Hij spreekt ook uit eigen ervaring: hij was wetenschapper, werd toen sportjournalist en uiteindelijk wetenschapsjournalist. Epstein: *'I realized that I was not the type of person who wanted to spend my life learning a few things new to the world, but rather the type who wanted constantly to learn things new to me and share them'*.

Stof tot nadenken

Voor internisten bevat het boek stof tot nadenken. Het belicht onderwerpen met implicaties voor verschillende aspecten van ons vak. Bijvoorbeeld voor de manier waarop artsen worden opgeleid, voor de keuzes die je maakt tijdens opleiding en loopbaan, en voor de manier van omgaan met vraagstukken in de patiëntenzorg en wetenschappelijk onderzoek. Late specialisatie is geassocieerd met het ontwikkelen van een grotere mate van creativiteit en probleemoplossend vermogen. Epstein citeert onder andere uit onderzoek onder een willekeurig gekozen groep succesvolle professionals, van kok tot musicus tot CEO. Daaruit blijkt dat een meerderheid van deze mensen in hun opleiding en carrière geen rechtlijnig pad heeft gevolgd. Juist dat kronkelende pad bleek te hebben bijgedragen aan hun succes.

Sta-in-de-wegs

Opvallend is dat veel van deze mensen met een brede generalistische blik zich zorgen maken over een gebrek aan focus. Zij hebben een knagend gevoel dat ze zich meer moeten toeleggen op één onderwerp. Zo gaven wetenschappers bijvoorbeeld aan dat zij obstakels zagen voor het krijgen van subsidie voor wetenschappelijk onderzoek als ze niet een eenduidig pad volgden en vroeg specialiseerden.

In een omgeving waarin streven naar efficiëntie en onderlinge concurrentie een belangrijke rol speelt, zijn er vele sta-in-de-wegs bij late specialisatie. Op de korte termijn leidt vroege specialisatie tot een voorsprong op een bepaald gebied. In een competitief veld werkt het streven naar dit voordeel vroege specialisatie in de hand; ook al remt die aanvankelijke voorsprong, dikwijls juist de lange termijn ontwikkeling. Verder is er bijvoorbeeld de zogenaamde *sunk cost fallacy*: het idee dat je door moet gaan op een ingeslagen weg, ook als deze niet vruchtbaar is of niet brengt wat je zou willen, alleen omdat er al zoveel tijd in is gaan zitten. Het inslaan van een nieuw pad leidt echter op de langere termijn meestal tot een bredere blik en daardoor tot meer mogelijkheden.

De kracht van Jan en alleman

Epsteins boek biedt meer interessante hoofdstukken. Bijvoorbeeld over hoe mensen met een specifieke expertise een grotere neiging hebben tot kokerzien. En hoe onderzoeksteams met een grotere variatie aan achtergronden van de teamleden succesvoller zijn. Er volgt een pleidooi voor het zo klein mogelijk maken van barrières tussen onderzoeksgroepen. Sommige bedrijven en onderzoeksinstanties gaan nog verder: zij leggen problemen waar

ANALOGIE: DUNCKERS BESTRALINGSPROBLEEM

Dunckers bestralingsprobleem is een onderzoek uit de cognitieve psychologie. Proefpersonen worden gevraagd om een methode te bedenken om iemand van een tumor in de maag te genezen. Operatief ingrijpen is niet mogelijk. De tumor kan door bestraling vernietigd worden met een bepaald type krachtige stralen. De stralen zijn echter zo sterk, dat ze op weg naar de tumor te veel gezond weefsel zullen beschadigen, waardoor de patiënt zal overlijden. Herhaald bestralen met lagere intensiteit stralen heeft geen effect. Slechts 10% van de proefpersonen bedenkt in eerste instantie een oplossing voor deze puzzel. Vervolgens wordt een verhaal verteld over een generaal die zijn troepen allemaal tegelijk bij een vijandig fort moet laten komen, maar gehinderd wordt door mijnen, waardoor slechts een handjevol troepen tegelijk over de weg kan gaan. De generaal laat de sergeanten de horloges synchroniseren en laat ze dan de troepen verspreid over verschillende wegen naar het fort marcheren, zodat ze allemaal precies tegelijk aan kunnen komen en het fort in kunnen nemen. Na het herkennen van de analogie in dit verhaal, ziet het merendeel van de puzzelaars de oplossing voor het bestralingsprobleem, namelijk gelijktijdig bestralen vanuit verschillende richtingen.

Er wordt ten onrechte een **te grote nadruk** gelegd op (te) **vroege specialisatie**

ze niet uitkomen voor aan het publiek. Aan leken dus. Er zijn zelfs gespecialiseerde bedrijven die problemen helpen formuleren en onder de aandacht brengen van Jan en alleman. Verassend genoeg komen daar dan vaak en snel werkzame oplossingen uit voort; zelfs bij hele technische vraagstukken, waarvoor eigenlijk een hoge mate van specifieke expertise nodig is.

Kortom

Het boek is vlot geschreven en leest prettig. Daarbij is het niet alleen een pleidooi voor generalisme, maar doet het ook wat het propageert, namelijk de blik verbreden; op het werk en op het leven. ■

Referentie

1. Michiel de Hoog, Waarom hard werken en je vroeg specialiseren helemaal geen recept voor succes is, De Correspondent, 2019.

François Rabelais

Wanneer ge nooit een dwaas wilt zien, moet ge beginnen met uw spiegel stuk te slaan

HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

In een brief aan Erasmus, geschreven op 30 november 1532, noemde Rabelais de Nederlandse humanist ‘mijn allervriendelijkste vader’ en ondertekende met ‘François Rabelais, arts, de uwe zo lang als hij de zijne is.’ Uit deze aanhef zou je kunnen concluderen dat de geneeskunde Rabelais’ leven vervulde. De artsenij was inderdaad een niet onbelangrijk deel van zijn leven, maar de keuze om geneeskunde te gaan studeren was gemaakt uit een hang naar kennis van het menselijk lichaam en was geen roeping. Zijn nieuwsgierigheid was op vele gebieden onverzadigbaar en hij verdiepte zich, naast de geneeskunde, in de theologie, filologie, filosofie, geschiedenis, rechtsgeleerdheid, botanica, architectuur en kunst. Hij ging echter de geschiedenis in als de schrijver van *Gargantua en Pantagruel* en wordt beschouwd als een van de belangrijkste humanistische schrijvers uit de renaissance.

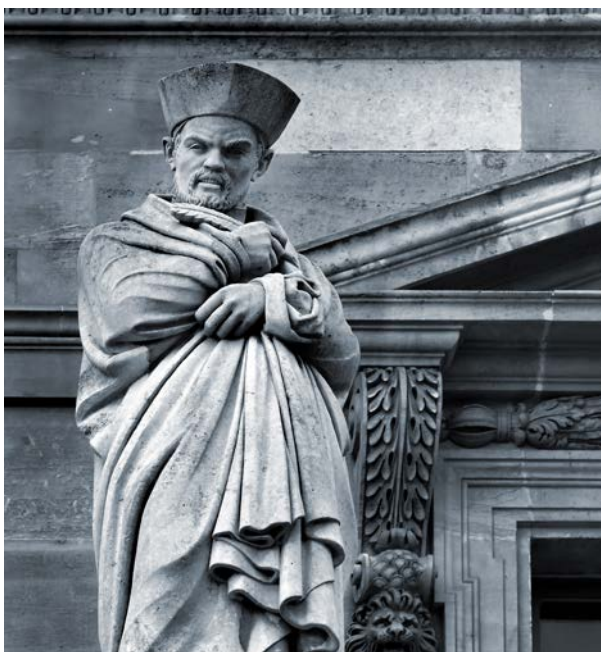
Een leven in nevelen gehuld

Een sluitende reconstructie van het leven van Rabelais is schier onmogelijk: het is een legpuzzel met veel definitief ontbrekende stukken. Dat is ook de reden dat er maar weinig biografieën van hem zijn geschreven. Meerdere gerenommeerde Rabelais-kenners zijn bij hun zoektocht naar de levenswandel van de schrijver op hiaten gestuit die niet ingevuld kunnen worden. Veel van de biografische gegevens zijn gebaseerd op waarschijnlijkheden en zijn verkregen of gedestilleerd uit summiere stads-, universiteits- en kloosterarchieven (veel is verloren gegaan) en uit geschriften, brieven en boeken van tijdgenoten en de schrijver zelf. Zelfs zijn geboortjaar is niet met zeker-

heid vast te stellen. De jaartallen 1483 en 1494 zijn vaak genoemd, maar tegenwoordig gaat men ervan uit dat 1494 het meest waarschijnlijk is. Wat we wel zeker weten, is dat hij de zoon was van een succesvol en welgesteld landeigenaar en advocaat-notaris, Antoine Rabelais, en dat hij twee broers en een zuster had. Van zijn geboorteplaats is niets terug te vinden in de archieven, maar zijn geboortehuis was vrijwel zeker het landhuis La Devinière (nu het Musée Rabelais), gelegen in Seuilly, 7 kilometer onder Chinon. Als we 1494 en La Devinière als beginpunt van zijn leven nemen, is het vervolgens 17 jaar lang stil. Pas in 1510 duikt Rabelais in de geschiedschrijving op, toen hij op 17-jarige leeftijd toetrad als novice tot de Franciscaner orde van het klooster La Baumette, zo’n 80 kilometer ten noordwesten van Chinon. Later verhuisde hij naar een Franciscaner klooster in Fontenay-le-Comte en werd ergens tussen 1519 en 1521 gewijd als priester.

Humanisme: terug naar de bron

In de kloosterbibliotheken maakte Rabelais op jonge leeftijd kennis met de geschriften van de Oude Grieken en Romeinen. Deze ‘oude wereld’ werd al vanaf de vroege renaissance (veertiende eeuw) gezien als de onvermijdelijke ontworsteling van de donkere en mystieke middeleeuwen. De Italianen waren al decennia op zoek naar antieke Griekse en Romeinse geschriften, die al eeuwen in kloosterbibliotheken in heel Europa lagen te verstoffen. Veel was al vergaan of vernietigd en het was redden wat er te redden viel. Daarnaast was het ook een zoektocht naar de oerversies van het Nieuwe Testament, geschreven in het Oudgrieks. De vroege interpretaties van het Nieuwe Testament door de eerste kerkvaders waren tot dan toe als de absolute waarheid aangenomen. Hoewel deze interpretaties minder donker en mistroostig waren



dan men altijd dacht en denkt (Thomas van Aquino was eigenlijk een humanist avant la lettre), resulteerde het vanaf de vierde eeuw wel in een starre praktische invulling door de Rooms-Katholieke Kerk. De clerus dicteerde eeuwenlang hoe te leven volgens de Schrift, tot de huiselijke haard aan toe. Bij veel intellectuelen, waaronder ook theologen, was er grote twijfel over de legitimiteit van de macht die de kerk naar zich toe had getrokken. Macht corrumpeerde en de misstanden binnen de Rooms-Katholieke Kerk waren diepgeworteld. De aflatenhandel en het nepotisme waren voorbeelden van deze misstanden, die in 1517, toen Maarten Luther zijn 95 stellingen publiceerde, hadden geleid tot de Reformatie. De Europese ontworsteling was na de vroege renaissance bekend komen te staan als het humanisme. Deze nieuwe intellectuele stroming kan als volgt worden samengevat: terug naar de geschriften van de Oude Grieken en Romeinen, terug naar de Oudgriekse oorsprong van het Nieuwe Testament voor een herinterpretatie, de kerkelijke dogma's overboord en bovenal de mens centraal, zelf denkend en op onderzoek uitgaand. Rabelais werd midden in de bloeitijd van het humanisme geboren, waar de uitvinding van de boekdrukkunst (1443) een belangrijke rol speelde in de verspreiding van kennis.

De bevrijding

Door de humanisten werd het kloosterleven als een wereldvreemde leefgemeenschap bestempeld die het vrije denken danig in de weg stond. De fanatieke Franciscaner monniken namen het Rabelais dan ook zeer kwalijk dat hij de Oude Grieken en Romeinen bestudeerde en communiceerde met humanistische gelijkgestemden, waaronder de toen beroemde Franse humanist Guillaume Budé. Hij zou zelfs beschuldigd zijn van verduistering van giften om er profane boeken van te kopen. Vanuit Parijs volgde de verordening om de ketterse Rabelais op te sluiten en al zijn boeken te confisqueren. Op instigatie van koning Frans I, na bemiddeling van Budé, werd zijn eenzame opsluiting in het klooster beëindigd en werd een groot gedeelte van zijn boeken teruggegeven. Tussen Rabelais en de Franciscaners kwam het niet meer goed en zijn verzoek om van orde te wisselen werd zonder enig bezwaar door Paus Clemens VII ingewilligd. In 1524 trad Rabelais toe tot de minder strenge Benedictijner orde in Maillezais, maar ook daar kon de schrijver niet aarden. De priesterlijke geloften en het stringente kloosterleven waren onvereenigbaar met zijn humanistische geest en in 1527 verliet hij zonder toestemming het klooster. Dat dit geen consequenties had was te danken aan Rabelais' invloedrijke geestelijke vrienden en het feit dat Frans I een renaissancistische opvoeding had genoten en niet onwelgevallig stond tegenover het humanisme. Clemens VII, de tweede de' Medici Paus en opgegroeid in Florence, het centrum van de Italiaanse Renaissance, had ook geen enkel bezwaar tegen Rabelais' vertrek uit de orde. Excom-

municatie of andere represailles bleven dus uit. Een van de andere belangrijke invloedrijke beschermheren was Geoffroy d'Estissac, bisschop van het toenmalige diocesis Poitou, die zijn zetel had in Maillezais. Nadat Rabelais zijn monnikspij had afgeworpen, trad hij in dienst als secretaris van de bisschop. Dat was het werkelijke moment van Rabelais' bevrijding. Bijna drie jaar lang vergezelde hij d'Estissac bij diens werkbezoeken in het diocesis en kreeg hij ook toestemming om er zelf op uit te gaan. Zo kwam Rabelais in aanraking met de bevolking en het harde leven buiten kerk en klooster. Hij begaf zich in deze jaren intensief onder werklieden, boeren, dronkaards en prostituees. Dit waren de jaren waarin hij kennis maakte met de carnavaleske en platte volkshumor die alomtegenwoordig was. Voor het eerst hoorde hij het aloude volksverhaal over de reus Gargantua. Hij zou het oude volksverhaal, zijn humanistische ideeën en de scabreuze volkshumor enkele jaren later verwerken in wat nu als een van de grootste werken uit de Franse literatuur wordt beschouwd, *Gargantua en Pantagruel*.

Geneeskunde

Tegenwoordig neemt men aan dat d'Estissac een belangrijke rol heeft gespeeld in Rabelais' beslissing om medicijnen te gaan studeren. Zijn honger naar kennis was onverzadigbaar en de geneeskunde was geen onlogische keuze om deze te stillen. In 1530 schreef hij zich in aan de universiteit van Poitiers en rondde zijn studie al twee jaar later af aan de universiteit van Montpellier. De bovengenoemde brief aan Erasmus, waarin hij de beroemde Rotterdammer vakkundig de hemel in prees, was niet lang na zijn afstuderen geschreven en de aanhef straalde enige trots uit dat hij in twee jaar zijn artsenbul had gehaald. Dat de geneeskunde niet het enige was waar hij zich op toelegde bleek uit de reden van de brief: het was een begeleidend schrijven bij een exemplaar van Flavius Joseph' *Joodse Geschiedenis*, dat bij Erasmus afgeleverd moest worden. In deze jaren verdiepte Rabelais zich in de geneeskunde van Hippocrates, Galenus en Avicenna en vertaalde meerdere geneeskundige geschriften van Grieks naar Latijn. Na korte tijd als arts in Narbonne te hebben gewerkt, vestigde hij zich in 1532 in het stadsziekenhuis Hôtel-Dieu in Lyon. Hij was toen al aan zijn opus magnum begonnen.

Alcofrybas Nasier

In 1532 verscheen *Les horribles et épouvantables faits et prouesses du très renommé Pantagruel, roy des Dipsodes*, een volksverhaal over de avonturen van de reus Pantagruel, de zoon van Gargantua. *Pantagruel* stond bol van satire en obsceniteiten en was bovendien in de taal van het Franse volk geschreven en dus toegankelijk voor iedereen die kon lezen. De grond onder de theologische faculteit van de Sorbonne, de universiteit van Parijs en destijds roomser dan de Paus, schudde op haar grondves-

ten bij de bestudering van het boek. Dat het boek door de Sorbonne direct op de index werd geplaatst, was niet alleen door de obsceniteiten die erin stonden, maar ook – en waarschijnlijk vooral – door de bespotting van en onderliggende kritiek op de gevestigde katholieke orde. Het gevolg van de ban was dat het boek gretig aftrek vond. Een van de kopers was Frans I, die het schaterend van het lachen meerdere malen las. De schrijver van Pantagruel was een onbekende, ene Monsieur Alcofrybas Nasier. Na dit grote succes verscheen in 1534-1535 van dezelfde schrijver een vervolg: *La vie très horrible du grand Gargantua, père de Pantagruel*, kortweg *Gargantua*. Ook in dit tweede deel werd er afgerekend met de middeleeuwse mystiek en bijgelovige praktijken. Het succes van *Pantagruel* werd met *Gargantua* geëvenaard en kwam uiteraard ook op de Parijse index terecht.

Alcofribas Nasier

Met uitzondering van enkele wetenschappelijke publicaties bleef het na *Gargantua* elf jaar stil op literair gebied. Rabelais kwam in 1534 in dienst als secretaris en lijfarts van Jean du Bellay, de bisschop van Parijs. Jean du Bellay en diens broer Guillaume waren leeftijdgenoten van Rabelais en hadden elkaar waarschijnlijk voor het eerst ontmoet in hun tijd bij de Franciscaner orde. Sindsdien bestond er een hechte vriendschap tussen de verlichte en erudiete Du Bellays en Rabelais. De broers hebben tot hun dood de schrijver beschermd tegen kerkelijke vervolging en bovendien meerdere keren zijn boeken van de index gehaald. Vanaf 1534 reisde Rabelais veel door Italië, eerst met Jean en later met Guillaume. Toen hij langdurig in Rome verbleef ontsloeg Paus Paulus III Rabelais in 1535 definitief van al zijn priesterlijke plichten, zodat hij zich kon toewijden op de geneeskunde. In 1537 promoveerde Rabelais aan de universiteit van Montpellier. In 1543 begon het tij langzamerhand te keren. Dat jaar overleden d'Estissac en Guillaume du Bellay en Rabelais verloor hiermee twee belangrijke beschermheren. De Contrareformatie was in volle gang en de vijandigheid tegen de protestanten en vrijdenkers leidde tot vervolging en brandstapels. Het was dus gewaagd om in 1546 het Derde Boek uit te geven: *Tiers livre des faits et dicts héroïques du noble Pantagruel*. Dit keer was de schrijver, het juiste anagram van François Rabelais. Om nog enige protectie te waarborgen droeg Rabelais het werk op aan de cultuur minnende en schrijvende Margaretha van Valois/Navarra, de zuster van Frans I. Dat mocht niet baten. Rabelais werd door de Sorbonne vogelvrij verklaard en om de inquisitie te ontlopen vluchtte hij naar Metz, een republiek in het Heilige Roomse Rijk en dus buiten de invloedssfeer van Parijs. Na meer dan een jaar als medicus te hebben gewerkt in Metz kon hij zonder gevaar terugkeren naar Rome. Jean du Bellay was ondertussen tot kardinaal verheven en had zijn lijfarts en secretaris weer nodig.

Schrijver dezes

Alsof de anagrammen nog niet duidelijk genoeg waren gaf Rabelais na de publicatie van het derde deel officieel zijn auteurschap van *Gargantua* en *Pantagruel* toe. Repercussies had dit niet. Hoewel de Sorbonne Rabelais het liefst zag branden, genoot hij te veel populariteit bij het volk en veel van de renaissancistische hoogwaardigheidsbekleders binnen de Katholieke Kerk. Zelfs na de dood van Frans I in 1547, toen de minder tolerante Hendrik II aan de macht kwam, bleef Rabelais schrijven over de avonturen van de reuzen. In 1551 volgde het *Vierde Boek: Le quart livre des faits et dicts héroïques du bon Pantagruel*. Dit keer was de schrijver Monsieur François Rabelais.

De dood van de afvallige

Calvijn rekende Rabelais tot de 'honden, die eerst het Evangelie hebben besmeurd, maar vervolgens grappjes maken om met des te meer vrijheid hun godslasteringen uit te kunnen spuwen'. De vrijheid en de grappjes waren maar al te waar. Het Evangelie had hij echter nooit besmeurd. De 'afvallige' Rabelais was een gelovig mens en had, met uitzondering van de twee onwettige kinderen die hij in zijn tijd in Lyon had verwekt bij een weduwe, weinig amoreels op zijn kerfstok. Rabelais was ook een gematigd mens, hoewel de inhoud van zijn boeken anders deed vermoeden. Eruditie, satire, slemppartijen, vechtpartijen, oorlog, pies, poep en sperma wisselden elkaar in rap tempo af in een ongekennde en nog nooit gepubliceerde taaleruptie. Zijn taalgebruik was volstrekt nieuw en zat barstensvol neologismen die nu standaard tot de Franse taal behoren. Hoewel ze (te) weinig gebruikt worden, staan de bijvoeglijke naamwoorden 'rabelaisiaans' (spreek de eerste s niet uit), 'gargantuesk' en 'pantagruelsk' synoniem voor overdadig, meestal betrekking hebbend op voedsel en drank.

Dat Rabelais keer op keer vervolging ontliiep (met de brandstapel als reële uitkomst), had dus te maken met de toenmalig regerende monarchen (Frans I, Margaretha van Navarra) en de zittende Pausen (Clemens VII en Paulus III), die allen waren opgegroeid in renaissancistisch Europa, waardoor ze al met één been in de moderne tijd stonden. Zijn hechte vriendschapsbanden die hij had met de verlichte geesten en de zeer invloedrijke Odet, d'Estissac en de broers Du Bellay, zorgden ervoor dat hij zijn vak als medicus en schrijver kon blijven uitoefenen, én dat zijn boeken van de drukpers bleven komen. Dit alles ondanks de aartsconservatieve katholieke machinaties vanuit de Sorbonne. In de geneeskunde was hij ook niet onverdienstelijk geweest met zijn vertalingen van Hippocrates, Galenus en Avicenna en was hij een van de eersten die tijdens een anatomische les een sectie verrichtte op een opgehangen crimineel.

Rond 1553 overleed Rabelais in Parijs. Op de vraag waar hij naar toe zou gaan na de dood, antwoordde hij: 'Ik ga op zoek naar een Groot Misschien'. ■



De acute internist als onderdeel van het artsenteam op de SEH. Een goed idee?

TEKST: FRANK BOSCH & PRABATH NANAYAKKARA • BEELD: 123RF

In het decembernummer van *Interne Geneeskunde* stond een lezenswaardig interview met twee collega's die opgeleid zijn tot acute internist en sinds enige tijd werkzaam zijn als lid van een team SEH-artsen. In het interview worden vele voordelen benoemd; maar ook uitten de collega's enige zorgen over hun toekomstige rol en positie. Om die reden willen wij een aantal aspecten van deze ontwikkeling kritisch bezien.

Natuurlijk is het een goed bericht dat opgeleide internisten een baan kunnen vinden. Ook zal hun aanstelling als lid van een team SEH-artsen ongetwijfeld de kwaliteit van de patiëntenzorg op de SEH verhogen. Deze ontwikkeling heeft echter wel een aantal risico's.

Spoedzorg is voor internisten een belangrijk onderdeel van het vak. De SEH is dan ook een afdeling die goede faciliteiten dient te bieden voor de opvang van patiënten met internistische problematiek en waar de internist dan ook veelvuldig aanwezig is. De mix van patiënten op de SEH is aan het veranderen. Het aantal patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie neemt toe. Nogal eens zijn deze patiënten ziek en is (kortdurende) opname noodzakelijk. Daarbij heeft de acute internist een belangrijke brugfunctie tussen de SEH, de Acute Opname Afdeling, de overige beschouwende afdelingen, en de brede vakgroep interne geneeskunde.

Door deze zorg voor een belangrijk deel over te laten aan internisten die niet lid zijn van de vakgroep interne geneeskunde, bestaat het gevaar dat de expertise op het gebied van de acute interne geneeskunde van de leden van de vakgroep zal afnemen. Omdat deze acute internisten niet aanwezig zijn bij overleggen binnen de vakgroep Interne Geneeskunde, zal dit omgekeerd ook leiden tot een afname van hun kennis over de brede interne geneeskunde. Het zal voor de SEH-internisten moeilijk zijn om hun expertise bij te houden en te vergroten. Nascholing volgen is onvoldoende om je kennis bij te houden; uit eigen erva-

ring weten wij hoe belangrijk het is dat wij aanwezig zijn bij de overdrachten en onderwijsmomenten met oncologen, nefrologen etc. De kennisontwikkeling binnen de interne geneeskunde gaat zo snel, dat regelmatig contact met collega's die andere expertise meebrengen van groot belang is. Ten slotte zullen er ook verschillen ontstaan op het gebied van honorering en positionering binnen het ziekenhuis. Ook dit vinden wij ongewenst.

Daarom moet de acute internist een volwaardig lid zijn van de vakgroep interne geneeskunde en betrokken zijn bij de organisatie van de acute zorgketen in het ziekenhuis en daarbij ook een actieve rol spelen om de poortfunctie voor huisartsen en specialisten-ouderengeneeskunde (en VVT-instellingen) te vervullen en te versterken.

Wij moeten natuurlijk de samenwerking tussen SEH-artsen en internisten toejuichen omdat zij elkaar aanvullen. Maar dat moet niet leiden tot minder samenwerking binnen de interne geneeskunde.

Concluderend vinden wij het een risico voor de kwaliteit van de patiëntenzorg en kortzichtig van vakgroepen/maatschappen Interne Geneeskunde om de spoedzorg deels uit te besteden aan collega's die geen lid zijn van de betreffende vakgroep. Wij zijn van mening dat acute internisten een volwaardig lidmaatschap van een vakgroep/maatschap Interne Geneeskunde verdienen. Wij nodigen hierbij het bestuur van de NIV uit om een standpunt hierover in te nemen en de discussie hierover te leiden en te coördineren. ■

Yvo Smulders



Mag ik...

- Mag ik vinden dat #MeToo een moeilijk onderwerp is?
- Mag ik dan ook niet altijd goed weten wat ik ermee moet?
- Mag ik het vreselijk vinden als jonge vrouwen zich seksueel geïntimideerd voelen?
- Mag ik niet altijd goed begrijpen/aanvoelen waardoor dat gevoeld wordt?
- Mag ik een relatie tussen een aios en een supervisor zien ontstaan zonder 'op te treden'?
- Mag ik vinden dat een sollicitant zich te bloot kleedt?
- Mag ik dat vinden van een aios tijdens het werk?
- Mag ik daar dan wat van zeggen?
- Mag ik, andersom, een aios complimenteren met bijv. keuze van kleding of kapsel?
- Mag ik me verbazen als collega's me waarschuwen de deur niet te sluiten bij sommige gesprekken?
- Mag ik me soms kwetsbaar voelen voor beschuldigingen?
- Mag ik me soms afvragen of je je daartegen moet wapenen, en hoe dan?
- Mag ik een zakelijke WhatsApp sturen naar een aios?
- Mag ik een aios per WhatsApp feliciteren met haar verjaardag?
- Mag ik een aios per WhatsApp vragen hoe het met haar gaat, als ik weet dat er problemen waren?
- Mag ik überhaupt WhatsApp-contact met een aios hebben?
- Mag ik een aios een lift geven?
- Mag ik mezelf een paar domme opmerkingen die ik ooit maakte vergeven?
- Mag ik opmerken dat mensen in ongelijke posities soms zielsveel van elkaar kunnen gaan houden?
- Mag ik begripvol zijn als die mensen dat dan zo goed mogelijk, maar niet perfect laten verlopen?
- Mag ik een hand op een arm of schouder leggen als een aios heel erg overstuur is?
- Mag ik denken dat seksuele intimidatie op mijn afdeling niet voorkomt?
- Mag ik dat niet 100% zeker weten?
- Mag ik seksueel gedrag biologisch duiden?
- Mag ik een aios mooi of zelfs aantrekkelijk vinden?
- Mag ik dan maar hopen dat dat op geen enkele wijze aan mij zichtbaar is?
- Mag ik een vriendschappelijke band met een aios hebben, bijv. met wie ik maandenlang op Bonaire intensief samenwerkte?
- Mag ik het antwoord op sommige van bovenstaande vragen wel, en andere niet zo goed weten?
- Mag ik me verontschuldigen dat dit alleen maar gaat over wat ik mag, terwijl het natuurlijk niet om mij gaat maar om jonge mensen in kwetsbare posities?
- Mag ik mag-ik-vragen stellen, wetende dat die er voor een betere wereld maar beperkt toe doen, omdat ze het fundament van wat er aan de hand is niet raken?
- Mag ik suggereren dat een discussie, aan de hand van stellingen over 'wat mag' niettemin een geschikte manier is om dit onderwerp bespreekbaar te maken?