

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 13
DECEMBER 2022

Magazine voor de internist



Roze in wit

Veiligheid op de werkvloer voor LHBTI+-patiënten en artsen

Werkgelegenheid

De arbeidsmarkt voor (jonge) internisten in perspectief

Stadspoli Leeuwarden

Medisch-specialistisch advies in de eerstelijns

Fusie

Ervaringen van twee opleiders tijdens de fusie van het OLVG en SLAZ

Kleinschalig en dichtbij

Carolien Boot over haar werk in een algemeen ziekenhuis



INTERVIEW

6

Drie artsen van Stichting Roze in Wit over veiligheid in de spreekkamer en op de werkvloer voor LHBTI+-patiënten en artsen



Stadspoli Leeuwarden

10

Medisch-specialistisch advies in de eerstelijns



Fusie

14

Ervaringen van twee opleiders tijdens de fusie van het OLVG en SLAZ



Kleinschalig en dichtbij

16

Carolien Boot over haar werk in een algemeen ziekenhuis

Nieuwe beleidsregels herregistratie

12

Een buitenlandstage in Zwitserland

18

De huisarts verzuipt

22

Werkgelegenheid voor (jonge) internisten

25

Het artsenverzet en Kamp Amersfoort

30

LEGO Masters

33

RUBRIEKEN

Cartoon

32

C.J. Roosprijs

34

Wondvocht

36

Boekbespreking

37

Het is maar werk

Column Yvo Smulders

38

Niet wat je denkt, maar hoe





Flexibiliteit

December is zo'n typische maand om nog eens terug te kijken op het afgelopen jaar. Het is haast niet meer voor te stellen dat we precies een jaar geleden nog in een lockdown zaten. Hoewel er nog steeds mensen ernstig ziek met corona in het ziekenhuis liggen, is de impact op de rest van de zorg en de maatschappij inmiddels een stuk minder. De pandemie heeft ons het belang van flexibiliteit in ons zorgsysteem getoond. De alsnog toenemende druk op de zorg, de vergrijzing van de samenleving en diverse technologische innovaties maken dat onze werkomgeving en daarmee ons vak de komende jaren in grote mate zal veranderen. Dit gaat wederom de nodige flexibiliteit van ons vragen. Gelukkig is flexibiliteit in de zorg iets dat internisten, vanwege hun brede basiskennis en opleiding, bij uitstek kunnen leveren.

Om te borgen dat iedere internist ook na zijn/haar opleiding een bepaald niveau van de algemene interne geneeskunde behoudt, zijn eisen voor deskundigheidsbevordering op dat vlak meegenomen in de nieuwe beleidsregels voor de herregistratie in de differentiatie (pag. 12-13). In een nauwe samenwerking met de verschillende secties heeft de commissie er wel voor gezorgd dat ook hier een zodanige flexibiliteit is ingebouwd die zowel recht doet aan de internist die voornamelijk als superspecialist werkzaam is als aan de internist die werkt vanuit een combinatie van de bredere basis én specialistische kennis in een differentiatie. Op deze manier kunnen we ook de komende jaren als vakgroepen het brede pallet aan superspecialistische én generalistische zorg binnen de interne geneeskunde blijven leveren.

Het NIV-motto 'Kracht In Diversiteit' doelt niet alleen op de enorme pluriforme kennis die wij als vakgroepen dragen, het richt zich ook op hoe wij onze kwaliteit borgen door een inclusieve beroepsgroep te zijn. Sociale innovatie heeft niet alleen te maken met de verschillende rollen die we hebben in het ziekenhuis. Het gaat ook over oprechte nieuwsgierigheid naar onze verschillende achtergronden, vanuit bijvoorbeeld etnische afkomst, religie, seksuele oriëntatie of gender. Het is juist die brede diversiteit die ons een grotere denkkraft brengt, door variatie in perspectieven, verschillende ervaringen en andere achtergronden. Op die manier kunnen we samen alle patiënten optimaal bedienen. Roze in Wit beoogt door meer zichtbaarheid en voorlichting bij te dragen aan bewustwording en een veilige sfeer in de spreekkamer en op de werkvloer (pag. 4-8).

Naast andere vormen van werken (pag. 10-11), zijn duurzame inzetbaarheid van de internist, het terugdringen van de administratielast en werkgelegenheid voor jonge klaren (pag. 25-27&28-29) het komende jaar belangrijke thema's voor de NIV. Wat betreft de duurzame inzetbaarheid is het mooi om in dit magazine de voorbeelden te zien van collega's die enthousiast vertellen over hun werk in een kleinschaliger ziekenhuis (pag. 17-18), hun werk in het buitenland (pag. 19-20), of hun hobby die zelfs kan leiden tot deelname aan LEGO Masters (pag. 33).

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
13e jaargang, nummer 4, december 2022

Redactie

Gysèle Bleumink (hoofredacteur),
Caroline Canté, Paula van Eerde, Marianne
Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der
Meer, Darius Soonawala, Harriët Teijlen, Art
Vreugdenhil, 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





Interview

Roze in Wit

TEKST: BAUKE HAISMA & TAN LAI ZHOU • BEELD: BART VERSTEEG

Als arts behandel je iedereen natuurlijk objectief en gelijk; ook mensen uit de LHBTI+-gemeenschap. Bovendien leven we in Nederland, waar sociale acceptatie van mensen met een andere seksuele oriëntatie of genderidentiteit zo ongeveer is uitgevonden. Geen problemen of drempels voor deze groep dus, zou je denken. De waarheid ligt echter genuanceerder. Zo blijkt het niet altijd gemakkelijk voor patiënten, coassistenten, arts-assistenten of medisch specialisten uit de LHBTI+-groep om open te praten over dit onderwerp.

Voel je je veilig genoeg als vrouw om te zeggen dat je gezellig met je vriendin uit eten bent geweest, of zeg je liever 'een vriendin'? 'Die antennes staan nog altijd aan', vertelt Geert Rootmensen, longarts in het Dijklander Ziekenhuis. Hij is één van de oprichters van Roze in Wit, een stichting die zich inzet voor een veilige omgeving voor LHBTI+ers in de medische wereld. Megan Engels, arts-onderzoeker MDL in het LUMC en bestuurslid van Roze in Wit, beaamt dit. En ook Natalie Smit, internist-endocrinoloog in het Flevoziekenhuis en *straight ally* van Roze in Wit, geeft aan dat verdere bewustwording kan zorgen voor een veiligere sfeer op de werkvloer en in de spreekkamer.

Missie

Stichting Roze in Wit werd in 2018 opgericht door longartsen Geert Rootmensen, Karin Pool en Chris Rikers. Zij raakten geïnspireerd na een congres in San Francisco waar je 'LGBT community and our allies' op je naamkaart kon zetten. Hun missie: veiligheid in de spreekkamer en op de werkvloer voor LHBTI+-patiënten en artsen (in opleiding). De stichting wil dit bereiken door de zichtbaarheid en bewustwording te vergroten en door middel van onderwijs. Zo startte Roze in Wit een LHBTI+-vriendelijke artsenlijst. Daarop staan inmiddels 752 artsen, waaronder 9 aios interne geneeskunde en 37 internisten.

Onbewust onbekwaam

Zelfs bij de oprichters waren er initieel twijfels over de oprichting, want was het überhaupt nodig in Nederland? 'Ja, het was nodig', aldus Megan en Geert: 'Onbewuste onbekwaamheid leidt – bijvoorbeeld in de spreekkamer – tot uitspraken die ongemakkelijk en onbedoeld kwetsend kunnen zijn. Zo komt het regelmatig voor dat bij mannen automatisch wordt gevraagd naar hun vriendin of vrouw, net zoals bij vrouwelijke patiënten vaak wordt aangenomen dat zij een mannelijke partner hebben. En hoe roep je iemand uit de wachtkamer die transgender of non-binair is? Ook als arts op de werkvloer ben je continu bezig met aanvoelen of het veilig is om voor je geaardheid uit te komen. Zeker als je als a(n)ios of coassistent in een afhankelijke positie verkeert. Misschien ben je bang voor lagere beoordelingen als coassistent, of wacht je met je transitie totdat je in opleiding bent gekomen, terwijl je waarschijnlijk beter kunt functioneren als je



Natalie Smit, Megan Engels & Geert Rootmensen

open bent over je privéleven. Op die manier kun je bovendien als rolmodel fungeren. Meer zichtbaarheid en onderwijs, onder andere door zulke

rolmodellen, kunnen artsen helpen bewust bekwaam te worden en sensitiever te communiceren. Zo kan een betere (vertrouwens)relatie ontstaan

met LHBTI+-patiënten, die toch een substantieel deel vormen van de totale patiëntenpopulatie. Waar in de jaren 80 het doel acceptatie van de LHBTI+-gemeenschap was, is het doel nu normalisatie, want iedereen hoort zich welkom te voelen.'

Straight ally

Ook Natalie Smit merkte dat er onbewuste onbekwaamheid bij haar speelde, toen iemand in haar nabije omgeving non-binair bleek te zijn. Sindsdien is zij zich in het onderwerp gaan verdiepen en is Roze in Wit op haar pad gekomen, waar zij inmiddels als *straight ally* op de LHBTI+-vriendelijke artsenlijst staat. 'Toen ik *ally* werd, kreeg ik veel telefoontjes en mails van zorgcollega's en patiënten die niet bij mij op het spreekuur bekend waren. Een jonge patiënte mailde mij zelfs dat ze hormonen had gekocht en daar adviezen over wilde. Mensen uit de LHBTI+-gemeenschap zijn echt op zoek naar artsen waarbij zij zich veilig voe-

LHBTI+

In Nederland is 1 op de 13 personen LHBTI+. Waar staan die letters ook alweer voor?

Lesbisch: vrouwen die zich seksueel en/of romantisch aangetrokken voelen tot vrouwen.

Homoseksueel: mannen die zich seksueel en/of romantisch aangetrokken voelen tot mannen.

Biseksueel: mensen die zich seksueel en/of romantisch aangetrokken voelen tot zowel mannen als vrouwen.

Transgender: paraplueterm voor mensen met een genderidentiteit die niet overeenkomt met het bij de geboorte toegewezen geslacht. Een biologische man die zich vrouw voelt, is een transvrouw, en omgekeerd spreekt men van een transman. Daarnaast worden de begrippen non-binair of agender (iemand voelt zich geen man en geen vrouw) en genderfluïde (iemand voelt zich het ene moment meer man en het andere moment meer vrouw) gebruikt. De genderidentiteit staat los van iemands seksuele oriëntatie.

Intersekse: mensen die zijn geboren met zowel mannelijke als vrouwelijke kenmerken wat betreft gonadaal, fenotypisch en genetisch geslacht (dus o.b.v. respectievelijk inwendige geslachtsorganen, uitwendige geslachtsorganen en geslachtschromosomen). Het androgeenongevoeligheidssyndroom is de meest voorkomende oorzaak van intersekse. Intersekse zijn staat los van iemands genderidentiteit of seksuele oriëntatie.

+: staat voor alle vormen van gender en seksuele voorkeur die niet onder de andere letters vallen. Bijvoorbeeld:

- Queer: mensen die deze term gebruiken staan voor een open, brede genderidentiteit en seksualiteit, en willen zich niet in een hokje plaatsen qua geslacht en/of seksuele voorkeur.
- Aseksueel: mensen die zich niet seksueel aangetrokken voelen tot andere mensen.
- Demiseksueel: mensen die zich enkel seksueel aangetrokken voelen tot mensen waarmee zij een (diepe) emotionele connectie hebben.
- Panseksueel: mensen die romantische gevoelens of seksuele aantrekking ervaren richting mensen ongeacht hun sekse of genderidentiteit.

Meer weten? Scan de QR-code voor een illustratief YouTube-filmpje over dit onderwerp:



Bron: Handreiking LHBTI-Feiten en cijfers 2022, Movisie

len of die hen op dit gebied kunnen begeleiden. De betreffende patiënte heb ik overigens doorverwezen naar een expertisecentrum in Amsterdam. Het is dus niet zo dat artsen op de lijst van Roze in Wit automatisch expert zijn op LHBTI+-gebied, maar zij dragen diversiteit wel een warm hart toe.'

LHBTI+ in medische context

Bewustwording is niet alleen belangrijk voor sensitievere communicatie en het creëren van veiligheid in de spreekkamer; ook in medisch opzicht kan het relevant zijn. Zo speelt verslaving, depressie en suïcide vaker een rol in de LHBTI+-gemeenschap. Megan vult aan: 'Een transgender man met een cervix in situ kan een psychologische drempel ervaren om een uitstrijkje te laten maken. Daar moet je je als arts bewust van zijn.' Tegelijkertijd moeten we waken voor stereotypering, en is de diversiteit ook binnen de genoemde groepen groot. Geert: 'We kennen allemaal de klassieke onderwijsstap van een 30-jarige steward met onbegrepen koorts, afvallen, nachtzweeten en diarree - die zal wel homoseksueel en hiv-positief zijn. Maar ik ken menig patiënt die buiten de hokjes valt, zoals een 75-jarige heteroseksuele vrouw met soortgelijke klachten waarbij hiv werd aangetoond.'

Specifieke groep?

Waarom zou je je als arts specifiek inzetten voor een bepaalde groep, in dit geval LHBTI+? Dat vroeg Natalie zich eerst ook af, en ze besprak het met haar collega's. Uiteindelijk was haar conclusie dat het onderwerp te belangrijk is om je er niet voor in te zetten. 'Als dokter mag je je uitspreken voor een kleinere gemeenschap die dat nodig heeft.' Zij draagt nu een regenboogspeldje op haar witte jas, als teken dat zij de LHBTI+-gemeenschap een warm hart toedraagt. Tot nu toe heeft zij met het dragen hiervan alleen maar positieve ervaringen gehad. Megan en Geert herkennen dit, en benadrukken: 'Wij willen ons niet afzetten als aparte groep; iedereen hoort zich welkom te voelen. Maar door uit te dragen oog te hebben voor de LHBTI+-gemeenschap, bijvoorbeeld met een regen-

'Het onderwerp is te belangrijk om je er niet voor in te zetten'

boogspeld, voelen patiënten en artsen (in opleiding) die hier gevoelig voor zijn, zich extra welkom.'

Conclusie

Er zijn in de medische wereld in Nederland de afgelopen decennia al veel stappen gezet op het gebied van LHBTI+-emancipatie. Dat neemt niet weg dat er soms onbewust kwetsende uitspraken gedaan worden of dat er onveilige gevoelens kunnen spelen onder de LHBTI+-patiënten en collega's. Meer zichtbaarheid, onderwijs en bewustwording zijn belangrijk bij het creëren van veiligheid in de spreekkamer en op de werkvloer, en dat is het doel van Roze in Wit. ■

Noot

Wil je Roze in Wit steunen? Dat kan door je op te geven op de lijst LHBTI+-vriendelijke artsen via www.rozeinwit.nl/geef-je-op-als-arts

HANDVATTEN VOOR DE PRAKTIJK

- Denk aan sensitieve communicatie. Kleine aanpassingen kunnen al veel teweegbrengen, bijvoorbeeld:
 - Vraag naar iemands partner in plaats van vriend/vriendin of echtgenoot/echtgenote.
 - Als je een nieuwe patiënt ziet, waarvan bekend is dat die tot de LHBTI+-gemeenschap behoort, kan je die informatie bevestigen in plaats van het opnieuw te vragen.
 - Realiseer je dat niet elke LHBTI+-patiënt in elke omgeving (privé of werk) open is over diens geaardheid.
 - Maak geen veronderstellingen over seksueel gedrag, bijvoorbeeld dat een lesbische patiënte nooit een mannelijke partner gehad kan hebben, en vraag de seksuele anamnese inclusief anticonceptie neutraal en open uit.
- Maak diversiteit en inclusiviteit zichtbaar, waardoor mensen die hiervoor gevoelig zijn, zich ook veilig voelen. Bijvoorbeeld:
 - Bespreek in je vakgroep of en hoe je dit wil uitdragen, eventueel door het dragen van een regenboogspeld.
 - Hang LHBTI+-vriendelijke symbolen op in de wachtkamer, spreekkamer en/of in de overdrachtsruimte, zoals regenboogmagneetjes (verkrijgbaar bij Roze in Wit).
 - Kijk of het EPD het toestaat om meer opties te hanteren dan alleen man/vrouw voor geslacht en genderidentiteit, of dat het toestaat om bepaalde aanspreekvormen te registreren. Let er ook op dat administratief ondersteunend personeel hier bewust van is.
 - Overweeg zelf ook om lid te worden van Roze in Wit.
- Wees bewust en blijf breed denken in medische context. Bedenk bijvoorbeeld dat mensen uit de LHBTI+-gemeenschap een grotere kans hebben op verslaving, depressie en suïcide, door verhoogde sociale stress.

Bron: www.glma.org/_data/n_0001/resources/live/Welcoming%20Environment.pdf



Stadspoli Leeuwarden

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: MEDISCH CENTRUM LEEUWARDEN

Op de Stadspoli Leeuwarden krijgen patiënten medisch-specialistisch advies zonder daarvoor naar het ziekenhuis te hoeven. De huisarts vraagt zo'n fysiek meekijkconsult aan en houdt de regie. Patiënten, huisartsen en specialisten zijn erg tevreden over deze anderhalvelijnszorg. Froukje Ubels, internist-vasculair geneeskundige in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL), vertelt over de opzet en pluspunten van de stadspoli.

Froukje Ubels is al langere tijd betrokken bij managementvraagstukken in de zorg, zoals verandering van organisatie van de zorg voor chronische patiënten. Vanuit het MCL dacht ze zo'n tien jaar geleden al mee in een commissie over substitutie van zorg. Enige jaren geleden zocht het Medisch Specialistisch Bedrijf Vrijgevestigd Collectief Leeuwarden (MSB VCL) van het MCL contact met huisartsen in de regio Leeuwarden over substitutie van zorg. 'Want een groot deel van de chronische en electieve zorg hoeft niet in een ziekenhuisomgeving plaats te

vinden', stelt Ubels. 'Ons idee was dat patiënten medisch-specialistisch advies krijgen, maar daarbij buiten het ziekenhuis blijven. We hebben samengewerkt met een vergelijkbaar initiatief vanuit het Maastricht UMC+ en daar veel van geleerd.' Het MSB VCL nam een adviseur in de arm om te helpen bij de uitwerking van het gezamenlijk concept van de specialisten en huisartsen. Met de huisartsen is een avond georganiseerd over integrale zorg en 'de juiste zorg op de juiste plek'. Dat leidde eind 2018 tot een intentieverklaring, ondertekend door het MCL,

MSB VCL, huisartsen verenigd in Coöperatie Leeuwarden en omstreken, en zorgverzekeraar De Friesland (nu Zilveren Kruis). Vanuit die samenwerking is de Stadspoli Leeuwarden opgericht.

Voordelen

De opzet van de stadspoli is dat de huisarts regie houdt en de patiënt buiten het ziekenhuis blijft. 'Dat heeft meerdere voordelen', vertelt Ubels. 'Specialisten in ziekenhuizen verwijzen regelmatig door naar een andere specialist. Dat leidt tot een andere zorgconsumptie en andere aanvraagpatronen voor vervolgonderzoek dan bij een meekijkconsult buiten het ziekenhuis. Bovendien heeft een patiënt in een ziekenhuis heel andere verwachtingen van een dokter in een witte jas. Er wordt vaak meer zorg verwacht. De setting blijkt dus mede bepalend voor de zorgconsumptie. Daarom wilden wij een locatie buiten het ziekenhuis, maar uit praktische overwegingen wel bij het ziekenhuis.'

Kleinschalig

De locatie voor de stadspoli werd gevonden bij Dokterswacht Friesland, naast de SEH van het MCL. Deze wordt alleen 's avonds en in het weekend gebruikt en stond overdag dus leeg. Stadspoli Leeuwarden opende daar begin 2021 de deuren voor een ochtend in de week. Ubels: 'We zijn kleinschalig gestart, aanvankelijk met de specialismen interne geneeskunde, dermatologie en gynaecologie. Op de stadspoli komen patiënten over wie een huisarts een adviesvraag heeft. Het consult met de medisch specialist is laagdrempelig en zonder witte jas. De patiënt blijft bij de huisarts, die met het advies aan de slag gaat. Daarnaast is een eenmalige digitale beoordeling mogelijk: het digitale meedenkconsult.'

Goede voorbereiding

Inmiddels zijn bij de stadspoli ook de specialismen kindergeneeskunde, KNO, MDL en urologie aangesloten. De consulten vragen wel goede voorbereiding, want voor de specialisti-

sche beoordeling moeten de juiste gegevens aanwezig zijn. Alleen dan kan de beoordeling ook meteen worden afgerond, waarna de huisarts het weer kan overnemen. 'De huisarts moet de vraag goed formuleren en deelt de relevante patiëntgegevens digitaal via Zorgdomein', vertelt Ubels. 'De financiering van de advisering is een eerstelijnsfinanciering, doordat de huisarts hoofdbandelaar blijft. Er wordt geen DBC geopend en het specialistisch advies heeft geen invloed op het eigen risico van de patiënt. Medisch specialisten worden door MSB VCL op inzet beloond volgens een vast uurtarief. Er zijn gedifferentieerde consulttijden: kort, middel of lang, passend bij de gestelde zorgvraag.'

Erg tevreden

Alle huisartsen in de regio Leeuwarden doen mee aan het initiatief. Uit een tevredenheidsonderzoek is gebleken dat zij erg tevreden zijn over de stadspoli. Ook de patiënten en de betrokken medisch-specialisten zijn positief, vertelt Ubels. 'De specialisten vinden het leuk om te doen en even in een andere setting te werken. Dat is leerzaam en het geeft afwisseling. Bovendien hoeven zij niets in te vullen of te checken in het patiëntendossier van het ziekenhuis, waardoor er meer tijd is voor de patiënt. Het is voor hen ook een stuk ondernemerschap, dat regie geeft over de zorg en over de herinrichting daarvan. Ik vind dat we daar als spe-

'De stadspoli heeft ook onze contacten en besprekingen met de huisartsen versterkt'

cialisten een verantwoordelijkheid in hebben. Dit is een goede manier om daarmee aan de slag te gaan.'

Maar de meerwaarde van de stadspoli gaat verder, betoogt Ubels. Medisch-specialistische advisering moet gebeuren in de meest passende setting. 'Want we zijn met elkaar verantwoordelijk voor beschikbare, betaalbare en toegankelijke zorg. De stadspoli heeft voor ons ook de contacten en besprekingen met de huisartsen versterkt. En doordat wij gezamenlijk zorgvragen nauwkeurer beschrijven, gaat de kwaliteit van zorg omhoog. Daarnaast is slagkracht nodig voor dit initiatief. Wij hebben het, in nauwe samenwerking met het ziekenhuis, opgepakt vanuit het MSB. Vanuit die organisatie hebben we een investering kunnen doen. Niet alleen in tijd maar ook financieel, zoals financiering van de extern adviseur en vrijwel alle voorinvesteringen in materialen en middelen.'

Passie en expertise

Ubels denkt dat dit soort initiatieven ook elders mogelijk zijn. Het

vraagt vooral passie en expertise om het voor elkaar te krijgen. 'Je moet het leuk vinden om specifieke zorgvragen te beantwoorden en ook de setting buiten het ziekenhuis moet je aanspreken. Van onze internisten doet iedereen mee aan de digitale meedenkconsulten. Zo kunnen we de vragen verspreiden over de verschillende subspecialismen. Aan de meekijkconsulten op de stadspoli doen nu de internisten Janneke Witteveen, Roos van Rijn en Michiel de Boer mee. Dat moet je denk ik niet meteen met de hele groep willen doen, omdat je als meewerkende internist gewend moeten raken aan de andere manier van werken.'

Ook het digitale meedenkconsult loopt erg goed, laat Ubels weten. Pluspunten zijn dat deze consulten gefinancierd worden en dat de vragen worden gearchiveerd in het EPD van het ziekenhuis en in het HIS van de huisarts. Daardoor is voor iedereen inzichtelijk wat het vorige advies van een collega was. Ook lijkt het aantal verwijzingen voor de betreffende zorgvraag naar de tweedelij hierdoor af te nemen.

Het aantal zorgvragen voor de stadspoli varieert per week. De verwachting is wel dat dat aantal zal toenemen, gezien het succes van de stadspoli en de groei en vergrijzing van de bevolking. Ubels: 'Momenteel zijn we op zoek naar een externe locatie. We zijn daarover in overleg met de zorgverzekeraar en moeten daar samen nog een goede vorm voor vinden. We willen daarom onderzoek doen naar gezamenlijk gedefinieerde uitkomsten van de stadspoli, zodat we die kunnen gebruiken als basis voor eventuele landelijke aanbesteding en uitrol van dit initiatief.'



Froukje Ubels



Nieuwe beleidsregels herregistratie

TEKST: PAUL VAN DAELE, INTERNIST EN VOORZITTER NIV COMMISSIE HERREGISTRATIE & NICOLET IN 'T ANKER, BELEIDSADVISEUR NIV • BEELD: GHISLAINE BOON

De NIV en de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten (RGS) gaan naar verwachting vanaf 1 juli 2023 toetsen aan de hand van nieuwe herregistratie-eisen voor internisten. Internisten die vanaf die datum een herregistratieaanvraag doen, moeten aantonen dat zij de afgelopen vijf jaar aan die nieuwe eisen hebben voldaan. De nieuwe eisen zijn opgenomen in de Beleidsregels Herregistratie differentiaties Interne geneeskunde. Om de overgang wat makkelijker te maken, geldt een overgangsregeling.

De belangrijkste verschillen

Om de registratie in het differentiatieregister van de NIV te behouden moesten internisten al voldoen aan een minimum aantal patiëntgebonden uren en aan eisen voor deskundigheidsbevordering in hun differentiatie. Naast nieuwe minimeisen voor patiëntgebonden uren en deskundigheidsbevordering in de differentiatie, komen daar nu ook eisen voor deskundigheidsbevordering in de algemene interne geneeskunde bij.

Bijvoorbeeld: Voor de herregistratie in een differentiatie moet een internist met een enkelvoudige differentiatie volgens de nieuwe beleidsregels gemiddeld ten minste 20 punten geaccrediteerde bij- en nascholing per jaar hebben gevolgd in de eigen

differentiatie. Daarbij moet deze internist binnen de eigen differentiatie aan ten minste 8 patiëntgebonden uren per week voldoen.

Voor de herregistratie tot internist moeten daarnaast ten minste 10 punten per jaar zijn verkregen met het volgen van geaccrediteerde bij- en nascholing op het gebied van de algemene interne geneeskunde, buiten de eigen differentiatie. Verder zijn 10 punten per jaar vrij in te vullen met:

- geaccrediteerde differentiatie-specifieke bij- en nascholing en/of
- geaccrediteerde vakinhoudelijke bij- en nascholing (buiten de eigen differentiatie op het gebied van de algemene interne geneeskunde) en/of

- geaccrediteerde (medische) niet vakinhoudelijke bij- en nascholing.

Daarbij moet een internist voor de herregistratie als internist nog steeds voldoen aan ten minste 16 patiëntgebonden uren per week.

Door de overgangsregeling hoeven internisten niet direct aan de eisen voor vakinhoudelijke bij- en nascholing op het gebied van de algemene interne geneeskunde te voldoen. De details zijn opgenomen in de Beleidsregels Herregistratie. De Beleidsregels zijn te vinden op de NIV-website onder Werken als internist/Herregistratie.

Reden aanpassingen

Binnen de NIV is elke differentiatie georganiseerd in een sectie. Het herregistratieproces wordt nu nog door elke sectie anders ingevuld. Dit komt door de organische manier waarop de herregistratie in de differentiaties tot stand is gekomen. De NIV wil dit proces graag harmoniseren. Ook was niet geheel duidelijk wat er verwacht mag worden van een internist voor

zijn herregistratie wat betreft ontwikkeling/behouden van kennis buiten de eigen differentiatie. Moet een internist zich alleen maar nascholen in de eigen differentiatie of is ook nog algemene interne nascholing nodig?

Voor het beantwoorden van deze vragen heeft het NIV-bestuur een commissie Herregistratie ingesteld. De commissie is zo samengesteld dat er een evenwichtige verdeling is tussen perifere en academische internisten en tussen grote en kleine secties. De commissieleden zijn afgevaardigden namens een sectie, een betrokken commissie (commissie Accreditatie en Forum Visitatorium), de JNIV en het NIV-bestuur. Met de nieuwe herregistratie-eisen werkt elke internist die een differentiatietitel draagt, aantoonbaar aan voldoende deskundigheid in zowel de interne geneeskunde in brede zin, als in het eigen differentiatiegebied. Hiermee wordt de kwaliteit van zorg bevorderd.

De scholing organiseren

Nieuw zijn de eisen die gesteld worden aan deskundigheidsbevordering op het gebied van de algemene interne geneeskunde. Voor volledige herregistratie moet de internist hiervoor 50 punten halen in 5 jaar. De volgende mix aan geaccrediteerde vakinhoudelijke bij- en nascholingen wordt daarbij aanbevolen:

- Eén keer per vijf jaar Snapper- en/of de Internistendagen, met daarbij een nascholing in de ABCDE-methodiek. De geaccrediteerde of gecertificeerde nascholing in de ABCDE-methodiek kan een onderdeel zijn van

de Snapper- of Internistendagen of daar los van staan.

- Een vakinhoudelijke nascholing op het gebied van de algemene interne geneeskunde en buiten de eigen differentiatie, aangeboden of geautoriseerd door één van de secties. Deze vakinhoudelijke nascholingen zijn opgenomen in bijlage 2 van de Beleidsregels.

Inschrijven voor Snapper- en de Internistendagen kan online via respectievelijk de NIV-website en de website Internistendagen. Een overzicht van vakinhoudelijke nascholingen op het gebied van de algemene interne geneeskunde die op voorhand zijn geaccrediteerd door de NIV, is opgenomen in bijlage 2 van de Beleidsregels. Ook de door de secties aangeboden of geautoriseerde bij- en nascholingen zijn in deze lijst opgenomen. Er wordt nog hard gewerkt om het overzicht compleet te maken. Ook zijn een aantal cursussen nog in ontwikkeling.

Superspecialisatie

De beleidsregels Herregistratie zijn geënt op de strategische visie waarin wij stellen dat internisten medisch specialisten zijn met de breedste medische kennis, die gecombineerd met specifieke specialistische expertise, patiënten met complexe problemen op holistische wijze diagnosticeren en behandelen. Zo bewaken internisten de regie bij multidisciplinaire zorg. De commissie Herregistratie heeft in de eisen voor deskundigheidsbevordering een zodanige flexibiliteit ingebouwd dat zowel tegemoet gekomen wordt aan

de internist die superspecialistisch werkt als aan de internist met een bredere basis én specialistische kennis.

Verloop proces

De beleidsregels zijn ontwikkeld door de commissie Herregistratie en vastgesteld door het NIV-bestuur. Afstemming heeft plaatsgevonden met de betrokken commissies, het platform Secties, de secties en de deelspecialistische verenigingen. Het document is tot slot besproken in de Algemene Leden Vergadering van 16 juni jl.

Over het algemeen kon men zich goed vinden in het streven naar meer uniformiteit in proces en inhoud van de herregistratieprocedure. Door de beoordeling van de eisen voor deskundigheidsbevordering in de algemene interne geneeskunde op te laten nemen in de herregistratieprocedure van de RGS, is dit toch wel lastige punt naar tevredenheid opgelost.

Trots

We zijn het meest trots op de constructieve samenwerking met alle secties, waardoor dit document zo effectief tot stand kon komen. Ook zijn we heel tevreden met de wijze waarop het College Geneeskundige Specialismen (CGS) en de RGS meedenken in de implementatie van de eisen voor deskundigheidsbevordering in de algemene interne geneeskunde. De gesprekken hierover naderen de eindstreep waardoor we naar verwachting de beleidsregels vanaf 1 juli 2023 kunnen laten ingaan.

Verschillen tussen differentiaties

Verschillen zijn er en dat kan ook niet anders. Elke differentiatie heeft dus nog zijn eigen differentiatiespecifieke eisen. Deze eisen zijn opgenomen in bijlage 1 van de Beleidsregels.

Meer informatie

Meer informatie over de nieuwe herregistratie-eisen en het herregistratieproces is te vinden in de Beleidsregels Herregistratie differentiaties Interne geneeskunde, op de website van de NIV.

Nieuw zijn de **eisen voor deskundigheidsbevordering** in de algemene interne geneeskunde



OLVG-opleiders na de fusie

‘Volume geeft mogelijkheden’

TEKST: FRANK VAN WIJCK

In 2015 fuseerden het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG) en het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) in Amsterdam tot OLVG Oost en West. Dit heeft in alle lagen van de ziekenhuisorganisatie gevolgen, ook voor de opleiding interne geneeskunde dus. Hoe leid je de transitie van die opleiding in goede banen? Carl Siegert (SLAZ) en Yves Smets (OLVG), beiden internist-nefroloog en opleider, vertellen hun verhaal.

Op het moment van de fusie tussen OLVG en SLAZ verkeerden zowel Siegert als Smets in de luxepositie dat ze goed lopende opleidingen hadden

met een overvloed aan aios. Toch zagen beiden snel de mogelijkheden die de fusie hen bood. ‘De fusie gaf kansen’, zegt Smets. ‘Volume geeft

mogelijkheden. We zagen het dus niet als een bedreiging.’ De twee kenden elkaar al. Ze deden beiden hun opleiding in Leiden en waren allebei actief in de centrale opleidingscommissie van hun ziekenhuis. ‘Dat scheelt’, zegt Siegert. ‘Je hebt sympathie voor elkaar en je ervaart geen gevoel van concurrentie. Gelukkig, want daarmee kun je jaren verliezen. Bovendien beconcurrerden we elkaar ook simpelweg niet. Er was een overvloed aan mensen die in Amsterdam in de zorg aan het werk wilden.’

Affiliatie

Een paar jaar later gingen ook de twee academische ziekenhuizen in de stad fuseren. Totdat die fusie – tussen AMC en VUmc tot Amsterdam UMC – een feit was, was het OLVG geaffilieerd met het AMC en het SLAZ met het VUmc. De affiliatie tussen academie en periferie is essentieel, stelt Siegert. ‘Je moet tegenwicht bieden tegen elkaar maar je kunt ook niet zonder elkaar. Je kunt alleen academisch zijn als er een sterke periferie is en omgekeerd.’

Gezamenlijke visitatie

Bij de fusie werd een *roadmap* ontwikkeld voor het samenvoegen van alle opleidingen. Dit moest ook leiden tot gezamenlijke visitaties. De eerste visitatie interne geneeskunde was in 2017. ‘Ik weet van andere ziekenhuizen dat zij bang waren dat in zo’n proces een deel van de opleiding verloren zou gaan’, zegt Smets. ‘Daarvan was hier geen sprake. In een tijdsbestek van twee, drie jaar waren alle opleidingen gefuseerd en gevisiteerd.’ Siegert vult aan: ‘En omdat we in dat proces contacten hadden met alle opleidingen konden we leren van elkaar. Dat gaf een goede uitgangspositie’.

De leiding nemen

‘In ons geval was er ook geen spanning over wie na de samenvoeging de leiding zou gaan nemen’, vertelt Siegert. ‘We voerden die leiding aanvankelijk samen. Maar er kwam een natuurlijk moment voor mij om me daaruit terug te trekken. Ook dat vond ik een mooi aspect van de

‘Je moet het de ruimte geven om het te laten groeien’

fusie: ik zag er een goede gelegenheid in om mijn opvolging te regelen. Je moet dit niet te lang doen: je moet pieken en dan moet je het overdragen.’

Patiëntenstroom volgen

Het uitgangspunt van beide opleiders is altijd geweest dat de opleiding de patiëntenstroom moet volgen. ‘De opleiders en de staf gaan daarin mee’, zegt Smets. ‘We konden allebei al een mooi opleidingspakket bieden en door de fusie zijn we daarin alleen maar sterker geworden. Aios kunnen hier bijna ieder denkbaar onderdeel van de opleiding doen.’ Het OLVG had iets meer stages voor het vervolgdeel van de opleiding. Op infectieziekten, hematologie en nefrologie was er wat meer samenwerking met het AMC dan met VUmc. Dat is samengevoegd.

Cultuur

Van grote cultuurverschillen tussen de twee opleidingen was geen sprake. ‘De cultuur was aan beide kanten al laagdrempelig en Amsterdam’, zegt Siegert. ‘Beide zieken-

huizen waren ook enorm opleidingsminded. Natuurlijk hadden de locaties ieder wel hun eigen cultuur, maar het enthousiasme om samen te gaan was bij beide aanwezig.’

Aarden of switchen

Voor het eerste fusiejaar werd de filosofie aangehouden dat de aios het eerste jaar aan één kant moest blijven, om te ‘aarden’. ‘Dat vonden de aios ook prettig’, zegt Smets. ‘En de ziektebeelden waarover de aios leerden, waren aan beide zijden ook hetzelfde, dus het kon ook goed. Nu is dat anders, omdat hemato-oncologie en nefrologie zijn verplaatst naar OLVG West. Dat geeft een shift in patiëntenstromen: de aios op OLVG Oost ziet nu wat andere ziektebeelden. In het licht daarvan hebben we gedacht: de aios moet ook in het eerste jaar al wat meer switchen. Dus hebben we het toen ook zo ingericht. Daarbij deed zich het onverwachte feit voor dat dit wel wat weerstand gaf bij de aios. Bij hen bleek nog best sprake te zijn van Oost-West-denken. Voor ons juist een extra reden om dit door te zetten. De aios en de

supervisors kennen elkaar misschien wat minder goed als de aios slechts een aantal maanden aan de ene kant zitten en dan al naar de andere kant gaan. Anderzijds: de aios leren wel breder en het is ook beter voor de groep als geheel. En het werkt: nu we een poosje verder zijn, merken we dat de aios het toch ook wel heel erg leuk vinden.’

Locatie-opleider

Smets: ‘Als opleiders hebben we zelf een vergelijkbare stap gezet. Aanvankelijk hadden we een ‘locatie-opleider’, maar al snel hebben we besloten meer over en weer te gaan werken. Toen Carl de leiding overdroeg, hebben we gekozen voor een model met drie in plaats van twee opleiders, die alle drie op beide locaties aanwezig zijn. Niet één opleider voor één locatie dus. We hebben dit gedaan omdat de opleiding zo groot is. Als je zo’n veertig aios wilt kunnen volgen, is dit echt nodig. Dat is niet veranderd nu het aantal aios is gedaald. We hebben nu meer anios en die hebben wat meer begeleiding nodig.’ Deze ontwikkeling is een gevolg van de fusie tussen AMC en VUmc. Hierdoor gaan landelijk gezien minder aios naar de Amsterdamse regio.

Verbetering

Beiden zijn ervan overtuigd dat de opleiding door de fusie beter is geworden. ‘We kunnen nu het hele palet aan ziektebeelden bieden met nog meer gespecialiseerde zorg’, zegt Smets. ‘De keuzemogelijkheden zijn heel groot. Als je buiten de verplichte stages een facultatieve stage wilt doen, dan kan dat.’ Siegert vult aan: ‘Er staat nu een leerhuis dat echt heel veel kan bieden. En je hebt absoluut een bepaalde schaal nodig om dat te kunnen doen.’

Hadden ze achteraf beschouwd dingen anders gedaan in het proces? ‘Misschien waren we eerder gestart met het uitwisselen van de aios’, zegt Smets. ‘Maar anderzijds: het proces vergt tijd. En als je dingen te veel van bovenaf oplegt, werkt het niet.’ Siegert vult aan: ‘Je moet het de ruimte geven om het te laten groeien.’ ■



Yves Smets & Carl Siegert



De charme van kleinschalig en dichtbij

TEKST: CHARLOTTE KROL • BEELD: HÉLÈNE DE BRUIJN FOTOGRAFIE

In dit magazine besteden we regelmatig aandacht aan collega-internisten, bijvoorbeeld als ze hoogleraar zijn geworden of tot een Raad van Bestuur zijn toetreden. Maar hoe is het om als 'gewone' internist te werken? We nemen een kijkje in de keuken bij Carolien Boot, internist-endocrinoloog in een klein ziekenhuis: het LangeLand Ziekenhuis in Zoetermeer.

Carolien had haar opleiding aan het VUMC op een haar na afgerond, toen er een vacature vrijkwam in het LangeLand Ziekenhuis. Ze besloot te solliciteren. 'Ik vond het wel spannend om naar een ziekenhuis te gaan dat ik niet kende', geeft ze toe. 'Ik ben

niet opgeleid in deze regio. Zoetermeer kende ik niet.'

Op de vraag of ze bewust de keuze had gemaakt voor een klein ziekenhuis, reageert ze resoluut: 'Jazeker! Ik ben een echte mensen-dokter. Het patiëntencontact vind ik het

allerleukst, daar krijg ik energie van. In een kleiner ziekenhuis ligt het accent op de patiëntenzorg.'

Lange tafel

Het werken in een klein ziekenhuis pakte goed uit. 'Ik vind het heel fijn om in een ziekenhuis te werken waar de lijnen zo kort zijn. Dat is hét grote voordeel van het werken in een ziekenhuis als dit; ik weet altijd wie ik moet bellen. In grotere ziekenhuizen moest ik vaak meerdere telefoontjes plegen voordat ik de juiste persoon aan de lijn had.'

Carolien vervolgt: 'We hebben hier onderling veel contact. Iedere ochtend voor we beginnen drink ik koffie met mijn collega's in de backoffice. Voor corona troffen we ook de andere specialisten om te lunchen. Dan at je een broodje met de oogarts,

'Basale specialistische zorg moet dichtbij zijn'

de radioloog, de chirurgen, en zaten we met zijn allen aan een lange tafel. Daar konden we elkaar makkelijk spreken. We willen hier nu opnieuw vorm aan geven.'

Dichtbij huis

Ook voor de patiënt ziet ze voordelen van een kleiner ziekenhuis. 'Wij leveren kwalitatief hoogstaande basiszorg dichtbij huis. De meeste patiënten willen niet lang autorijden om naar het ziekenhuis te gaan. Voor superspecialistische zorg kan het zijn dat ze verder weg moeten, maar basale specialistische zorg moet dichtbij zijn.' De zorg is ook laagdrempelig voor de patiënt. 'Omdat wij geen opleiding tot medisch specialist verzorgen, ziet de patiënt altijd dezelfde dokter: de medisch specialist. Hij komt niet bij de zoveelste assistent op de poli'. Daarnaast heeft Carolien goed contact met de eerstelijns. 'Ik ken de huisartsen die de patiënten verwijzen. Dat maakt ook dat het erg prettig werken is.'

Aandachtsgebied

Toen Carolien begon in het Langeland ziekenhuis, zag ze de interne geneeskunde in de volle breedte. Dat is inmiddels wel veranderd: ze ziet nu vooral patiënten binnen haar eigen aandachtsgebied, de endocrinologie. 'Die patiënt met hepatitis B verwijs ik nu naar de MDL-arts. Maar bijvoorbeeld een patiënt met MDS blijft wel bij mij.' Hoe houdt ze haar kennis voldoende op peil om de interne geneeskunde breed te kunnen uitoefenen? 'Door het gewoon te doen! We overleggen ook wel laagdrempelig met collega's. We hebben de deelspecialisten grotendeels zelf in huis en daarnaast goede contacten in de regio'. Ook binnen haar eigen aandachtsgebied stuurt Carolien weleens patiënten door naar de academie, zoals patiënten met hypofysetumoren. Dat vindt ze soms jammer. 'Ik denk wel dat het goed is dat er een grens ligt in wat wij wel en wat we niet doen. Sommige patiënten hebben een multidisciplinaire aanpak nodig, en wij hebben nu eenmaal niet alle zorg in huis. Wij hebben bijvoorbeeld geen nucleair geneeskundige. Ik vind het wel goed dat de patiën-

'Juist omdat we kleiner zijn, is er veel ruimte om mee te denken'

ten voor het diagnostische traject bij ons kunnen komen. De meeste schildkliernodi blijken immers geen schildklierkanker te zijn.' Daarnaast ziet ze ruimte voor *shared care*. 'Ik zie steeds vaker dat patiënten terugkomen vanuit de academie, zoals patiënten met een hypofysetumor die in een stabiele fase verkeren.' Ze vertelt dat niet alle 'superspecialistische' zorg naar de academie wordt verwezen. In het Langeland bieden ze bijvoorbeeld RFA van schildkliernodi aan. 'Die patiënten worden juist door andere ziekenhuizen naar ons verwezen.'

Nooit uitgeleerd

Bereidt de opleiding je goed voor op het werken in een kleiner ziekenhuis? 'Ik had na mijn opleiding de meeste tools wel in handen om hier poli te draaien en dienst te doen, maar je bent nooit helemaal uitgeleerd. Je leert ook veel ná je opleiding. Je moet vooral de grenzen van je eigen kunnen en de mogelijkheden in het ziekenhuis goed kennen.' Wel miste ze kennis over randzaken. 'Ik wist weinig van maatschappen en financiering in de zorg. Er kwam veel op me af toen ik toetrad; ik heb veel moeten uitzoeken.'

Is er de mogelijkheid om je met neventaken verder te ontwikkelen in het Langeland Ziekenhuis? 'Zeker! Ik ben bijvoorbeeld lid van de interne onderzoekscommissie waar we de incidentmeldingen en calamiteiten uitpluizen. Ook qua management is er altijd veel te doen, zoals nu bij de fusie met het HagaZiekenhuis. Juist omdat we kleiner zijn, is er veel ruimte om mee te denken.'

Dienstbelasting

Toch kleven er ook nadelen aan het werken in een kleiner ziekenhuis. Zo moeten alle taken verdeeld worden

binnen de kleine groep van zeven internisten, waaronder de diensten. 'Ik vind de dienstbelasting best wel pittig. Ik draai zo'n zeven week- en diensten per jaar en bijna iedere week een avond-nachtdienst.'

En ook het werken tijdens de diensten is anders dan in de ziekenhuizen waar ze werd opgeleid. 'Op de spoedeisende hulp werken we met poortartsen, SEH-artsen en haio's. Onze verpleegafdeling wordt tijdens kantooruren door anios gerund. Je doet in het weekend dus wel zelf de visite. Dat is best intensief, maar ook wel weer prettig voor de continuïteit.'

Het werken met poortartsen vraagt wel wat flexibiliteit. 'Het zijn geen ervaren aios. Je moet ze strakker superviseren en je kunt wat minder op ze bouwen. Er is bovendien relatief veel doorstroom van assistenten, dus moet je vaak weer wennen aan nieuwe assistenten.'

Gelukkig hoeft ze niet vaak in huis te komen tijdens de dienst. 'Over het algemeen kom je er wel uit door iets meer sturing te geven en een extra vraag te stellen. Bovendien is er de intensivist die laagdrempelig komt kijken bij kritieke patiënten.'

Desalniettemin maakt Carolien lange dagen. 'Ik ben vroeg weg en laat thuis, er komt vaak wat extra's bij. Ik heb trouwens niet het idee dat dit anders is dan in andere ziekenhuizen.'

Charme

Heeft ze nog tips voor jonge klare internisten? 'Volg je gevoel. Laat je niet weerhouden om in een kleiner ziekenhuis te gaan werken. Het heeft misschien wel veel meer charme dan je denkt. Ik heb ontzettend veel werkplezier in het ziekenhuis waar ik nu werk en dat had ik zelf niet kunnen vermoeden toen ik nog in de academie werkte.' ■



Een buitenlandstage in Zwitserland

TEKST: **BAUKE HAISMA**

Toen ik zo'n tweeënhalf jaar als aios interne geneeskunde in ziekenhuis Rijnstate in Arnhem werkte, begon het te kriebelen. Om mijn blik te verbreden wilde ik in mijn opleidingstijd graag nog eens in een ander land werken, met een andere taal en andere inrichting van de gezondheidszorg. Omdat mijn vriendin en ik graag samen dit buitenlandavontuur wilden aangaan, hebben we gekeken op welke plekken zij een nuttige stage kon doen voor haar promotietraject. Uiteindelijk viel de keuze op Bern.

Na de keuze voor Bern moest er natuurlijk nog van alles gebeuren. Om te beginnen moest ik een tijdelijke aios-plek interne geneeskunde regelen. Het universiteitsziekenhuis in Bern bleek helaas geen buitenlandstage te faciliteren. Maar gelukkig stond de opleider van het middelgrote perifere ziekenhuis Lindehofgruppe positief tegenover mijn initiatief.

Post uit Zwitserland

Al snel lag er een postpakket uit Zwitserland in mijn brievenbus met de officiële bevestiging, een stagecontract en informatie voor nieuwe werknemers. Er was een gevarieerde planning voor me gemaakt, waarbij ik hoofdzakelijk op de verpleegafdeling en consulten zou komen te werken op de drie verschillende ziekenhuislocaties.

Met de informatie uit Bern kon ik de aanvraagprocedure voor een buitenlandstage bij de NIV in gang zetten, en een aantal weken later kreeg ik gelukkig ook vanuit Nederland groen licht. Het laatste onderdeel dat geregeld moest worden was onze huisvesting. Na wat zoeken volgde een leuk videogesprek, inclusief rondleiding, met iemand die haar compacte en typisch Zwitserse appartement tijdelijk verhuurde. Dit voelde meteen goed, en het appartement was ook qua ligging (tien minuten lopen van het centrum van Bern en tien minuten fietsen van het ziekenhuis) een ideale uitvalsbasis.

Zwitserduits

Een aantal maanden later stapte ik op een maandagochtend in februari vol goede moed het ziekenhuis binnen. Ik werd opgewacht door arts-assistent Franco. Hij nam me na een kop koffie mee naar de overdracht, waar ik hartelijk welkom werd geheten door de groep assistenten en internisten. We begonnen gelijk met de overdracht. Die werd in hoog tempo in het Zwitserduits voorgedragen, waardoor ik bij nog niet de helft van de patiënten de reden van opname kon ontcijferen. Ook de gesprekken aan het bed van de patiënten waren ongelofelijk moeilijk te volgen, zeker bij de oudere patiënten uit het afgelegen Berner Oberland. Overigens bleken de patiënten mijn Hoogduits wel prima te kunnen verstaan, en kreeg ik vanaf dag één hun vertrouwen, omdat ik nu eenmaal een witte jas aan had. Toen ik na een week inwerken en continu luisteren naar de gesprekken in het Zwitserduits ging meedraaien als één van de zaalartsen, waren de meest gebruikte woorden, zinsconstructies en uitdrukkingen duidelijk geworden en kon ik me relatief goed redden met de taal. Hoewel de taalbarrière leidde tot meer kritische vragen van verpleegkundigen, was dit totaal niet het geval bij de internisten. Na enige kennismaking kreeg ik net zoveel zelfstandigheid als de andere assistenten en werd ik prompt ingedeeld voor een week avonddiensten in huis. Werken in het EPD was snel te leren, mede door de eenvoudige vormge-

ving die veel weg had van Windows Millennium. Met de arts-assistenten was het fijn samenwerken en ik werd vanaf dag één uitgenodigd voor de activiteiten en borrels.

Cultuurverschillen

De hiërarchie in het ziekenhuis in Zwitserland kwam tot uiting in de verschillende ‘rangen’ voor medisch specialisten. In opklimmende volgorde: Oberarzt, leitender Arzt en Chefarzt. Maar tutoyeren was de norm en ook de Chefärzte werden laagdrempelig met ‘du’ aangesproken. Het werkklimaat voelde veilig. Anderzijds werden er tijdens de overdracht en grote visite – vergeleken met in Nederland – minder vragen gesteld en er werd minder gediscussieerd over ingezette diagnostiek en/of beleid. Naast de meer introverte manier van communiceren waren er (subtile) verschillen in de keuze en dosering van bijvoorbeeld antibiotica, analgetica en hypnotica. Bovendien werd de beste keuze qua diagnostiek en behandeling doorgaans verkozen boven de meest kosteneffectieve keuze. Zo werd er bij een patiënt die wij verdachten van multipel myeloom een CT-geleide (!) beenmergbiopsie verricht. Ook opvallend waren de vele ‘als-dan-plannen’, die voor elke patiënt voor alle denkbare situaties in het EPD werden georderd bij opname, bijvoorbeeld bloedkweken bij koorts en quetiapine bij onrust. Men hechtte verder veel waarde aan een uitgebreide ontslagbrief; zowel de Oberarzt als de Chefarzt namen elke brief kritisch door. Hierbij bleek het onderdeel ‘voorgeschiedenis’ in Zwitserland niet te bestaan. In plaats daarvan moesten alle ziekten uit het verleden worden ingevoegd in de diagnoselijst. Daarin werden ook de actuele diagnoses uit de afgelopen opname opgenomen, inclusief



puntsgewijs de belangrijkste metingen, radiologische en/of biochemische gegevens. Je kunt je voorstellen dat dit bij patiënten met een uitgebreide voorgeschiedenis leidde tot een opsomming van zeker twee pagina's, waaruit de essentie van de opname niet direct duidelijk was.

Een ander zorgsysteem

Het gezondheidszorgsysteem in Zwitserland is tamelijk versnipperd. Ze kennen zowel federale als kantonale financiering, hebben viermaal zoveel ziekenhuizen en talloze specialisten met eigen poliklinische praktijken. Dit maakte het overleggen met poliklinische specialisten en het organiseren van follow-up voor een patiënt soms ingewikkeld. De huisarts heeft in Zwitserland bovendien geen sterke poortwachtersfunctie en patiënten kunnen zich rechtstreeks wenden tot een medisch specialist. De kosten van de gezondheidszorg in Zwitserland bedragen mede hierdoor ruim één procent van het BNP meer dan in Nederland. Een basiszorgverzekering is verplicht, maar veel Zwitsers zijn bereid om een veel duurdere particuliere verzekering af te sluiten, die recht geeft op onder andere een éénpersoonskamer en een welkomstpakket met zeepjes en à la carte diners. Bij deze patiënten liep de Chefarzt bovendien dagelijks langs, doorgaans voor een kort praatje over het weer of de klein-

kinderen. De medische behandeling van particulier verzekerde patiënten verschilde overigens niet van basisverzekerde patiënten; alle patiënten werden in dezelfde grote visite en dezelfde MDO's besproken en er werden dezelfde afwegingen gemaakt. De werkdruk was – wellicht dankzij het hogere budget – in Zwitserland lager dan in Nederland. Zo werd er elke dag een uur pauze genomen om uitgebreid warm te kunnen lunchen, het liefst op het terras naast het ziekenhuis. Gedurende de dag had ik het gevoel niet gehaast te hoeven werken, omdat de artsen zowel op zaal, op de poli en tijdens de consultdienst iets minder patiënten onder hun hoede hebben dan in Nederland. De werkweek van 50 uur werd bijgehouden door in en uit te kloppen, wat mij eerst wat kinderachtig leek, maar eigenlijk een goed systeem bleek ter bescherming van werknemers. Iedereen die tien overuren had gemaakt, kreeg bijvoorbeeld een vrije dag aangeboden.

Conclusie: doen!

Het regelen van een buitenlandstage kost de nodige tijd en energie door allerlei papierwerk, logistieke zaken en eventueel het bijspijkeren van een vreemde taal. Daarnaast is het in de eerste weken echt wennen aan de nieuwe omgeving, maar het geeft een goed gevoel om steeds beter te kunnen functioneren in een ander land. Uiteindelijk is het enorm interessant om de verschillen in werkwijze, cultuur en gezondheidszorgsysteem te observeren en bovendien nieuwe contacten te leggen. Al met al heeft mijn buitenlandstage mijn horizon werkelijk verbreed en was het een onvergetelijke ervaring!

‘De **werkweek van 50 uur** werd bijgehouden door in en uit te kloppen’

DE IMMUUNGECOMPROMITTEERDE

Niertransplantatie-patiënte Valerie van de Flier aan het woord:

“PROBEREN TE GENIETEN VAN MIJN LEVEN OP EEN MANIER DIE VOOR MIJ VEILIG VOELT”

Valerie van de Flier is 43 jaar, communicatiespecialist en moeder van een dochter van 9. Op 6 oktober onderging zij een niertransplantatie na twee jaar in isolatie te hebben geleefd met haar gezin. Welke invloed heeft COVID-19 op haar leven, toen en nu?



Valerie: “Door een progressieve nierziekte moest ik een niertransplantatie ondergaan, net toen de eerste COVID-19 patiënt in Nederland bekend werd. Vanaf maart 2020 zijn wij toen met het hele gezin in volledige isolatie gegaan om te voorkomen dat ik besmet zou raken en de transplantatie mogelijk niet door zou kunnen gaan. Daardoor ben ik nooit besmet geraakt. Het hele Nederlandse transplantatieprogramma werd toen stilgelegd waardoor ik 1 jaar heb moeten dialyseren.. Het werd toen wachten op vaccins.”

VONH ontstond – nu VONE

Valerie vervolgt: “Toen een aantal vaccins uiteindelijk goedgekeurd waren, startte Nederland, onder leiding van Hugo de Jonge, pas later met vaccineren ten opzichte van andere landen. De gezondheidsraad kwam toen met het advies eerst de kwetsbaarste mensen te vaccineren. De overheid koos er echter voor om eerst zorgmedewerkers te vaccineren, waardoor mensen zoals ik, achteraan kwamen. Ook mijn dochter zou pas heel laat aan de beurt zijn, waardoor we haar in Duitsland hebben laten vaccineren. Toen ben ik samen met anderen, de actiegroep “Vergeet Ons Niet Hugo (VONH)” gestart: een actiegroep die opkomt voor extreem kwetsbare mensen met verschillende gezondheidsproblemen van beneden de zestig. Het begon allemaal met een boze tweet aan Hugo de Jonge dat jonge, zieke mensen zoals ik, helemaal vergeten werden. Daarna volgden de oprichting van een chatgroep en acties op sociale media (#vergeetonsniethugo). Bij één van de coronadebatten van de tweede kamer deelden we zelfs Vergeet-me-nietjes uit! Deze acties leidden er ondermeer toe dat alle kwetsbare patiënten die in isolatie zitten gratis maandelijks een pakket met zelftesten en maskers ontvangen waardoor zij weer meer kunnen deelnemen aan de maatschappij. VONH is sinds begin 2022 omgedoopt naar “Vergeet Ons Niet Ernst (VONE)”.

Wat is het doel van VONE in 2022?

“Ons voornaamste doel dit jaar is met name trachten

dat de maatschappij zó ingericht kan worden dat onze groep ook weer mee kan doen. Wat wij kunnen doen, hangt nu direct af van de mate waarin anderen rekening willen houden met ons. Als je met een mondneusmasker over straat loopt, worden wij regelmatig uitgescholden, ons masker afgetrokken of worden wij in het gezicht gespuugd. Mensen worden heel boos om het feit dat wij onszelf willen beschermen en dat beperkt de mate waarin je mee kunt doen in de maatschappij. Ik ga ook niet meer in mijn eentje de supermarkt in, want ik ben te bang dat mensen nare dingen gaan doen. We laten onze boodschappen daarom bezorgen.”

In welke mate beïnvloedt de pandemie jouw leven nu nog?

Valerie: “De pandemie beïnvloedt ons leven nog steeds. Zo dragen we altijd mondkapjes als we naar buiten gaan, bezoeken we geen drukke plekken en spreken we met kennissen bij voorkeur buiten af. Ontvangen we wel thuis, dan vragen we bezoekers een mondkapje te dragen en vooraf een zelftest te doen. Mijn dochter zit op school bij een open raam en draagt ook een mondkapje. Medicijnen laten we bezorgen, net als levensmiddelen om het risico op besmetting zo gering mogelijk te houden.

Hoe ziet Valerie de toekomst?

“Als je ziet hoe snel alle ontwikkelingen zijn gegaan, heb ik goede hoop dat er spoedig een oplossing komt die breder effectief is en ook blijft werken”, meent Valerie. “Het is een prettige gedachte te weten dat er nu zowel voor preventie als na besmetting behandelingsopties zijn. Dat maakt echt een verschil voor mensen die uit zichzelf niet genoeg antistoffen aanmaken, zoals getransplanteerden zoals ik, voor mensen die niet gevaccineerd kunnen of mogen worden, of voor mensen met een aangeboren immuunstoornis. Wij hoeven daardoor minder in volledige isolatie te leven wat ook een gunstige psychologisch effect heeft.”



PATIËNT EN COVID-19



De behandelend specialist, internist-nefroloog Dr. Marc Hilhorst, Amsterdam UMC, aan het woord:

Het RIVM rapporteerde eerder de start van een najaarsgolf. Waar moeten wij ons op voorbereiden?

Hilhorst: "Er moet rekening gehouden worden met een volgende golf vlak voor de feestdagen, waarbij koudere temperaturen en meer samen binnenzitten een negatief effect kunnen hebben."

Welke patiënten responderen minder op vaccinaties?

"De groep kwetsbare patiënten kenmerkt zich door een verminderde respons op vaccinatie waarbij sommige patiënten geen enkele respons laten zien. Deze groep patiënten is zeer divers; voorbeelden zijn patiënten met chronische nierschade, dialysepatiënten, niertransplantatiepatiënten en patiënten met een autoimmuunziekte."

Wat weten we over respons op vaccinatie bij hen?

"Immuungecompromitteerde patiënten hebben inderdaad een verhoogd risico op een gecompliceerd beloop van COVID-19," vervolgt Hilhorst. "Patiënten met het hoogste risico zijn patiënten die wegens hun autoimmuunziekte behandeld zijn met rituximab omdat de zogenaamde B-cellen, die uiteindelijk zorgen voor de aanmaak van antistoffen (tegen onder andere het SARS-CoV-2 virus), verdwijnen. Als deze B-cellen er niet zijn, is het vrijwel onmogelijk om een respons op vaccinatie te maken. Dat geldt voor het COVID-19 vaccin, maar ook bijvoorbeeld voor de griepvaccinatie. De andere groep met een hoog risico op een slechte afloop door COVID-19 zijn de niertransplantatiepatiënten. Dat komt omdat deze groep patiënten vaak 2-3 verschillende medicijnen gebruiken die de afweer onderdrukken. Het medicijn mycophenolaat mofetil (merknaam Cellcept®) wordt daarbij verdacht als sterkste onderdrukker waardoor een goede vaccinatierespons niet succesvol is. Geruststellend is wel het gegeven dat zelfs patiënten die na 3 vaccinaties nog geen respons hebben, na 4 of 5 vaccinaties uiteindelijk wél een respons laten zien. Het is dus belangrijk om te blijven vaccineren."

"Ik vind het ook belangrijk om te benoemen dat we de afgelopen maanden weinig problemen zien bij immuungecompromitteerde patiënten. Daarmee bedoel ik dat veel van mijn patiënten met een niertransplantatie of bijvoorbeeld na behandeling met rituximab wel besmet zijn geraakt met SARS-CoV-2 en er ook een flinke griep van hebben gehad, maar niet zuurstof behoeftig zijn geworden of andere complicaties hebben gehad. Dit wordt bevestigd door mijn collega's in andere ziekenhuizen."

Hoe gaat u in de praktijk om met het voorkomen van infecties bij kwetsbare patiënten?

We adviseren patiënten die een niertransplantatie hebben ondergaan om op drukke plekken om an-

derhalve meter afstand te houden en een mondkapje te dragen. In het Amsterdam UMC hanteren we deze regel ook, bij onderzoeken van de patiënt wordt standaard een mondkapje gedragen en ook bij visite op de hemodialyse afdeling wordt een mondkapje gedragen. In de spreekkamer geef ik het advies om bij zichtbaar of hoorbaar verkouden mensen uit de buurt te blijven tot ze weer klachtenvrij zijn.

Na infectie zijn er ook behandelopties. Wat is het belang van behandelopties naast preventie?

"De behandelopties van COVID-19 zijn beperkt," aldus Hilhorst. "De huidige Nederlandse richtlijn adviseert bijvoorbeeld niet om gerichte antistoffen toe te dienen bij besmette patiënten. Er zijn een aantal antivirale behandelingen die bij besmette kwetsbare patiënten overwogen kunnen worden zoals remdesivir, molnupiravir en milnatrevir/ritonavir. Momenteel wordt alleen advies gegeven over milnatrevir/ritonavir in de huidige Nederlandse richtlijn voor een zeer selecte patiënten groep mits interacties met andere geneesmiddelen geen contra-indicatie vormen."

Hoe ziet u de toekomst inzake COVID-19 en preventie?

Hilhorst vervolgt: "Ik denk dat een groot gedeelte van de COVID-19 pandemie effectief bestreden is met grootschalig vaccineren; dit is des te meer zo bij kwetsbare groepen. Afhankelijk van of het virus verder blijft muteren, zal het nodig zijn om periodiek te vaccineren (vergelijkbaar met de griepvaccinatie). Er lopen momenteel studies naar medicijnen die toegediend kunnen worden aan kwetsbare patiënten vlak nadat ze (mogelijk) besmet zijn met het SARS-CoV-2 virus. Het is reëel dat die medicijnen gebruikt zullen worden bij immuungecompromitteerde patiënten met een hoog risico op een slechte afloop (bijvoorbeeld na 5 vaccinaties nog steeds geen antistoffen of eerdere behandeling met rituximab naast de standaard risicofactoren zoals diabetes, obesitas en leeftijd >65 jaar). Daarnaast is het mogelijk dat patiënten die geen antistoffen hebben na vaccinatie, wel antistoffen per infuus toegediend kunnen krijgen. Dit is in Nederland nog niet gangbaar. Het grote nadeel van zowel nieuwe medicijnen en de antistoffen die toegediend worden, is dat we uit grotere studies weten, dat het virus de neiging heeft om zo te muteren dat de medicijnen en/of antistoffen niet meer werkzaam zijn. Op die manier zouden onze behandelingen dus juist nadelig werken. Een strategie zou dus kunnen zijn om deze medicijnen en antistoffen alleen te gebruiken bij kwetsbare patiënten."



Daisy Pors en Isabel van Hövell, huisartsen, met Ernst Kuipers

Help, de huisarts verzuipt!

Hoe kunnen internisten helpen?

TEKST: HELEEN DE WIT & ISABEL VAN HÖVELL-ULLMANN • BEELD: VWS

Huisartsen staan onder druk. Praktijkhouders stoppen en er komen geen nieuwe voor terug. In meerdere steden kunnen mensen geen huisarts meer vinden. Maar zonder eerstelijns is er geen tweede- of derdelijns: we hebben elkaar hard nodig. Wat kunnen wij als internisten doen om de werkdruk voor huisartsen te verlichten? Best veel, zo blijkt.

Op 1 juli stonden duizenden huisartsen op het Malieveld in Den Haag. Zij maken zich sterk voor meer tijd voor de patiënt, minder administratieve belasting, betaalbare huisvesting, het aantrekkelijker maken van het praktijkhouderschap, een drastische aanpak van de ANW-zorg, stoppen met overbelasting uit de GGZ en stoppen met het neerleggen van ziekenhuiszorg bij de huisarts. In dat laatste punt is er een rol weggelegd voor medisch specialisten.

Wat gaat er goed?

Zowel huisartsen als internisten die input leverden op onze oproep op

LinkedIn, gaven aan dat er gelukkig al veel goed gaat in de samenwerking. Goed samenwerken is prettiger werken; voor beide partijen. Internisten hebben vooral behoefte aan goede en duidelijke verwijzingen en een goede bereikbaarheid van de huisartsenpraktijk. Huisartsen geven aan dat ze dat overleg erg prettig vinden, ook al is het middenin een consult. En ze kijken ernaar uit om weer gewoon ja te kunnen zeggen. Zowel huisartsen als internisten hopen dat ICT daarbij kan helpen, bijvoorbeeld door één gezamenlijk EPD. Of een app waarmee je beveiligd kunt communiceren, maar ook

gemakkelijk informatie kan kopiëren naar het EPD.

Beide partijen noemen meelopen met elkaar als basis voor een goede samenwerking. Het zou ook onderdeel van de opleiding tot internist moeten zijn. Zo kun je de andere kant ervaren. Je ziet bijvoorbeeld wat een ontslag op vrijdagmiddag voor de huisarts kan betekenen. Uiteindelijk hebben we hetzelfde belang: het verlenen van goede patiëntenzorg 'met een kop en een staart.' Die zorg willen we graag samen verlenen, maar het vergt van beide kanten afronding van de taken. 'Samen is het sleutelwoord.' Veel mogelijkheden voor anderhalvelijnszorg die er al zijn worden enorm gewaardeerd. Denk aan teleconsultatie, meedenk- of meekijkconsulten en Prisma. Wel wordt gevraagd met de huisarts mee te denken hoe een patiënt in de eer-

stelijn kan blijven en niet meteen het advies te geven om de patiënt te verwijzen.

Top 3: wat kan beter?

Ook waar dingen goed gaan, is er altijd ruimte voor verbetering. We formuleerden een top 3 van verbeterpunten.

1. Houd je aan de verwijfsafspraken

Als een patiënt verwezen moet worden naar een andere zorgverlener, regel dit dan zelf, conform de afspraken. Dat geldt bijvoorbeeld als een patiënt verhuist naar een andere regio en de behandeling door een specialist elders moet worden overgenomen. Doorgaans kost verwijzen, zeker als het een interne verwijzing betreft, evenveel tijd als het typen van het advies over de verwijzing aan de huisarts. Bij twijfel of een patiënt wel of niet doorverwezen moet worden, is het prettig voor de huisarts als er wordt terugverwezen zonder doorverwijsadvies. Zo krijgt de huisarts de ruimte om met de patiënt naar een passende oplossing te zoeken en wordt hij/zij niet voor het blok gezet.

Een second opinion is het recht van een patiënt. Als medisch specialist heb je de plicht om een second opinion te regelen, ook als je daar niet achter staat. Dit is niet iets om over te laten aan de huisarts, niet in de laatste plaats omdat dit de band tussen huisarts en patiënt onder druk zet. Door een second opinion als specialist zelf te organiseren, verbetert de zorgverlening. De specialist kent de hulpvraag, weet wellicht een collega die hieraan tegemoet kan komen, en kan alle verzamelde informatie rondom de first opinion het meest overzichtelijk overdragen. Mochten er zwaarwegende bezwaren zijn en/of dreigt het gevaar dat een second opinion juist leidt tot minder goede zorgverlening, overleg dan wel

met de huisarts. Dit zijn momenten om de handen ineen te slaan, zodat je samen zorg op maat kunt leveren. Als een patiënt die al onder controle is een tweede zorgvraag ontwikkelt, bijvoorbeeld een patiënt met diabetes type 1 blijkt osteoporose te hebben, maak dan zelf de parallelle DBC osteoporose aan en vraag daarvoor niet om een verwijzing van de huisarts.

Zie ook het kader voor de geldende afspraken rond verwijzen.

2. Laat de huisarts niet bellen als een patiënt (eerder) een afspraak nodig heeft

Dit komt regelmatig voor en is een veelgenoemde frustratie van huisartsen. Als patiënten de polikliniek bellen met lichamelijke klachten of een vraag, krijgen ze regelmatig te horen dat ze eerst de huisarts moeten bellen. Als de klacht duidelijk een relatie heeft met de interne ziekte waarvoor de patiënt wordt behandeld, vang dit dan op in de tweedelij. Is beoordeling door de huisarts gewenst, overleg dit dan.

Als de patiënt een afspraak heeft gekregen en de wachttijd te lang vindt, vraag dan niet aan de patiënt om de huisarts te bellen voor een spoedindicatie. Dit zet de relatie tussen huisarts en patiënt nodeloos onder druk. De polikliniek interne geneeskunde kan goede triage toepassen, die kan leiden tot een spoedindicatie.

3. Zorg voor de eigen medicatie en administratieve rompslomp

Verzorg het (herhaal)recept voor medicatie die je zelf hebt voorgeschreven, zolang de patiënt nog actief onder behandeling is en er geen afsluitende brief is verzonden. Zeker bij minder gangbare medicatie, kunnen er gevaarlijke situaties ontstaan als de huisarts zonder overdracht de medicatie van de

specialist herhaalt. Hetzelfde geldt voor stoprecepten, machtigingen, uitvoeringsverzoeken en aanvragen voor thuiszorg t.b.v. zorg na een ontslag. Dit vindt niemand leuk, maar het hoort niet op het bordje van de huisarts. Tip: EPD's hebben vaak een herhaalrecept-functie. De poli-assistente kan dan het herhaalrecept klaarzetten en de specialist hoeft alleen te accorderen.

Belangrijke voorwaarde: coach ook poli-assistenten, doktersassistenten en arts-assistenten op deze onderwerpen en help ze bij de triage en de communicatie naar de eerstelij.

Tips en tops

- *Wie schrijft die blijft.* Poliklinische en ontslagbrieven worden écht gelezen en belangrijk gevonden. Besteed er dus aandacht aan. Geef de brief een duidelijke structuur en verstuur deze tijdig: volgens de kwaliteitsnormen van de NIV betekent dit, dat er op de dag van ontslag een voorlopig ontslagbericht wordt gestuurd.
- *Bezint eer ge begint.* Bedenk goed wat je nog aan controles zou willen in de thuissituatie na een opname, of het echt nodig is en wat je ermee zou willen. Probeer dit te beperken tot het absoluut noodzakelijke. Overweeg vervolgens of je als internist zelf iets moet met de uitslag van deze controles. In dat geval is het een stuk praktischer en veiliger om de huisarts er niet tussen te zetten. Als je het zelf aanvraagt, ontvang je namelijk ook zelf de uitslag. Verder goed om te realiseren: huisartsen kunnen niet altijd tijdig alle specialistenbrieven doorspitten, om te zien of de internist nog een opdracht had gegeven. Als je graag wilt dat je collega-huisarts op korte termijn een controle doet in de eerstelij, regel dat dan bij voorkeur telefonisch. Dan kan de huisarts het direct noteren, of de assistente noteert het in de agenda. Tip: vermeld bij een advies voor een controle in de eerstelij na opname, graag een als/dan beleid.

‘Samen is het sleutelwoord’

VERWIJSAFSPRAKEN

Wanneer mogen we de huisarts vragen om een (nieuwe) verwijzing?

Niet vragen om een verwijzing:

- Is de patiënt onder controle van een medisch specialist en niet naar de eerstelijns terugverwezen? Dan is er geen nieuwe verwijzing nodig. Dit kan ook betekenen dat de patiënt na 3 of 5 jaar pas terugkomt voor een afgesproken controle.
- Als is afgesproken dat de patiënt terugkomt bij klachten (bijvoorbeeld 'controle zo nodig'), is er geen sprake van terugverwijzing naar de eerstelijns. De termijn waarop een patiënt terugkomt is niet van belang.
- Zolang er een behandelrelatie is met de patiënt, mag de behandelend arts, VS of PA zelf de patiënt doorverwijzen naar een andere (paramedisch) specialist (zowel binnen als buiten de organisatie). Ook als dit gaat om een verwijzing voor een andere zorgvraag dan waarvoor hij/zij de specialist bezoekt.

Wel vragen:

- Een verwijsbrief is maximaal een jaar geldig. Als de eerste afspraak niet binnen 365 dagen plaatsvindt, moet er een nieuwe brief opgevraagd worden (ook bij uitgestelde zorg).
- Als de patiënt expliciet is terugverwezen naar de eerstelijns is er een nieuwe verwijsbrief nodig. Ook als het een afspraak betreft voor een zorgvraag waarvoor de patiënt eerder is geweest.

Zie ook www.verwijsafspraken.nl.

- *Een huisarts is geen internist.* Dat betekent dat ieder verantwoordelijkheden draagt naar rol. Lever ronde zorg, van diagnose tot behandelplan, inclusief een plan voor de follow-up. Dus liever geen verzoek doen voor internistisch aanvullend onderzoek met als opmerking 'bij afwijkingen overleg'. Bedenk dat jouw behandeling bijwerkingen of andere ongewenste neveneffecten kan hebben, waar jij als hoofdbehandelaar verantwoordelijk voor bent. Als je de huisarts bij complexe problematiek wilt betrekken, controleer dan of die zich hierbij senang voelt.
- *C'est le ton qui fait la musique.* De toon in een brief maakt uit. Bedenk bij het schrijven van een overdracht/brief, dat het een collega is die dat leest en dat we met elkaar samenwerken. De woorden 'diabetes controleren', of 'huisarts wordt verzocht om' komen anders over dan 'graag wil ik de huisarts en/of POH vragen om de controles van de diabetes van ons over te nemen'. Voeg graag een rechtstreeks telefoonnummer toe voor overleg. Voor de huisarts is het erg pret-

tig om zo nodig direct te kunnen overleggen.

Dit hoeft geen extra tijd te kosten. Veel EPD's werken met smartphrases, waarmee je veel voorkomende teksten met een sneltoets kunt invoegen en de gegevens van de patiënt automatisch worden ingeladen.

- *OAC ivm LE.* Afkortingen die heel logisch kunnen lijken, kunnen toch verkeerd worden geïnterpreteerd. Gebruik dus zo min mogelijk afkortingen in de correspondentie. Overigens overtreffen cardiologen ons in het gebruik van afkortingen. Tip: EPD's hebben vaak een woordenboekfunctie, waarbij na intypen van bijvoorbeeld PHP dit vanzelf wordt uitgeschreven tot 'primaire hyperparathyreoïdie'.
- *The patient is the one with the disease.* Als je de patiënt terugverwijst, of voor andere controles naar de huisartsenpraktijk stuurt, vraag dan zo mogelijk de patiënt om zelf een afspraak te maken. Noteer dat ook zo in de brief: 'de patiënt zal zelf hiervoor een afspraak maken.' De huisarts krijgt tientallen specialistenbrieven per dag, heeft geen systeem

om deze oproepen automatisch te verwerken, of om patiënten in de toekomst op te roepen.

Tip: stuur een kopie van de brief aan de huisarts ook aan de patiënt zelf of aan de gemachtigde contactpersoon.

- *De huisartsenpraktijk is de wachtkamer van de tweedelijns.* Van lange wachttijden hebben we allen last. Maar wachttijden kunnen ook zorgen voor onterechte verschuiving van zorg naar de eerstelijns. Het is voor huisartsen onwenselijk om bijvoorbeeld type 1 diabetes te moeten behandelen omdat iemand niet terecht kan in het ziekenhuis. Tip: zorg voor een goede triage en doe dit eventueel zelf, zodat elke patiënt een passende wachttijd krijgt en bij de juiste specialist komt met het juiste onderzoek vooraf. Dit beperkt ook het aantal polibezoeken, wat weer gunstig is voor de wachttijden.

Ontregel de Zorg

Er zijn initiatieven om de (administratieve) regeldruk te verminderen, zoals Ontregel de Zorg. Alle partijen in de zorg werken hierin samen. Ook ziekenhuizen hebben oog voor onterechte verschuiving van zorg naar de eerstelijns. Zo stuurde het LUMC recent een brief aan de medisch specialisten om ze hierop te attenderen.

Dus: laten we beginnen met samenwerken! Zoals een huisarts het verwoordde: 'Zodra zorgverleners mogen samenwerken krijgt alles vleugels'.

Noot

Dank aan alle huisartsen en internisten die input hebben geleverd, in het bijzonder aan: Daisy Pors (ook voor het meelezen), Laura de Graaff, Bernard Leenstra, Wendelien V, Manon Wijnker, Rinske van de Goor, Dorine Werkhoven, Marion Grol, Angela Witkamp, Yoav Senft, Marinke Weijlandt, Nanja Danhof, Eva Brandse, Rogier Bielderma, Luana Lippold, Mirian van Dijke, B. J. K. en Peter van Luijk.

MEER LEZEN

- www.verwijsafspraken.nl
- www.helpdehuisartsverzuipt.nl
- ordz.nl

Een landelijk perspectief op de werkgelegenheid voor internisten

TEKST: OSCAR SMEEKES, MARJOLIJN VERSTEGEN, ROBERT VAN DEN BROEK & PETER NIEBOER

De werkgelegenheid voor jonge internisten gaat de (J)NIV aan het hart. Cyclisch worden de cijfers van de jonge-klerenenquête gepubliceerd in *Interne Geneeskunde*. Om een vollediger beeld te krijgen van de werkgelegenheid en de eigenschappen van de aangeboden functies, heeft de NIV uitvraag gedaan naar de uitgezette vacatures.

In 2021 en 2022 werden enquêtes gehouden onder de vakgroepen. In 2022 gebeurde dit via een enquête onder alle bij de NIV aangesloten vakgroepen interne geneeskunde in Nederland. In 2021 zijn alleen vakgroepen geraadpleegd die openbare vacatures hadden uitgezet.

Methoden

Voor de enquête van 2021 zijn alle openbare vacatures nagegaan die zijn verschenen in de maanden januari tot juni 2021. Daarvoor werden de vakgroepen die de vacatures hadden aangeboden aangeschreven. Ook zelfstandige behandelcentra (ZBC's) werden aangeschreven.

Voor de enquête van 2022 zijn alle 75 bij de NIV aangesloten vakgroepen interne geneeskunde aangeschreven (ZBC's zijn hier niet bij aangesloten). Gevraagd werd naar de uitgezette vacatures van september 2021 tot mei 2022, met daarbij startdatum, functie (chef de Clinique of internist), contractvorm (tijdelijk, tijdelijk met uitzicht op vast en vast), contractduur, differentiatie en aantal sollicitanten. De vragen in beide enquêtes waren gelijk.

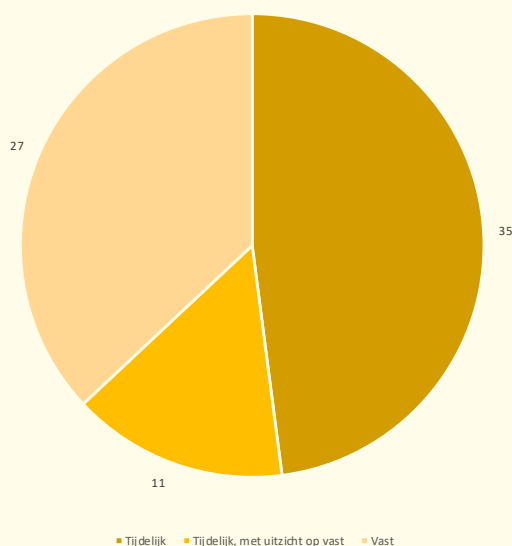


Fig 1a. Aantal vacatures en verhouding contractvormen (2021)

Resultaten 2021

In 2021 werden totaal 73 vacatures gerapporteerd. Hier van waren 46 (63%) tijdelijk, waarvan 11 met uitzicht op vast. De overige 28 waren voor een vast dienstverband. De vacatures zijn uitgezet in drie UMC's, tien samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen (STZ), twee gespecialiseerde ziekenhuizen, twaalf algemene ziekenhuizen en drie ZBC's. De drie ZBC's hebben samen 1 tij-

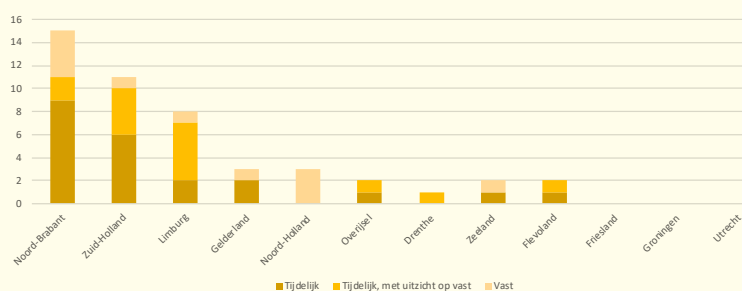


Fig 1b. Aantal vacatures per provincie (2021)

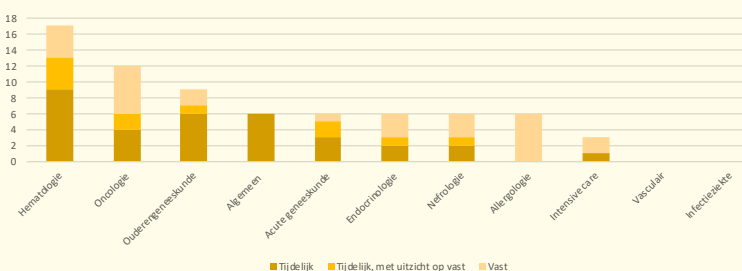


Fig 1c. Aantal vacatures per differentiatie (2021)

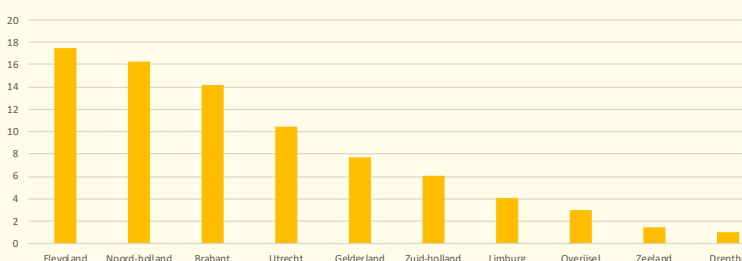


Fig 1d. Gemiddeld aantal sollicitanten per vacature (2021)

delijk contract en 9 vaste contracten aangeboden. Niet-openbare vacatures zijn niet meegenomen. De resultaten van de enquête van 2021 zijn te vinden in figuur 1.

Resultaten 2022

In 2022 reageerden 39 van de 75 aangeschreven ziekenhuizen. Dit waren vier UMC's, 17 samenwerkende topklinische opleidingsziekenhuizen, 1 gespecialiseerd ziekenhuis en 17 algemene ziekenhuizen. Dit is een *response rate* van 52%. De verdeling per provincie is als volgt: Noord-Holland 7, Zuid-Holland 7, Noord-Brabant 6, Gelderland 6, Utrecht 3, Overijssel 3, Friesland 2, Groningen 2, Drenthe 2, Zeeland 1, Limburg 0, Flevoland 0. Vijf ziekenhuizen gaven aan geen vacatures te hebben uitgezet in de bevroegde acht maanden.

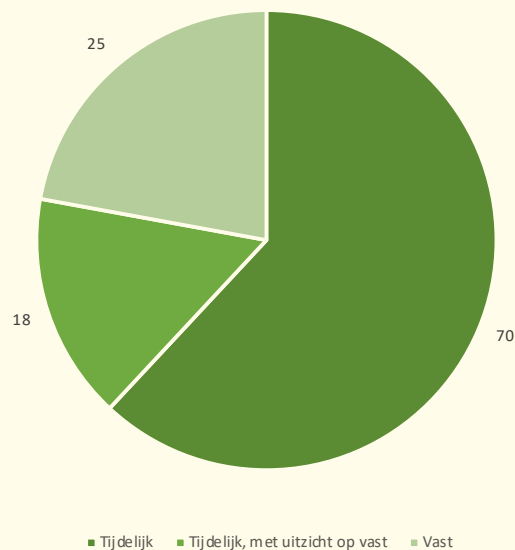


Fig 2a. Aantal vacatures en verhouding contractvormen (2022)

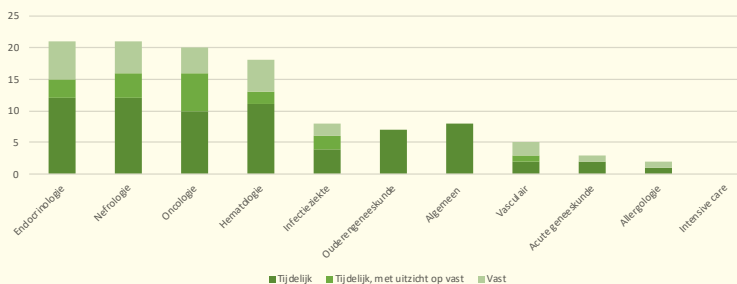


Fig 2b. Aantal vacatures per differentiatie (2022)

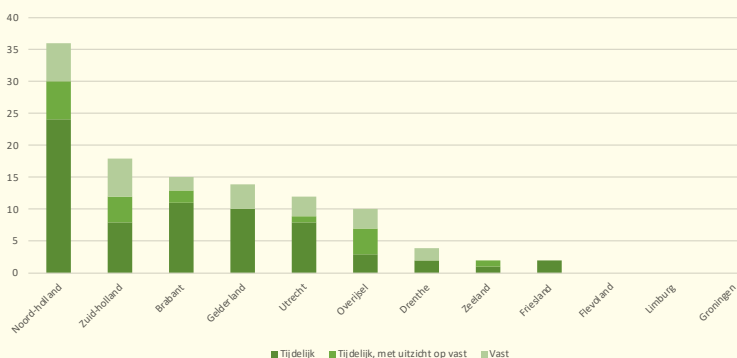


Fig 2c. Aantal vacatures per provincie (2022)

Aantal vacatures

In totaal werden 113 vacatures gerapporteerd. Hiervan waren er 88 (78%) tijdelijk, waarvan 18 (20%) met uitzicht op een vast contract. Bij slechts 25 vacatures ging het om een vast dienstverband. De verhouding van de aangeboden contractvormen is te zien in figuur 2a, het vacatureaanbod per differentiatie in figuur 2b en het vacatureaanbod per provincie in figuur 2c.

Duur tijdelijk contract

De duur van tijdelijke contracten is voor 56 van de 88 vacatures opgegeven. Deze heeft een bandbreedte van 1 tot 36 maanden, waarbij het gros van de contracten 1 jaar of korter is. Het gemiddelde ligt op 10 maanden.

Openbare vacatures

Voor 86 van de 113 vacatures is gerapporteerd of de vacature openbaar is uitgezet en hoeveel internisten hebben gesolliciteerd. Tien van de 86 vacatures waren niet openbaar (12%). Dit waren allemaal tijdelijke contracten. Vacatures voor vaste contracten waren allen openbaar.

Aantal sollicitanten per vacature

Het gemiddeld aantal sollicitanten per contractvorm is te zien in figuur 3.

De bandbreedte ligt tussen de 0-13 voor tijdelijk, 2-30 voor tijdelijk met uitzicht op vast en 0-19 voor vast. De vacatures waarvoor geen sollicitanten waren, betroffen drie tijdelijke functies in Utrecht (0,8fte), Noord-Brabant (0,8fte) en Friesland (0,5fte) en één vaste plek in Drenthe (0,6fte). Een deel hiervan betrof coronazorg. De vacature met dertig sollicitanten betrof een tijdelijke functie met uitzicht op vast in de provincie Utrecht (0,8fte).

Aantal sollicitanten per vacature per differentiatie & provincie

Het gemiddeld aantal sollicitanten per vacature ligt het hoogst bij infectieziekten, endocrinologie en nefrologie. Het laagste aantal sollicitanten werd gezien bij de algemeen interne geneeskunde en allergologie (omdat $N=2$ bij allergologie is voorzichtigheid bij de interpretatie hier op zijn plaats). Voor interpretatie van het aantal sollicitanten per vacature per differentiatie moet de verhouding tussen de contractvormen per differentiatie worden meegenomen, aangezien dit invloed heeft op het aantal sollicitanten.

Het gemiddeld aantal sollicitaties per provincie ligt het hoogst in Noord-Brabant en Utrecht. Het laagst in Drenthe, Friesland en Zeeland.

Conclusie

Het valt op dat er veel tijdelijke contracten worden aangeboden. De meesten hiervan bieden geen uitzicht op een vast contract. Tijdelijke contracten zijn vaak voor korter dan een jaar. De verhouding tussen aangeboden tijdelijke en vaste contracten verschilt per differentiatie in de geëncquêteerde periode. Veel vaste contracten worden uitgezet door ZBC's, waaronder de allergologie. Tijdelijke functies worden vaker dan vaste functies intern ingevuld zon-

der openbare sollicitatie. Noord-Brabant en Utrecht ontvangen gemiddeld de meeste sollicitanten per vacature. Drenthe, Friesland en Zeeland gemiddeld de minste, het aantal vacatures is hier echter ook kleiner.

We moeten in ogenschouw nemen dat vacatures voor de differentiaties Ouderengeneeskunde en Intensive Care kunnen ontbreken. Deze internisten werken immers ook buiten de vakgroepen interne geneeskunde. Bovendien kan er geen uitspraak worden gedaan over de provincie Groningen, omdat hier of geen respons was of geen vacatures waren in de periode van uitvraag.

Meer tijdelijke contracten

In deze twee enquêtes zien we veel meer tijdelijke functies (63% in 2021, 78% in 2022) dan in de jongeklarenenquête van 2021 (43%). De contractduur van deze functies is gemiddeld ook korter (10 maanden vs. 12 maanden). Daarnaast is een groter deel openbaar uitgezet (88% vs. 44%). Theoretisch zou een deel van dit verschil verklaard kunnen worden doordat sommige tijdelijke contracten (20%) overgaan in vaste contracten, maar niet worden aangeboden als vacature.

Dan nog is er een aanzienlijke stijging in de verhouding tijdelijke contracten t.o.v. vaste contracten. Het percentage van de tijdelijke vacatures waarbij er uitzicht is op een vast contract komt overeen (20% vs. 18%). Het verschil in openbare vacatures zou kunnen komen doordat tijdelijke vacatures vaker openbaar worden gedeeld of omdat deze zijn ondergerapporteerd in de enquête in 2022.

Impact tijdelijke functies

De ontwikkeling van verdere ‘vertijdelijking’ van contracten is onwenselijk. Het heeft grote nadelige gevolgen voor de jonge internist en ons vak. Wij zien de directe effecten in onze nabije omgeving en in de media. Dit geeft veel onzekerheid bij jonge internisten en hun naasten. Kunnen zij zich vestigen als internist, in een vakgroep en binnen een regio? Je kunnen vestigen betekent kunnen werken aan toekomstbestendige zorg in de vakgroep. Dat leidt tot meer werkplezier en meer duurzame inzetbaarheid van de jonge internist. Door de verdere vertijdelijking van contracten over de afgelopen jaren is hier steeds minder ruimte voor. Dit leidt tot verlies van kwaliteit en motivatie. En dat is niet alleen een verlies voor het individu, maar ook voor ons vakgebied. Wanneer jonge internisten het vak verlaten, ontstaat er de komende jaren

een fors tekort aan internisten. Daarnaast brengt het een enorme kapitaalvernietiging met zich mee. Daarom is het van belang dat we er alles aan doen om startende specialisten te behouden voor ons vakgebied.

Niet gemeten, wel gehoord

Wat niet is meegenomen in de enquête is de invulling die wordt gegeven aan de verschillende vacatures, de kwaliteit. Helaas zien wij ook hier een negatieve trend. De aangeboden tijdelijke functies worden steeds verder uitgekleeft, zowel in inhoud als financiën. We zien functies waarbij werkzaamheden en loon onder het niveau van een jonge internist worden aangeboden. Functies waarbij jonge internisten worden gezien als passanten, buitengesloten worden van vakgroepvergaderingen, vooral productie moeten draaien, geen persoonlijke ontwikkelmogelijkheden hebben en waarbij hun mening niet wordt gewaardeerd.

Dit is een devaluatie van ons vak. Een contract moet een waardig contract zijn. Naast passende werkzaamheden en salariëring zijn persoonlijke waardering, inclusie en ruimte voor persoonlijke ontwikkeling hierin essentieel. Dan zijn tijdelijke functies springplanken. Dan waarderen en stimuleren wij jonge internisten voor het vak en de toekomst.

Mooie initiatieven

Gelukkig zien wij parallel aan de negatieve ontwikkelingen ook steeds meer mooie initiatieven ontstaan (zie kader). Laten wij deze goede initiatieven een podium geven en in eigen ziekenhuizen overnemen. Zo kunnen we de volgende stappen zetten naar het behoud van jonge internisten en een toekomst waarin alle internisten duurzaam inzetbaar zijn en blijven.

Noot

Ben je benieuwd naar meer mooie initiatieven of heb je er zelf een om te delen, kijk dan op onze site: <https://internisten.nl/vereniging/commissies-secties/werkgroep/taskforce-werkgelegenheid>.



GOEDE INITIATIEVEN

- Vakgroepleden gaan 0,1fte minder werken om een vaste plek te creëren voor een jonge internist.
- Tijdelijke functies worden ingericht als optimale springplank.
- Tijdens de opleiding wordt met aios proactief gesproken over baanmogelijkheden.
- Voor vacatures wordt er gematched tussen jonge internisten en vakgroepen. De inhoudelijke invulling van een tijdelijke functie zou meer op de persoon toegespitst kunnen worden en daarmee aantrekkelijker gemaakt kunnen worden. Dit zou een mogelijke oplossing kunnen zijn voor het lage aantal sollicitanten in sommige provincies/ziekenhuizen.

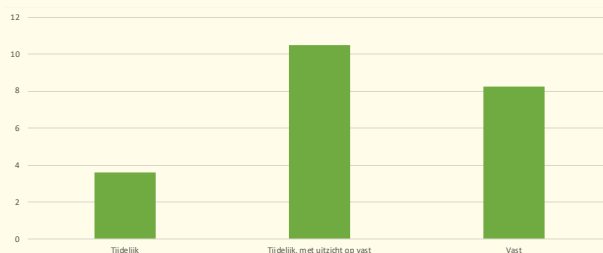


Fig 3. Gemiddeld aantal sollicitanten per contractvorm (2022)

Werk aan de winkel

De arbeidsmarkt voor (jonge) internisten in perspectief

TEKST: ANNIKA BERENDS, INTERNIST-NEFROLOOG UMCG

De afgelopen tijd was er in de media veel aandacht voor werkloosheid onder jonge, net afgestudeerde medisch specialisten. Na jaren van (super)specialisatie komen zij niet aan een baan, wat voor veel onrust en onzekerheid zorgt. Ook binnen de (J)NIV is het toekomst- en beroepspectief van (jonge) internisten een actueel item dat stevast hoog op de agenda staat. Het thema 'Aan de slag als jonge internist' kreeg – terecht – een prominente plek in het visiedocument van de JNIV.¹

Ook op de afgelopen internistendagen kwam de arbeidsmarktproblematiek aan bod. De JNIV initieerde hierover de educatieve sessie *Werk aan de winkel*, o.l.v. Annika Berends (internist-nefroloog UMCG) en Leonie Claessens (aios LUMC, JNIV bestuurslid). Daarnaast waren er inspirerende voordrachten van Heleen de Wit (internist-endocrinoloog St. Jansdal), Jan-Willem Gutting (adviseur medisch specialisten VVAA) en Maryse Besseler (internist-acute ZGT Almelo). Zij lieten zien dat flexibiliteit, adaptiviteit en creativiteit zowel in professioneel als in persoonlijk opzicht veel kan opleveren. Daarna spraken we met de zaal en het panel over de vraag: 'Hoe kunnen we samen zorgen voor toekomstbestendige oplossingen, met aandacht voor generatieverschillen en gericht op duurzame inzetbaarheid, met als uiteindelijke uitkomst een passende plek voor iedereen?'

Facts & figures

Om de huidige arbeidsmarktproblematiek in het juiste perspectief te zetten, is wat achtergrondkennis van de actuele feiten en cijfers op zijn plaats. Veel wetenschappelijke verenigingen houden jaarlijkse enquêtes onder hun leden. Opvallend daarbij is een stijgende respons op vragenlijsten over werkgelegenheid.

Recent zelfs percentages van ruim 85% voor de cardiologie en orthopedie (interne geneeskunde 59%).² Dit wijst op een toenemend gevoel van urgentie voor dit probleem. Opmerkelijk genoeg ligt de focus in de rapportage van dergelijke enquêtes vaak op de absolute werkloosheid. Hoewel deze percentages ogenschijnlijk nog 'mee lijken te vallen' (~3%), is het veel interessanter om te kijken naar het percentage startende specialisten dat niet (meer) werkt binnen het specialisme waarvoor ze zijn opgeleid. Deze percentages zijn bedui-

dend hoger en stijgen ook gestaag door; interne geneeskunde 9%,²⁻³ cardiologie 12%, heelkunde 13%, tot zelfs 27% voor de orthopedie. Als belangrijkste reden hiervoor wordt het niet kunnen krijgen van een (vaste) aanstelling genoemd.⁴ Hierdoor lijken steeds meer jonge internisten het vakgebied te verlaten: een zorgelijke trend. Wat verder opvalt is een stijgend aantal tijdelijke contracten voor internisten (48%, +10% t.o.v. 2019).²⁻⁴ Iedereen begrijpt dat het soms even duurt voordat je je plek hebt gevonden. Het is niet reëel om meteen te willen starten met een vast contract. Anderzijds: een tijdelijke (chef de clinique-) plek heeft ook voordelen; het is niet alleen maar negatief.⁵ Echter, we zien nu een toenemend aantal jonge collega's die na 3 jaar nog steeds geen (uitzicht op een) vast contract hebben (32%).² De startende specialist moet een relatief hoog aantal tijdelijke aanstellingen doorstaan (10% ≥4), en veel sollicitaties doen (meer dan 10 keer is niet ongebruikelijk).⁴ Deze groep is grotendeels bereid om ver te reizen of te verhuizen (>33%, 72% voor een vaste aanstelling) en werkt zelfs regelmatig (10%) tegen onderbetaling.^{4,6} Dit alles in een cruciale levensfase. De onzekerheid over waar en hoe je als medisch specialist terecht komt, maakt zeker deel uit van de transitie van aios naar startend specialist. Maar de onze-



Educatieve sessie tijdens de internistendagen 2022.

v.l.n.r.: Annika Berends, Michele van Vugt, Heleen de Wit, Oscar Smeekes & Jan Willem Gutting

kerheid over of en wanneer je aan de slag kunt zou daar geen onderdeel van uit moeten maken. De NIV is daarom gestart met een landelijke uitvraag naar de uitgezette vacatures om een beter beeld te krijgen van de actuele situatie (zie pagina 25-27 in dit nummer).⁷

Complex

De arbeidsmarkt is complex en onderhevig aan veel variabelen en verschillende actoren. Het gaat niet alleen om vraag en aanbod, maar ook de zorgmarkt en zorgakkoorden spelen een rol. De oorzaken van het arbeidsmarktprobleem zijn dus meervoudig en moeilijk doorgrondbaar. Daardoor is een pasklaar antwoord niet eenvoudig te geven. Tegelijkertijd staan we voor grote uitdagingen: een verder stijgende zorgvraag, toename van complexe zorg (waarbij bij uitstek een rol is weggelegd voor de internist) en een hoge werkdruk voor zittende internisten.^{8,9} De betrokkenheid van zowel aios als internisten (jong en oud) is daarom hard nodig. Het is de sleutel tot duurzame inzetbaarheid: de mogelijkheid om in elke levensfase langdurig, gezond, gemotiveerd en met plezier te kunnen werken. Uiteindelijk zal iedereen hiervan profiteren.¹⁰

Toekomstbestendig

Wat ons verbindt is ons ambitieniveau en de passie voor de patiënt en

het vak. Maar de verschillende generaties hebben wel andere wensen en behoeften in hun werk.⁸ Daarnaast zien we de huidige arbeidsmarktproblematiek en zichtbare trends: een afnemende instroom (o.a. daling van het aantal anios) en toegenomen uitstroom (o.a. door werkbelasting, vergrijzing en gebrek aan toekomstperspectief). Die combinatie vraagt om verandering: we moeten de puzzel anders gaan leggen. Dit is ook nodig om de hoge kwaliteit en toegankelijkheid van zorg te kunnen blijven waarborgen. Ingezoomd lijkt daar wel degelijk ruimte voor te zijn (figuur 1). Er liggen kansen in het voeren van strategisch personeelsbeleid. Zo kunnen we de ruimte die er wél is maximaal benutten.¹¹ Het is de hoogste tijd om het (intergenerationale) gesprek hierover aan te gaan.

Denken in mogelijkheden

Het is maatschappelijk van groot belang om zowel de huidige als de toekomstige generatie(s) internisten te behouden. Dit is een gezamenlijk probleem en daarmee ook een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Het afstemmen van vraag en aanbod is uiteraard meer dan (lokaal) personeelsbeleid. Het arbeidsmarktprobleem is zelfs slechts de oppervlakte: we moeten überhaupt anders naar de organisatie van zorg en opleiding gaan kijken. Zowel de NIV-werkgroep als een breed samengestelde landelijke Taskforce hebben hiervoor

recent op meerdere niveaus oplossingsrichtingen aangedragen, ter inspiratie van partijen die hiervoor beleid kunnen maken.^{3,11} Tijdens de educatieve sessie op de internistendagen werd o.a. deeltijdwerken – als een oplossing en als best practice – nader toegelicht.

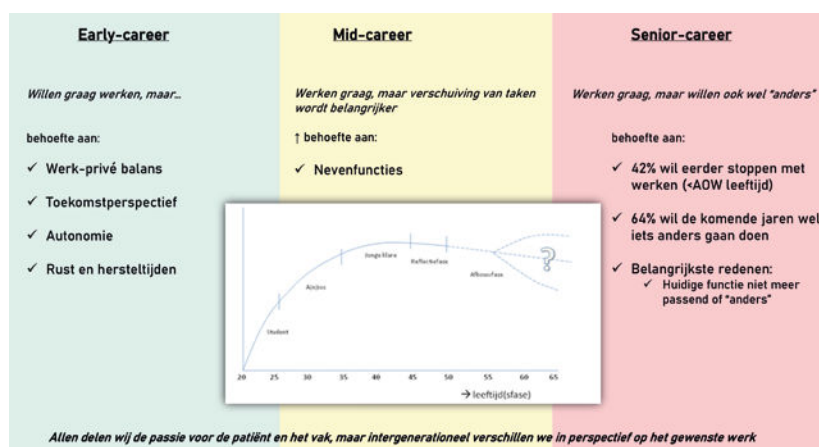
Het goede gesprek

Het panel ging het gesprek aan met een zaal vol gevarieerd publiek. Centraal stonden bewustwording en concrete oplossingen, voor de hele beroepsgroep. Iedereen was bereid om actief mee te denken en beleid te maken op onderwerpen zoals (her)verdeling van bestaande formatie, deeltijdwerken, loopbaan(keuzes & begeleiding), levensfasebeleid, gezond roosteren, ‘het systeem’ (dat we zelf zijn) en tijdelijke contracten met beter perspectief op een vaste plek (bij voorkeur met gelijkwaardige posities binnen een vakgroep). Inzet van zowel jong als oud zal hierbij cruciaal zijn. Laten we daarnaast ook afspreken om het goede gesprek hierover samen gaande te houden (*shared care!*). En laten we de term ‘jonge klare’ definitief inruilen voor ‘startend medisch specialist’!



Referenties

1. Visiedocument JNIV 2022-2025: de toekomstbestendige internist in opleiding.
2. Smeekes O, van Gucht A. Enquête werkgelegenheid onder jonge klare internisten 2021. Interne Geneeskunde 2021;2:22-25.
3. NIV: Op naar een gezonde arbeidsmarkt voor internisten. Februari 2022.
4. FMS: De startend medisch specialist: uitkomsten peiling arbeidsmarktproblematiek. Juni 2021.
5. Andere blik op chef de clinique: de tijdelijkheid van de functie is een gemiste kans. Medisch Specialist 2022 (maart): 27-29.
6. Rapportage: de huidige arbeidsmarkt voor jonge medisch specialisten. DJS 2017.
7. Smeekes O, Verstegen M, Van den Broek R, Nieboer P. Een landelijk perspectief op de werkgelegenheid voor internisten. Interne Geneeskunde 2022;4:25-27.
8. Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022.
9. VVAA: Quickscan Bezieling (oktober) 2022.
10. de Wit H. Maak ‘gezond werken’ onderdeel van kwaliteitsvisie. Medisch Contact 2022;40:34-36.
11. Advies Taskforce Arbeidsmarktproblematiek Medisch Specialisten: inspireren, faciliteren, evalueren 2022. beleid. Dokter zijn stopt immers niet bij de deur van het ziekenhuis.



Figuur 1. Intergenerationele verschillen – resultaten Loopbaanmonitor 2022 naar eigen inzicht samengevat

Early-career: a(n)ios en medisch specialisten <5 jaar na registratie. **Mid-career:** medisch specialist >5 jaar na registratie en <57 jaar. **Senior-career:** medisch specialist ≥57 jaar.



Het **artsenverzet** en Kamp Amersfoort

TEKST: CEES RODENBURG, INTERNIST-ONCOLOOG EN VRIJWILLIGER/GIDS BIJ HET NATIONAAL MONUMENT KAMP AMERSFOORT (NMKA) & FLORIS VAN DIJK, HISTORICUS EN ONDERZOEKSCOÖRDINATOR VAN NMKA

Recent verscheen *Het artsenverzet en Kamp Amersfoort*. Deze publicatie is het resultaat van onderzoek dat onder meer de belevenissen en ervaringen van artsen beschrijft, die in 1942 en 1943 in Kamp Amersfoort waren opgesloten.

Kamp Amersfoort was een straf- en doorgangskamp in Leusden, waarvandaan gevangenen werden doorgevoerd naar oostelijk gelegen concentratie- en werkkampen. Ver-

schillende groepen werden er opgesloten, zoals verzetsstrijders, communisten, Joden, ontduikers van de *Arbeitseinsatz*, slachtoffers van razia's, gijzelaars en (vermeende) cri-

minelen, zoals zwarthandelaren. Totaal hebben er in de jaren 1941-1945 ruim 47.000 mensen (overwegend mannen) gevangen gezeten, van wie ongeveer 20.000 op transport zijn gezet naar Duitsland. Het kamp werd gekenmerkt door honger, dwangarbeid en mishandeling. Gevangenen moesten hard werken, zes dagen per week. Men werd

ingedeeld in een arbeidersploeg, een zogenaamd *Kommando*. Had je geluk dan maakte je deel uit van bijvoorbeeld het aardappelschilcommando, dat binnen werkte en de mogelijkheid bood tot het stelen van voedsel, of het strozakkencommando. Het zwaarste werk werd verricht in het schietbaancommando, waar een schietbaan van 320 meter lengte met de hand moest worden uitgegraven. Met name de Joodse gevangenen werden hiertoe veroordeeld.

Medisch Contact

In september 1941 richtte een aantal artsen de verzetsorganisatie *Medisch Contact* op. Al in juni 1941 hadden artsen massaal hun lidmaatschap opgezegd van de Nederlandse Maatschappij tot Bevordering van de Geneeskunst (NMG), uit onvrede met het beleid van het hoofdbestuur. Dat was akkoord gegaan met de eis van de bezetter om te komen tot het oprichten van de zogenaamde Artsenkamer. De Artsenkamer was gestoeld op de nationaalsocialistische ideologie en hield de uitsluiting van de Joodse collega's in.

De leiding van Medisch Contact (aangeduid als het 'Centrum') was in handen van een tiental artsen, in de loop der jaren in deels wisselende samenstelling.

Estafetteberichten

Na geheime bestuursvergaderingen vond de onderlinge communicatie met de achterban plaats door middel van estafetteberichten. De berichten moesten na lezing vernietigd worden en belandden via districts-vertrouwensmannen en groepsvertrouwensmannen uiteindelijk bij de gewone leden. In de estafetteberichten stonden besluiten, instructies en waarschuwingen voor alle artsen in het land en werd stelling genomen tegen het nazi-bestuur. De estafetteberichten verstevigden zo de onderlinge solidariteit en hielden het verzetsvuur brandend. Tot recent waren er 37 van die estafetteberichten bekend; door dit onderzoek zijn er nog vijf estafetteberichten ontdekt. Eén van die berichten, dat van 19 maart 1942, maakt melding van het feit dat de Duitsers van plan waren

om ongeveer 450 artsen te arresteren. Artsen zouden dan massaal in staking moeten gaan, aldus het estafettebericht. Tot die arrestatie zijn de Duitsers evenwel toen niet overgegaan.

Protestbrief

Op 5 december 1941 ondertekenden namelijk 4261 van de 6621 artsen een protestbrief aan Rijkscommissaris Seyss-Inquart over het verplichte lidmaatschap van de Artsenkamer. Als reactie op die protestbrief werden drie bestuursleden van het Centrum van Medisch Contact gearresteerd: Jean Brutel de la Rivière, schoolarts in Deventer, de Haarlemse huisarts Jan Roorda en Izak Wessel, huisarts uit Hilversum. Roorda werd op 8 december 1941 gearresteerd en opgesloten in een cel in het Haarlemse politiebureau. Op 20 maart 1942 werd hij per trein overgebracht naar Kamp Amersfoort waar hij verbleef tot zijn vrijlating op 8 augustus 1942. Roorda hervatte daarna zijn werkzaamheden voor Medisch Contact en werd na de oorlog lid van het hoofdbestuur van Medisch Contact. Hij wierp zich op om de geschiedenis van dit georganiseerde verzet van artsen op schrift te stellen. Door zijn vroegtijdig overlijden in 1947 is het er niet van gekomen.

Memoires

Heel treffend heeft Roorda zijn ervaringen in zijn memoires beschreven. Zo beschrijft hij zijn aankomst in het kamp:

'We passeerden de wacht en kwamen uiteindelijk aan bij het gebouwtje waar nieuwelingen moesten wachten. Nieuwsgierig keek ik rond naar de barakken en de mannen die er liepen. Schooierachtige soldaten op klompen in oude uniformen. Met kaalgeknipte hoofden, velen met bleke grauwe gezichten, zo liepen ze daar in groten getale rond. Verder waren er enkele Duitsers in SS-uniform. Deze werden door de gevangenen (Häftlinge) eerbiedig gegroet; door het afnemen van de kwartiermuts en strekken van de linkerarm langs de broeksnaad'. 'Nicht anlehnen!'; wordt mij plotseling

toegebruld. Toen besepte ik opeens de grote verandering die mijn toestand had ondergaan.'

Artsenverzet

In 1942 hebben elf artsen in het kader van het artsenverzet drie tot zes maanden in Kamp Amersfoort gevangen gezeten. Een van de bekendste was wellicht de internist professor Geer Borst. Hij wees de nazi-kamparts Van Nieuwenhuysen erop dat de voeding in het kamp absoluut onvoldoende was. Borst schatte dat 25 procent van de gevangenen leed aan hongeroedeem. De voedingssituatie verbeterde nadien nauwelijks. Ook de adviezen van Borst aan Van Nieuwenhuysen om een epidemie van difterie en gevallen van longontsteking aan te pakken werden genegeerd.

Overigens had deze groep artsen het minder zwaar dan de niet-artsen. De in 1942 gevangen artsen werden niet ingedeeld in een arbeidersploeg maar waren doorgaans als *Sanitäter* werkzaam. Ze hoefden in principe niet op appel te staan en mochten niet geslagen worden. Van de honger, gebrek aan hygiëne en de uitzichtloze situatie hadden zij echter net zo te lijden als de overige gevangenen.

Artsenkamer

In februari 1943 werd de Nederlandse artsen nogmaals op het hart gedrukt zich aan te melden voor de Artsenkamer. Het Centrum van Medisch Contact won juridisch advies in en vond een oplossing:

'Een arts kan verklaren afstand te doen van de bevoegdheid tot uitoefening van het beroep van arts. Hierdoor verliest hij het recht de titel van arts te voeren'.

Zo konden artsen dus op een legale manier wegblijven van het lidmaatschap van de Artsenkamer. Duizenden artsen schreven in een gelijklopend briefje dat ze afstand deden van het beroep van arts. En van de in totaal 6621 artsen plakten 6200 het woordje 'arts' op hun naambordje af, of verwijderden dit. De bezetter liet prompt weten dat het uit moest zijn

met deze bordjesactie, en schoorvoetend gaven de artsen hier gehoor aan. Andermaal werden artsen enige tijd later gesommeerd lid te worden van de Artsenkamer. Als gevolg hiervan schreven ongeveer 3700 artsen een protestbrief (gedateerd 23 juni 1943) aan de Rijkscommissaris, waarvan ruim 1700 voorzien van naam en handtekening. Op grond hiervan ging naar de Nederlandse politie de opdracht uit deze artsen in hechtenis te nemen.

Veel artsen doken onder en volgens de traditionele geschiedschrijving werden 360 van hen gearresteerd en naar Kamp Amersfoort gevoerd. Uit dit onderzoek werd aannemelijk dat maximaal 305 artsen in het kamp zijn opgesloten. Van 211 van hen zijn de namen achterhaald.

Excuusbrief

Na het tekenen van een excuusbrief en het betalen van 50 gulden boete kregen de artsen weer hun vrijheid. Giesberts, huisarts uit Oosterbeek schreef:

'Onze zaak schijnt er steeds beter voor te staan en op maandag 5 juli werd het duidelijk dat de Duitsers ons kwijt wilden. We behoefden alleen een excuusbrief aan Seyss-Inquart te schrijven en f 50,- voor logies te betalen. Wanneer er tenminste niet meer van ons gevraagd werd, was dit aanvaardbaar. Dinsdagmorgen 6 juli 1943 kwamen wij als eerste groep vrij na vele formaliteiten vervuld te hebben, o.a. dat we met geen woord over ons verblijf zouden spreken. Het is prachtig weer, we zijn weer vrij, kunnen weer ademen, weer vrij met elkaar praten, vrij gaan zitten waar we willen. Voor het station van Amersfoort drinken wij nog een biertje en om 1700 uur ben ik weer terug met Brevee en Jongsma in Oosterbeek, waar onze gezinnen ons reeds in vreugdevolle spanning wachten'.

Succesvol

De in de zomer van 1943 gevangen artsen hebben het door de relatief korte gevangenisduur minder zwaar

te verduren gehad dan de (langer gestrafte) niet-artsen. Overigens werden de artsen in 1943, in tegenstelling tot hun collega's die in 1942 in het kamp zaten, wel in één van de commando's te werk gesteld.

Van de Artsenkamer is overigens verder nooit iets terechtgekomen. Ook op andere manieren was het artsenverzet succesvol. Zo vond de verplichte tewerkstelling van artsen in Duitsland geen doorgang en ook de uitvoering van het Ziekenfondsenbesluit van 1941 mislukte.

Noot

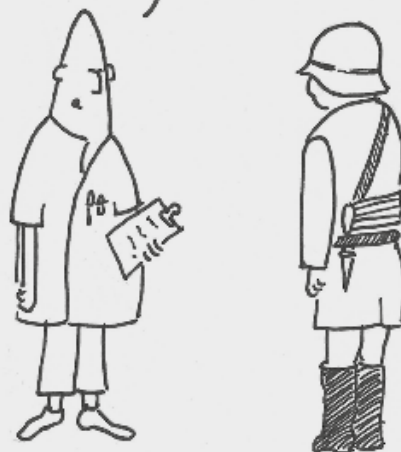
Van Dijk F, Rodenburg C, Van Amerongen P. Het artsenverzet en Kamp Amersfoort. Zandvoort, 2021. € 14,95. Verkrijgbaar via www.kampamersfoort.nl/winkel.

Cartoon

DR Punthoofd...

ZAL OOK
IN HET VERZET

GEVALLETJE HEIMWEH
KUT MIR LEID ABER...
SOFORT NACH HAUSE!



M. van Oetft



Arne (r) en zijn teamgenoot Sander (l)

LEGO Masters en de interne geneeskunde

TEKST: ARNE DIELIS • BEELD: SOFIE SILBERMANN

Arne Dielis (42), getrouwd en trotse vader van twee kinderen, is in het dagelijkse leven internist-vasculair geneeskundige in het VieCuri Medisch Centrum en lid van het Forum Visitatorium van de NIV. En sinds kort kun je hem ook kennen van LEGO Masters.

Al zo lang ik me kan herinneren bouw ik met LEGO. Eerst met de klassieke steentjes en later met technisch LEGO, waarmee ik vooral zelf ontworpen kermisattracties maakte. Ik lag dan als kind op de kermis op de grond te kijken om de werking van die machtige machines te doorgronden.

Vele jaren later, tijdens mijn periode als arts-assistent, herontdekte

ik LEGO. Na een drukke dienst kon ik tijdens het bouwen mijn gedachten verzetten. Nu ik kinderen heb geniet ik van het samen bouwen en hun eigen creatieve uitpattingen.

Toen we tijdens de covid-19-pandemie met het gezin thuis zaten raakte de voorraad LEGO-sets snel op en daagde mijn vrouw me als grap uit om ons huis dan maar te gaan bouwen. Toen was het hek van de dam!

Sindsdien ontwerp ik grote projecten (of MOC's – my own creation) met als pièce de résistance een schaalmodel van meer dan 25.000 steentjes van een wildwaterbaan uit Phantasia-land.

Toen ik werd benaderd voor de castingrondes van LEGO Masters dacht ik dat ik in de maling werd genomen, maar niets bleek minder waar. Omdat de opnames een aanzienlijke aaneengesloten periode besloegen voelde ik me enigszins bezwaard om dit thuis en op het werk te bespreken, maar ik kreeg enkel positieve reacties. Daarbij helpt het dat veel van mijn collega's zelf kinderen hebben en fan zijn van het programma. Met schuiven van diensten, inleveren van verlof en extra inzet van mijn fantastische collega's kon ik de uitdaging aangaan.

Mijn teammaatje Sander en ik zijn gekoppeld en dat was uiteraard ook spannend. Zou het klikken? Onze combinatie bleek een schot in de roos. Onze sterke punten vullen elkaar prima aan: Sander is supersterk op technisch vlak en kan fantastisch sculpten (organisch bouwen) en dat combineert goed met mijn oog voor detail, verhaal en kleur. Ook op persoonlijk vlak klikte het direct. Om op deze manier een vriend voor het leven er bij te krijgen is wel heel bijzonder.

Natuurlijk is het collega's en patiënten niet ontgaan dat ik aan LEGO Masters meedoe en ik heb niets dan positieve reacties ontvangen. Een patiënte die ik belde om te feliciteren met de geboorte van haar kindje feliciteerde me andersom met het mooie bouwwerk dat we juist op tv hadden gemaakt. Ik krijg fanmail, er worden selfies met me gemaakt en ik word op straat aangesproken. Dat is even wennen, maar wel leuk.

Is het zo bijzonder dat een internist met LEGO bouwt? Tijdens het bouwen is het belangrijk om het uiteindelijke doel helder te hebben; wat wil je bereiken? De weg daarnaartoe bestaat uit puzzelen en eindeloos combineren van dingen, terwijl je gaandeweg ook nog wat kleur wilt aanbrengen. En is dat niet wat een internist dagelijks doet?



Dr. C.J. Roosprijs

TEKST: JULIUS ROOS

Tijdens de internistendagen in oktober jl. is de jaarlijkse Dr. C.J. Roosprijs uitgereikt. De prijs voor het beste klinische proefschrift op het gebied van de interne geneeskunde ging naar Rob van der Pluijm voor zijn onderzoek naar combinatietherapie bij malaria. De tweede en derde prijs gingen naar respectievelijk Joris van de Haar en Christel de Blok.

De jury die de Dr. C.J. Roosprijs 2022 toekende werd gevormd door prof. dr. M. M. Levi, prof. dr. A. E. Meinders, prof. dr. J. W. A. Smit, dr. B. W. Haak en dr. J. C. Roos (voorzitter). Op 30 augustus 2022 maakten zij hun besluit bekend.

Eerste prijs



De eerste prijs is toegekend aan dr. Rob W. van der Pluijm voor zijn proefschrift getiteld *Triple antimalarial drug combinations for the treatment of falciparum malaria*. Malaria is wereldwijd een van de hardnekkigste problemen voor de

World Health Organization en voor artsen een blijvende uitdaging. Talloze medicijnen zijn ontwikkeld, vanaf kinine tot artemisinine-derivaten, en telkens weet de plasmodium-parasiet door mutatie resistent te worden. In een epidemiologisch onderzoek en met genoom-sequencing beschrijft Van der Pluijm dat resistentie van plasmodium falciparum-KEL/PLA1 tegen dihydroartemisinin-piperaquine (DAP) snel en zorgwekkend oprukt in de Mekong Delta. Bij gezonde vrijwilligers bleek toevoeging van mefloquine aan DAP veilig te zijn en niet gepaard te gaan met een toename van de gecorrigeerde QT-tijd op het electrocardiogram. In een grootscheeps onderzoek in Thailand, Cambodja, Vietnam en Myanmar vergeleek Van der Pluijm de combinatie DAP-mefloquine met een aantal standaard combinaties. DAP-mefloquine en de combinatie artemether-lumefantrine plus amodiaquine waren veilig, goed verdraagbaar en efficiënt, ook in gebieden met resistentie tegen artemisinine. Bij Keniase kinderen bleek behandeling met de combinatie arterolane-piperaquine-mefloquine succesvol bij ongecompliceerde malaria.

‘Het onderzoek heeft **grote klinische betekenis** voor miljoenen mensen’

De jury is van mening dat dit proefschrift door zijn systematische opbouw de eerste prijs verdient. In het proefschrift wordt eerst het probleem van resistentie epidemiologisch in kaart gebracht en vervolgens werden, naar analogie van de combinatietherapieën bij tuberculose en aids, de veiligheid en efficiëntie van diverse combinatietherapieën onderzocht. Het onderzoek heeft grote klinische betekenis voor miljoenen mensen en zal in de komende jaren wereldwijd de behandeling van malaria beïnvloeden.

Tweede prijs



De tweede prijs werd uitgereikt aan dr. Joris van de Haar, voor zijn proefschrift getiteld *Genomics-based precision medicine for patients with cancer*. Van de Haar signaleert belangrijke statistisch-methodologische problemen bij het in kaart brengen van interacties tussen mutaties in het kankergenoom en komt met een andere statistische methode die indirecte versturende factoren elimineert. Hiermee laat hij zien in staat te zijn bij darmtumoren de stap voor stap optredende tumorontwikkeling af te leiden uit een verzameling gegevens van het genoom. In het latere

‘Hierdoor ligt een **aan het individu aangepaste behandeling** in het verschiet’

stadium van gemetastaseerde kanker bleek hem dat klinisch belangrijke eigenschappen van het kanker-genoom relatief stabiel blijven over een langere periode. Een eenmalige volledige DNA-analyse van een metastase is daarom meestal genoeg om de behandeling van een individuele patiënt te sturen, in het geval van resistentie tegen chemotherapie. Dit illustreerde Van de Haar fraai met een onderzoek bij patiënten met gemetastaseerd colorectaal carcinoom. Hij testte in vitro organoïden afkomstig uit carcinomen van patiënten met de KRAS^{G12}-mutatie met de combinatie trifluridine/tipiracil. Daarmee bleek een slechtere uitkomst voorspelbaar, dit in tegenstelling tot de carcinomen met de KRAS^{G13}-mutatie, die beter reageerden op de combinatietherapie. Heranalyse van een grote fase-3 trial met deze combinatietherapie bevestigde het resultaat. Bij patiënten met een niet-kleincellig longcarcinoom, die in aanmerking komen voor behandeling met *immune checkpoint blockade* (ICB), kan resistentie worden voorspeld via het bestuderen van een aantal genoom-biomarkers. Hierdoor ligt een aan het individu aangepaste behandeling in het verschiet. Tot slot vond Van de Haar dat een bepaald type T-cellen (gammadelta T-cellen) bijdragen aan de respons op behandeling met ICB bij patiënten met HLA klasse 1-negatieve - DNA mismatch repair deficiënt colorectaal carcinoom.

De jury is van mening dat Van de Haar een belangrijke bijdrage levert aan het in vervulling doen gaan van een lang gekoesterde wens: een effectieve, op de individuele tumor toegesneden behandeling. Dit doet hij door zijn grondige kennis van de bio-informatica los te laten op een belangrijk klinisch therapeutisch probleem. Daarbij gebruikt hij geavanceerde technieken, zoals het

in vitro testen van geneesmiddelen op organoïden afkomstig van kankercellen. Zo hoeven alleen patiënten die ervan profiteren de behandeling te ondergaan. Patiënten voor wie de behandeling geen nut – en wel bijwerkingen – heeft, blijft de behandeling bespaard. Een stip aan de horizon, die mede door dit werk in omvang toeneemt.

Derde prijs



De derde prijs ging naar dr. Christel J.M. de Blok voor haar proefschrift getiteld *Let's talk about breasts; breast care in transgender people from an internal medicine perspective*. Voor transgendervrouwen is borstvorming een eerste streven: borsten zijn bij de geklede mens immers het meest opvallende verschil tussen man en vrouw. In een onderzoek in drie Europese steden bleek dat met hormonale behandeling de borstvorming vooral in de eerste zes maanden optreedt. Borstvorming bleek niet gerelateerd aan oestradiolspiegels. Na een jaar leidde de behandeling tot een toename van de borstomvang van gemiddeld 8 centi-

meter, overeenkomend met de kleinste maat beha. Een kleinere groep werd heel inventief onderzocht met 3D-fotografie, waarmee een berekening gemaakt kan worden van het borstvolume. Daaruit bleek dat na drie jaar geleidelijk verdere groei was opgetreden. Uit een anonieme enquête bleek dat dit resultaat niet erg tevreden stemde; 70% van de transvrouwen vóór 2000 kreeg een borstimplantaat; na 2000 daalde dit tot 20%. Analyse van 60 biopaten bij 53 transvrouwen leerde dat na hormonale behandeling regelmatig afwijkingen voorkomen; in acht gevallen werd borstkanker gediagnosticeerd. In een grote vergelijkende studie, waarin ook transmannen meededen, bleek dat de kans op borstkanker bij transvrouwen na gemiddeld 18 jaar hormoonbehandeling vele malen hoger was dan bij cismannen, maar iets lager dan bij cisvrouwen. Transmannen hadden minder vaak borstkanker dan cisvrouwen. De Blok concludeert dat de huidige strategie voor het opsporen van borstkanker ook voldoet bij transmensen. Een mortaliteitsvergelijking van transgenders in de jaren tussen 1972 en 2018 met de algemene bevolking leerde dat de sterfte significant hoger was, met name door hart- en vaatziekten, longkanker, hiv en zelfmoord.

De jury vindt dit een belangrijk proefschrift omdat het een actueel probleem aan de orde stelt, waar iedere internist en huisarts mee te maken krijgt, en waar nog niet zoveel wetenschappelijk onderzoek aan is besteed. Dit onderzoek levert veel nuttige en diverse informatie op voor artsen en, niet te vergeten, voor de mensen die geslachtsverandering ondergaan. Waardering heeft de jury ook voor de Nederlandse samenvatting, die nu eens niet een letterlijke vertaling is van de Engelse, en in goed Nederlands is geschreven. ■

‘Een belangrijk proefschrift omdat het een actueel probleem aan de orde stelt’

Ode aan de rechte rug

TEKST: BORIS KANEN • BEELD: 123RF

*Met aandacht
grijp ik in
in mijn zelf*

*En ontmoet daar
het stille lijden
van m'n lijf en leden*

*Tussen spieren tast ik
tot op het bot
Vertederend
zo bescheiden
ver verstopt
te veel vermeden*

*Met aandacht
grijp ik in
in mijn zelf*

*Wat heb 'k je belast
door je recht te houden
Liggend duw 'k je naar beneden
't Korset komt los
Zenuwen, ze krijgen
gevraagde ruimte
Er volgt een knak en
je zucht tevreden*

*Met aandacht
kijk ik diep
in mijzelf*

*En besef dan
instantaan en
momentaan
in de echo's
van mijn ik
hoe 'k jouw bestaan
ons samengaan
zo bezie en
dat dan daar
ook weer zie*

*In dat droste-effect
tussen de gewelven
van mijn vele vele zelden
klinkt duizend malen
Dank!*

Dr. C.J. Roosprijs 2023

Onlangs of bijna uw proefschrift afgerond? Dan kunt u nu meedingen naar de Dr. C.J. Roosprijs 2023, een jaarlijkse prijs voor de drie beste klinische proefschriften op het gebied van de Interne Geneeskunde.

De Dr. C.J. Roosprijs wordt uitgereikt door de dr. C.J. Roosstichting, in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging. Met de prijs wil de stichting klinisch wetenschappelijk patiëntgebonden onderzoek in Nederland bevorderen.

Prijsuitreiking

De winnaars ontvangen een gekalligrafeerde oorkonde en een geldbedrag (eerste prijs € 2000, tweede en derde prijs ieder € 500). De drie laureaten zullen hun werk presenteren tijdens de sessie Topproefschriften op de Internistendagen in Maastricht in april 2023. Na die sessie volgt de prijsuitreiking.

Voorwaarden

De Dr. C. J. Roosprijs is bedoeld voor klinisch, patiëntgebonden onderzoek. Het kan gaan om onderzoek dat de promovendus zelf heeft verricht aan patiënten of proefpersonen, maar ook om 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 een toevoeging zijn. Uitgesloten zijn proefschriften waarvan de aard en de opzet geheel bepaald zijn door de farmaceutische industrie.

In aanmerking komen

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

1. Een afgerond proefschrift over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp, verschenen na 1 augustus 2022 en vóór 15 februari 2023.
2. De auteur is internist, internist in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Meedoen

1. Stuur een **digitale versie** van het proefschrift aan niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C.J. Roosprijs 2023.
1. Stuur 1 **gedrukt exemplaar** van het proefschrift aan de juryvoorzitter: dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX Amsterdam.
1. Stuur als **bijlage** (bij zowel de digitale als bij de gedrukte versie) uw cv mee, plus een korte motivatie waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen. Voeg ook een kort overzicht toe van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

De uiterste inzendingsdatum is 15 februari 2023.

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 een van de prijswinnaars van 2022.

Contactadres: roosjulius@gmail.com

Het is maar werk

Anti-afbrandboek voor artsen

TEKST: CAROLINE CANTÉ

We hebben ooit een eed afgelegd met als onderliggende motivatie om anderen te helpen. Een baan met aanzien en intellectuele uitdaging. Het artsenvak: een solide basis voor een fijn werkzaam leven. Maar aan dat artsenvak kleven ook risico's; zo heeft onderzoek inmiddels aangetoond dat ons vak gepaard gaat met een verhoogd risico op burn-out en suïcide. Op ontvullende wijze doet Rode de titel eer aan. Hij geeft ons relativerende inzichten over het artsenvak zelf, intergenerationele verschillen en het belang van goede relaties met de mensen om ons heen.

'Wat was uw motivatie om ooit arts te worden? En is dat vandaag, misschien een gezin en werkend leven verder, nog steeds dezelfde?' Met deze vraag begint *Het is maar werk*. Het zet de lezer op simpele wijze aan het denken. De schrijver daagt ons uit, door de valkuilen te bespreken van de meest gangbare motieven om arts te worden. Door bewust na te denken over deze motieven kunnen we gemotiveerd blijven werken en niet gefrustreerd raken. Rode gaat de motieven kritisch langs. Zo noemen velen als motief dat ze 'anderen willen helpen', maar dat kun je ook doen zonder een jarenlange investering in het behalen van een medische titel. Bovendien verhinderen bezuinigingen, administratielast en zorgpaden ons in het dagelijks leven soms om de patiënt echt te helpen.

Hidden curriculum

Voor een keuzecoschap in de tropen worden we voorbereid met klamboe, malariaprofylaxe en PrEP. Maar het echte verborgen gevaar is een ernstig verkeersongeluk, doodsoorzaak nummer één onder buitenlanders. En daar wordt niemand op voorbereid in de introductiemodule van het coschap. Onze opleiding kent een *hidden curriculum* met zowel psychische als fysieke risico's, waar we ons niet altijd bewust van zijn. Zo lopen artsen een hoger risico op burn-out en suïcide vergeleken met andere beroepen. Rode geeft concrete tips om onze zelfzorg te verbeteren, waarvan enkele (zoals intervisie) inmiddels ook in ons opleidingsplan zijn opgenomen.

Intergenerationele verschillen

In het hoofdstuk over intergenerationele verschillen gaat Rode in op de valkuilen bij de communicatie tussen de verschillende generaties. Elke aios wordt opgeleid door een oudere collega, iemand van een andere generatie. En elke generatie heeft een eigen pakket aan verwachtingen, eisen en omgangsvormen. Door je bewust te zijn van



deze verschillen kunnen de behoeften en verwachtingen beter op elkaar worden afgestemd. Zo kan meer wederzijds begrip ontstaan.

Sell yourself

Marketing en jezelf aanprijzen is misschien niet het eerste waar je aan denkt als arts. Maar door meer op deze manier naar onze artsenrol te kijken kan onze band met de patiënt verbeteren en ons werkplezier toenemen. Wellicht wat buiten de comfortzone, zo stelt Rode, maar we zouden ons werk kunnen vergelijken met een act op een podium waar we een *top performance* zullen neerzetten. Hij vertelt over een collega die als ze haar witte jas aantrekt een 'act' begint die een *feel good show* voor de patiënt is. Door écht interesse te tonen en geduld te hebben. Dat geeft een hogere therapietrouw en een tevredener patiënt. En niet alleen voor de patiënt is het doktersbezoek een prettiger ervaring, het kan ons ook helpen met meer plezier de poli door te komen.

Verfrissend

Het is maar werk geeft een verfrissende kijk op ons werkend leven. Het biedt nuttige tips om *fit to perform* te blijven, die zeer toepasbaar zijn in de opleidingsfase (voor zowel aios als supervisor). Het boek geeft concrete aanbevelingen, gebaseerd op literatuur en persoonlijke ervaringen van de auteur. Het zet de lezer aan tot zelfreflectie, zonder dat dit veel tijd of moeite lijkt te kosten. ■

Waardering:



(5/5)

Yvo Smulders



Niet *wat* je denkt, maar *hoe*

Het is een beetje de heilige graal van wat wij doen, maar dat zou het ook moeten zijn van wat wij elkaar proberen te leren: klinisch redeneren. Dit is een breed begrip, maar vooral de heuristische variant, het 'wat zou hier aan de hand zijn?', is een ideale speeltuin. Klinisch redeneren gaat niet over het resultaat van het denken, maar over hoe dat denken tot stand komt. In de ideale werk- en leeromgeving, waarin elkaar imponeren plaats heeft gemaakt voor elkaar inspireren, zou de meest gehoorde vraag niet moeten zijn: 'Wát denk je?', maar: 'Hóe denk je?'

Het is schrijnend te zien hoe slecht, of tenminste onderontwikkeld, we hierin zijn. Het enige waar we mijns inziens redelijk bedreven in zijn is de explicitering van Bayesiaans denken, waarbij een waarschijnlijkheid aan een test wordt onderworpen (bijvoorbeeld een vervolgvraag, een bloedtest of een CT-scan) en zich daarna moet transformeren naar een nieuwe waarschijnlijkheid. Het besef dat eigenschappen als sensitiviteit en specificiteit niet aan die testen hangen, maar aan hun uitslagen (NTvG 2016: B1342) is daarbij wel een moetje, maar als ook dat ingedaald is kun je in de speeltuin in ieder geval een beetje wippen. De andere speelinstrumenten en wij kijken elkaar echter nog wereldvreemd aan.

'En systeem-1- versus systeem-2-denken van Kahneman dan?', hoor ik u zeggen. Heus, ik gun de man zijn nobelprijs, al vind ik het boek na de eerste 150 pagina's weinig meer toevoegen. Het probleem in de praktijk is dat zijn theorie een compleet platgeslagen karikatuur van denkduiding is geworden, die inmiddels meer schade dan goeds teweegbrengt. Kan hij ook niet helpen, hij zal het zeker niet zo bedoeld hebben. Dan zijn er nog wat andere flarden van inzicht in hoe wij klinisch redeneren, waarbij vooral de diverse vormen van bias echt wel nuttig zijn, maar dan vooral om te duiden waar het achteraf mis ging.

Kortom, ik heb niet zo'n hoge pet op van ons vermogen om een goede dialoog te hebben over ons klinisch redeneren, terwijl ik het wel superbelangrijk vind. Ik tob over de oplossing. Eén gedachte die ik daarbij heb is: als het gereedschapskistje tekortschiet, dan kun je beter met je blote handen werken. Wat zou er nou gebeuren als wij elkaar zouden vragen: 'Hóe denk jij nu?' Oké, dat kan als een wat bedreigende vraag overkomen, ik zou 'm niet ongeïntroduceerd bij de coassistent neerleggen, maar met een beetje inleiding en goede wil moeten we dit elkaar kunnen vragen.

Neem een gemiddeld poli-voorbereidingsgesprek tussen aios en mentor over een moeilijke casus. Ze zeggen allebei *wat* ze denken, maar *hoe* ze denken en hoe dat tussen hen verschilt blijft onbesproken. Stel nu ook dat beiden een goed zelfreflectief en abstractievermogen hebben. Wat zou er dan gebeuren als ze elkaar zouden bevragen over *hoe* zij denken? Gebeurt er dan überhaupt wat, of moeten er een paar deelvraagjes komen, om het op weg te helpen, zoals: 'Hoe snel drong zich je eerste hypothese op? Hoe snel nam die de overhand? Welke vragen waren toetsend voor die hypothese en welke nog exploratief? Welke alternatieven sloot je (voorlopig) uit en waar bleven die toen?'

Wilt u mij een plezier doen en het gaan proberen? En kunnen we er dan een keer over doorbomen? Al weten we er niks van, het lijkt me o zo belangrijk. Gaan we gewoon lekker met onze blote handen in de klei. Misschien komend jaar een sessie bij de Internistendagen? Nodigen we ook een deskundige uit, wat zal die het zwaar krijgen....