

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 14
DECEMBER 2023

Magazine voor de internist

Hans Ablij
'Muziek
ontroert
me echt'

Alrijne
ziekenhuis

Menselijkheid
Yvo Smulders over zijn columns

Bangladesh
Internisten geven
simulatietraining

Suriname
Samenwerking met ziekenhuis
Paramaribo

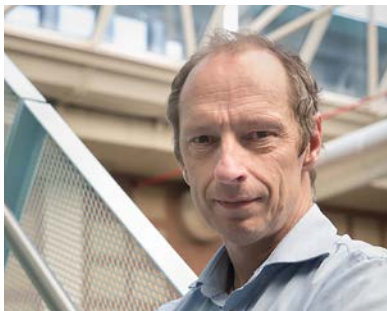
Duurzame inzetbaarheid
Praat mee met de (J)NIV



MISSIE

6

Hans Ablij over zijn ervaringen als redactielid van *Interne Geneeskunde*



Menselijkheid

Yvo Smulders over zijn columns in *Interne Geneeskunde*

10



Bangladesh

Nederlandse internisten geven simulatietrainingen in Bangladesh

12



Suriname

Samenwerking tussen het Academisch Ziekenhuis Paramaribo en Nederlandse internist-infectiologen

14

Gysèle Bleumink

9

Samen beslissen

16

Duurzame
inzetbaarheid

18

Symposium
Multimorbiditeit

20

Dr Punthoofd

21

C.J. Roosprijs
2024

22

Sneak preview

24

Oproep
redactieleden

25

RUBRIEKEN

Vakgroep stelt zich voor

19

Cartoon

21

Wondvocht

22

Boekbespreking

23

The emperor of all maladies

Column Yvo Smulders

26

Vertrouwen





‘Interne Geneeskunde’ nieuwe stijl

Het leven komt in fases. En iedere nieuwe fase betekent keuzes maken. Wat laat je achter, wat ga je anders doen? Maar ook, waar ben je trots op, wat mag je koesteren?

Na 14 jaar is het tijd voor een nieuwe fase van dit magazine. De redactie heeft besloten dat het magazine voor de internist in 2024 een complete make-over zal ondergaan. En de voorbereidingen hiervoor zijn inmiddels in volle gang. Maar uiteraard niet voordat in dit magazine uitvoerig wordt teruggeblikt. Hans Ablj vertelt over zijn drijfveren als redactielid, een rol die hij ruim 10 jaar heeft vervuld, waarbij hij de lezers steeds weer wilde duidelijk maken dat er zoveel meer is dan de microkosmos van de interne geneeskunde (pag. 7-8). Vergelijkbare relativerende woorden zijn er van Yvo Smulders, die een kijkje in zijn ziel geeft en daarbij met zijn columns vooral zelfrelativering wil stimuleren (pag. 10-11). Ook Gysele Bleumink kijkt terug op haar 6 jaar hoofdredacteurschap, waarbij vrijwel geen vergadering werd gemist. Tenzij iemand door een omgewaaide boom het huis niet uit kon... (pag. 9).

Daarnaast staan in dit magazine als vanouds weer een aantal inspirerende verhalen. Onder andere over hoe Nederlandse internisten een bijdrage leveren aan de zorg in het buitenland, in dit geval middels simulatietrainingen in Bangladesh (pag. 12-13) en een uitwisselingsprogramma met het Academisch Ziekenhuis Paramaribo in Suriname (pag. 14-15). Ook zijn er weer een aantal van de vertrouwde rubrieken, zoals een nieuw gedicht van Boris Kanen (pag. 22) en ‘de vakgroep stelt zich voor’, dit keer vanuit het Laurentius Ziekenhuis in Roermond (pag. 19). Twee rubrieken die ik altijd met veel plezier lees.

Ik ben erg benieuwd naar het eerste nummer van het magazine in nieuwe stijl, en welke rubrieken we daar terug gaan zien. Wel kan ik alvast vertellen dat ik als voorzitter het voorwoord ga overdragen aan de voorzitter van de redactieraad, die ons in iedere uitgave van het magazine gaat prikkelen met een nieuwe column.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
14e jaargang, nummer 4, december 2023

Redactie

Iris van Groeningen (hoofdredacteur),
Paula van Eerde, Marieke van Gastel,
Emilie van Lingen, Lianne van der Meer,
Darius Soonawala, Harriët Teijen,
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, 2023

Website NIV: www.internisten.nl



Kijkje in de Ziel

‘Ik denk dat mijn missie wel geslaagd is’

TEKST: SACHA EIKENBOOM • BEELD: BART VERSTEEG

Vraag internist Hans Ablij niet naar het artikel dat hem het meest is bijgebleven in meer dan een decennium als redactielid van *Interne Geneeskunde*. Hij praat liever over de ontwikkeling die het blad in die periode heeft doorgemaakt. Of de prettige samenwerking die hij hierbij met de andere redactieleden ervaren heeft. Vorig jaar nam hij afscheid van de redactie. ‘Ik denk dat mijn missie wel geslaagd is.’

‘Ik geloof niet dat ik een internist in hart en nieren ben, zoals dat wel eens genoemd wordt’, stelt Hans Ablij. ‘Ik moet me ertoe zetten om naar congressen te gaan, ik neem geen vakliteratuur mee op vakantie. Dat wil niet zeggen dat ik mijn beroep niet leuk vind. Integendeel. Interne geneeskunde is een waanzinnig mooi vak, waarbij ik mijn energie vooral haal uit patiëntenzorg en onderwijs aan (co)assistenten. Maar mijn blik reikt verder dan uitsluitend mijn vakgebied. Dus word ik niet vrolijk van een vaktijdschrift dat voornamelijk gevuld is met artikelen over de perikelen binnen de interne geneeskunde. Dat was ook mijn reactie toen ik ruim 12 jaar geleden – door één van mijn collega’s – benaderd werd om deel uit te maken van

de redactie van het magazine van onze vereniging. Tegelijkertijd had ik wel ideeën over hoe we de leesbaarheid van het blad zouden kunnen vergroten. Dus trad ik, mét een missie, toe tot de redactie.’

Lezers triggeren

Vanuit de behoefte om het blad een bredere en meer uitnodigende insteek te geven, benutte Hans zijn functie als redactielid op diverse fronten. Hij was bij de redactionele indeling van het blad betrokken, stelde voor om rubrieken op te nemen en redigeerde zorgvuldig aangeleverde artikelen. Hij bemoeide zich zijdelings met de vormgeving van het blad en zorgde ook zelf voor kopij, waarbij hij de

door hem gewenste ruimere blik toe paste.

‘Mijn eerste serie, getiteld *De dokter in de opera*, leidde tot een serie van twintig artikelen waarin een dokter een (bij)rol speelt in de opera. Dat heeft natuurlijk te maken met mijn liefde voor muziek en theater. De serie was voor mij dus een logische keuze. *De schrijvende dokter* was ook zo’n reeks. Hierin waren Nederlandse en buitenlandse schrijvers, die daarnaast ook medicus waren, het onderwerp. In de rubriek *De knuppel in het internistenhok* kon ik wat zaken prikkelend aan de orde stellen. Verder schreef ik meerdere stukken over allerlei onderwerpen die in meer of mindere mate met de geneeskunde te maken hadden. Het motto van de NIV, kracht in diversiteit, heb ik dus eigenlijk ook voor het blad in ere gehouden, maar dan wel diversiteit buiten de interne geneeskunde. Ik vind schrijven leuk, probeer lezers te triggeren om verder te lezen. Daarbij wil ik duidelijk maken dat er leven is buiten de microkos-

mos van de interne geneeskunde. Mijn artikel *De mens als pandemie* is daar een fraai voorbeeld van.'

Hecht team

'Per editie van het tijdschrift was ik met dit alles zo'n drie weken bezig, naast mijn werk als internist in het Alrijne Ziekenhuis. Ik vond dat niet erg en het voelde ook niet als werk. Hoewel het me de nodige tijd kostte, haalde ik er veel energie uit. Elke keer was het weer een uitdaging om het blad goed in elkaar te zetten. We hadden een hecht redactieteam, de samenwerking met de collega's was altijd constructief en bovendien heel gezellig. Ik kijk daar met ontzettend veel plezier op terug.'

Redelijk nuchter

Op 1 juni 2022 nam Hans na meer dan een decennium afscheid van het redactionele team. In die periode heeft hij in zijn werk de nodige veranderingen meegemaakt. Hoe kijkt hij daarop terug?

'Ons vak vind ik in essentie niet zo veel veranderd, afgezien van het feit dat we steeds meer kunnen betekenen voor patiënten. Tegelijkertijd is de discussie ontstaan omtrent het

'Er is leven buiten de microkosmos van de interne geneeskunde'

imperatieve karakter van de medische technologie. We moeten er voor waken dat we veranderen in de verkeerde richting. Maar daar wordt al veel over geschreven, door collega's die dat beter kunnen dan ik.

En ja, natuurlijk heb ik ook rondom ons vak grote veranderingen meegemaakt. Denk aan de bestuurlijke structuren in het ziekenhuis of de komst van het EPD. Ik ben zes jaar bestuursvoorzitter van het MSB geweest, maar heb bestuurlijke veranderingen nooit zwaar of onoverkomelijk gevonden. Dat geldt ook voor de administratieve werkdruk bijvoorbeeld. Vroeger moesten we alles opschrijven, nu gebruiken we het EPD. Er wordt gesproken over toegenomen mondigheid van de patiënt, ik heb dat nooit zo ervaren. Ik sta er redelijk nuchter in. De wereld verandert nu eenmaal en ik verander mee. En zeker nu de hele wereld in brand staat, realiseer ik me steeds meer hoe ongelooflijk goed we het in ons land hebben.'

Eigen blik verbreden

Met het wegvallen van de redactionele werkzaamheden heeft Hans meer tijd gekregen om zijn eigen blik te verbreden. Niet dat die optie ooit vervaagd is: 'Bij toeval ben ik een aantal jaren geleden betrokken geraakt bij de opstart van E-Bakkie, een groene last-mile bezorgdienst in de Randstad. Heel boeiend om bij zo'n kanshebbend initiatief buiten de gezondheidszorg betrokken te zijn. Daarnaast houd ik erg van muziekvoorstellingen, opera en concerten, en verdiep ik me sinds een paar jaar weer in de natuurkunde. Ik keer daarmee feitelijk terug naar mijn eerste studie: voorafgaande aan geneeskunde studeerde ik in Delft lucht- en ruimtevaarttechniek.'

Heel simpel

Tot slot: is er niet toch een artikel in het magazine of een themanummer waarop Hans het meest trots is? 'Het woord trots gebruik ik niet vaak. Ik denk echter wel dat mijn missie geslaagd is. Eigenlijk is het heel simpel. Een magazine, ook dat van onze vereniging, moet niet alleen informatief zijn, maar vooral leesbaar. Met veelzijdige onderwerpen die op een uitnodigende manier geschreven zijn, waarbij een redactie geen moeilijke vragen uit de weg gaat en taboes gerust doorbroken mogen worden.

Die trend kan zeker worden voortgezet. Het zou bijvoorbeeld interessant kunnen zijn om mensen aan het woord te laten die in andere vakgebieden baanbrekend wetenschappelijk onderzoek hebben verricht. Tegen welke struikelblokken liepen zij aan? Welke markante momenten vormden een keerpunt? De grootste decepties in de geneeskunde zouden ook een mooie serie artikelen kunnen opleveren. Ambitieuze? Misschien. Maar zo ontstaat wel een tijdschrift dat de lezer met plezier oppakt.

Ik denk dat we daar goed in geslaagd zijn, ons magazine is in de loop der jaren steeds aantrekkelijker geworden. En als je dan, in het kader van de rubrieksnaam boven dit artikel, echt een kijkje in mijn ziel wilt nemen: niets ontroert me zo en maakt me zo gelukkig als muziek. Muziek, en eigenlijk alle kunst, zie ik als de ultieme schoonheid en het goede waartoe de mens in staat is. Als ik alles mocht overdoen, was ik de muziek ingegaan, als zanger of als dirigent. Maar waarschijnlijk had ik daar geen talent voor. Dus is het goed zo.'





Terugblik op zes jaar hoofdredacteurschap

Gysèle Bleumink, internist-endocrinoloog bij Rijnstate in Arnhem, was tot eind 2022 zes jaar lang hoofdredacteur van *Interne Geneeskunde*. Hoe kijkt ze terug op die tijd?

Hoe was het om met het magazine bezig te zijn?

‘Het was erg leuk om over onderwerpen mee te denken en het magazine in te vullen. Ik ben zelf geen schrijver, maar het hoofdredacteurschap was een prima rol voor mij. Ik ben er ‘blanco’ aan begonnen en kreeg goede ondersteuning van de ervaren redactie. De onderwerpen komen vanuit de redactievergaderingen, maar ook van buitenaf via verzoeken of ingezonden brieven.’

Staan je nog edities bij?

‘Ik vond het leuk als een editie wat reuring veroorzaakte. Zo besteedden we een keer aandacht aan *integrative medicine*, dat gaat over aanvullende zorg met bijvoorbeeld voedings-supplementen, yoga of acupunctuur. Voor die editie hadden we ook de vereniging tegen kwakzalverij gevraagd om daar iets over te schrij-

ven. Ik vond het bijzonder dat zo het onderwerp van verschillende kanten werd besproken. Ik herinner me ook een opiniestuk over SEH-artsen, waar veel kritiek op kwam. Schrijver Hans Ablij is toen zelf een keer gaan meelopen op een SEH, waarover hij een ander stuk schreef. Dat was een mooie actie-reactie.’

Welke opvallende medische ontwikkeling heb je tijdens je carrière gezien?

‘In 2015 was Rijnstate het eerste Nederlandse ziekenhuis dat radiofrequente ablatie toepaste bij goedaardige schildklierknobbels. We behalen er goede resultaten mee en het geeft veel patiënttevredenheid. Vooraf had ik niet gedacht dat dat zo succesvol zou worden. Het werd toen alleen in Zuid-Korea en Italië gedaan. Ik dacht dat het heel pijnlijk zou zijn, maar dat bleek erg mee

te vallen. Patiënten zijn er goed mee geholpen. En buiten mijn vakgebied vind ik EMDR een mooie ontwikkeling, als behandeling bij posttraumatische stressstoornis. Bijzonder dat iemand dat heeft bedacht en dat het werkt.’

Als je patiënt zou zijn, welke eigenschap van een arts zou je dan het meest waarderen?

‘Vooral wederzijds respect en vertrouwen. Ik denk dat daar verder alles uit voortkomt, zoals bejegening en goede communicatie. Het is belangrijk om met respect met elkaar om te gaan. Bij een respectvol contact durft een patiënt ook eerder vragen te stellen als iets niet duidelijk is uitgelegd.’

Wat vond je een uitdaging als hoofdredacteur?

‘Het magazine moet interessant en afwisselend blijven, en niet in herhaling vallen. Ook na zes jaar moet je proberen om iedere keer met nieuwe onderwerpen te komen. Dat is denk ik wel gelukt. En ik ben er trots op dat we de strategische visie van de NIV in het blad hebben kunnen weergeven. Niet op een ‘stoffige’ manier maar met interessante en praktijkgerichte artikelen en opiniestukken.’

Welk medisch blad lees je naast de *Interne Geneeskunde* het liefst en waarom?

‘Meerdere, maar favoriet zijn Nederlandse bladen, met name het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*. Dat is gevarieerd, leest makkelijk en je bent snel op de hoogte van veel actuele zaken.’

Wat is het grappigste excuus dat je hebt gehoord van iemand die een vergadering of deadline heeft gemist?

‘Internisten zijn plichtsgetrouwe mensen, en voor het magazine is nooit een deadline gemist. Ik heb wel een keer meegemaakt dat iemand een vergadering niet kon bijwonen omdat tijdens een storm een grote boom op zijn voordeur was gewaaid. Hij kon dus letterlijk zijn huis niet uit. Dat was wel een sterk excuus.’ ■



‘Het zit in mij om me kwetsbaar op te stellen’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BAS UTERWIJK

Prof. Yvo Smulders is hoogleraar en hoofdopleider Interne Geneeskunde in het Amsterdam UMC. Daarnaast is hij voorzitter van het concilium van de NIV en adjunct-hoofdredacteur van het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG). Hij schrijft al jaren columns voor *Interne Geneeskunde*, die goed worden gelezen en gewaardeerd. ‘Ik wil vooral zelfrelativering stimuleren.’

Wanneer hij startte met columns voor *Interne Geneeskunde*, weet Smulders niet meer precies. Hij schat zo’n tien jaar geleden. Hij weet nog wel dat hij toen voor het eerst volledig de vrije hand had om te schrijven wat hij wilde. ‘Later werd ik hoofdredacteur van NTvG, dan schrijf je onder andere opiniërende redactionele commentaren. Dan heb je ook redactionele vrijheid, maar in een column nog meer. Ik vond dat spannend, maar tegelijk boeiend om te doen.’

Menselijke aspecten

Smulders schrijft vooral over menselijkheid in relatie tot zorg en dokterschap. ‘Ik wil benadrukken dat niets menselijks mij in ieder geval vreemd is. Ik hoop dat dat besef door mijn columns ook voor anderen gaat gelden. Maar ik schrijf natuurlijk óók vanuit een soort ijdelheid: ik krijg graag reacties en complimentjes. Ook dat is menselijk, lijkt me.’

Achter de columns zit in dat opzicht ook een soort zendingsdrang, zoals Smulders het zelf noemt. ‘Ik wil de lezer vooral oproepen tot zelfrelativering. Ik herinner me bijvoorbeeld een column uit de beginjaren met de titel *Cryptomnesie*, over verborgen herinnering. Mensen hebben de neiging om zich, onbewust, de ideeën van een ander toe te eigenen. Dat is een bekend psychologisch fenomeen: je denkt dat een idee van jezelf is, terwijl je het eerder van een ander hebt gehoord maar dat bent vergeten. Ik vind het heerlijk om over dat soort onderwerpen te mijmeren. Ook daarin zit iets van: wees je bewust van je menselijkheid, pleit jezelf niet vrij van menselijke zwaktes.’

Emotie van de lezer

De recente column *Wat is je essentie-index?* ging over het najagen van succes door artsen. Ben je succesvol als je veel publiceert en vaak wordt geciteerd, of als je goed en begaan bent met je patiënten? In die column speelde Smulders in op de emotie van de lezer. ‘Misschien wel iets te veel. Het moet geen boeketreeks

worden', lacht hij. 'Maar het ging ook over de motivatie van dokters en over hoe mooi ons vak kan zijn.'

Reacties

Smulders krijgt altijd wel reacties op zijn columns. Mensen laten vaak wel weten dat ze de columns leuk vinden. 'Maar ik zou best meer inhoudelijke reacties willen. Want ik wil oprecht weten hoe mensen over bepaalde zaken denken. In hoeverre ben je het ermee eens, en waarom? Ik uit mijn gedachten, maar die liggen lang niet altijd vast. Ik heb na het schrijven vaak behoefte om over het onderwerp te discussiëren. Maar dat komt nauwelijks van de grond. Zelfs niet als ik een column op social media plaats.'

Een column waarop Smulders meer reacties had verwacht, ging over inclusiviteit in relatie tot mensen vanuit andere culturen. Een onderwerp dat meestal gevoelig ligt in de maatschappij en waarover Smulders een vrij scherp standpunt innam. Maar ook daarover kwamen nauwelijks inhoudelijke reacties. 'Dat vond ik wel jammer. Het zou mooi zijn als zo'n column wat discussie op gang brengt. Tegelijk kan ik geraakt worden als iemand mij laat weten dat mijn boodschap niet deugt. Daar ben ik gevoelig voor. Het geeft het gevoel dat ik zélf niet deug. Dat is feitelijk tegenstrijdig. Als je uitgesproken columns schrijft, kun je niet verwachten dat iedereen je aardig vindt.'

Kwetsbaar opstellen

In het magazine vindt Smulders vooral de human interest-verhalen interessant. En er zou in het blad best

SPECIALIST VERSUS GENERALIST

Als Smulders terugblik op de ontwikkeling van het beroep in de afgelopen jaren, dan ziet hij als rode draad vooral deelspecialisatie. Er zijn volgens hem steeds minder internisten die zich breed georiënteerd voelen. 'Twee decennia geleden solliciteerden mensen voor de opleiding om internist te worden, maar nu wil de helft van de sollicitanten eigenlijk bijvoorbeeld oncoloog of infectioloog worden. Ik zie wel nadelen aan deze ontwikkeling, bijvoorbeeld dat een patiënt door twee of drie internisten wordt behandeld. Het is bekend dat de meeste fouten in de zorg niet worden veroorzaakt door kennistekort, maar door te complexe organisatie van de zorg rond de patiënt en communicatieproblemen tussen verschillende behandelaars. Spannend is nu dat het NIV-bestuur streeft naar meer generalisme, terwijl velen de tijdgeest van deelspecialisatie nog volop meedragen. Zo is er best veel weerstand tegen de nieuwe herregistratie-eisen, die vragen om altijd een deel van je scholingspunten buiten je eigen deelspecialisatie te behalen. Het magazine speelt in dit soort discussies een rol door respect te hebben voor beide visies en mensen van beide kanten aan het woord te laten.'

meer ruimte mogen zijn voor discussie: 'Binnen de NIV hebben we daarvoor niet echt een forum. Iedereen kan tijdens de algemene ledenvergadering zijn of haar mening uiten, maar veel mensen vinden dat moeilijk. Op een van mijn columns heb ik wel een ingezonden brief gekregen. Dan heeft het toch iets losgemaakt. Het was de column *Mag Ik...*, toen *me too* erg in het nieuws was.'

De column bestond uit veertig regels die allemaal begonnen met 'Mag ik'. In die column stelde Smulders zich heel kwetsbaar op, maar tegelijkertijd realiseert hij zich dat je dat ook kunt overdrijven. En misschien is het voor hem makkelijker om zich kwetsbaar op te stellen dan voor veel anderen. Hij is immers hoogleraar en verkeert in 'hoge kringen'. 'Feitelijk ben ik een machtige witte man, op een vrij onaantastbare positie. Niet iedereen vindt mij daarom geschikt om gevoelige punten aan te roeren. Maar het zit in mij om

niets onbespreekbaar te laten en me kwetsbaar op te stellen. Ik kan slecht tegen mensen die het tegenovergestelde doen: nooit twijfel laten zien en altijd denken dat ze gelijk hebben. Zelfrelativering staat bij mij bovenaan de lijst met belangrijke eigenschappen van de mens.'

Botsing

Stel dat Smulders een themanummer van dit magazine mocht maken, wat zou dan een thema kunnen zijn? Hij antwoordt: 'Ik vind arbeidsvoorwaarden een interessant thema. Daarover ging het recent in een opleidersvergadering in de regio Amsterdam. Er waren opleiders die het lastig vonden om met aios om te gaan die heel precies de cao volgen, bijvoorbeeld wat betreft overuren. Je ziet hierbij een beetje een botsing tussen generaties en culturen. Sommige oudere artsen vinden dat je zeven keer 24 uur dokter bent, en dat je in het ziekenhuis blijft als de omstandigheden dat vragen. Het zou een leuk onderwerp zijn met meerdere aspecten. We zouden individuele aios kunnen interviewen, vertegenwoordigers van de NIV en de JNIV, en individuele opleiders. Alhoewel het misschien lastig zal zijn om mensen te vinden die hierover iets durven te zeggen. Je krijgt al snel politiek correcte antwoorden, en dat is niet spannend.'

'Als je uitgesproken
columns schrijft, kun je
**niet verwachten dat
iedereen je aardig vindt'**



Internisten geven simulatietraining in Bangladesh

TEKST: PATRICIA EIKEMANS-VERWER

Internist Patricia Eikemans-Verwer reisde eind 2022 met een team naar Bangladesh om simulatietrainingen te geven. Ze bezocht overvolle ziekenhuizen en gaf les aan enthousiaste en dankbare artsen en verpleegkundigen. ‘Het was een heel speciale en indrukwekkende reis.’

Patricia: ‘Het niveau van de zorg is in Bangladesh echt lager dan in de Westerse wereld. Qua zorg kunnen ze best veel, maar er zijn flinke tekorten. Zo zijn er per 10.000 inwoners maar 3 artsen en 1 verpleegkundige beschikbaar. Ter vergelijking: in Nederland zijn dat 44 artsen en 127 verpleegkundigen. Daarnaast zijn de ziekenhuizen veelal overbevolkt,

wat de nodige uitdagingen oplevert in de dagelijkse zorg. Dat komt doordat de zorg in Bangladesh anders is georganiseerd dan in Nederland. Er is geen eerstelijns. Mensen die zorg nodig hebben, gaan met een ambulance direct naar het gewenste ziekenhuis. Ter plaatse wordt getrieerd en wordt bepaald of de patiënt kan en mag blijven.’

ERASMUS+ MOBILITY GRANT

Het werkbezoek van Patricia Eikemans-Verwer aan Bangladesh vond plaats in november 2022. Het was onderdeel van een langlopend ondersteuningstraject via een Erasmus+ Mobility Grant, dat vanuit Nederland de zorg in Bangladesh ondersteunt. Patricia was er twee weken, samen met collega-internist acute geneeskunde Martijn de Voogd en met verpleegkundigen Liesbeth van Ewijk en Ilse Meima (beiden tevens opleiders binnen het Erasmus MC Skills & simulatiecentrum). In mei 2023 was er een tweede bezoek aan Bangladesh om trainingen te geven, waar ook verpleegkundige Shauna Verduijn aansloot.

Patiënten op de grond

Er is in Bangladesh een groot verschil tussen publieke en private ziekenhuizen. Patricia: ‘Publieke ziekenhuizen mogen bijvoorbeeld geen patiënten weigeren en daardoor zijn deze ziekenhuizen echt overvol. Dit hebben wij gezien in Rajshahi University Hospital. Dat ziekenhuis heeft 1200 bedden, maar er zijn gemiddeld 3000 patiënten in het ziekenhuis. Mensen lagen op de grond, in de gang of deelden een bed. Ook hierbij vindt triage plaats: alleen de ziekste patiënten krijgen een bed. Voor de lokale mensen is dat misschien normaal, omdat ze thuis ook niet altijd een bed hebben. Voor ons als westerse professionals is dit ondenkbaar. Het beeld van die enorme drukte was erg indrukwekkend.’

Private ziekenhuizen zijn iets minder vol. Hier is de zorg voor arme mensen gratis. Rijkere patiënten betalen mee aan deze behandeling,

net als de private eigenaren van de ziekenhuizen.

Simulatietraining

De focus van de werkbezoeken lag op simulatietraining. Patricia: 'In Nederland krijgen artsen en verpleegkundigen veel *training on the job* met klinische stages. In Bangladesh kennen ze dat niet: verpleegkundigen komen tijdens hun opleiding zelfs bijna niet op de werkvloer. Dat maakt het uitdagend om in acute situaties goed te handelen. Die acute situaties oefenen wij in Nederland met simulatietrainingen, maar dat kennen ze in Bangladesh niet.'

Om dat te veranderen, heeft het ziekenhuis in Sirajganj, in het noorden van Bangladesh, een simulatiecentrum opgezet. Dat wordt momenteel vooral gebruikt voor eenvoudige handelingen. Het Erasmus MC-team gaf simulatietraining in verschillende ziekenhuizen.

Teach the teacher

Vanaf nu worden artsen en verpleegkundigen ook opgeleid om zelf simulatietrainingen te gaan geven, onder begeleiding van Nederlandse docenten. Het Erasmus MC-team organiseerde daarvoor een *teach the teacher*-cursus. Zo kunnen docenten in Bangladesh ook zelf de trainingen opzetten en begeleiden. In drie dagen tijd maakten de docenten kennis met het concept van simulatietrainingen en ze kregen een workshop debriefen, om te leren feedback te geven. Patricia: 'Juist het gericht feedback geven op handelen en onderlinge communicatie was nog best lastig vanwege de culturele verschillen en de taalbarrière.' Ze lieten de docenten ook zelf scenario's schrijven, passend bij de lokale situatie. 'Een van de scenario's was bijvoorbeeld dat de patiënt iets had gegeten van een stalletje op straat en flinke diarree had gekregen', vertelt Patricia. De docenten werkten nog enkele andere scenario's uit op papier, onder begeleiding vanuit Nederland. In het volgende bezoek draaiden ze het scenario als docent, onder begeleiding van de Neder-



Het ErasmusMC-team met het MT NINS

landse trainers. Patricia: 'Ze hebben veel progressie gemaakt, maar er is ook nog voldoende te leren en te oefenen voordat de docenten echte simulatietrainers zijn.'

Enthousiaste deelnemers

Patricia vond het bijzonder om te merken dat de deelnemers heel enthousiast waren. 'In Nederland vraag je altijd: "Wie wil het eerste scenario doen?" En dan twijfelen mensen tot iemand zegt: "Oké, ik doe het wel". In Bangladesh wilde iedereen gelijk aan de slag. Bij de eerste sessie nam het hoofd van de verpleegkundigenopleiding het voortouw: deze dame van in de 70 wilde graag het eerste scenario doen. Iedereen was heel dankbaar en vond het leuk om simulatie te doen.'

Intensief

Een intensieve reis was het wel. Naast de trainingen had de groep ook ontmoetingen met besturen van verschillende universiteiten en ziekenhuizen, om op termijn het ondersteuningsprogramma uit te breiden. Elke avond zetten ze de trainingen voor de volgende dag op. Patricia: 'De culturele verschillen zijn enorm. Soms kreeg ik het gevoel dat verpleegkundigen bepaalde dingen zeiden omdat ze ons tevreden wilden houden, blij wilden maken. Maar dat ze het eigenlijk niet goed begrepen. Je rol als blanke Nederlandse

medisch specialist is ook heel anders dan in je eigen ziekenhuis. Er werd echt naar ons opgekeken; een beetje ongemakkelijk. En dan word je ook nog continu gestoken door muggen.'

Toekomst

Al met al is Patricia blij dat het team twee keer in Bangladesh is geweest. 'Om simulatietrainingen op te zetten, móét je daar geweest zijn en de werksituatie hebben gezien. Het is ook een mooi voorbeeld van hoe de internist vanuit Nederland ook in andere landen expertise en kennis kan delen.' De samenwerking duurt voort en het team helpt nu nog op afstand door digitaal te begeleiden met het ontwikkelen van aanvullende scenario's. Inmiddels is er ook samenwerking met de Nederlandse ambassade in de hoofdstad Dhaka en met de Bengaalse ambassade in Den Haag. Voor de periode 2023-2026 is er opnieuw een beurs toegekend waarin er uitwisseling kan plaatsvinden. 'We streven ernaar om enkele studenten vanuit Bangladesh kennis te laten maken met de zorg in Nederland. Daarnaast hopen we ook docenten naar hier te kunnen laten komen, om onze manier van lesgeven te laten zien. Tot slot hopen we deze docenten verder te kunnen begeleiden in Bangladesh, om dezelfde manier van lesgeven in Bangladesh te implementeren. Volop ambitie dus!'

Drie maanden werken in Paramaribo

TEKST: BAUKE HAISMA

In 2022 werd een samenwerking opgezet tussen het academisch ziekenhuis in Paramaribo (AZP) en een aantal betrokken internist-infectiologen in Nederland. Elke drie maanden vertrok er een infectioloog uit Nederland om drie maanden te werken in het AZP. 'We raden het alle collega's die flexibel in het leven staan van harte aan.'

Initiatiefnemers van de constructie waren Michèle van Vugt van het Amsterdam UMC, Denise Telgt van het Radboudumc en Kees Brinkman van het OLVG. Zij werkten samen met Niekie Spoorenberg (AUMC), Marieke de Regt (OLVG) en Jet Gisolf (Rijnstate). Deze internisten hebben via de samenwerking geholpen in Suriname. Zij ondersteunden in het ziekenhuis in Paramaribo de internist-infectioloog aldaar, Lycke Woittiez. Andersom financierde het AZP een jonge klare internist-infectioloog, die de tijdelijk vrijgekomen plek in Nederland invulde.

Kennisverbreding

In de eerste plaats verbreedt en verdiept het werken in Suriname je kennis als infectioloog, vertelt Michèle: 'In andere landen zijn er natuurlijk andere (infectie)ziekten en door het huidige reisgedrag worden deze ziekten wereldwijd verspreid. Voor een infectioloog is het ongelooflijk leerzaam om deze endemische infectieziekten daadwerkelijk te zien en te diagnosticeren. Deze opgedane kennis is vervolgens zeer waardevol in de behandeling van patiënten die vanuit Suriname naar Nederland komen.' Niekie beaamt dit: 'Je ziet een veelheid aan ziektebeelden

die je in Nederland weinig ziet en het was leerzaam om deze te leren herkennen aan de hand van klinische parameters. Denk bij koorts en hevige spierpijn in de kuiten bijvoorbeeld aan leptospirose!'

Uit de comfortzone

Bovendien zagen de infectiologen diverse ziekten vaak in een later stadium, zoals aids. Dit onder meer vanwege tekorten aan personeel en middelen. Dat was leerzaam, maar soms ook lastig, geeft Denise aan: 'Het van dichtbij zien van uit de hand gelopen pathologie was natuurlijk fascinerend, maar het was moeilijk om mensen te zien sterven aan relatief eenvoudige ziekten, bijvoorbeeld doordat medicatie ontbrak'. Kees: 'De ideale behandelingen ken je, maar je moet werken met de beschikbare middelen. Ook het feit dat een patiënt bijvoorbeeld slechts één CT-scan per jaar verzekerd krijgt, maakt je selectiever over wat je aanvraagt. Het zou goed zijn als iedere internist eens uit zijn comfortzone stapt en in zo'n omgeving gaat werken.' Michèle vult aan: 'Dit leert je ook weer om te roeien met de riemen die er zijn'.



Niekie Spoorenberg



Kees Brinkman, Lycke Woittiez en Stije Leopold



weg te banen door het woud van stempels, verzekeringsbriefjes en zoekgeraakte polikaarten.’ Ondanks alle verschillen konden de Nederlandse internisten snel hun bijdrage leveren in Paramaribo. Kees: ‘Inhoudelijk is het vak hetzelfde, en dat kun je’. Niekie: ‘De manier van een probleem benaderen – klinisch redeneren – is resource-overstijgend. En ook in Suriname zoeken mensen met passie en ambitie elkaar op: wekelijks hadden we een inspirerende infectieziekten- en microbiologie-bespreking met onder andere de microbioloog en een gepensioneerd infectioloog’. Over mensen met passie gesproken: Lycke Woittiez is als enige vaste infectioloog van het AZP de spin in het web op het gebied van infectieziekten in Suriname. Buiten haar klinische werkzaamheden draagt ze bijvoorbeeld bij aan de landelijke hepatitis eliminatiecommissie en de hiv-commissie (waarvan de laatste overigens nog niet formeel is erkend). Daarnaast organiseert ze samen met collega’s de infectieziekten-nascholingen voor huisartsen in Suriname. Een uitgebreid takenpakket dus, wat de komst van de Nederlandse internisten zeer welkom maakte.

Win-win situatie

Het primaire doel van de samenwerking was om bij te dragen in de klinische zorg, want er zijn veel patiënten en er is veel werk. Dit was voor Niekie ook de belangrijkste reden om mee te gaan: ‘Naast persoonlijke interesse en uitdaging wil ik als internist-infectioloog vooral heel graag werken op een plek waar ik echt iets kan bijdragen. Dat kon in Suriname zeker. Elke week dat je er bent, groeit de bijdrage die je kunt leveren.’ Naast de patiëntenzorg besteedden de bezoekende infectiologen aandacht aan supervisie en onderwijs voor de arts-assistenten en co-assistenten. De vaste staf komt hier door drukte te weinig aan toe. Zo vertelt Denise dat er elke dinsdag onderwijs was voor co-assistenten, en besprak Niekie elke vrijdag na de overdracht de WIDD. Kees: ‘Door die jonge dokters enthousiast te maken en het vak goed te leren, hoop je bij te dragen aan de basis voor toekomstige specialisten. Er kwamen (en komen) daarnaast Nederlandse fellows infectieziekten om in Suriname een stage te doen. Dit is een win-winsituatie: de assistenten in Paramaribo leren erg veel van de fellows en vice versa.’

Veters binden

Hard werken dus, en dat was ook de bedoeling, aldus Kees: ‘Het doel moet werk zijn, niet jouw vakantie’. Toch was er zeker af en toe tijd voor ontspanning. Kees trok er in de weekenden graag op uit, genietend van de stilte en het geluid van vogels en brulapen. Denise noemt een lang weekend naar de Fredberg als een van de hoogtepunten. Allen zouden graag nog een keer teruggaan naar Suriname, en niet alleen vanwege de leerzame ervaringen, het gevoel veel bij te kunnen dragen en de vriendelijke mensen. Niekie: ‘We moeten wel; mijn zoontje moet nog aan zijn Surinaamse voetbaltrainer laten zien dat hij inmiddels zelf zijn veters kan ‘binden.’ ■



Kees Brinkman voor het Academisch Ziekenhuis Paramaribo

Mensen met passie

De logistiek en het gezondheidszorgsysteem zijn in Suriname anders geregeld. Zo wordt er gewerkt met papieren kaarten als dossiers en verschillende recepten en documenten per verzekeraar. Gelukkig waren de polimedewerkers heel behulpzaam, vertelt Niekie: ‘Ze zeiden altijd: “Wij zijn uw Surinaamse familie doc!” en hielpen ons een

Samen beslissen, leren van experts

TEKST: LAURA VAN DER WOUDE • BEELD: GLYN ELWYN

Laura van der Woude, aios Interne geneeskunde, doet verslag van de masterclass *Samen beslissen* van het Genootschap Gepersonaliseerde Zorg. Hoofdspreker is Glyn Elwyn, huisarts en hoogleraar aan het Amerikaanse Dartmouth College. Hij is pionier op het gebied van *shared decision making*.

Als aios interne in het Hoge Noorden vind ik uiteraard dat er niets boven Groningen gaat. De rust, de ruimte, de gemoedelijke sfeer, heerlijk! Nu woont de meerderheid van mijn sociale en professionele contacten alleen niet in Groningen, maar in de Randstad. Ik reis vandaag dus met de trein. Met een kop koffie en een goed boek verzacht ik het reisleed enigszins en check ik ruim twee uur later uit op Utrecht Centraal. Ik loop naar de Jaarbeurs en zoek het zaaltje waar ik moet zijn.

What does this man say?

Ik ga met een gevarieerd gezelschap van o.a. patiënten, verpleegkundigen, kwaliteitsmedewerkers, medisch specialisten en een journalist aan een tafel zitten. Voor ons hangt een groot scherm, waarop we een afbeelding zien van een man en een vrouw in een spreekkamer.

‘What does this man say?’, wordt er aan ons gevraagd.

Kijk zelf eens naar de afbeelding. Wat komt het eerste in je gedachten op?

Dan verschijnt de tekst in beeld die de man uitsprak. ‘*I prefer this option*’, zegt hij.

Wacht even...

Patiënt in the lead?

De man in het plaatje blijkt de patiënt te zijn. Niet de dokter, zoals ik dacht. Waarom deed ik die aanname eigenlijk? Genderstereotypes spelen een rol, dat moet ik – met enige gêne – toegeven. Maar dat is niet de belangrijkste reden. De man in dit plaatje lijkt de leiding te hebben in het gesprek en wijst iets aan op papier. Daarom ging ik ervan uit dat dit de dokter was, die iets uitlegt aan de patiënt.

Degene die de vraag aan ons stelt is Glyn Elwyn, huisarts en hoogleraar aan het Amerikaanse Dartmouth College en pionier op het gebied van *shared decision making*. Glyn Elwyn is uitgenodigd door het Genootschap Gepersonaliseerde Zorg en verzorgt vanavond een masterclass over samen beslissen.

Voorwaarden voor samen beslissen

Glyn Elwyn richt zich opnieuw tot onze tafel: ‘*Why is this man able to say this to his doctor?*’

Dat is een goede vraag. Wat heeft een patiënt nou nodig om zo duidelijk een behandelvoorkeur te kunnen (en durven) uitspreken? Aller-



What does this man say?

eerst moet de patiënt weten dat er een keuze is en dat zijn of haar mening daarbij belangrijk is.¹ Daarnaast is het essentieel dat de patiënt zich veilig en gesteund voelt om deze keus samen met de dokter te maken. Dit laatste wordt *psychological safety* genoemd.

Het maken van een keuze is namelijk een grote verantwoordelijkheid, zeker als het gaat om gezondheid. Dit maakt samen beslissen in de praktijk best lastig. Want we zijn allemaal bang om de verkeerde keuze te maken en de consequenties daarvan onder ogen te moeten zien. Tijdens de masterclass gaan we dieper in op de voorwaarden die nodig zijn om samen te kunnen beslissen.

Gelijkwaardigheid in de spreekkamer

Een van de andere sprekers deze avond is Mariska Koster. Zij werd als dokter zelf patiënt en vertelt vanuit dit perspectief over samen beslissen. ‘Samen beslissen vereist gelijkwaardigheid in de spreekkamer’, zegt ze. Dit betekent dat de mening van de patiënt net zo zwaar weegt als die van de dokter. Ook Angelique Weel, reumatoloog en hoogleraar bewijsgestuurde waardecreatie in de patiëntenzorg, onderstreept het belang van partnerschap met de patiënt. Hiervoor is vertrouwen nodig, vertelt ze. Niet alleen van de patiënt in de dokter, maar juist ook van de dokter in de patiënt. En dit laatste kan moeilijk zijn. Want op medisch vlak is de dokter toch expert? Durven we de patiënt zo’n belangrijke keuze wel toe te vertrouwen? Straks maakt de patiënt de verkeerde keuze. Vanaf de tafel wordt gereageerd: ‘Wat een arrogante houding van zo’n dokter, ik maak mijn hele leven al mijn beslissingen zelf, en dan zou ik dat in de spreekkamer opeens niet meer kunnen?’

Dat is interessant. Vanuit hun professionele rol denken dokters te weten wat het beste is voor hun patiënten. Dit kan een drempel zijn om samen te beslissen. Want de beste behandeling in de ogen van de dokter, hoeft niet de beste behandeling te zijn in de ogen van de patiënt.

‘De beste behandeling in de ogen van de dokter, hoeft **niet de beste behandeling** te zijn **in de ogen van de patiënt**’

Elwyn zegt daarover: ‘*Stop seeing patients as objects with a disease and start seeing them as equals*’.

Maar is dit dan arrogantie? Of zijn dokters eigenlijk gewoon bang om de controle uit handen te geven, omdat ze graag het beste willen voor hun patiënten en geen fouten willen maken?

Elwyn: ‘*Fundamentally, you just have to let go*.’ Dokters moeten anders leren omgaan met de onzekerheid die onlosmakelijk verbonden is met de geneeskunde. In plaats van ons vast te klampen aan richtlijnen en schijnzekerheden, moeten we leren loslaten en de patiënt de regie terug durven geven. Maar hoe doen we dat?

Implementatie van samen beslissen

Marion van der Kolk, chirurg-intensivist en voorzitter kernproject zorgpaden, legt ons uit hoe medische *metromapping* kan helpen bij samen beslissen. Op twee momenten in het oncologische zorgpad worden ‘samenbeslis-gesprekken’ ingepland. Tijdens het eerste gesprek worden de behandelopties besproken en tijdens het tweede gesprek (twee weken later), besluit de behandelaar samen met de patiënt en familie welke behandeling het beste bij de voorkeuren van de patiënt aansluit. Een mooi voorbeeld hoe evidence based medicine en gepersonaliseerde zorg hand in hand kunnen gaan.

Glyn Elwyn vertelt over digitale hulpmiddelen, die de zorgverlener kunnen ondersteunen bij samen

beslissen. Denk aan keuzehulpen of enkele simpele vragen die je kunnen helpen om snel duidelijk te krijgen wat voor de patiënt belangrijk is. Haske van Veenendaal, onderzoeker en adviseur op het gebied van samen beslissen neemt ons mee in de wereld van implementatie en geeft ons enkele succesvolle voorbeelden vanuit zijn ‘school voor samen beslissen’.

It is a (long) journey

Glyn Elwyn vraagt ons tot slot te benoemen wat het belangrijkste is dat we meenemen van deze avond. Voor mij staat toch wel met stip op één: bewustwording. Want voordat je kunt veranderen, moet je weten wat je doet en waarom je dit doet. En daar heeft deze masterclass zeker aan bijgedragen.

Nadat ik afscheid heb genomen van de groep bedank ik Glyn Elwyn voor zijn inspirerende verhaal. Ik vertel hem dat ik de laatste trein naar Groningen moet halen, waarop hij zegt: ‘*It is a long journey from Groningen to Utrecht, but not as long as the journey from Utrecht to Groningen*.’ Mijn Randstedelijke vrienden zijn het ongetwijfeld met hem eens.



Referentie

1. Stiggelbout AM, Pieterse AH, De Haes JC. Shared decision making: Concepts, evidence and practice. *Patient Educ Couns*. 2015 Oct;98(10).

Praat mee over duurzame inzetbaarheid

TEKST: OSCAR SMEEKES • BEELD: BART VERSTEEG

Wij zijn gewend om continu met een kritische blik te kijken naar de zorg die we leveren. Het doel: optimaliseren, leren, innoveren. Maar we kijken nog te weinig op eenzelfde manier naar innovaties om onszelf duurzaam inzetbaar te houden. Daarom zijn er verschillende (J)NIV-commissies gestart rond dit thema.

Wanneer we bijvoorbeeld kijken naar het inrichten van onze werkdag, komen we vaak niet verder dan hoe we deze efficiënter kunnen organiseren. Daarmee laten we de echte kern, van wat die werkdag voor ons duurzaam maakt, buiten beschouwing. En dat is zonde, want we kunnen uiteindelijk pas goed voor een ander zorgen, als we ook goed voor onszelf zorgen. Als we vitaal blijven en optimaal, met passie ons vak kunnen blijven uitoefenen. Zowel de NIV als de JNIV zetten daarom in op het behouden en vergroten van onze duurzame inzetbaarheid als internisten (in opleiding).

Gesprekken gestart

Om een scherper beeld te krijgen van wat duurzame inzetbaarheid voor ons als (toekomstig) internisten betekent, zijn het afgelopen jaar gesprekken over dit onderwerp gestart. Dat gebeurde op onder andere de internistendagen, de strategiemiddag van de JNIV en de werkconferentie *Duurzame inzetbaarheid van de internist: nu en in de toekomst*. De kern van wat daar is opgehaald is weerspiegeld in een aantal vragen:



Oscar Smeekes

Kunnen we voldoende tijd aan de patiënt en ons vak besteden, zonder de administratie grotendeels in eigen tijd te moeten doen? Voelen we voldoende autonomie over onze agenda om de focus zo te kunnen leggen dat we duurzaam inzetbaar blijven? Hebben we genoeg tijd voor wetenschap, bestuur, onderwijs of andere competenties die ons functioneren verbeteren en ons vak verrijken? En geven we elkaar voldoende de ruimte om eigen keuzes hierin te maken, of de agenda aan te passen aan de gewenste werk-/privébalans?

Commissies

Om hier verder vorm aan te geven zijn dit jaar verschillende commissies gestart: de JNIV-commissie Toekomstgerichte zorg, de NIV-commissie Duurzame inzetbaarheid en de werkgroep Innovatie. De commissies gaan bijvoorbeeld kijken naar digitale consultvoering: hoe kan dit op de poli optimaal bijdragen aan flexibeler werken? Hoe kan empowerment van leiderschap de autonomie over de eigen agenda vergroten? Kan artificial intelligence ons meer tijd geven voor ons vak, bijvoorbeeld door automatisering van registratie, administratie, declaratie en planning? Natuurlijk delen we daarnaast ook best practices via onze media en op de (J)NIV-evenementen. Zo hopen we barrières voor praktijkverandering te verkleinen.

Uitnodiging

Om daadwerkelijk de vervolgstap naar de werkvloer te maken hebben wij elkaar nodig. Ik wil jullie daarom uitnodigen je ideeën te delen, je aan te melden voor een commissie en je kritische blik mee te nemen naar de internistendagen in april. Daar zullen we het gesprek voortzetten over hoe wij, (toekomstig) internisten, echt kunnen innoveren voor onze eigen duurzame inzetbaarheid.



<https://www.internisten.nl/jniv/>
e-mail: jniv@internisten.nl

Vakgroep Interne Geneeskunde Laurentius Ziekenhuis Roermond

‘Persoonlijk werken dankzij kleine teams’

TEKST: SACHA EIKENBOOM

Het Laurentius Ziekenhuis Roermond (LZR) is een algemeen ziekenhuis in Midden-Limburg. Het team van de vakgroep Interne Geneeskunde werkt hard, ontplooit nieuwe initiatieven en geniet van het moois dat Limburg te bieden heeft.

De vakgroep Interne Geneeskunde van het LZR bestaat uit drie nefrologen, drie hemato-oncologen, een endocrinoloog, een internist-vasculair geneeskundige, de chef de clinique en een anios die op de afdeling Interne de scepter zwaait.

‘We doen allemaal diensten en kliniekweken voor alle patiënten in de volle breedte van de interne geneeskunde’, vertelt internist-vasculair geneeskundige Sander Pathmamanoharan. ‘In de avond, nacht en weekenduren is er geen dienstdoende arts-assistent in huis. Daarom komen we bij een probleem op de afdeling in huis om de patiënt zelf te beoordelen. De SEH wordt gelukkig bemand door SEH-artsen die samen met haïos en anios de acute interne patiënt beoordelen.’

Goed geborgd

‘Dankzij een grote visite en overleg met een collega-internist vakspecialist is de zorg voor de complexe patiënten goed geborgd. Geriater en microbioloog sluiten tijdens de wekelijkse grote visite

aan. We hebben ook een prettig samenwerkingsverband met collega-specialisten en academische centra.

Vanwege de krapte op de arbeidsmarkt zijn in onze regio afspraken gemaakt over concentratie en spreiding van patiënten. In Limburg is ons ziekenhuis het centrum voor transanale microchirurgie van T1-rectumtumoren. Een deel van de oncologische patiënten gaat naar de andere centra. We werken ook intensief samen met externe zorgpartners.’

Nieuwe initiatieven

‘Behalve in de directe patiëntenzorg zijn onze vakgroepleden ook op andere gebieden actief. Denk aan bestuurlijke of opleidingsfuncties, ziekenhuisbreed consultatiewerk of deelname aan MDO's en commissies. We participeren in wetenschappelijke studies en pakken nieuwe initiatieven op. Zo hebben we afgelopen jaar met de interventieradiologie de radiofrequente ablatie van schildkliernodi opgezet. Daarnaast is een maandelijks MDO cardio-nefro-geriatrie geïnitieerd. Naast het nieuwe nefrologie-teleconsult loopt sinds kort een pilot voor digitale meedenkconsulten interne geneeskunde met de huisartsen in de regio. De meesten van ons werken vier dagen, maar de dagen daaromheen zijn ook goed gevuld met vakgerelateerde activiteiten.

De lijnen zijn kort, ook interdisciplinair. Mede dankzij de kleine teams kunnen we heel persoonlijk werken, zodat patiënten steeds dezelfde vertrouwde gezichten zien. Dat is een groot goed in de band tussen internist en patiënt.’

Vrijmibo

De vakgroep kenmerkt zich volgens Sander door een zeer goede onderlinge samenwerking en sfeer. ‘We hebben een gezamenlijke werkkamer met computers, een groot beeldscherm en goede koffie. Als je even geen poli, MDO of vergadering hebt, dan is dit de plek om administratie af te handelen, te overleggen of privé zaken te bespreken. We zijn goed op de hoogte van elkaars reilen en zeilen, bij problemen staan we voor elkaar klaar. Een dienst ruilen met je collega lukt altijd. We proberen met z'n allen te lunchen, waar mogelijk gaan we lunchwandelen.

We werken hard, maar er wordt vooral ook veel gelachen. Tijdens onze vrijdagmiddagborrel, die we geregeld organiseren, wordt de wijnkeuze bepaald door de sommelier onder de longartsen. Steeds meer disciplines schuiven aan, dat zegt wel iets over de sfeer hier.’

Vlaai

Sander tot slot: ‘Omringd door veel natuur, en met Eindhoven en Maastricht nabij, is het hier fijn werken en wonen. De meesten van ons komen van buiten Limburg, maar integratieproblemen hebben we niet ervaren. En dat we regelmatig vlaai bij de koffie krijgen, vindt niemand een bezwaar.’ ■



FEITEN & CIJFERS

Vakgroep Interne Geneeskunde LZR

Locaties	Roermond
Aantal leden vakgroep	9
Gemiddelde leeftijd	± 45 jaar
Samenstelling	4 man, 5 vrouw
Aandachtsgebieden	nefrologie, hemato-oncologie, endocrinologie en vasculaire geneeskunde
Opleidingsfunctie	coassistenten, senior-co's, verpleegkundig specialisten en physician assistants
Wetenschappelijk onderzoek	vooral inzake hemato-oncologie en nefrologie
Blinkt als groep uit in	samenwerken & sfeer
Grootste uitdaging	toenemende krapte in verpleegkundig en ondersteunend personeel

www.laurentiusziekenhuisroermond.nl/patienten/specialismen-afdelingen/interne-geneeskunde

Regievoering & geïntegreerde zorg bij multimorbiditeit

Het wordt een steeds grotere uitdaging om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden. De zorgvraag neemt toe door vergrijzing en er komen steeds meer chronisch zieke patiënten met meerdere aandoeningen tegelijk. Afstemming tussen specialismen in en buiten het ziekenhuis is essentieel.

Daarom organiseert het Nederlands Platform voor Multimorbiditeit samen met de NIV op 18 maart 2024 het derde symposium over

multimorbiditeit. Het symposium is bedoeld voor medisch specialisten, huisartsen, VS/PA en onderzoekers die zich bezighouden met dit onderwerp.

Deze dag staat in teken van regievoering en geïntegreerde zorg bij multimorbiditeit. De centrale vraag is: is dat een droom of werkelijkheid? Op papier klinkt het prachtig, maar de echte uitdaging ligt in de praktijk. Hoe zorgen we voor regie en geïntegreerde zorg op een werkdag waarop we allemaal al grote werkdruk ervaren?

Woon dit interdisciplinaire symposium bij, hoor de laatste ontwikkelingen van experts (zowel huisartsen als medisch specialisten) uit het veld en discussieer mee over dit prangende vraagstuk.

Nederlands Platform voor Multimorbiditeit 3e Symposium over Multimorbiditeit	
Regievoering & geïntegreerde zorg bij multimorbiditeit: droom of werkelijkheid?	
Datum: 18 maart 2024 Locatie: Geertekerk - Utrecht	
09.00 - 09.15	Introductie - dr. Rikje Ruiter & dr. Silvan Licher dagvoorzitter: prof. dr. Robin Peeters Maatschappelijke gevolgen van multimorbiditeit
09.15 - 09.45	prof. dr. Marjan van den Akker <i>Multimorbiditeit als je 40 jaar oud bent...</i>
09.45 - 10.00	Q&A paneldiscussie
10.00 - 10.30	dr. Tessa van den Boukel <i>Centrum voor geïntegreerde zorg: een praktijkvoorbeeld</i>
10.30 - 10.45	Q&A paneldiscussie
10.45 - 11.15	Koffie
Regievoering & geïntegreerde zorg: droom of werkelijkheid?	
11.15 - 12.15	dr. Marlies Verhoeff en Ursula de Ruijter <i>Interactieve sessie: hoe selecteer je patiënten in de kliniek die baat hebben bij regievoering?</i>
12.15 - 13.15	Lunch
13.15 - 13.45	prof. dr. Mieke Rijken <i>Geïntegreerde zorg voor klinische patiënten met multimorbiditeit: kansen en valkuilen</i>
13.45 - 14.00	Q&A paneldiscussie
14.00 - 14.30	prof. dr. Henk Schers <i>Continuïteit van zorg voor patiënten in de 1e lijn</i>
14.30 - 14.45	Q&A paneldiscussie
14.45 - 15.15	Koffie
15.15 - 16.00	Rondetafelgesprek over de leidraad multidisciplinaire beoordeling van de patiënt met multimorbiditeit: hoe verder?
16.00 - 16.15	Dagvoorzitter: plenaire afsluiting
16.15	Netwerk borrel

SYMPOSIUM MULTIMORBIDITEIT

Datum: 18 maart 2024

Tijd: 9.00-16.00 uur

Plaats: Geertekerk, Utrecht

Kosten: € 200 voor medisch specialisten, € 25 voor aios en PhD-studenten

Inschrijven:
<https://mijnniv.internisten.nl>



Dit is Dr Punthoofd

TEKST: MARTIJN VAN DELFT

Dr Punthoofd is de verpersoonlijking van alles wat de zorg niet wil zijn, of denkt niet te zijn. Een spiegel dus, dat is wat cartoons zijn. Een kort gesprek met de maker: psycholoog Martijn van Delft.

Er zijn sowieso twee mensen die hartelijk kunnen lachen om Dr Punthoofd. Ikzelf en die ene internist die ik toevallig goed ken. Verder heb ik geen idee hoe de cartoons vallen achter de balie en de deuren van de poli Interne. Ik heb mij laten vertellen dat artsen weinig humor (meer) hebben. Laat staan zelfspot. Toch hoop ik dat mijn bijdragen op dit punt iets

teweegbrengen, hoe bescheiden ook. Ik ben psycholoog en ervaar zelf dat humor en zelfspot de vertrouwensrelatie in de spreekkamer kunnen versterken.

Inspiratie haal ik uit de wereld om mij heen. Humor ligt op straat, als je er maar voor openstelt. Ik word blij van gesprekken om mij heen, op de

markt, in de trein of bij de kassa. Tijdens de lockdown-periodes kwamen de ideeën mij uiteindelijk veel minder aanwaaien. Dat is wat zo'n lockdown dus met je doet.

Mijn beste bijdrage vond ik zelf die over *#metoo in de zorg*. Goede cartoons hebben weinig tekst en weinig beeld nodig. Of zoals muzikanten plegen te zeggen: 'Hoe bescheidener het drumstel, des te beter de drummer'. Met *#meetoo* kwam ik voor mijn gevoel dicht in die buurt. ■



Dr. C.J. Roosprijs 2024

Onlangs of bijna uw proefschrift afgerond? Dan kunt u nu meedingen naar de Dr. C.J. Roosprijs 2024, 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 eerste prijs van €2 000 en de tweede en derde prijs van € 500 zullen in april 2024 tijdens de Internistendagen in Maastricht worden uitgereikt na afloop van de sessie Topproefschriften, samen met een gekalligrafeerde oorkonde. De drie laureaten zullen hun werk presenteren tijdens de sessie Topproefschriften.

Voorwaarden

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

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 tussen 15 februari 2023 en 15 februari 2024.
2. De auteur is internist, internist in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Meedingen

1. Stuur een digitale versie van het proefschrift aan niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2024.
2. Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift aan dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
3. Stuur als bijlage (bij zowel de digitale versie als het gedrukte exemplaar) uw curriculum vitae mee en 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 2024.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden prof. dr. H. A. H. Kaasjager (voorzitter), prof. dr. M. M. Levi, dr. J. C. Roos, prof. dr. J. W. A. Smit, en de eersteprizewinnaar in 2023, dr. L.M.Fijen.

Contactadres: roosjulius@gmail.com

Overige informatie: zie www.drcjroosstichting.nl

Wondvocht

TEKST: BORIS KANEN • BEELD: 123RF

Kiss of life

*In de wereld met 'r fijne wevingen
Op haar golven zacht ontwakend
De heldere geest die stil nog rust
Het kalme kloppen van een hart
't Stromende leven in mijn aderen
Adem die, mijlenver gekust, mij riep*

*Geleidelijk bewust van de bewegingen
Word ik pas daarin ook echt datgene
Dat sinds 't begin der tijden
Diep in mij, m'n geest en lichaam,
en in mijn wondere donkere wereld sliep*



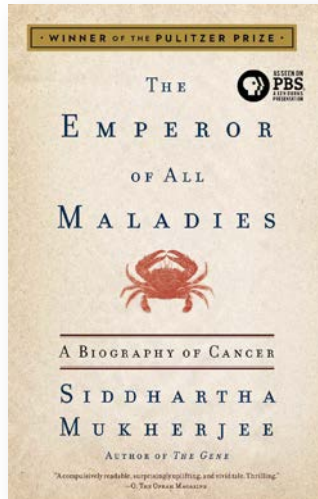
The emperor of all maladies

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Siddhartha Mukherjee is oncoloog en begenadigd schrijver. Zijn veelgeprezen boek *The emperor of all maladies* vertelt het verhaal van de strijd van de mens met de keizer aller ziektes, kanker. Aan de hand van verhalen over patiënten, artsen, wetenschappers, beleidsmakers en ‘influencers avant la lettre’, wordt beschreven hoe men is gekomen van de allereerste beschrijving uit het oude Egypte, van een ‘koude zwelling in de borst waar geen behandeling voor bestaat’, tot doelgerichte therapie.

Het boek geeft een fascinerende introductie tot de wetenschap, diagnose en behandeling van kanker. Dat is de reden dat een bevriende hematoloog het de arts-assistenten in zijn ziekenhuis aanbeveelt. Maar ook voor ervaren klinici is het de moeite waard om bijvoorbeeld te lezen hoe obscuur onderzoek naar de menstruele cyclus van cavia's leidde tot het uitstrijkje ter preventie van baarmoederhalskanker; of om kennis te nemen van de overeenkomsten tussen aids en kanker. Zo was er grote druk vanuit de samenleving om experimentele medicijnen versneld beschikbaar te maken voor patiënten die op een vreselijke wijze stierven aan aids. Deze nieuwe verhouding tot wetenschap en regelgeving leidde tot een soortgelijke lobby voor mensen met kanker. Helaas heeft dat ook schade veroorzaakt, getuige de vlucht die behandeling met stamceltransplantatie voor borstkanker nam; een behandeling die achteraf bleek te berusten op gefalsificeerde data.

In het boek zijn meer overeenkomsten te ontdekken tussen infectieziekten en kanker. Voor de textielindustrie werden in de 19e eeuw chemicaliën ontwikkeld als kleurstof. Dit leidde tot allerlei nieuwe moleculen, die ook werden gebruikt om weefsels te kleuren. In het laboratorium ontstond toen de gedachte over ‘chemotherapie’, met als eerste toepassingen de behandeling van slaapziekte en syfilis. De Duitse arts Paul Ehrlich droomde na deze successen over het genezen van kanker. Hij werd uitgenodigd door keizer Wilhelm, een notoir hypochonder, om hierover te vertellen. Hij gaf een nauwkeurige wetenschappelijke verhandeling, waar de keizer verveeld bij afhaakte. Een andere rode draad, die opvalt is de verwevenheid tussen taal en oncologie. Het valt op hoe woordgebruik de geschiedenis van de behandeling van kanker heeft beïnvloed. In het boek is een prominente rol toebedeeld aan Mary Lasker, die het tot haar missie maakte om hemel en aarde te bewegen om kanker te genezen. Zij deed dat niet als arts of onderzoeker, maar door haar invloed in hoge kringen uit te oefenen in combinatie met haar uitzonder-



lijke talent als marketeer. Samen met haar man Albert en de arts Sidney Farber, die aan de wieg stond van de eerste behandeling met chemotherapie in de vorm van een foliumzuurantagonist, lanceerde zij ‘a war on cancer’, naar analogie van het Apollo-project voor de maanlanding. Dit soort taalgebruik sprak tot de verbeelding en was nuttig voor het verkrijgen van publiciteit en geld, maar kende een nadeel. Er werd veel geïnvesteerd in het testen van nieuwe combinaties van chemotherapie. Grote successen bleven echter uit, omdat het ontrafelen van de onderliggende biologie te weinig aandacht kreeg.

Ook de invloed van het woord ‘radicaal’ is noemenswaardig. De kundige en invloedrijke chirurg William Steward Halsted introduceerde de term radicale mastectomie. *Radix* wordt in het Latijn gebruikt om de wortel van een plant aan te duiden. De gedachte was dat kanker bij de wortel moet worden aangepakt. Maar met de tijd kreeg het woord andere connotaties: ingrijpend, agressief, vooruitstrevend, innovatief. Zo ontstond een psychologische fuik voor zowel arts als patiënt. Wie verkiest een niet-radicaal en daarmee inferieure ingreep, zo werd gedacht. Oncologische operaties werden begin 20e eeuw steeds uitgebreider en daarmee verminkend. Iemand die niet poogt de wortel te verwijderen werd beschouwd als een onkundig arts. Het heeft lang geduurd tot de baten ten opzichte van de lasten van radicale mastectomie inzichtelijk werden gemaakt en de uitkomsten werden geaccepteerd door de beroepsgroep.

Als persoonlijke noot schrijft de auteur: ‘Our encounter with cancer has rounded us off; it has smoothed and polished us like river rocks’.



Waardering:



(5/5)



Beste lezer

We zijn verheugd om aan te kondigen dat we de afgelopen maanden druk bezig zijn geweest met de restyling van ons geliefde magazine. Trots geven we hierbij alvast een inkijkje in het vernieuwde magazine dat in 2024 officieel gelanceerd wordt. De vernieuwde uitstraling en inhoud weerspiegelen onze toewijding aan kwaliteit en frisheid. We kunnen nauwelijks wachten om het eindproduct met jullie te delen en kijken ernaar uit om samen het nieuwe jaar in te gaan met ons opgefriste magazine.

Met vriendelijke groet,
de redactie

Een nieuw jasje voor 'de internist'. Wat vind jij?



Iris van Groenigen
Hoofdredacteur,
secretaris NIV-bestuur
& internist meer-
voudige differentiatie,
Van Weel-Bethesda
Ziekenhuis

Mooi proces en
blij met de nieuwe
naam! Ik hou wel van
veranderingen.



Art Vreugdenhil
Redactielid
& internist-oncoloog/
internist-hematoloog,
Máxima Medisch
Centrum

Nieuwe redactie,
nieuwe lay-out van
het blad, nieuwe
naam en nieuwe
rubrieken; uitdagingen
voor 2024!



Marieke van Gastel
Redactielid (JNIV)
& aios Interne
Geneeskunde, Univer-
sitair Medisch Centrum
Groningen

Zoals voor een écht
nieuw jasje ook geldt;
als het er maar leuk
uitziet, past bij wie je
bent en een beetje van
deze tijd is. Ik vind 'm
geslaagd en ben heel
benieuwd hoe hij wordt
ontvangen!



Darius Soonawala
Redactielid
& internist-nefroloog,
Haga Ziekenhuis

'A coat of many colours',
die past bij de breedte
van ons vak.



Heleen de Wit
Redactielid & internist-
endocrinoloog,
St Jansdal ziekenhuis

Een wereld ging voor
mij open in het nieuwe
redactieproces! Als ik
ooit een carrièreswitch
overweeg, dan kan
ik altijd nog de
journalistiek in.

Ook bijdragen?

Wil je een artikel indienen voor het magazine?
Dit is altijd mogelijk! Scan de QR code voor de
eisen waaraan jouw artikel moet voldoen.



NIEUW
BEGIN 2024
BIJ JOU OP
DE MAT!



Oproep

Redactie zoekt versterking

Ben jij de ontbrekende schakel in ons dynamische team? Wij zijn op zoek naar een nieuw talent om de redactie van ons magazine te versterken.

Afgelopen periode zijn we hard bezig geweest met het magazine in een nieuw jasje gieten. Begin 2024 is het dan eindelijk zo ver: dan valt het vernieuwde blad bij jou op de mat!



Wil jij meedenken over de inhoud of zelf artikelen schrijven?

Weerspiegeling van het vak

Ons magazine is een weerspiegeling van alle facetten van het internistische vak met de visie van de NIV in het achterhoofd. Met als speerpunten diversiteit, innovatie, onze rolopvatting als internist (in spe) en de kracht en pracht van de volle breedte van ons vak, waar grenzen worden opgezocht en creativiteit de boventoon voert.

**BEN JIJ
 ONS NIEUWE
 TALENT?**

Passie

We zijn op zoek naar een enthousiaste internist die niet alleen een passie heeft voor de interne geneeskunde, maar ook voor de Nederlandse taal. Iemand die wil meedenken over de inhoud van ons blad, (liefst) met affiniteit voor onze speerpunten. Iemand die ook bereid is om zo nu en dan zelf artikelen te schrijven en daarmee een waardevolle bijdrage levert aan de groei en impact van ons vernieuwde blad. Iemand die elke drie maanden in een digitale vergadering zijn of haar input wil geven.

Schrijfworkshop

Veel interesse in het schrijven van artikelen maar nog niet veel schrijfervaring? Geen zorgen, we hebben binnenkort een schrijfworkshop gepland staan voor de redactie.

Als dit klinkt als iets waar jij naar op zoek bent of als je meer informatie wilt, aarzel dan niet om contact op te nemen met Paula van Eerde via eerde@internisten.nl



Yvo Smulders



Vertrouwen

De afgelopen weken had ik diverse momenten waarop de EPA's aan de orde kwamen. Het varieerde van een symposium waar een van de 'uitvinders' van de EPA een gloedvol onderwijskundig betoog hield, tot een online bijeenkomst waarin enkele opleiders van andere specialismen met gemengde gevoelens vertelden dat hun opleiding wel 50+ EPA's heeft.

Zoals de laatste jaren in zorgwekkend toenemende mate al vaker het geval was, kon ik mijn aandacht er nauwelijks bij houden. Onderwijskundig lingo kost mij sowieso altijd moeite. 'Where's the beef?' Hoe dan ook dacht ik dommelend over wat vertrouwen eigenlijk is, wanneer ik dat heb, wanneer ik het geef en hoe iemand het krijgt. En of vertrouwen eigenlijk op papier of in een portfolio kan stollen, of alleen tussen vlees en bloed een ongrijpbaar maar echt bestaan kan leiden.

Met kennis of kunde heeft mijn vertrouwen in anderen weinig te maken. Vrijwel alle aios hebben na een jaartje of 2 à 3 de basisgereedschapset wel in handen. Vertrouwen wordt, bij mij tenminste, louter bepaald door hoe iemand omgaat met wat niet geweten of gekund wordt. Door niets anders. Ik wantrouw de collega, aios of specialist, die veel meer weet of kan dan wie dan ook, inclusief mijzelf, maar slecht omgaat met het restje dat niet geweten of gekund wordt.

Het kan me, anders gezegd, voor mijn vertrouwen betrekkelijk weinig schelen wat je weet of kan. Dit klinkt een beetje lullig, sorry aan alle aios in Amsterdam die zo hard studeren, alles onthouden, gave praatjes houden of hun neus snuiten met de kennistoets. Supergoed, ik zou het niet kunnen, maar voor vertrouwen is het niet waar het om gaat. Daarvoor is belangrijk hoe je overtuiging en twijfel balanceert, hoe je praten met luisteren afwisselt, hoe daadkracht en terughoudendheid zich tot elkaar verhouden.

En wat is mijn rol daarin dan? Eehh... Voorbeeld geven, misschien? Onzekerheid propageren als wijsheid. Veel twijfelen in het openbaar en dan maar hopen dat die twijfel gezien én geloofd wordt. Ik krijg nogal eens het verwijt van 'gespeelde twijfel, omdat je zoveel weet'. Dat is onterecht. Weten en twijfelen gaan prima samen. Sterker, ze voeden elkaar.

Tuurlijk gaan we lekker door met die EPA's. Het is onderwijskundig zo goed uitgedacht... Maar als ik EPA-niveaus moet toekennen denk ik ook aan hoe ik mijn definitie van vertrouwen recht kan doen. EPA3 voor de veel-wetende aios? Niet noodzakelijkerwijs. EPA4 voor de altijd een beetje twijfelende aios met een zesje op de kennistoets? Zou zomaar kunnen.