

# INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 1  
JAARGANG 14  
MAART 2023

Magazine voor de internist

## Gabe Sonke

‘Onderzoek doen naar  
meer gepast gebruik  
voor nieuwe middelen’



### Generaties

Hans Rode over de verschillen  
tussen de generaties artsen

### Inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid  
medisch specialisten steeds  
belangrijker

### 24/7

Volledige aanwezigheid van de  
internist op de SEH

### Klimaatverandering

De zorg heeft zelf een  
verantwoordelijkheid en  
belangrijke rol in verduurzaming





## INTERVIEW

6

Internist-oncoloog Gabe Sonke over onderzoek naar gepast gebruik voor nieuwe geneesmiddelen



### Generaties

10

Psychiater Hans Rode over de verschillen tussen de generaties artsen



### Klimaatverandering

18

De zorg heeft zelf een verantwoordelijkheid en belangrijke rol in verduurzaming



### Inzetbaarheid

21

Duurzame inzetbaarheid van (toekomstig) medisch specialisten wordt steeds belangrijker

## Evidence based **leren**

13

## RUBRIEKEN

## Het **Prisma**-netwerk

16

### Potjeslatijn

12

## **24/7** aanwezigheid internist op SEH

24

### Cartoon

26

### Wondvocht

27

### Boekbespreking

28

*The Nocturnal Brain*

### Column Yvo Smulders

30

Wat is je essentie-index?





## Toekomstbestendige zorg

De komende jaren staan ons een aantal belangrijke keuzes te wachten. Hoe zorgen we ervoor dat ons mooie vak in een tijd van hoge werkdruk, knellend budget en toenemende regelgeving ook voor toekomstige generaties aantrekkelijk blijft? En wat is nodig om te zorgen dat de huidige generatie internisten, die vol passie voor de interne geneeskunde heeft gekozen, zich met dezelfde energie kan blijven inzetten voor haar patiënten?

Als NIV zijn we van mening dat een veel sterkere inzet op de duurzame inzetbaarheid van personeel en budget noodzakelijk is om de zorg ook de komende decennia voor iedereen toegankelijkheid te houden. Tijdens de werkconferentie voorafgaand aan de ALV werd bevestigd hoe breed dit onderwerp leeft onder internisten en internisten in opleiding. Belangrijke factoren voor een duurzame inzetbaarheid die naar voren kwamen zijn flexibiliteit gedurende de carrière, meer autonomie bij hoe je je werk organiseert, goede werk-privébalans, waardering en betere randvoorwaarden in de vorm van voldoende tijd voor de patiënt. Allemaal onderwerpen die als een rode draad door de nieuwe strategische visie van de NIV lopen en die we op de komende internistendagen zullen presenteren.

Het is inspirerend om te zien hoe ondertussen binnen de interne geneeskunde al verschillende initiatieven plaatsvinden gericht op een toekomstbestendige gezondheidszorg. Vanuit de interne-oncologie is Gabe Sonke een sterk pleitbezorger voor gepast gebruik van dure geneesmiddelen en het doen van doelmatigheidsonderzoek op dit vlak (pag. 6-9). Een belangrijke boodschap waar we met zijn allen verder op door moeten pakken. Op pagina 21-23 in dit magazine geeft Heleen de Wit, een van de plenaire sprekers op de afgelopen werkconferentie, alvast een aantal handige tips en tricks gericht op duurzame inzetbaarheid en op pagina 18-20 wordt ingegaan op het belang van duurzame zorg als het nieuwe normaal.

Ook de tips van psychiater Hans Rode zijn zeer het lezen waard (pag. 10-12). Hij benadrukt hoe belangrijk het is om ten minste 20% van je tijd te besteden aan iets waar je plezier uthaalt. Want laten we in alle discussies over duurzame inzetbaarheid vooral niet vergeten hoe bijzonder de interne geneeskunde is, met de enorme diversiteit en complexiteit van ziektebeelden. Alleen zullen we wel kritisch moeten kijken welke delen van het vak we anders moeten inrichten om het ook aantrekkelijk te houden voor komende generaties. Zodat uiteindelijk iedereen met grote tevredenheid scoort op de eigen Essentie-index (pag. 30).

*Robin Peeters*  
Voorzitter NIV

### COLOFON

Interne Geneeskunde,  
magazine voor de internist  
14e jaargang, nummer 1, maart 2023

#### Redactie

Iris van Groeningen (hoofdredacteur),  
Paula van Eerde, Marieke van Gastel,  
Lianne van der Meer, Darius Soonawala,  
Harriët Teijen, Art Vreugdenhil, Heleen  
de Wit

#### Redactie-adres

MacChain  
E-mail: [info@macchain.nl](mailto: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](http://www.internisten.nl)





# ‘Onderzoek doen naar meer gepast gebruik voor nieuwe middelen’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG

Onderzoek naar gepast gebruik moet onderdeel worden van de introductie van nieuwe dure geneesmiddelen. Dat is de boodschap van internist-oncoloog prof. Gabe Sonke (Nederlands Kanker Instituut, Amsterdam). Afgelopen september hield hij hierover de oratie voor zijn hoogleraar-schap aan de Universiteit van Amsterdam. Met de SONIA-studie heeft Sonke al laten zien hoe zo’n doelmatigheidsstudie gedaan kan worden en wat die oplevert. ‘Gepast gebruik is beter voor patiënten en kan miljoenen euro’s besparen.’

Sonke verwondert zich al langere tijd over hoe de introductie van nieuwe geneesmiddelen tot stand komt. Deze middelen betekenen weliswaar nieuwe behandelopties, maar de medische wereld accepteert steeds weer nieuwe middelen, ook als die kansarm zijn. ‘We durven er geen nee tegen te zeggen. Dat gebeurt in de oncologie, maar ook daarbuiten. Een nieuw middel is lang niet altijd erg effectief en vaak alleen geschikt voor een klein deel van de patiënten.’

## Kwaliteit van leven

Veel nieuwe middelen werken volgens Sonke nauwelijks levensverlengend. In zijn oratie onderbouwde hij dat met enkele getallen. Uit een stu-

die in de *British Medical Journal* bleek dat nog geen 40% van alle tot 2013 in Europa geregistreerde oncologische medicijnen aantoonbaar bijdraagt aan een langere overleving. Gemiddeld ging het om minder dan drie maanden en veelal maar bij een deel van de patiënten. En slechts 10% van de middelen liet zien dat de kwaliteit van leven erdoor verbeterd. ‘Als de resterende tijd voor een patiënt beperkt is en de winst van een behandeling klein, dan is kwaliteit van leven des te belangrijker. Veel middelen hebben bijwerkingen. Ook minder heftige bijwerkingen zijn van invloed op de kwaliteit van leven. Bij bijvoorbeeld langdurige diarree moet iemand altijd bedenken waar een toi-

let is. Een strandwandeling zit er dan misschien helemaal niet meer in.’

## Goed genoeg

Sonke pleit daarom voor meer gepast gebruik van geneesmiddelen. De Nederlandse Vereniging voor Oncologie heeft daarvoor de Commissie BOM (Beoordeling van Oncologische Middelen) die de meerwaarde van nieuwe oncologische medicatie beoordeelt. Dat gebeurt aan de hand van de PASKWIL-criteria (Palliatief, Adjuvant, Specifieke bijwerkingen, KWaliteit van leven, Impact van behandeling, Level of evidence). ‘Doel daarvan is te bepalen wanneer een middel goed genoeg is. Momenteel houden we de criteria tegen het licht, om de lat hoger te leggen voordat we als beroepsgroep een nieuw middel omarmen. Als een nieuw middel weinig winst geeft, moet je daar patiënten en de zorg niet mee belasten.’

## Maximaal succes

Het pleidooi van Sonke gaat ook over de manier waarop geneesmid-





delen worden ontwikkeld en op de markt worden gebracht. Een farmaceutisch bedrijf dat een middel wil verkopen, zet veelal zelf de studies op naar de werkzaamheid ervan. 'En dat gebeurt niet vanuit het oogpunt van doelmatigheid. Want het bedrijf wil een zo groot mogelijke kans dat een nieuw middel geregistreerd wordt. Dat kan door maximaal te behandelen: zo lang mogelijk, met een hoge dosering en vaak in combinatie met andere middelen. En bij zo veel mogelijk patiënten, want dat vergroot de omzet. Maar in de praktijk wordt doelmatigheid juist steeds belangrijker. Ook vanwege ontwikkelingen in de maatschappij en de zorg: de vraag naar zorg neemt toe terwijl budgetten en aantallen zorgmedewerkers afnemen. Dat perspectief wordt niet meegenomen in geneesmiddelenstudies.'

Daar komt bij dat artsen weinig te zeggen hebben over de opzet van studies. En als zij niet willen meedoen met een studie, gaat de farmaceut naar een ander ziekenhuis of naar een ander land. Sonke: 'De stu-

dies worden toch wel uitgevoerd. Wij kunnen die niet beïnvloeden. Maar ze vormen later wel de basis voor onze richtlijnen, ook als de opzet ervan beperkingen kende. Tegelijk hebben we farmaceutische bedrijven nodig voor innovatie en om studies te kunnen betalen. Dat is een spagaat waar we met elkaar in zitten. EMA zou er als Europese autoriteit voor registraties strenger naar kunnen kijken, bijvoorbeeld door een bindend *scientific advice* verplicht te stellen. Maar momenteel beoordeelt EMA de studies zoals die door de farmaceut worden aangeboden. Daarbij mag EMA financiële afwegingen en doelmatigheid niet meewegen.'

#### Alsnog zelf onderzoek doen

In de praktijk wordt het middel dan volgens de studiecriteriën toegepast, terwijl niet duidelijk is of dat het beste is voor de patiënt. Daarom wil Sonke dat een doelmatigheidsonderzoek onderdeel wordt van de introductie van nieuwe geneesmiddelen, met name de dure middelen. 'Als beroepsgroep zijn we vrij om alsnog

het gebruik volgens de registratiestudie te vergelijken met het gebruik zoals dat volgens ons optimaal is. Dan zal blijken wat het beste is.'

Inmiddels is een eerste doelmatigheidsstudie gedaan. De resultaten van deze SONIA-studie worden later dit jaar verwacht. Sonke nam het initiatief ervoor samen met zijn collega's dr. Agnes Jager (Erasmus MC) en dr. Inge Konings (Amsterdam UMC). De studie is uitgevoerd door de Borstkanker Onderzoek Groep (BOOG), in nauwe samenwerking met Borstkankervereniging Nederland (BVN), Integraal Kankercentrum Nederland (IKNL) en het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iMTA) van de Erasmus Universiteit, en met subsidie van ZonMw en zorgverzekeraars. Het belangrijkste doel was om bij vrouwen met uitgezaaide borstkanker het beste moment te bepalen om een CDK4/6-remmer (abemaciclib, palbociclib of ribociclib) toe te voegen aan anti-hormonale therapie. Zo'n middel kan het effect van hormoontherapie versterken, maar moet het meteen bij de start worden toegevoegd of kan het ook later? 'Dat kan voor deze vrouwen (en een enkele man) veel uitmaken', zegt Sonke. 'Want direct ermee starten betekent langer gebruik en dus meer bijwerkingen en kosten. Direct beginnen is momenteel internationaal de standaard volgens de registratiestudies, en dat vergelijken we in de SONIA-studie met het volgens ons optimale gebruik.'

#### Sowieso besparing

Een doelmatigheidsstudie kan volgens Sonke het best gebeuren op initiatief van een beroepsgroep en in samenwerking met patiënten, zorgverzekeraars en het ZorgInstituut. 'Als de middelen zijn geregistreerd en worden vergoed, dan hebben we de farmaceut niet nodig voor de uitvoer ervan. Het mooiste is als zo veel mogelijk patiënten meedoen met een studie. Daarmee krijg je snel een beeld van de optimale werking in de dagelijkse praktijk, ook bij oudere patiënten en patiënten met co-morbiditeit die meestal niet in de registratiestudies zitten. Een voorwaar-

# ‘Als een nieuw middel weinig winst geeft, moet je daar patiënten niet mee belasten’

delijke toelating tot het basispakket van de zorgverzekering kan helpen bij snelle inclusie voor zo'n studie. Voorwaarde is dan deelname aan de studie. Financiering van de studie kan gebeuren vanuit bijvoorbeeld ZonMw of zorgverzekeraars. Omdat bij de helft van de deelnemende patiënten het middel doelmatiger wordt ingezet, bespaart dat sowieso al kosten. Dat geld kunnen we eveneens gebruiken voor de uitvoering van de studie.'

In de SONIA-studie zijn 1050 patiënten geïncludeerd in 73 Nederlandse ziekenhuizen. De studie kostte ruim 7 miljoen euro, maar alleen al de uitvoering ervan heeft 25 miljoen euro aan geneesmiddelenkosten bespaard. Als latere inzet van CDK4/6-remmers minstens net zo goed blijkt, kan dat alleen al in Nederland jaarlijks zo'n 60 miljoen euro besparing opleveren.

## Revolving fund

Sonke's leerstoel richt zich op goed gebruik van oncologische geneesmiddelen, wat kan leiden tot betere zorg, beter onderzoek en veel besparing. Hij pleit voor een *revolving fund*:

een fonds waarin een deel van het uitgespaarde geld ten goede komt aan vergelijkbare studies naar doelmatig gebruik. 'Ik werk samen met patiëntenverenigingen, de beroepsgroep, zorgverzekeraars, het zorginstituut, VWS en andere betrokkenen om dit mogelijk te maken. En sinds enkele jaren bestaat de stichting Treatmeds die doelmatigheidsstudies ondersteunt en gelden vanuit de zorgverzekeraars beschikbaar stelt. Ook dat is een mooi initiatief.'

## Reëel beeld

Gepast gebruik van geneesmiddelen begint in de spreekkamer, met goede voorlichting aan de patiënt. Wat kun je verwachten van een middel? Hoe ziet een behandeling eruit? Hoe vaak moet je ervoor naar het ziekenhuis? Wat zijn de bijwerkingen? 'Zo schep je een reëel beeld van wat de patiënt te wachten staat. Kosten moeten in de spreekkamer niet ter sprake komen, maar wel de gezondheidswinst en de bijwerkingen. Daarbij kun je ook schetsen wat de winst is bij niet behandelen. Het kan rust en ruimte geven als je niet steeds naar het ziekenhuis hoeft te

gaan, als je niet ziek wordt van een behandeling, en als je niet in spanning een volgende uitslag hoeft af te wachten. Een patiënt die niet behandeld wordt, geeft bovendien ruimte en een bed aan iemand anders.'

## Samen beslissen

Doelen van gepast gebruik zijn betere zorg en kwaliteit van leven voor patiënten, en betere betaalbaarheid van zorg in het algemeen, zodat goede zorg mogelijk is voor zo veel mogelijk patiënten. Dat gaat volgens Sonke niet alleen over dure geneesmiddelen maar ook over kosten voor bijvoorbeeld dagbehandeling, belasting van ziekenhuizen en reiskosten voor patiënten. 'Vooral bij een kleine kans op een behandel-effect kunnen we beter nadenken of we moeten behandelen, in overleg met de patiënt. Dit soort gesprekken zijn onderdeel van samen beslissen, zoals steeds vaker gebeurt.'

## Handschoen oppakken

Een belangrijke vraag bij gepast gebruik is: hoe goed is goed genoeg? Die vraag speelt momenteel niet alleen in de oncologie maar ook bij andere specialismen waar langdurig gebruik van geneesmiddelen een rol speelt, zoals de hematologie, dermatologie en reumatologie. 'Behandelaars moeten zelf de handschoen durven oppakken voor doelmatigheidsstudies', besluit Sonke. 'Die kunnen een extra stap worden tussen registratie van een middel en opname daarvan in richtlijnen. Zo maken we ons minder afhankelijk van wat de industrie voorschrijft.' ■

## ANDERE DOELMATIGHEIDSTUDIES

### Pembrolizumab

Sonke zet momenteel, samen met dr. Marleen Kok en andere collega's in Nederland en België, een studie op bij vrouwen met stadium II-III triple negatieve borstkanker. Zij worden een half jaar met pembrolizumab behandeld in plaats van een jaar zoals volgens de registratiestudie zou moeten. 'Eerder onderzoek wijst erop dat een half jaar behandelen ruim voldoende is. Dat scheelt veel bijwerkingen, ziekenhuisbezoeken en zo'n 50.000 euro per patiënt. We willen ook hier zo veel mogelijk patiënten includeren. Dan kan de studie snel klaar zijn en weten we dus snel de uitkomst. Met een voorwaardelijke toelating tot het basispakket kunnen we dit soort studies stimuleren.

Patiënten krijgen allemaal toegang tot het middel, maar alleen binnen het kader van zo'n doelmatigheidsstudie.'

### Eculizumab

Ook in de nefrologie is een doelmatigheidsstudie gedaan, vanuit het Radboudumc en in samenwerking met Nierpatiënten Vereniging Nederland. Daaruit is gebleken dat levenslang gebruik van eculizumab niet nodig is bij de zeldzame nierziekte aHUS (atypisch hemolytisch uremisch syndroom). De meeste patiënten hebben al baat bij drie maanden behandeling. De fabrikant adviseerde levenslange behandeling, wat tot 450.000 euro per persoon per jaar kost. Met de kortere behandeling wordt zo'n 70% aan kosten bespaard.

# 'Stel niet de patiënt, maar de zorgverlener centraal'

TEKST: MARIEKE VAN GASTEL EN MARIANNE HENDRIKS • BEELD: ELSKE VAN WIJK

In het ziekenhuis werken verschillende generaties samen. De laatste babyboomers zijn er nog te vinden, net als generatie X, de pragmaten, generatie Y en generatie Z. Allemaal in een andere tijdgeest opgegroeid, met andere kenmerken, visies en behoeftes. Met hun verschillende blikken kijken ze logischerwijs ook anders naar werk. Nu het zorgsysteem voor steeds grotere uitdagingen komt te staan en verandering behoeft, zijn deze verschillen steeds relevanter. Psychiater Hans Rode (Catharina Ziekenhuis, Eindhoven) heeft aandacht voor het welzijn van mede-artsen, waarbij hij tips, trainingen en workshops geeft en schrijft over zijn ervaringen.

Hans Rode werkt ruim 20 jaar in de gezondheidszorg, waarvan de laatste jaren als psychiater. Als medisch

specialist heeft hij duizenden artsen voorbij zien komen die hun eigen gezondheid niet op de eerste plaats

zetten. Sinds 2011 werkt hij veel met artsen die zelf ziek zijn geworden, die het werk niet goed meer vol kunnen houden of allebei. Rode: 'Ik leerde veel over het welzijn van artsen toen ik met de KNMG het steunpunt voor artsen met een verslaving (ABS-artsen) had opgericht. Ik ontdekte dat er naast de verslaving vaak ook sprake was van een psychiatrische kwetsbaarheid, belasting, of stoornis. Ik realiseerde me dat er nog veel meer artsen zijn met psychiatrische problemen, zonder dat zij daar-





bij een verslaving hadden. Daarnaast ontdekte ik toen ik als medisch specialist aan het werk ging, dat het lastig was om een werkplek te vinden waar ik gelukkig was en niet onder te hoge druk kwam te staan. Dit zijn de redenen dat ik me ben gaan verdiepen in de wetenschappelijke kennis over gezondheidsproblemen van artsen. Ik ontdekte dat er in Noord-Amerika en Canada veel onderzoek werd gedaan naar dit onderwerp. Hieruit bleek dat artsen meer risico lopen op psychische problemen, doordat ze adequate hulp niet of te laat krijgen. Er worden daar veel interventies voor burn-out-preventie onderzocht en ze lopen er decenia op ons voor. Vanaf dat moment ben ik me gaan verdiepen in het begeleiden van mede-artsen.'

### Zoveel artsen, zoveel behoeftes

In de begeleiding van mede-artsen is het belangrijk om rekening te houden met de verschillende behoeftes van artsen, merkt Rode op. 'We hebben de komende jaren meer artsen nodig om de toenemende zorgvraag het hoofd te blijven bieden en daarom is het zo van belang om alle artsen met plezier en toewijding aan het werk te houden. We kijken nu vooral wat onze patiënten nodig hebben. Er wordt amper gefocust op wat een arts zelf nodig heeft om duurzaam inzetbaar te blijven. Iedere arts heeft andere behoeftes, al dan niet ingegeven door een verschillende generatie.'

### Verschillende generaties

De verschillende generaties in het ziekenhuis hebben een verschillende blik op hun werk, vertelt Rode. 'Voor veel oudere opleiders, uit de baby-boomgeneratie, is het artsenvak niet alleen maar werk, maar vervult het een roeping. Dit is te verklaren doordat zij hun carrière in de naoorlogse periode begonnen. Ze werkten hard, in een tijd waarin veel wederopgebouwd moest worden, een tijd van groei. Hun ervaring is dan ook dat als je maar je schouders eronder zet, je successen behaalt. De huidige generatie arts-assistenten (generatie Y) merkt nu dat zoiets niet meer werkt. Door krapte in de zorg, maar

# 'Artsen lopen meer risico op psychische problemen, doordat ze **adequate hulp niet of te laat** krijgen'

ook in de wereld, moeten we grenzen stellen. Er was vroeger ook minder controledrift en dus meer ruimte om te experimenteren. Die ruimte is er voor de huidige generatie arts-assistenten veel minder. Gelijktijdig wordt er op sociale media een perfect leven gepresenteerd, waardoor arts-assistenten de buitenkant van een ander vergelijken met de binnenkant van zichzelf. Iets waardoor ze gedemotiveerd kunnen raken, juist omdat ze niet zien hoeveel mislukkingen er achter iemands succes schuilgaan.'

### Gezamenlijk optrekken

Vanuit deze verschillende perspectieven is het soms lastig om elkaars keuzes en standpunten te begrijpen. Volgens Rode hoeft dat ook niet. 'Ik begrijp zelf de interesses van mijn kinderen ook niet altijd. Zij kijken bijvoorbeeld naar filmpjes van hoe anderen een computerspel spelen en vinden dat leuk. Dat begrijp ik niet. Toch leren ze daar van alles van.' Hij vindt dat we ons moeten realiseren dat de behoeftes van de generaties onder of boven ons anders (kunnen) zijn en dat we hier rekening mee moeten houden. Rode: 'Je hoeft de motieven of gedachten niet allemaal te begrijpen, maar je moet je inzetten om redelijkerwijs tot een oplossing te komen. Hiervoor is het van belang om met elkaar in gesprek te blijven.'

Gelukkig zijn er ook een heleboel overeenkomsten tussen de verschillende generaties artsen. 'Voor iedereen die dit vak gekozen heeft staat de patiënt op de eerste plaats. We offeren allemaal een groot deel van onze tijd op om ons te bekommeren om de gezondheid van onze mede-

mens. Ook hebben we met zijn allen het hoofd te bieden aan het veranderende zorglandschap en puzzelen we hoe dit moet. In deze overeenkomsten kunnen we elkaar vinden.'

### Duurzame inzetbaarheid

Het is belangrijk om artsen, van alle generaties, in balans te houden, zodat ze duurzaam inzetbaar zijn en blijven. Dit door rekening te houden met de verschillende wensen, intergenerationeel, maar ook individueel. Hiervoor moeten we ruimte creëren binnen het werk, waar we steeds meer zorgvraag met steeds minder zorgverleners moeten volbrengen. Vroeger dachten we dat het een individueel probleem was als iemand een burn-out kreeg, tegenwoordig realiseren we ons dat het een systeemprobleem is waardoor dit ontstaat. Het systeem moet dan ook veranderen, vertelt Rode. 'Ik adviseer om zowel de patiënt als de zorgverlener centraal te zetten, in plaats van te sturen op kostenbeheersing en productieplafonds. Uit onderzoek blijkt namelijk dat als je investeert in het welzijn van de zorgmedewerkers, dit zich terugbetaalt in betere patiëntenzorg, minder onnodige onderzoeken en betere patiënttevredenheid, maar ook in minder uitval en minder wisselen van baan van de medewerkers. De geïnvesteerde kosten verdienen zich zodoende terug, met betere artsen en betere patiëntenzorg tot gevolg.'

### Tips voor het systeem

Rode vervolgt: 'Het is goed om je te realiseren dat we met elkaar zelf het systeem in stand houden, zolang we het niet veranderen. Wij moeten bereid zijn om mislukkingen te tole-

# ‘We moeten het vak opnieuw inrichten om het aantrekkelijk te houden voor de komende generaties’

rereren. Het zou mooi zijn om mensen die de zorg willen veranderen bij elkaar te brengen, om initiatieven uit te wisselen. Een voorbeeld voor het veranderen van het systeem zou bijvoorbeeld het verminderen van de controlefunctie van de zorg kunnen zijn. Bestuurders moeten weer meer autonomie geven aan de zorgverleners, die daardoor hun werkende leven en omgeving beter in kunnen richten. Daarnaast moeten we het vak opnieuw inrichten om het aantrekkelijk te houden voor de

komende generaties. Denk hierbij aan parttimedagen, kinderopvang op de werklocatie, maar ook mogelijkheid tot doen van een avondsprek uur, zodat er overdag tijd voor de kinderen is. Wanneer het systeem niet innoveert, zullen jongere generaties uitvallen en komende generaties geen interesse meer hebben om in het ziekenhuis te werken.

En tot slot: als je het niet onderzoekt of er naar vraagt, weet je ook niet hoe het gesteld is met het welzijn en de verschillende behoeften

van de zorgmedewerkers. Dus begin daarmee.’

## Tips voor jou

Het is wetenschappelijk bewezen, dat als je 20% van je tijd besteedt aan iets waar je veel plezier uit haalt, dit beschermt tegen burn-out. Rode sluit af: ‘Houd als arts zoveel mogelijk plezier in wat je doet en denk na hoe je die 20% van je tijd wilt invullen. Dit kan werkgerelateerd zijn (vorm of inhoud) of je kunt zoeken naar een hobby of activiteit buiten je werk. Bedenk of je weet welke wensen je hebt, waar voor jou de ruimte voor verbetering zit en vervolgens hoe je dat in je werkende leven kan includeren. Wees een rolmodel. Door het juiste voorbeeld te zijn, zullen anderen je volgen.’ ■

## Noot

Geïnspireerd geraakt door het verhaal van Hans Rode? Lees of luister dan ook zijn boek: *Het is maar Werk voor nog veel meer concrete adviezen.*

## Potjeslatijn

### Patiënt

Het woord patiënt is afkomstig van het Latijnse werkwoord pati, dat lijden of verdragen betekent. De patiënt is dus ‘de lijdende’. Het woord passie kent merkwaardig genoeg dezelfde herkomst als patiënt. Passus is het voltooid deelwoord van pati. Passie heeft een positieve connotatie terwijl de lijdende dat niet heeft. De reden dat passie een positieve connotatie heeft gekregen, is dat voor christenen het lijden van Jezus ten behoeve van de mensen en het geloof in Jezus, iets moois is.



BRON: G. VAN ZANDBRINK. LINEA RECTA NAAR HET EINDE VAN JE LATIJN. PROMETHEUS; 2018





# Evidence based leren

TEKST: FEBE SMITS • BEELD: CLAY BANKS

Vraag beginnende coassistenten naar hun grootste onzekerheid en een veelgehoord antwoord zal zijn het gevoel tekort te schieten in parate kennis. Deze onzekerheid verdwijnt niet bij het afstuderen. Veel van de studeermethoden die we gebruiken, zoals markeren, herlezen en samenvatten, blijken niet (meer) de meest effectieve. Toch zijn deze methoden nog steeds de meest gebruikte, terwijl er nieuwe evidence based studeermethoden zijn, die zeer relevant blijken voor onze rol als leerling én als meester. Hoe zou evidence based studeren (en toetsen) anno 2023 eruit kunnen zien?

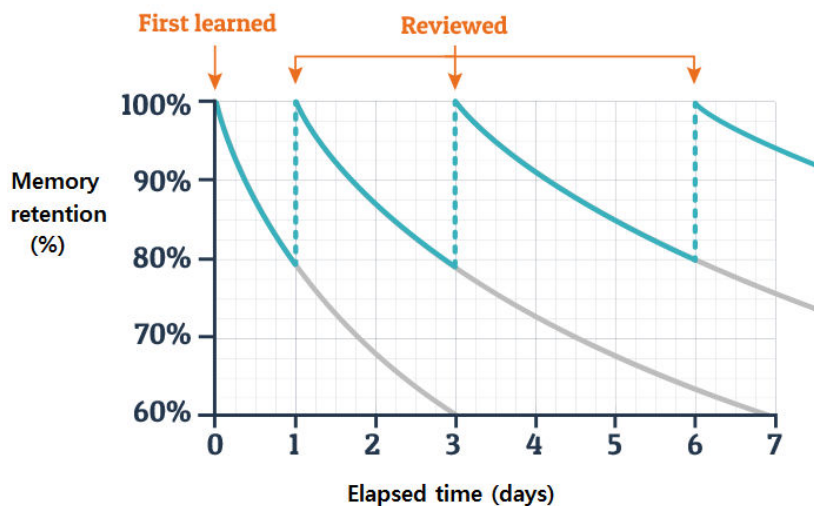
Het huidige medisch onderwijs wordt gegeven in een tijd die op een aantal punten flink verschilt met die van pakweg tien, twintig jaar geleden. Drie belangrijke verschillen zijn het tempo van de wetenschappelijke ontwikkelingen, de manier van toet-

sen en de snelheid van de huidige maatschappij.

## Snelle wetenschap

De medische wetenschap ontwikkelt zich in een onvoorstelbaar tempo. Daardoor is de medische kennis die

anno 2023 wordt onderwezen vele malen complexer dan enkele decennia geleden. In 1980 werd de tijd waarin medische kennis zich verdubbelt geschat op 7 jaar.<sup>1</sup> Voor het jaar 2010 werd de verdubbelings-tijd geschat op 3,5 jaar en in 2020 zelfs op 0,2 jaar (73 dagen). Dit betekent dat geneeskundestudenten die in 2010 zijn begonnen, al drie verdubbelingen van de totale omvang van medische kennis hebben meegemaakt voordat ze hun artsenbul behaalden. Omdat de data waarop deze berekeningen zijn gebaseerd niet terug te vinden zijn, moet deze uitspraak met een grote korrel zout



Figuur 1. Moderne bewerking van Ebbinghaus' Forgetting Curve uit 1880 (Bron: Chun en Heo, 2018)

worden genomen. Maar dat de medische wetenschap zich in rap tempo ontwikkelt staat buiten kijf. En dat zet onvermijdelijk het onderwijs onder druk.

### Manier van toetsen

Ook de manier van toetsen binnen de studie geneeskunde is veranderd. De fysiologie en pathologie van het menselijk lichaam wordt niet langer getoetst met open vragen, opstellen of in een mondeling, maar met een tentamen bestaande uit tot wel 200 multiplechoicevragen. Het is denkbaar dat deze manier van toetsen onvoldoende stimuleert tot opslag van de lesstof in het langetermijngeheugen.

### Snelle maatschappij

De genadeklap voor de theoretische basis van de geneeskundestudent, is de huidige maatschappij, waarin snelheid centraal staat. De norm

is nu: snel schakelen in plaats van verdieping, tiktoks en *news flashes* in plaats van documentaires of de krant. Waar in de twintigste eeuw een verdeling bestond tussen wie toegang had tot wetenschappelijke kennis en wie niet, schrijven experts tegenwoordig over een verdeling tussen degenen die zich kunnen concentreren en zij die worden afgeleid. Zonder hier moedeloos of cynisch van te worden, is het belangrijk om te beseffen dat dit het milieu is waar de nieuwste generatie coassistenten en arts-assistenten uit voortkomt.

### Goed stampen

De studie Geneeskunde staat erom bekend dat van studenten wordt verwacht een grote hoeveelheid feitelijke kennis uit het hoofd te leren. Kan je goed 'stampen' dan moet het met de studie wel lukken, is een veelgehoorde veronderstelling. Maar wat

is goed stampen precies? In 1880 publiceerde Ebbinghaus een artikel waarin de *Forgetting Curve* werd geïntroduceerd (zie figuur 1), waar tot op de dag van vandaag nog naar gereferereerd wordt. Zijn experimenten, die ook gereproduceerd zijn,<sup>2</sup> toonden aan dat men 48 uur na het leren van iets nieuws, 75% alweer is vergeten. Het herhalen van lesstof verbetert de mate waarin we de stof onthouden. Wat echter nog effectiever is gebleken, is een steeds groter interval tussen de momenten waarop de lesstof wordt herhaald.<sup>3</sup> In literatuur waarin de effectiviteit van verschillende studeermethoden wordt vergeleken, wordt dit *spaced repetition* genoemd. In vergelijking met de klassieke manieren van studeren zoals herlezen, markeren en samenvatten, wordt *spaced repetition* beoordeeld als een van de meest effectieve studeermethoden.<sup>4</sup>

### Actief toetsen

Een tweede pilaar van effectief studeren is actieve zelftoetsing. Bij studeermethoden zoals herlezen en samenvatten ontbreekt het hieraan. Voorbeelden van actieve zelftoetsing zijn het maken van een oefententamen of jezelf overhoren aan de hand van een spiekbriefje. Hierbij streef je naar het zo volledig mogelijk beantwoorden van een willekeurige vraag. Probeer alles wat je over een onderwerp weet op te raken zodat je er haast een essay over zou kunnen schrijven. Op die manier zou een leerling bij onderwijs over bijvoorbeeld nierinsufficiëntie geen aantekeningen hoeven maken, maar na afloop alleen de vragen hoeven te noteren waarop zij het antwoord zou moeten weten. In plaats van met *take home messages*, zou een docent een college of ander onderwijsmoment kunnen afsluiten met zulke activerende vragen. Als je deze vragen kunt beantwoorden beheers je de lesstof en kan je de stof met een steeds langer interval (*spaced repetition*) herhalen.

### Uitleggen aan een ander

Een stap verder dan zelftoetsing is het onderwerp aan een ander uit kunnen leggen. Dit wordt ook wel de

'Casusgebonden leren op de werkvloer is een van de **krachtigste manieren om stof eigen te maken**'



# ‘Een stap verder dan zelftoetsing is het onderwerp aan een ander uit kunnen leggen’

*Feynman Technique* genoemd, naar de natuurkundige Richard Feynman. Vanwege de eenvoud waarmee hij de fundamenteën van natuurkunde uiteenzette, werden zijn colleges aan Caltech wereldberoemd (boekentip: *The Feynman Lectures*). Door het onderwijzen van een bepaald onderwerp worden gaten in je begrip blootgelegd. Het hoogste niveau waarop je stof kunt beheersen ontstaat volgens Feynman door het vullen van deze gaten en door vervolgens je verhaal zo te simplificeren, dat je het bij wijze van spreken aan een kleuter zou kunnen uitleggen.

## Daar is een app voor

Kennismaken van deze evidence based studeermethoden is één, maar hoe dit toe te passen? Een voorbeeld van *spaced repetition* in de praktijk is Anki Flashcards™. Dit is een gratis programma waarmee je digitaal flashcards kunt maken en jezelf kunt toetsen. En het mooiste: Anki laat de flashcards met een steeds langer interval terugkeren om te reviseren. Ook bestaat er online een grote Anki database waar sets, gesorteerd op thema (fysiologie, anatomie, farmacologie, pathologie etc.), onderling gedeeld kunnen worden. De afgelopen jaren zijn enkele studies gepubliceerd, die het studeren met flashcards hebben geëvalueerd onder geneeskundestudenten en arts-assistenten.<sup>5-8</sup> De resultaten waren louter positief: de studieresultaten verbeterden, er was aantoonbaar langetermijnbeheersing van de stof, én dit alles met

minder tijd besteed aan het studeren zelf.

## Visualiseren

*Spaced repetition* en zelftoetsing kan ook aan de hand van infographics. Hiermee wordt de samenhang tussen ingewikkelde stof visueel gemaakt. Voor veel mensen werkt dat beter dan alleen het lezen of schrijven van tekst voor het begrijpen en onthouden van een concept met bijbehorende details. Er zijn legio voorbeelden van dit soort visuele ondersteuning, zoals de websites Sketchy Medical™ en manualofmedicine.com, de app TRC pharmacology, de video's van Armando Hasudungan en natuurlijk de beroemde tekeningen van Frank Netter. Door zelf een infographic te maken combineer je *active recall* met de kracht van het uitleggen van een onderwerp aan een ander. Ook casusgebonden leren op de werkvloer is als het ware het leren aan de hand van een, in dit geval, levende infographic. Je ervaart daarbij de vragen die zich voordoen in een rijke context, die alle zinnen prikkelt. Gecombineerd met een docent die vragen stelt, is het een van de krachtigste manieren om stof eigen te maken. Het lezen van een *case report* benadert deze ervaring; net zoals een atleet zittend in een stoel kan trainen door een beweging te visualiseren.

## Actief onderwijs is leuker

Evidence based leermethoden laten zien hoe jonge medisch professionals effectiever kunnen studeren, wat uiteindelijk kan bijdragen aan

een sterkere theoretische basis en meer zelfvertrouwen. Tegelijkertijd bieden deze methoden ook een scala aan mogelijkheden voor docenten. Ze kunnen het onderwijs actiever maken door de aandacht te verschuiven van het zenden naar het stellen en beantwoorden van vragen.

Een leuke toepassing van actief onderwijs onder arts-assistenten is het 'krijtjesonderwijs'. Daarbij wordt waarbij wekelijks een medisch specialist met een differentiatie binnen de Interne Geneeskunde een half uur bevraagd over een onderwerp ingebracht door de arts-assistenten. De internist kaatst doorgaans de ballen (vragen) waar mogelijk direct terug en vult aan.

Bewijs is er dus inmiddels te over en voorbeelden uit de praktijk tonen positieve resultaten: actief onderwijs stimuleert en enthousiasmeert. Wie volgt?



## Referenties

1. Densen P. Challenges and opportunities facing medical education. *Trans Am Clin Climatol Assoc.* 2011;122:48-58.
2. Murre J, Dros J. Replication and analysis of Ebbinghaus' forgetting curve. *PLoS One.* 2015;10: e0120644.
3. Dobson J. Effect of uniform versus expanding retrieval practice on the recall of physiology information. *Am Phys Soc.* 2012;36:6-12.
4. Dunlosky J, Rawson K, Marsh E e.a. Improving Students' Learning With Effective Learning Techniques: Promising Directions From Cognitive and Educational Psychology. 2013;14:4-58.
5. Lu M, Farhat J, Dallaghan GB. Enhanced Learning and Retention of Medical Knowledge Using the Mobile Flash card Application Anki. *Med Sci Educ.* 2021;31:1975-1981.
6. Deng F, Gluckstein J, Larsen D. Student-directed retrieval practice is a predictor of medical licensing examination performance. *Perspect Med Edu.* 2015;4:308-313.
7. Lambers A, Talia A. Spaced Repetition Learning as a Tool for Orthopedic Surgical Education. *J Surg Educ.* 2021;78:134-139.
8. Jape D, Zhou J, Bullock S. A spaced-repetition approach to enhance medical student learning and engagement in medical pharmacology. *BMC Med Educ.* 2022;22:337.

Het Prisma-netwerk

# Meer dan alleen **zorg** **op afstand**

TEKST: PAUL KONING, SIMONE BOSTERS, HELEEN DE WIT, SANNE SANAVRO, JAN WESTERINK EN BART VAN PINXTEREN

**Move knowledge, not patients. Dat is het motto van het landelijke Prisma-netwerk. In dit digitale netwerk bespreken huisartsen hun casuïstiek met groepen van multidisciplinair werkende specialisten. Het netwerk functioneert binnen de Siilo-app. Veilig en snel, met verschillende voordelen boven het conventionele teleconsult.**

Prisma ontstond vanuit het idee dat sommige verwijzingen naar de medisch specialist vervangen hadden kunnen worden door een advies aan de huisarts. In 2018 nam orthopedisch chirurg Paul Koning het initiatief om hier een digitale oplossing voor te vinden. Inmiddels is Prisma uitgegroeid tot een professioneel platform met meer dan 13.000 doorzoekbare consulten en is vergoeding door verschillende zorgverzekeraars een feit. Onder de 180 deelnemende Prisma-specialisten zijn ook 15 internisten.

### Het meedenkconsult

In Prisma leggen huisartsen een casus voor aan specialisten op een platform waar teams van meerdere huisartsen en specialisten met elkaar verbonden zijn. Huisartsen kunnen kiezen uit 29 multidisciplinaire teams, die bestaan uit een kernteam aangevuld met relevante aanpalende specialismen. Het team denkt mee, adviseert en discussieert onderling om tot het best mogelijke advies te komen. Alle teamleden kunnen meelesen en participeren. Zo krijgt de huisarts handvatten om te beslissen over het verdere beleid, samen met de patiënt. De patiënt profiteert bovendien van specialistische expertise zonder een ziekenhuisbezoek.

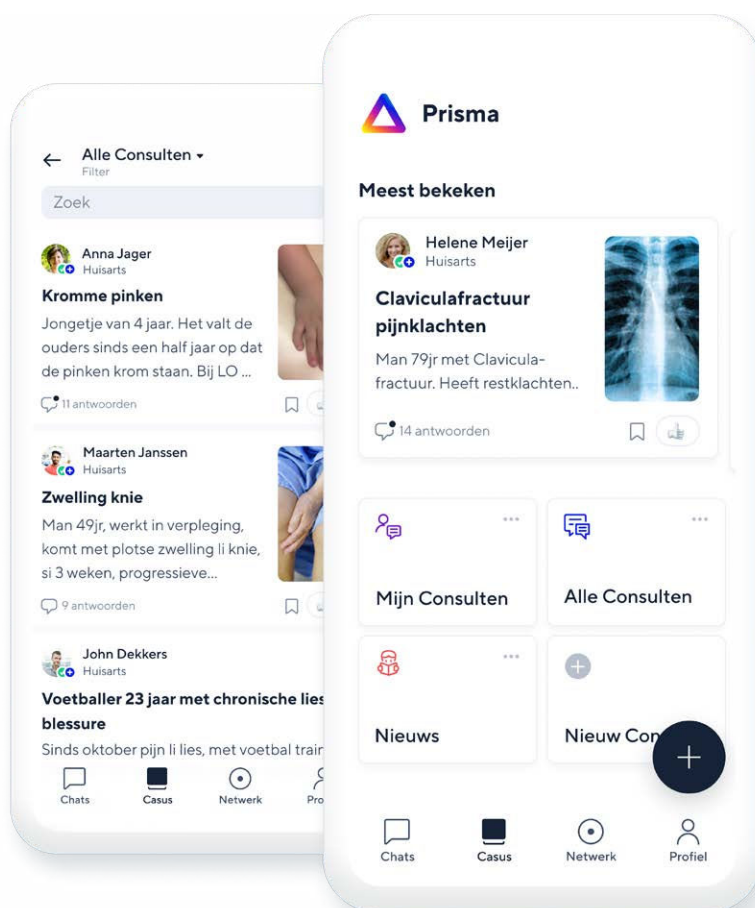
Prisma is uniek qua opzet door het multidisciplinair samenwerken van

uit verschillende specialistische perspectieven. Post je een vraag bij de interne geneeskunde, dan kun je een antwoord krijgen van een internist, maar ook van een klinisch chemicus, apotheker, MDL-arts, chirurg, geriatr of psycholoog. Dit kan inzichten opleveren waar je als huisarts én als specialist niet aan hebt gedacht. Alle casuïstiek en de bijbehorende

discussies blijven bewaard en worden onderdeel van de groeiende kennisbank. Momenteel wordt het Prisma-netwerk uitgebreid met kennisclips, waarin specialisten uitleg geven over een veelbesproken onderwerp.

### Voor wie?

Het doel van Prisma is om de eerste lijn te ondersteunen en de tweede lijn te ontlasten. Prisma leent zich vooral voor casuïstiek van patiënten die niet bekend zijn in de tweede lijn. Daarnaast is het geschikt voor patiënten die bekend zijn in de





tweede lijn, maar bij wie desondanks een hulpvraag blijft bestaan en voor overleg over patiënten die niet binnen de richtlijnen passen. Prisma is geen platform voor ‘formele’ tweede meningen.

### Voordelen

Prisma heeft verschillende voordelen ten opzichte van bestaande overlegvormen en traditionele teleconsultatie.

1. **Het is veilig.** Doordat Prisma binnen zorgverlenersapp Siilo werkt, worden casussen gepresenteerd in een beveiligde omgeving. Je kunt geanonimiseerd foto's toevoegen. Siilo voldoet hiermee aan de hoogste compliance-standaarden in de gezondheidszorg.
2. **Het is asynchroon.** Huisartsen kunnen na het spreekuur een vraag stellen, er is tijd om de casus goed te presenteren. Als specialist kun je reageren op een tijdstip dat het uitkomt en heb je de tijd om je in te lezen en even na te denken voor je antwoordt.
3. **Je kunt expertise gericht inzetten.** Specialisten kunnen zelf bepalen welke casus ze beantwoorden en welke ze aan zich voorbij laten gaan. Het ondersteunende Prisma-team bewaakt altijd dat een casus op tijd wordt beantwoord. Het is ook mogelijk om collega's te taggen als je denkt dat zij specifieke expertise hebben om de vraag te beantwoorden. Of om in het antwoord te verwijzen naar een soortgelijke casus binnen het netwerk.
4. **Het scheelt verwijzingen.** Door Prisma wordt sneller bepaald of patiënten door de huisarts in de eerste lijn geholpen kunnen worden, of dat zij voor hun klacht moeten worden doorverwezen. Doordat huisartsen een terugkoppeling geven weten we dat circa 70% van alle consulten op Prisma in de eerste lijn blijft. Bij een pilot uit 2019 met huisartsen in Lent werd een daling gezien van ongeveer 30% in het aantal verwijzingen naar de orthopeed. Uit de nieuwste cijfers van Men-

zis over 2020 blijkt dat ‘Prisma-huisartsen’ vergeleken met ‘niet-Prisma huisartsen’ aanzienlijk minder kosten maken in de tweede lijn. De besparing lijkt voor circa 50% behaald te worden bij interne geneeskunde. Als patiënten wel doorverwezen worden, dan gebeurt dat dankzij het Prisma-netwerk een stuk gerichter.

5. **Je leert van elkaar.** Doordat je als groep reageert zie je ook wat collega's adviseren. Zien hoe collega's binnen en buiten je eigen specialisme denken maakt het erg leerzaam.

### Onderzoek

Internist-endocrinoloog Sanne Sanavro was als een van de eerste internisten betrokken bij Prisma. Zij doet onderzoek naar de uitkomsten ervan in samenwerking met huisarts-onderzoeker Marco Blanker vanuit het UMCG. Vanuit de overtuiging dat Prisma op meerdere gebieden een bijdrage kan leveren aan verbetering van zorg kon zij een wetenschappelijke basis creëren om dit nader te onderzoeken. Een observationele studie naar de casuïstiek die in de eerste jaren door huisartsen werd ingebracht op het netwerk, toonde een diversiteit aan onderwerpen evenals de multidisciplinaire werkwijze. Deze retrospectieve *mixed methods*-analyse werd verricht met ruim 4000 casussen voor 16 verschillende specialismen.<sup>1</sup>

Op dit moment loopt een door ZonMw gefinancierde *stepped-wedge*-RCT in een samenwerking tussen UMCG en Isala. Deze studie verleent alle Zwolse huisartsen stapsgewijs toegang tot het platform, met als primaire uitkomstmaat het verminderen van het aantal doorverwijzingen voor orthopedische klachten die ook met advies op afstand beantwoord hadden kunnen worden. Ook worden gebruikerservaringen in kaart gebracht (zoals werkdruk en werkplezier), evenals de kosten in eerste en tweede lijn. Een belangrijk onderdeel van de studie bestaat uit een kwalitatieve analyse van de ervaringen en meningen van patiënten over het platform.

### Vergoeding

Prisma werkt met een abonnementsmodel per praktijkhouder en wordt volledig vergoed door Menzis en CZ. Daarnaast kan de huisarts een dubbel consult declareren voor de extra tijd die het kost om de casus te positen en de adviezen te verwerken. Met de overige verzekeraars zijn gesprekken gaande om Prisma ook te gaan vergoeden. Met de inkomsten kan Prisma het netwerk blijven verbeteren en uitbreiden, maar ook investeren in onderwijsmateriaal. Vanzelfsprekend krijgen de deelnemende specialisten ook een vergoeding.

### Het ‘Prisma-effect’

Wat maakt het zo leuk om mee te werken aan Prisma? Prisma is meer dan alleen een app, het is ook een community van specialisten ten dienste van de huisarts, intrinsiek gemotiveerd door kennisdeling en teamwerk. De kennisuitwisseling tussen de eerste en tweede lijn is aan beide kanten erg leuk en leerzaam. Het is leuk om in teamverband antwoorden te geven en om huisartsen op weg te helpen. Je krijgt direct feedback op je eigen antwoord en aanvullingen van collega's.

Paul: ‘Digitale netwerken hebben nog een voordeel: ze zijn flexibel en aanpasbaar. Toen de eerste vragen werden gesteld over corona hebben we Team Infecties gevraagd of het mee wilde doen met een coronanetwerk. De huisartsen bleken daarnaast behoefte te hebben aan korte lijnen met de GGD. Binnen enkele weken hadden we toen een landelijk coronanetwerk en zeven regionale netwerken waarin eerstelijns, tweedelijns en GGD elkaar vragen stelden en vragen beantwoordden.’ ■

### Meer weten?

<https://www.prisma.team/specialisten>  
<https://huisartsgeneeskunde-umcg.nl/gpconsult>

### Referentie

1. Sanavro SM, van der Worp H, e.a. Evaluation of the First Year(s) of Physicians Collaboration on an Interdisciplinary Electronic Consultation Platform in the Netherlands: Mixed Methods Observational Study. *JMIR Hum Factors* 2022;9(2).



# Duurzame zorg: het nieuwe normaal!

TEKST: HEDWIG SANTING, AIOS GERIATRIE, LARA ZWAKMAN-HESSELS, AIOS INTERNE GENEESKUNDE, EN MELS HOOGENDOORN, INTERNIST-HEMATOLOOG, OPLEIDER INTERNE GENEESKUNDE • BEELD: 123RF

In het afgelopen jaar werden wereldwijd koude- en vooral warmterecords gebroken, met als afsluiter de warmste oudjaarsdag ooit gemeten. Elke dag worden we op klimaatverandering gewezen in het nieuws. Het leidt niet alleen tot groene pistes in de Alpen; de opwarmende aarde heeft ook vele nadelige gezondheidseffecten. En de gezondheidszorg zelf is ook een grote vervuiler, met een hoge CO<sub>2</sub>-uitstoot, watervervuiling en afvalproductie. De zorg heeft daarom zeker een verantwoordelijkheid en belangrijke rol in verduurzaming. Bij verspilling en afvalproductie wordt vaak naar de snijdende specialismen gewezen, maar ook binnen de interne geneeskunde zijn zeker grote slagen te maken. Op de afgelopen NIV-dagen stond daarom duurzame zorg prominent op het programma.

Duurzaamheid komt steeds meer op de agenda van ziekenhuizen en de medisch specialist te staan. De afgelopen twee jaar zijn er in het Medisch Centrum Leeuwarden (MCL) grote stappen gezet in het kader van verduurzaming, waarbij duurzaamheid ook steeds verder geïntegreerd is binnen de (voor)opleiding tot internist. In dit artikel nemen we jullie hierin mee, geven we tips en hopen



we jullie te inspireren om zelf ook duurzaamheid meer te integreren in de opleiding en zorg.

### Masterclass Duurzaamheid

In 2020 werd voor het eerst een drie-daagse masterclass over duurzaamheid georganiseerd vanuit het MCL, voor geïnteresseerde aios uit alle disciplines in Noord-Nederland. Aios Niels Noordzij, nu plastisch chirurg in het Jeroen Bosch Ziekenhuis, nam het initiatief voor deze vorm van discipline-overstijgend onderwijs (DOO). Samen met aios uit verschillende disciplines en de opleiders van de interne geneeskunde en plastische chirurgie kreeg hij hiertoe een innovatiesubsidie van het OOR-NO. Het doel van de DOO is om kennis over duurzaamheid te vergroten, maar ook om aios kennis te laten maken met het uitvoeren van een duurzaamheidsproject.

Op de eerste dag van de masterclass werd door toonaangevende sprekers uit het veld gesproken over de nadelige effecten van klimaatverandering op de gezondheid, de grote bijdrage van de gezondheidszorg aan klimaatverandering en geslaagde projecten door andere gezondheidsmedewerkers.

Na deze inspirerende en motiveerende verhalen gingen de aios zelf aan de slag met het opzetten van een eigen verduurzamingsproject. De focus van de projecten lag op vermindering van afvalproductie dan wel CO<sub>2</sub>-uitstoot en het creëren van bewustwording. De masterclass zorgde niet alleen voor bewustwording en het opzetten van projecten, maar ook voor een interdisciplinair netwerk van groene dokters in Noord-Nederland. Deze DOO

## ‘Elke dokter heeft de verantwoordelijkheid om duurzame zorg te leveren’

biedt op een laagdrempelige manier een kans tot enige verdieping bij aios over het onderwerp duurzaamheid. Enkele enthousiaste aios die de DOO hadden gevolgd, zijn aan de slag gegaan met het opleidingsprofiel duurzaamheid.

### Opleidingsprofiel Duurzaamheid

Het MCL biedt getalenteerde aios de mogelijkheid om binnen de opleiding een opleidingsprofiel te volgen, met vrijstelling in tijd. Hierbij kan de aios zich verder differentiëren en bekwamen in bijvoorbeeld onderwijs, management of onderzoek. Tijdens de DOO en workshops bleek hoe het verduurzamen van de gezondheidszorg leeft onder de aios. Tijdgebrek op een overvolle agenda is echter vaak de beperkende factor. Het profiel Duurzaamheid geeft de aios nu de gelegenheid om initiatieven op te zetten en duurzaamheid uit te dragen.

### Duurzaamheid voor de internist

Internisten in onze vakgroep met een voortrekkersrol in de duurzaamheid, hebben met collegae van de SEH en gynaecologie een *green team* opgericht. In onze onderwijscyclus

komt jaarlijks de themamaand Doelmatigheid en Duurzaamheid voorbij. Daarin komen onderwerpen aan bod als dure geneesmiddelen, diagnostisch aanvraagbeleid, CO<sub>2</sub>-vervuiling bij congresbezoek, maar ook het toekomstperspectief van de aios.

### De eerste stappen

Tijdens de DOO werden door de aios geïnitieerde duurzaamheidsprojecten gedeeld op de terugkomdag. Dat gaf veel kruisbestuiving. Kleine stappen hebben soms een groot effect! Zo werden in alle Friese ziekenhuizen plastic medicatiecupjes vervangen door een papieren variant met reductie van kilo's plastic tot gevolg. Hiervoor zijn enquêtes uitgezet met verpleging, er is overleg geweest met de teamhoofden, apothekers en inkopers van het ziekenhuis en de duurzaamheidscoördinator werd betrokken. Andere projecten waren een aangepaste procedure bij het inbrengen van een katheter en bij cystoscopie. Ook dat had een substantiële afvalreductie tot gevolg.

Vervolgens kregen wij een breder platform op de landelijke opleidingsdag Interne Geneeskunde (LOIG) in mei 2022. In de workshop *De Kunst van het verduurzamen in de opleiding* kon men brainstormen over uitvoerbare duurzaamheidsideeën. Het gaf veel bewustwording. Voorbeelden van mogelijke verduurzaming waren: in de nacht de computer centraal automatisch afsluiten, het tegengaan van medicijnverspilling of het enkel serveren van vegetarisch eten in het hele ziekenhuis (in navolging van het Radboudumc in Nijmegen). Het enthousiasme van

‘Verduurzamen van de zorg is per definitie interdisciplinair’

de deelnemers was zeer aanstekelijk. Met de gedeelde handvatten kunnen in elk ziekenhuis eerste stappen gezet worden.

### Zelf aan de slag?

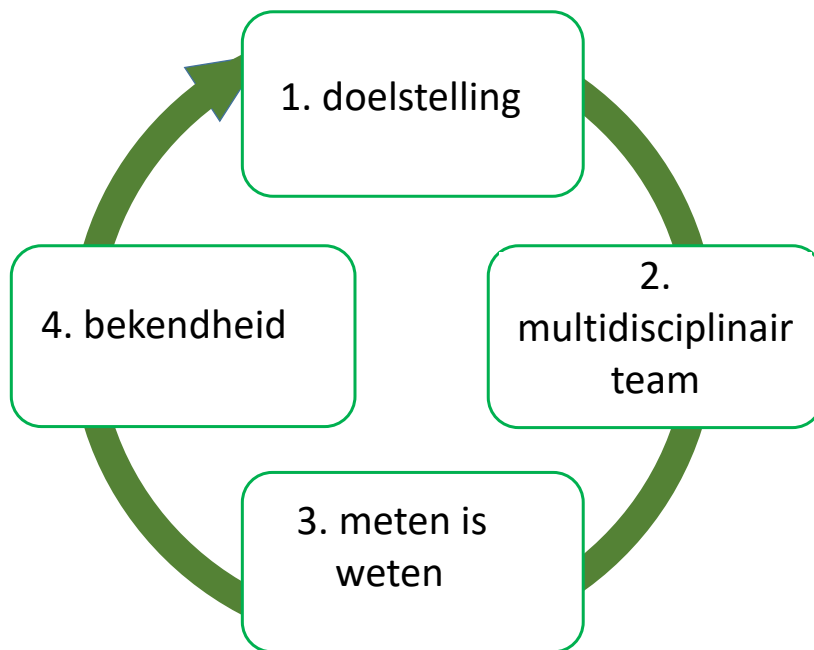
Belangrijk is om te beginnen met een concreet stappenplan. Stel allereerst een haalbaar doel; maak het niet te groot. Wie zijn je partners, wie heb je nodig binnen de organisatie om het succesvol te maken? Druk je doelen uit in maat en getal, waardoor het doel inzichtelijk en concreet wordt, bijvoorbeeld in kilo's CO<sub>2</sub>- of plasticreductie, met een financiële

## 'Kleine veranderingen in de zorg kunnen een groot verschil maken'

doorrekening. Creëer bekendheid en zet je verduurzaming in de wereld (zie figuur 1). Hiermee mobiliseer je de achterban en motiveer je de stakeholders.

Voor het opzetten van projecten kan het principe *reduce, reuse en recycle* gebruikt worden (zie figuur 2). Bedenk wel dat de meeste opbrengst eigenlijk altijd in *reduce* zit. Maar ook in hergebruik (*reuse*) zit een uitdaging: denk bijvoorbeeld aan eerder gebruikt instrumentarium. *Recycle* is toegepast op onze hartkatherisatiekamers: daar wordt nu een deel van het plastic verzameld, verwerkt en hergebruikt.

Kleine projecten kunnen soms een heel groot effect hebben en zijn vaak haalbaarder dan een groot doel. Zo zijn bij onze vakgroepvergaderingen en lunchbijeenkomsten de maaltijden nu altijd vegetarisch. Ons *green team* zet in op een volledig vegetarisch ziekenhuis en voert hierover gesprekken met de raad van bestuur. Verder zijn wij bezig met het minimaliseren van infectiepreventiemaatregelen. Dit is een uitdaging, maar in onze ogen noodzakelijk om een grote slag in verduurzamingen en vermindering van materiaalgebruik te bewerkstelligen. Sla de hiervoor de handen ineen en maak een interdisciplinair *green team*.



Figuur 1. Stappenplan voor het opzetten van een duurzaamheidsproject



Figuur 2: De R's van afvalmanagement

- Verminder de hoeveelheid die je weggooit.
- Hergebruik producten en materialen die anders weggegooid zouden worden.
- Recycle materialen die je niet langer nodig hebt en niet kunt hergebruiken zodat er nieuwe producten van gemaakt kunnen worden.

### Conclusie

Het moge duidelijk zijn: de tijd van stilzitten is voorbij. De zorg moet verduurzamen en de internist heeft hierin een belangrijke rol. Die kan ingevuld worden door in de opleiding ruimte te creëren voor aios voor het opzetten van duurzaamheidsprojecten, het inrichten van een DOO Duurzaamheid, het onderwerp te agenderen in de vakgroep en interdisciplinaire *green teams* op te zetten. Samen maken we het verschil!







# Duurzame inzetbaarheid van (toekomstig) internisten

TEKST: HELEEN DE WIT • BEELD: 123RF

**Duurzame inzetbaarheid van (toekomstig) medisch specialisten wordt steeds belangrijker. Velen ervaren nu al een hoge werkdruk, terwijl de zorgvraag blijft toenemen en de hoeveelheid zorgpersoneel niet verder stijgt. We moeten op een gezonde, veilige manier zorg kunnen blijven leveren. En dat is een opgave die vraagt om eigen regie, samenwerking, maatwerk en actie.**

In 2021 startte een landelijk bewustwordingsprogramma: gezond en veilig werken is de norm.<sup>1</sup> Het programma is een initiatief van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband (LAD) en de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Het biedt handreikingen om de werkomgeving zo in te richten dat elke specialist op een gezonde manier goede zorg kan leve-

ren. De NIV hield recent een werkconferentie over duurzame inzetbaarheid en gaf dit thema een belangrijke plaats binnen de strategische visie voor de komende jaren. Maar ook individueel kan de internist met duurzame inzetbaarheid aan de slag.

## **Wat is duurzame inzetbaarheid?**

Duurzame inzetbaarheid kunnen we definiëren als het vermogen om langdurig, gezond, gemotiveerd en

met plezier te kunnen werken, meebewegend met je levensfase.

Dat meebewegen met de levensfase vraagt een zekere mate van flexibiliteit van het werk. Die flexibiliteit is niet altijd vanzelfsprekend, maar vaak wel te creëren. Denk aan ouderschapsverlof of afbouw van nachtdiensten boven de 60 jaar: regelingen die voor veel specialisten beschikbaar zijn. Ook een verlof in de vorm van een sabbatical is vaak zelf te regelen. Daarnaast zijn er flexibele werkvormen mogelijk, zoals het doen van (telefonisch) spreekuur thuis. Zeggenschap over het eigen rooster en de werkzaamheden bepalen in belangrijke mate duurzame inzetbaarheid.

Als duurzame inzetbaarheid onder druk staat is het daarnaast essentieel om niet alleen te focussen op het individu, maar ook op het systeem. Vaak bestaat het idee dat vooral persoonlijke factoren bepalen of iemand uitvalt. Vervolgens wordt er een coach of psycholoog ingeschakeld. Hoewel coaching heel effectief kan zijn en het steeds meer wordt genormaliseerd en geïntegreerd in ons werk en binnen de opleiding, is dat onvoldoende. Als het systeem waarin iemand uitvalt buiten beschouwing blijft, dan zal iemand vroeg of laat opnieuw uitvallen. En dat systeem, dat zijn wij uiteindelijk zelf. Dat maken wij met elkaar.

### Loopbaanmonitor

Uit de Loopbaanmonitor Medisch Specialisten komen signalen naar voren dat duurzame inzetbaarheid van internisten onder druk staat.<sup>2</sup> Deze loopbaanmonitor is een groot-schalig tweejaarlijks onderzoek van de FMS, LAD en De Jonge Specialist (DJS) naar de loopbaanontwikkeling van (toekomstig) medisch specialisten. In 2022 werd deze voor het eerst uitgezet en ingevuld door 564 internisten en 312 aios.

Hieruit blijkt enerzijds dat 80% van de (toekomstig) internisten trots is op zijn/haar werk, anderzijds is 29% ontevreden over de werkdruk, en 34% is ontevreden over de werk-privé balans. Bijna een kwart (24%) is ontevreden over het rooster en 33% is ontevreden over de invloed

binnen de organisatie. Bijna de helft van de internisten (in opleiding) zou idealiter tussen de 36 en 40 uur per week werken, inclusief diensten en overuren; 70% geeft aan idealiter maximaal 40 uur per week te werken. In de praktijk werken internisten veel meer: 86% werkt meer dan 41 uur per week en 35% werkt meer dan 51 uur per week, waarvan de helft meer dan 56 uur per week.

### Voltijd en deeltijd

Structureel overuren maken bedreigt duurzame inzetbaarheid. Het bespreekbaar maken hiervan is vaak moeilijk binnen een werkcultuur waarin het maken van overuren de norm lijkt te zijn.<sup>5</sup> Een complicerende factor is dat er verschillende manieren bestaan om 1 fte te definiëren: wel of niet inclusief (compensatie voor) dienst; werktijd in uren of in dagdelen; wel of niet inclusief niet-patiëntgebonden taken als management, administratie, onderwijs, onderzoek en vergaderingen.<sup>5</sup> Het helpt om hierover binnen de vakgroep of organisatie een eenduidige definitie te hanteren en afspraken te maken: hoeveel werkuren zitten er in een dag, hoeveel tijd is er voor bijkomende taken, hoeveel compensatie is er na dienst en wat is de maximale dienstbelasting?

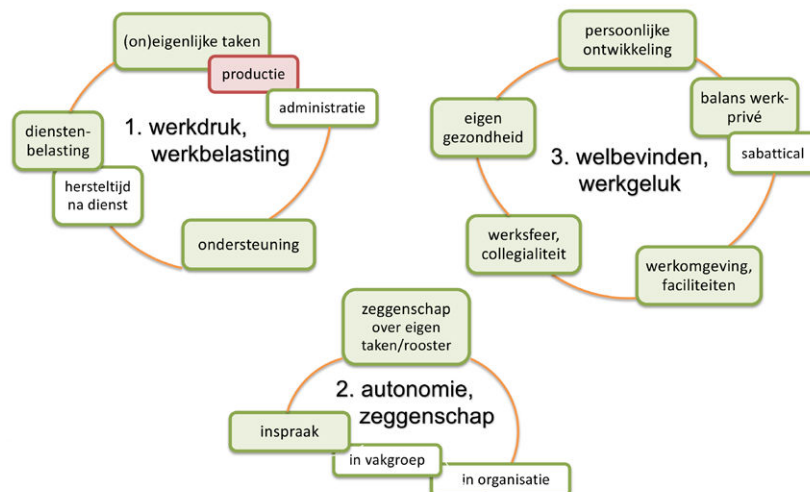
Deeltijdcontracten leveren een vakgroep erg veel op: zo is er veel meer flexibiliteit bij onverwachte uitval (je kunt immers niet méér dan 1 fte werken), de dienstbelasting neemt af

doordat er meer collega's zijn, er is meer flexibiliteit rondom vakantie en voor het voeren van levensfasebeleid (wat weer bijdraagt aan duurzame inzetbaarheid). En er is meer expertise in huis.

Tot slot rijst de vraag of de huidige tijd niet vraagt om een andere definitie van voltijd en deeltijd werken als specialist. Parttime werken betekent minder dan 32 uur volgens de definitie. Als internist in een ziekenhuis is dat door dienstbelasting moeilijk realiseerbaar. Bovendien maakt een medisch specialist die voltijd werkt (minimaal 45 uur per week exclusief dienst) veel meer werkuren dan mensen in veel andere sectoren of andere zorgberoepen. De meerderheid ambieert een arbeidsduur van 36-40 uur per week inclusief dienst. In een gemiddeld ziekenhuis betekent dat, uitgaande van een werkdag van 10 uur, dat er buiten de dienst 3 tot 3,5 dag in de week wordt gewerkt. Dat is goed mogelijk, maar op dit moment worden dergelijke contracten nauwelijks aangeboden.

### Pijlers van inzetbaarheid

Duurzame inzetbaarheid kent verschillende pijlers (zie figuur 1). Welke pijler het meest bepalend is, verschilt per persoon, en in het algemeen ook per generatie. Er zit 40 jaar tussen de jongste en de oudste werkende generatie. Dat verschillende generaties anders denken over duurzame inzetbaarheid is niet zo vreemd. Het levert ons veel op om hierover met elkaar in gesprek te gaan. Voor oudere generaties spelen administratielast en oneigenlijke taken vaak een grote rol in de werkdruk, terwijl jongere collega's in het algemeen de werk-privé balans belangrijker vinden. Zij leggen meer het accent op het privéleven naast werken in plaats van andersom.<sup>5</sup> In het zoeken naar manieren om duurzame inzetbaarheid te bevorderen moeten alle pijlers worden bekeken, met oog voor individuele verschillen en verschillen in de werkomgeving. Volgens de FMS en de LAD bestaat een gezonde en veilige werkomgeving voor een medisch specialist uit vier aspecten: formatie, roostering, productie en arbeidsomstandighe-



Figuur 1. Pijlers van duurzame inzetbaarheid.



## DUURZAME INZETBAARHEID: TIPS & TRICKS

- Vorm binnen je afdeling, vakgroep of ziekenhuis een werkgroep Duurzame inzetbaarheid om dit onderwerp op lokaal niveau verder uit te werken en actiepunten te formuleren. Dit geeft veel energie, bovendien zijn bijeenkomsten voor deze werkgroep altijd onder werktijd!
- Waarborg deeltijdcontracten binnen de vakgroep, voor meer flexibiliteit, meer expertise en minder dienst. Laat elke collega voor zichzelf nagaan: hoeveel *wil* ik werken, in plaats van hoeveel *moet* ik werken?
- Zorg voor levensfasebeleid. Een medisch specialist met kleine kinderen heeft immers andere behoeftes dan een medisch specialist die bijna met pensioen gaat. Denk hierbij ook aan een dakpanconstructie, waarin de oudere collega langzaam kan afbouwen terwijl de startende specialist werkzaamheden opbouwt.
- Vergroot je persoonlijke duurzame inzetbaarheid door starten van een intervisiegroep, het volgen van coaching, of door scholing (bijvoorbeeld de masterclass *De dokter en het werkgelek*).
- Als je minder uren wilt werken, laat dit dan vastleggen zodat er ook een extra collega aangesteld wordt voor het aantal fte dat vrijkomt. De LAD adviseert hierbij zo nodig graag.
- Bespreek voorkeuren binnen de vakgroep en geef collega's daar de ruimte voor. Dit kan alle collega's wat opleveren. Als een collega het bijvoorbeeld leuk vindt om een poli Chronische vermoeidheid op te zetten, dan hoeven anderen die patiëntengroep niet meer te zien.
- Kijk of het (poli)rooster flexibeler kan, bijvoorbeeld door ruimte te bieden voor thuiswerken. Het IZA streeft ernaar om in 2026 70% van de consulten die daarvoor geschikt zijn hybride of digitaal te laten plaatsvinden.<sup>6</sup> Dit biedt de zorgverlener kansen voor meer flexibiliteit.
- Sommige collega's zijn meer vatbaar voor uitval: denk hierbij aan alleenstaande ouders, collega's die een calamiteit of tuchtklacht hebben meegemaakt of collega's met een chronische ziekte. Zorg dat deze collega's in beeld zijn en dat er extra aandacht is voor hun duurzame inzetbaarheid.

den.<sup>1</sup> Zij leggen in het zoeken naar oplossingen vooralsnog de nadruk op het verlichten van de werkdruk, het verbeteren van werkroosters en op levensfasebeleid.

Productiedruk vormt de grootste bedreiging voor duurzame inzetbaarheid. Tegelijkertijd is het ook het grootste excuus voor het ontbreken van interventies om duurzame inzetbaarheid te vergroten. Er wordt gedacht dat zulke interventies ten koste gaan van de productie, maar onderzoek wijst uit dat het tegendeel waar is: burn-outprogramma's zijn juist erg kosteneffectief.<sup>4</sup>

### Werkconferentie

Op 12 december 2022 organiseerde de NIV de werkconferentie *Duurzame inzetbaarheid van de internist: nu en in de toekomst*. Ongeveer 60 internisten gingen in gesprek met Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit (internist-acute geneeskunde en vice-voorzitter van de Raad van Bestuur van het UMCG), Oscar Smeekens namens het JNIV-bestuur en Heleen de Wit, auteur van dit artikel. Enkele suggesties die geopperd werden: schrap onnodige administratie, ga gezamenlijk lunchen als vakgroep en focus op werkzaamheden die energie geven. De NIV verwerkt de input van deze avond nog verder. Ook zal een taskforce duurzame inzetbaarheid

worden opgericht, zodat *best practices* uitgewisseld kunnen worden.

### Toekomst

De afgelopen tien jaar is de zorg ingrijpend veranderd. Het ligt voor de hand dat door enorme vergrijzing en personeelstekorten de veranderingen de komende decennia nog veel ingrijpender zullen zijn. Het zorginfarct is voor velen al dagelijkse realiteit. Wellicht vormen wijzelf, en onze eigen duurzame inzetbaarheid in het veranderende zorglandschap nog wel de grootste uitdaging.

We kunnen duurzame inzetbaarheid niet los zien van andere actuele belangrijke thema's, zoals de toenemende druk op de zorg, het Integraal Zorgakkoord (IZA) en de werkloosheid onder startende specialisten. Niet voor niets staan in het rapport van de Taskforce Arbeidsproblematiek van de FMS vooral adviezen om zittende medisch specialisten duurzaam inzetbaar te houden. Bijvoorbeeld door gezond roosteren, loopbaanbeleid en het inleveren van fte.<sup>5</sup> De problematiek is complex en de oplossing daardoor niet eenvoudig. Het systeem waarin wij werken maken wij met elkaar. Om duurzame inzetbaarheid te bevorderen en te behouden moeten wij dus allereerst zelf in actie komen. Dat vergt omdenken: in plaats van je te schik-

ken naar een systeem dat niet bevorderlijk is voor duurzame inzetbaarheid, of te accepteren dat de werkdruk hoog is, betekent dit eigen regie in het veranderen van de werkomgeving en -cultuur. Laten wij hierin vooral samenwerken, want uiteindelijk moeten wij – zittende en toekomstige internisten, de (J) NIV én zorgbestuurders – er samen voor zorgen dat de internist in elke levensfase op een gezonde manier goede zorg kan leveren.

### Referenties

1. <https://demedischspecialist.nl/themas/thema/gezond-en-veilig-werken>
2. <https://loopbaanmonitormedischspecialisten.nl/resultaten/>
3. Handreiking FTE-model voor medisch specialisten. <https://demedischspecialist.nl/nieuwsoverzicht/nieuws/gepubliceerd-handreikingen-capaciteitsbegrotingsmodel-en-fte-model>
4. Shanafelt T, Goh J, Sinsky C. The Business Case for Investing in Physician Well-being. *JAMA Intern Med.* 2017 Dec 1;177(12):1826-1832
5. [https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-11/brief\\_rapport\\_arbeidsmarktproblematiek.pdf](https://demedischspecialist.nl/sites/default/files/2022-11/brief_rapport_arbeidsmarktproblematiek.pdf)
6. [www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg](http://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2022/09/16/integraal-zorgakkoord-samen-werken-aan-gezonde-zorg)



# 24/7 aanwezigheid van de internist op de SEH

TEKST: HANS ABLIJ EN ANITA SCHRANDER • BEELD: 123RF

Het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorgketen heeft als belangrijkste eis dat er 24/7 een ervaren arts fysiek aanwezig is op de SEH. Een terechte eis, maar dan moeten we wel vooraf definiëren wat we verstaan onder kwaliteit. Pas als dit duidelijk is kun je bepalen welke ervaring daarbij hoort. Want als je ‘ervaring’ definieert als minimaal 1 jaar ervaring in de acute zorg, zoals in het Kwaliteitskader wordt gesteld, dan heeft dat weinig met kwaliteit te maken. Wat verstaan we dus onder kwaliteit van de SEH-zorg en welk bezettingsmodel past daar het beste bij? Voor de interne geneeskunde in het Alrijne Ziekenhuis bleek er maar één mogelijkheid: de internist op de SEH.

Het Alrijne Ziekenhuis heeft een driejarige opleiding interne geneeskunde en een tweejarige vooropleiding voor andere specialismen. Het

totaal aantal presentaties op de SEH bedroeg in 2022 33.000, waarvan bijna 6.000 voor de interne geneeskunde. De SEH werd tot voor kort

24/7 bemenst door aios, maar vooral door onervaren anois, met de dienstdoende internist als supervisor. De internist was tot voor kort alleen op de SEH aanwezig bij drukte; in de weekenden werd en wordt er door de a(n)ios en de internist visite gelopen op de afdelingen. Verder was tijdens de avonden, nachten en de weekenden de internist niet in huis, maar bereikbaar en oproepbaar.

## Doorstroom op de SEH

De zorg op de SEH kun je grofweg onderverdelen in twee categorieën: (1) de acute opvang van de instabiele patiënt en (2) de SEH-zorg in de bredere zin, dus niet alleen medisch-inhoudelijk, maar ook organisatorisch; eigenlijk dus de rest. Het grootste probleem op het gebied van de kwaliteit van de SEH-zorg ligt niet zozeer binnen de eerste categorie. De aios, anios en de SEH-verpleegkundigen zijn namelijk goed geschoold en hebben voldoende ervaring om een patiënt ABCDE op te vangen. Daarnaast kan in veel ziekenhuizen een beroep gedaan worden op het SIT-team (Spoed Interventie Team), dat binnen enkele minuten met alle toeters en bellen bij de patiënt kan staan. Het aantal instabiele patiënten is bovendien maar een zeer klein percentage van de totale hoeveelheid patiënten die op de SEH belandt. De grootste uitdaging is daarom de doorstroom van de stabiele patiënten tijdens de piekuren (ca. 11.00-23.00 uur). Van een haperende doorstroom wordt immers iedereen ongelukkig, niet in de laatste plaats de patiënt.

De doorstroom op de SEH wordt bepaald door drie variabelen: de instroom, de ligtijd en de uitstroom. Op de uitstroom kan de dokter weinig tot geen invloed uitoefenen. Die wordt vooral bepaald door de capaciteit op de afdelingen en de mogelijkheden om een patiënt over te plaatsen naar een andere zorginstelling, of naar huis te ontslaan met bijvoorbeeld uitbreiding van thuiszorg. Op de eerste twee variabelen kan de dokter wel invloed uitoefenen. De instroom wordt onder andere bepaald door de kwaliteit van de triage aan de telefoon, waarbij er

bepaald moet worden of er sprake is van spoedvragende of spoedeisende zorg. Spoedvragende zorg is zorg die op korte termijn geleverd moet worden maar niet per se op een SEH hoeft plaats te vinden. Leidend hiervoor zijn de aard van de klachten en/of de zorgen bij patiënt of huisarts. Of de patiënt omgeleid kan worden naar een spoedpoli, diezelfde of de volgende dag, is afhankelijk van de kwaliteit van de triage. Er moet dus bij elk telefonisch SEH-consult met de huisarts bepaald worden of er sprake is van spoedvragende of spoedeisende zorg. Er kan aan beide kanten van de lijn nogal wat praktijkvariatie zijn in de triage. Het gevoel van urgentie en de laagdrempeligheid voor het insturen van de patiënt is invoelbaar, maar moet voor spoedvragende zorg toch zoveel mogelijk voorkomen zien te worden. De ligtijd van een patiënt op de SEH is van vele factoren afhankelijk: wachten op binnenkomende uitslagen van laboratorium of radiologie, wachten op een intercollegiaal consult, wachttijd tot transport naar de afdeling, wachttijd op de ambulance voor transport naar elders. Kortom: ligtijd is dus vooral wachttijd. Naast de bovengenoemde wachttijden die buiten onze invloedssfeer liggen, is er ook een wachttijd die bepaald wordt door het medisch handelen. Denk aan de directe beoordeling van de patiënt, de keuze van diagnostiek (intercollegiale consulten, echo, CT, specifiek bloed- en urineonderzoek enzovoort), het voorkómen van overdiagnostiek, de interpretatie van de diagnostiek met het klinisch beeld, en het uiteindelijke beleid (behandeling, opname, ontslag). We zien nu dat deze laatste wachttijd niet zelden te lang is en dat daar winst behaald kan worden door efficiënter medisch

‘Een a(n)ios met minimaal 1 jaar ervaring in de acute zorg; dat is **voor een dubbeltje op de eerste rij willen zitten**’

handelen. Directe supervisie bij de eerste beoordeling van de patiënt, tussensupervisie als de belangrijkste aanvullende onderzoeken bekend zijn en tot slot samen met de co-assistent, semi-arts, anios of aios het behandelplan maken. Het zal allemaal bijdragen aan een kortere ligduur. Bovendien zijn dit belangrijke opleidingsmomenten die zullen bijdragen aan de kennis, het klinisch redeneren en het werkplezier van de jonge (toekomstige) collega's.

#### Mogelijkheden voor 24/7-bezetting

Er zijn meerdere bezettingsmodellen mogelijk om te voldoen aan de minimale ervaringseis. De goedkoopste oplossing is het inzetten van aios of anios met minimaal 1 jaar ervaring in de acute zorg. Dat is voor een dubbeltje op de eerste rij willen zitten. De facto zou er dan niks veranderen; een status quo die tot geen enkele kwaliteitsverbetering zou leiden.

Een tweede oplossing is de bemensing met SEH-artsen. Deze discussie was al enkele jaren eerder binnen onze medische staf gevoerd. Voor dit plan was geen steun vanuit de grote poortspecialismen. Deze stellingname hield impliciet wel in dat de oplossing moest komen vanuit de

medisch staf zelf. Daarbij waren er ook meerdere mogelijkheden: vrijgevestigd of in loondienst, een poule van verschillende vakgroepen of één bepaalde vakgroep.

#### De vakgroep interne geneeskunde op de SEH

Na een langdurig proces van afwegingen en het verkennen van de verschillende mogelijkheden, heeft de raad van bestuur van het Alrijne ziekenhuis uiteindelijk besloten om te kiezen voor het model dat de vakgroep interne geneeskunde had ingediend. Dit plan hield in dat er 3,2 fte uitbreiding nodig was voor een 24/7 SEH-bezetting door de internist, waarbij de vakgroep ook de gewenste SEH-regierol op zich zou nemen. Na afronding van de financiële onderhandelingen tussen de raad van bestuur en de vakgroep interne geneeskunde/MSB-bestuur zijn er vijf nieuwe vakgroepleden aangetrokken die allen affiniteit hebben met de acute geneeskunde (een hematoloog, een endocrinoloog, een nefroloog en twee acute internisten). De werving van de nieuwe collega's verliep soepel en per 1 december 2022 is het nieuwe rooster ingegaan. Elk vakgroeplid heeft de ALS-cursus afgerond en wordt ingeroosterd voor de diensten. Daardoor wordt de dienstbelasting niet als zwaar ervaren, temeer ook omdat er een goede compensatieregeling met vrijaf vóór en ná de dienst. Sindsdien heeft de internist een vaste plek op de SEH en de internist die de regierol heeft is op de achtergrond aanwezig als aanspreekpunt bij logistieke en organisatorische problemen. Voor de verpleging op de SEH betekent dit dat er altijd voor vakgroepoverstijgende

‘We merken nu al dat het model de teamspirit op de SEH **positief heeft beïnvloed**’



problemen een internist direct aanspreekbaar is. Dit zorgt ervoor dat de SEH-verpleging zich gesteund voelt, en minder het idee heeft als enige de continue factor te zijn op de SEH. Er is structureel en frequent overleg met de verpleegkundigen. Ook het onderwijs en scenariotrainning krijgt meer nadruk, voor zowel verpleegkundigen als artsen. Daarnaast is er

voldoende tijd gereserveerd voor de regie-internist om patiënten met een spoedvraag te zien.

### De toekomst

De afspraak is dat na twee jaar besloten wordt of het internistenmodel bestendig is en aan de gewenste kwaliteitseisen voldoet. Tijdens deze twee jaar zal gemonitord en

waar nodig bijgestuurd worden. De vakgroep heeft er alle vertrouwen in dat na twee jaar besloten zal worden dat het model structureel zal worden ingevoerd. SEH zorg doen we samen en we merken nu al dat het model de teamspirit op de SEH positief heeft beïnvloed. We zijn niet van adel, maar we hebben wel verplichtingen. ■

## KWALITEITSKADER SPOEDZORG

Het kwaliteitskader Spoedzorgketen is een landelijk kader voor de samenwerking tussen ketenpartners. Het beschrijft de minimale vereisten voor de (regionale) organisatie van de spoedzorg. Het Kwaliteitskader beschrijft hoe partijen in de zorg met elkaar samenwerken om iedere patiënt met een acute zorgvraag 24/7 zorg van goede kwaliteit te bieden.

Dit kwaliteitskader bevat twee normen die impact kunnen hebben op het werk van de internist:

1. Op elke spoedeisende hulp (SEH) is tijdens openingstijden ten minste 1 arts aanwezig met minimaal 1 jaar klinische ervaring, waarvan minimaal een half jaar ervaring in een poortspecialisme of bij anesthesiologie of op de intensive care.

2. Als bij beoordeling op de SEH blijkt dat er sprake is van specialistische geriatrie problematiek, kan de dienstdoende arts indien nodig een beroep doen op een klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde. Deze klinisch geriater of internist ouderengeneeskunde is 24/7 bereikbaar voor telefonische consultatie en 24/7 beschikbaar om de patiënt te zien voor het nemen van belangrijke beslissingen in de diagnostiek of behandeling. De beschikbaarheid kan ook regionaal worden georganiseerd.

Voor beide normen was de realisatiedatum 1 juli 2022.

Bron: [www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader](http://www.zorginzicht.nl/kwaliteitsinstrumenten/spoedzorgketen-kwaliteitskader)

## Cartoon

DR Punthoofd... zit er nog niet lekker in



M VAN DELFT

De druk op de acute zorg is hoog. Om de continuïteit en kwaliteit van zorg te waarborgen is actie nodig om zowel de instroom, doorstroom als uitstroom in de acute zorgketen in goede banen te leiden. De internist, als generalist en subspecialist, is nu al betrokken bij de meeste patiënten met een of meerdere chronische aandoeningen en beschikt dus over de expertise om hieraan een bijdrage te leveren. De NIV heeft daarom een visiedocument acute zorg opgesteld.

Scan de QR-code voor het complete visiedocument en lees in het kader alvast wat de NIV nodig acht vanuit de Interne Geneeskunde om de zorg in de acute keten optimaal te organiseren.



Het visiedocument is op 6 februari 2023 besproken tijdens een vergadering met het netwerk vakgroepvertegenwoordigers Interne Geneeskunde. Tijdens deze bijeenkomst waren 46 vakgroepen vertegenwoordigd. Iedereen ziet het belang van de rol van de internist in de acute keten. Naast de positieve reacties op de visie is uitgesproken dat het voor sommige ziekenhuizen een uitdaging is om tot implementatie te komen. Wilt u in overleg treden over de visie of met de NIV afstemmen, dan kan dat altijd. Stuur uw vraag naar de NIV-werkgroep Spoedzorg via: [info@internisten.nl](mailto:info@internisten.nl).

\* lees voor 'de internist' zowel het individuele staflid als de bekwaamverklarde aios.

## WAT IS ER NODIG VANUIT DE INTERNE GENEESKUNDE?

Om de zorg in de acute keten optimaal te organiseren en de toenemende zorgvraag het hoofd te bieden, acht de Nederlandse Internisten Vereniging het volgende noodzakelijk:

1. De internist is inhoudelijk betrokken:
  - Verwezen patiënten voor de interne geneeskunde op de SEH worden beoordeeld door de internist\*.
  - T.a.v. niet-verwezen patiënten die getrieerd worden voor de interne geneeskunde is de internist beschikbaar voor beoordeling.
  - De internist is 24/7 beschikbaar voor overleg met collega's.
  - De internist moet buiten de reguliere uren binnen 30 minuten aanwezig kunnen zijn in het ziekenhuis (bestaande norm).
  - Tijdens piekuren is de internist fysiek aanwezig op de SEH.
  - De internist draagt zorg voor scholing binnen de acute zorg voor andere zorgprofessionals.
  - De internist is het aanspreekpunt voor de huisartsen aanzien van acute zorgvragen voor internistische problematiek.
2. De internist is organisatorisch betrokken:
  - Een internist maakt deel uit van het MT van de SEH en AOA.
  - Internisten dragen zorg voor poliklinische spoedplekken.
  - Internisten dragen zorg voor acute zorg in de gehele keten door onder meer:
    - o Het bouwen van netwerken voor multimorbide of chronische patiënten.
    - o Het identificeren en aanpakken van knelpunten in de acute zorgketen.

## Wondvocht

TEKST: BORIS KANEN • BEELD: 123RF

### De geboorte van een dag ('woke')

*De schreeuw van de wekker  
was zó onverwachts schrill,  
dat zijn ziel, ondersteboven,  
plots z'n lijf weer inviel.*

*Poog dan maar 's in 't leven  
je goed te plooiën  
Een ware droom, die raakt  
in 't bewuste verloren.*

*'D'r geboorte was niet anders'  
knipoogt de stralende dag,  
tijdens de wisseling van de wacht,  
naar de tanende nacht.*

*Die daardoor toch doordacht  
over de boodschap van de woorden  
die dit plotse ontwaken  
hen zojuist had gebracht.*



# The Nocturnal Brain

De geheime wereld van de slaap

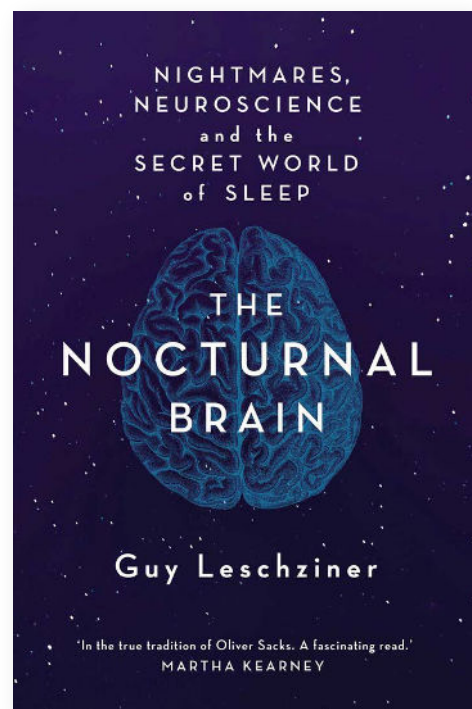
TEKST: DARIUS SOONAWALA

Zoals Oliver Sacks een inkijk geeft in de werking van het zenuwstelsel met de wonderlijke casussen die hij in zijn boeken beschrijft, zo wekt de neuroloog Guy Leschziner hetzelfde gevoel van verwondering op als hij schrijft over zijn patiënten met slaapstoornissen. Hij brengt met empathie de casussen tot leven. Door zijn kraakheldere uitleg begin je te begrijpen hoe het kan dat een vrouw in haar slaap de deur uitgaat en een ommetje op de motor maakt of hoe een man al slapend een strafbaar feit kan plegen. *The Nocturnal Brain* is een reis door de neurofysiologie en pathofysiologie van het slapen aan de hand van verhalen uit de praktijk.

Slaap beslaat een groot deel van het leven en is van grote invloed op vrijwel alle aspecten van gezondheid. Slaapstoornissen spelen een rol bij de problemen van onze patiënten. Zo hebben we vaak te maken met mensen die last hebben van slapeloosheid. En een slaapstoornis heeft een negatieve invloed op de kwaliteit van leven van mensen met een chronische ziekte, zoals nierfalen. Ook kan een slaapstoornis een oorzaak zijn van chronische vermoeidheid, een voorbode van de ziekte van Parkinson of een oorzaak van syncope. Daarom is het als internist nuttig en interessant om meer te weten over dit, binnen de gezondheidszorg, onderbelichte aspect.

## Casusgebonden leren

Vraag een internist in opleiding naar de voorkeursmethode om kennis eigen te maken en tien tegen één dat het antwoord luidt: casusgebonden leren. Dat kan met dit boek. De verhalen van de patiënten blijven je bij en de uitleg over de onderliggende oorzaken is helder. Ik zou durven stellen dat je na het lezen van dit boek, tijdens een consult waarin de hulpvraag vermoeidheid is, beter in staat zult zijn om de dimensie slaap uit te vragen en slaapstoornissen te herkennen; niet alleen veelvoorkomende stoornissen, zoals slaap-apnoe en rustelozebenen-syndroom (RBS), maar ook zeldzamere stoornissen, die



zich presenteren met veelvoorkomende klachten als vermoeidheid, slaperigheid of nachtelijke onrust.

## Stoornissen in de non-REM-slaap

Als een dolfijn slaapt, is steeds slechts één hersenhelft in slaapstand, zodat het dier altijd naar de oppervlakte kan komen om adem te halen. In het menselijk brein is slaap ook veelal een plaatselijk verschijnsel. De gebieden die motoriek of emoties reguleren kunnen wakker zijn, terwijl gebieden waar rationeel denken uit voortkomt en waar het geheugen wordt gevormd, in slaap zijn. Daardoor kan iemand gedurende de diepe fase van slaap slaapwandelen of praten, of in een extreem geval het huis uitlopen en een ritje maken op de motor. Mensen die hier last van hebben, hebben een predispositie om deels, maar niet geheel te ontwaken uit de diepe slaap. Omdat het geheugen wel in slaap is, hebben ze geen herinnering aan hun nachtelijke escapades. Slaapwandelen treedt op tijdens de

diepe slaap (de non-REM-slaap) en niet in de fase waarin men droomt, de *rapid eye movement* (REM)-slaap. Daarom wordt slaapwandelen gecategoriseerd als een *non-REM parasomnia*. Tijdens de diepe slaap heeft een mens geen verhalende, filmische dromen, maar kunnen er wel beelden en emoties opborrelen. Een non-REM-*parasomnia*, die gepaard gaat met sterke emoties kan daarom leiden tot nachtelijke angst en paniek.

In het boek wordt de casus van een jongeman beschreven, die regelmatig in de nacht zijn huisgenoten wakker schreeuwt of uit bed sleurt vanwege een gevaar dat hij in zijn slaap waarneemt. Dit soort extreme uitingen zijn zeldzaam. Praten of sporadisch slaapwandelen tijdens de non-REM-slaap komt vaker voor, vooral bij kinderen. RBS is een andere stoornis die meestal tijdens de non-REM-slaapfase optreedt. De sensatie en beweging houdt mensen uit de diepe slaap. Het kan zich, behalve in de benen, ook voordoen in andere ledematen of zelfs in de romp.

### Stoornissen in de REM-slaap

Stoornissen tijdens de REM-slaap noemen we *REM-parasomnia*. Een voorbeeld hiervan is *REM-sleep behavioral disorder* (RBD). Leschziner beschrijft het geval van een man op leeftijd, die in de nacht zijn dromen uitbeeldt en daarbij vaak angstig is en wild om zich heen slaat en schopt. Zodoende heeft hij meerdere malen zijn partner pijn gedaan en kunnen ze niet meer een bed delen. De man blijkt RBD te hebben. Anders dan bij slaapwandelen is iemand met RBD in REM-slaap. De ogen zijn gesloten en de persoon is aan het dromen. Het probleem bij RBD is dat de remming van de motoriek en spraak, die normaal optreedt gedurende de REM-slaap, niet goed functioneert. Daardoor worden de dromen fysiek en verbaal uitgebeeld. RBD kan een voorbode zijn van een neurodegeneratieve ziekte, zoals de ziekte van Parkinson.

Een vorm van REM-*parasomnia* die vaak voorkomt is slaaparalyse. Het is voor de meeste mensen een beangstigende ervaring. Je bent wakker, maar droomt, oftewel hallucineert en merkt dat je niet kan spreken of bewegen. Wat er gebeurt is dat de elementen van REM-slaap (dromen en paralyse), al in werking treden terwijl je nog wakker bent. Bij bewustzijn begin je te dromen en betreed je dus een vreemde wereld. Maar het is een wereld waarin je niet kan spreken of bewegen. Veel mensen ervaren dit als het gevoel dat ze door iets of iemand worden vastgepind op het bed. Niet zelden zoekt men naar een spirituele verklaring voor de gewaarwording.

### Narcolepsie

Een andere slaapstoornis waarin de REM-slaap een rol speelt, is narcolepsie. Dit is een zeldzame en complexe aandoening. Slaperigheid overdag is het meest op de voorgrond staande symptoom van narcolepsie. Daarnaast komen aanvallen van onbedwingbare slaap voor. Het opvallendste symptoom is kataplexie, het abrupte verlies van de spiertonus. Een aanval van kataplexie wordt meestal uitgelokt door een emotionele stimulus. De episodes worden niet altijd herkend en soms afgedaan als onbegrepen syncope. Sterk vereenvoudigd gebeurt bij

## ‘Slapeloosheid ontstaat door conditionering’

narcolepsie het volgende: iemand schiet snel in en uit de fase van REM-slaap. Zodoende kan de spiertonus plots en kortdurend wegvallen, zoals tijdens de REM-slaap, en kan iemand overvallen worden door slaap. Net als bij mensen met slaaparalyse komen zogenaamde hypnagoge hallucinaties voor; levensechte en vaak angstige dromen.

### De circadiane klok

De werking van de circadiane klok wordt beschreven aan de hand van de zeldzame casus van een jongen wiens circadiane ritme 25 uur beslaat in plaats van de gebruikelijke 24,2 uur. Daardoor leeft hij uit-fase met de wereld om hem heen. Hij slaapt gedurende grote delen van de maand een gat in de dag en is dan in de nacht actief. Dit leidt tot problemen met school en sociale contacten. De invloed van daglicht en andere externe factoren op de circadiane klok komt in het boek aan bod.

### Veelvoorkomende slaapstoornissen

De auteur besteedt ook aandacht aan veelvoorkomende slaapstoornissen, zoals slaap-apnoe en slapeloosheid. Aan de hand van het verhaal van een vrouw wordt beschreven hoe slapeloosheid ontstaat door conditionering en hoe slapeloosheid voor veel mensen een selffulfilling prophecy wordt. De angst om niet te kunnen slapen zorgt ervoor dat, bij het naar bed gaan, de hersenen geactiveerd worden en er een staat van verhoogde waakzaamheid ontstaat. Zodoende wordt de angst om niet te kunnen slapen bewaarheid. De vicieuze cirkel is te doorbreken met cognitieve gedragstherapie.

### Kortom

Een lezenswaardig, informatief en goed geschreven boek dat tot de verbeelding spreekt. ■

Waardering:  (5/5)

# Yvo Smulders



## Wat is je essentie-index?

Laatst zat ik knus met drie andere hoogleraren bijeen. Vier machtige, geheel gearriveerde mannen. Wat precies de aanleiding was weet ik niet meer, maar ten bewijze van ijver en succes haalde een van hen zijn Hirsch(H)-index tevoorschijn. Die H-index, moet je weten, is een koddig sommetje met hoeveel publicaties je hebt en hoe vaak andere publicaties daarnaar verwijzen. Geamuseerd hoorde ik het aan en dacht: nu kunnen we een niet al te serieus gesprekje opzetten over de merkwaardige rol van de H-index als indicator van persoonlijk succes. Maar niks daarvan: prompt trokken de twee andere professor hún H-index uit de broek. Ze ontliepen elkaar weinig, zo bleek, maar uiteraard was er wel een winnaar en dus... twee verliezers. Ik kon niet meedoen, ik ken mijn H-index niet.

Diezelfde vrijdagavond had ik met een ander gezelschap van dokters een nieuwjaarsborrel. Een van de collega's vertrok en had een opvallend lang voorwerp in zijn plastic tas. 'Wat is dat?', vroeg ik onbeschaamd. Hij hield de tas open en ik zag een vlieger en een paar sokken. 'Vandaag gekregen van een nabestaande van een patiënte die ik op de polikliniek begeleid heb bij haar ongeneeslijke ziekte', zei hij. Hij had de vrouw in haar laatste levensweken niet meer kunnen zien, maar in de laatste dagen had zij haar man geïnstrueerd een vlieger en een paar sokken te kopen voor haar prachtige dokter. Nu is een column geen doktersroman, maar zijn ogen werden vochtig en ik voelde een brok in mijn keel.

Veel dokters jagen het verkeerde succes na. In de academie is dat de H-index, die ervoor zorgt dat men allerlei malle fratsen uithaalt om maar meer stukjes op het CV te krijgen. Blij patiënten en gefascineerde studenten zijn mooi, maar tellen niet. Het najagen van deze succesindicator is overigens hoofdzakelijk een Y-gebonden aandoening, is mijn indruk. Dat is ook een van de redenen dat ik graag meer vrouwen in de academische top zou zien; 'Wie heeft de grootste?' is toch vooral een mannenspel.

Naarmate ik ouder word snap ik meer en meer dat een mens alleen gelukkig wordt van dingen die er echt toe doen. Stel jezelf dus de vraag: wat is mijn essentie(E)-index? Bedenk waarom je dit vak ooit in wilde of, als je dat vergeten bent, waartoe je eigenlijk op aarde bent. Ik weet zeker dat mijn collega zich bij het oplaten van zijn vlieger dat weekend gelukkiger heeft gevoeld dan zij die hun CV van de laatste update konden voorzien. Het is het verkeerde succes. Wind mee is wind tegen als je eigenlijk de andere kant op moet.