

# INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3  
JAARGANG 14  
SEPTEMBER 2023

Magazine voor de internist

## Podcast De Grote Visite

Een kijkje achter de  
schermen

# DE GROTE VISITE



**Discriminatie**  
Persoonlijke verhalen

**Passende zorg**  
Zorg met meerwaarde

**Voedingstherapie**  
Essentieel op de IC

**Reanimatievraag**  
Regels en ethiek



## DE GROTE VISITE

6

Een kijkje achter de schermen bij de NIV-podcast



### Discriminatie

Persoonlijke verhalen van artsen

9



### Voedingstherapie

Essentieel op de IC

16



### De opleider

Henk Sluiter over zijn visie

24

## Passende zorg

12

## Herziening kwaliteitsvisiting

18

## De reanimatievraag

20

## De internist in balans

26

## Opleidingsprijs 2023

28

## NIV kennistoets

29

## RUBRIEKEN

### Cartoon

14

### Vakgroep stelt zich voor

15/23

### Wondvocht

28

### Column Yvo Smulders

30

De vrijdagmiddagmail





# #Ren tegen kanker



Waar ren jij mee?  
Ga naar [rentegenkanker.nl](https://rentegenkanker.nl)

## BREDE DE BASIS



MIS HET NIET, SCHRIJF U NU IN VIA  
[WWW.DEBREDEBASIS.NL](https://WWW.DEBREDEBASIS.NL)

### PALLIATIEVE ZORG

Woensdag 8 november, 19:30 - 21:00 uur

### KLINISCHE FARMACOLOGIE

Woensdag 20 december, 19:30 - 21:00 uur

### ONCOLOGIE

Woensdag 24 januari, 19:30 - 21:00 uur



**niv** nederlandse  
internisten vereniging



## Passende zorg voor de internist?

We staan met elkaar voor grote uitdagingen in de zorg. Enerzijds kunnen we steeds meer terwijl anderzijds de beschikbare middelen en personeel de komende jaren alsmaar schaarser worden. Daardoor komt de kwaliteit van zorg steeds verder onder druk te staan. Om deze uitdagingen aan te kunnen, wordt in het Integraal Zorg Akkoord sterk ingezet op passende zorg; zorg met een bewezen meerwaarde tegen een redelijke prijs.

In een helder artikel in dit blad legt Sjoerd Repping, hoogleraar Zinnige Zorg en voorzitter van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) op pag 12-14 uit wat dit betekent voor de internist, welke rol de komende jaren van ons wordt verwacht en de taak die we hebben in de keuze om een aantal dingen niet meer te doen.

Passende zorg bestaat voor mij ook uit zorg waarin aandacht is voor de duurzame inzetbaarheid van internisten; zodat de verschillende generaties internisten in staat blijven de zorg te leveren die zo hard nodig is. Het omvat ook zorg voor een veilige cultuur, waarin diversiteit wordt gezien als verrijking. Om die reden zijn dit belangrijke speerpunten in de nieuwe strategische visie van de NIV (<https://visie.internisten.nl/strategische-visie/internist-als-basis-voor-gezonde-zorg>). Het tegengaan van onnodige of onzinnige administratielast en het inzetten op professionele autonomie en flexibiliteit zijn belangrijke manieren om de gestelde doelen te bereiken.

In dit magazine staan een aantal mooie voorbeelden. Bij duurzame inzetbaarheid denk ik aan werkplezier. Of zoals emeritus opleider Henk Sluiter mooi aangeeft op pagina 24-25, oprechte bezieling is belangrijk. Mooi om dergelijk enthousiasme en trots ook te zien vanuit Medisch Spectrum Twente en het Admiraal de Ruiter Ziekenhuis in de nieuwe rubriek "Vakgroep stelt zich voor" (pag. 15&23). Voor werkplezier zijn naast inhoudelijke uitdagingen ook een aantal randvoorwaarden belangrijk. Zoals een balans tussen administratieve en overige taken. Op basis van signalen dat de visitaties veel administratieve tijd kosten is een NIV-projectgroep gestart met het ontwikkelen van een nieuwe visitatiesystematiek. Het model dat ontwikkeld is heeft als belangrijk uitgangspunt dat het minder toetsend is en legt de nadruk op het leren van elkaar met wederzijds vertrouwen (pag. 18-19). Mooi om te zien dat deze nieuwe systematiek naast een forse vermindering in administratielast leidt tot veel belangstelling bij andere organisaties. Binnen bestaande regels is vaak veel meer mogelijk dan wij in de praktijk denken. Ook het artikel over de reanimatievraag is hier een mooi voorbeeld van (pag. 20-22).

*Kracht in diversiteit* is het motto van de NIV. Dat heeft zowel betrekking op de diversiteit van de interne geneeskunde met al haar subspecialismen, als op diversiteit tussen ons als personen. Vanuit verschillen in achtergrond, in aandachtsgebied en in generatie voegt iedereen iets unieks toe aan het geheel (pag. 9-11). Maar voor een duurzame inzetbaarheid van alle generaties is het vervolgens belangrijk dat we ook hier aandacht hebben voor de diversiteit aan behoeften (pag. 26-27) en hier flexibel mee omgaan. Precies zoals alle drie de opleiders die genomineerd werden voor de Opleidingsprijs 2023 doen in hun dagelijks werk (pag. 28).

*Robin Peeters*  
Voorzitter NIV

### COLOFON

Interne Geneeskunde,  
magazine voor de internist  
14e jaargang, nummer 3, september 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

Patrick van Beek

#### Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2023

Website NIV: [www.internisten.nl](http://www.internisten.nl)



# De Grote Visite

Een kijkje achter de schermen bij de NIV-podcast

TEKST: PAULA VAN EERDE • BEELD: PATRICK VAN BEEK

**Annika Berends en Anna Verhulst maken de podcast De Grote Visite. Annika (internist-nefroloog bij het UMCG) en Anna (fellow acute interne geneeskunde bij het Amsterdam UMC), vertellen over de dubbele lading van de naam, gasten die (te) lang of (te) kort praten en handgebaren voor een soepele opname.**

*Waarom zijn jullie begonnen met deze podcast?*

**Anna:** 'Alweer bijna twee jaar geleden kwam ik op het idee van een

NIV-podcast. Ik vind een podcast een fijne, laagdrempelige manier om kennis tot je te nemen en daarnaast leek het me een mooie manier om als internisten met elkaar in contact te

blijven. Toevallig was er vanuit de NIV op dat moment behoefte aan nieuwe manieren om kennis over te dragen. Het opzetten van een podcast vóór en dóór internisten paste daar uitstekend bij. Inmiddels hebben we drie seizoenen opgenomen en zijn we al druk bezig met de voorbereidingen voor seizoen vier.'

**Annika:** 'Gesproken taal is heel eerlijk. Je hebt er geen beeld bij. Het is



daardoor een mooi medium om een verhaal over te brengen. Het is tegelijkertijd ook een innovatieve manier voor flexibele informatieoverdracht. Je kunt er de afstand tussen a(n) ios en internisten mee verkleinen, grensvlakken opzoeken en die dingen bespreekbaar maken waarover we onszelf altijd al verwonderden. Zelf ben ik altijd intrinsiek geïnteresseerd in het verhaal van de ander en zit nooit om een praatje verlegen. Ik heb een brede interesse en hou wel van een uitdaging. Daarnaast beleef ik er ook veel plezier aan om dingen op een begrijpelijke en aansprekende manier over te kunnen brengen aan een groep mensen. Het is een voorrecht om op deze manier daar aan te mogen bijdragen.'

#### **Hoe komen jullie aan de naam De Grote Visite?**

**Anna:** 'Het idee erachter is: op welk moment kom je nou als supervisor en arts-assistent samen en is er aandacht voor verdieping? Dat is bij de grote visite.'

**Annika:** 'Ik vind zelf daarnaast de dubbele lading heel grappig. De grote visite is binnen de medische wereld een begrip op zichzelf, maar visite is natuurlijk ook het bij elkaar op bezoek gaan en met elkaar in gesprek gaan.'

#### **Hadden jullie al ervaring met podcasts maken?**

**Anna:** 'Ik heb wel een andere podcast (De Zorg Laten Werken) die ik maak met een goede vriend van mij. Daarvan had ik net een paar afleveringen achter de rug voordat ik

begon met De Grote Visite. Het moet een beetje in je natuur zitten, je moet niet te terughoudend zijn. Dan kom je denk ik een heel eind.'

**Annika:** 'Ik niet, maar het leert snel. Het gaat erom dat je met elkaar gewoon een leuk en natuurlijk gesprek hebt. Uiteraard helpt het daarbij als je makkelijk praat. Zo heb ik bijvoorbeeld geen moeite met de microfoon en durf ik in menigten te spreken en (kritische) vragen te stellen. Het is vooral belangrijk dat je jezelf bent. Als je ontspannen bent, dan straalt dat uit, ook via enkel een microfoon. De fantastische ondersteuning van MedOnline helpt daarbij natuurlijk ook!'

#### **Hoe gaat het opnemen van een podcastaflevering in zijn werk?**

**Anna:** 'Voor elke aflevering is er een host en een co-host. De host bereidt de podcast voor, neemt inhoudelijk contact op met de gast en houdt de gesprekslijn in de gaten. De co-host is de sidekick die af en toe ook een vraag stelt. Dat geeft een fijne interactie. Als er een stilte valt of als je een keer vastloopt, kan iemand anders tussendoor komen. En wat scheelt bij podcasts is dat de luisteraars je niet zien; je kunt dus geba-

ren met elkaar afspreken voor bijvoorbeeld het stellen van een vraag.'

#### **Zijn er valkuilen bij het maken van een podcast?**

**Annika:** 'Het blijft altijd opletten dat je als host niet té enthousiast wordt. Daarin ligt het gevaar dat je te veel zelf aan het zenden bent. Het moet niet een eenzijdig verhaal worden van de gast of van de host. Het is belangrijk daarin de goede dynamiek te vinden.'

**Anna:** 'Daarnaast heb je verschillende soorten gasten. De één praat heel makkelijk en dwaalt nog wel eens af, de ander is wat korter van stof, dan moet je juist wat meer vragen stellen. Het is soms een uitdaging om mee te bewegen met de gasten, maar er ook voor te zorgen dat het prettig is om naar te luisteren en binnen het format valt.'

#### **Hoe weet je of een aflevering aanslaat?**

**Anna:** 'We hebben uiteraard de luistercijfers. Dit zegt wel iets. Het maakt ook uit hoe bekend iemand is binnen internistisch Nederland. Voor mij is een podcast geslaagd als je een spontaan gesprek hebt, waar-



**De podcastcommissie. Boven: Anna Verhulst, Louise van Galen, Maria Sleddering, Dorith Claushuis, Dirk-Jan Mons. Onder: Lara Hessels, Annika Berends, Bas Blok**



bij de gast zich op zijn of haar gemak voelt.'

**Annika:** 'Luistercijfers zijn overigens ook maar een momentopname; ze zeggen niets over afleveringen die later nog worden beluisterd. En het ene onderwerp zal wellicht ook meer aanspreken bij een grotere groep dan een ander, maar dat maakt de aflevering zelf natuurlijk niet minder waardevol. Je kunt dit platform juist ook zien als een prachtig naslagwerk; een soort collectieve bibliotheek.'

#### **Wat is jullie favoriete podcast van De Grote Visite?**

**Anna:** 'De aflevering met de dokters Vonk. Sanne Vonk is aios interne geneeskunde, haar vader is psychiater. We spraken met ze over lithium: internisten en psychiaters kijken hier anders naar. Internisten zijn vooral van mening dat lithium niet goed is voor je nieren, terwijl het vanuit psychiatrisch oogpunt een mooi middel is om lijdensdruk te verlichten bij mensen met een bipolaire stoornis. Ik vind dat een leuke aflevering omdat het verschillende perspectieven waren en ook nog eens een vader en een dochter.'

**Annika:** 'Ik vind het wel een gevaarlijke vraag, want eigenlijk wil ik zeg-

gen, luister ze allemaal. De kracht van deze podcast is dat het zo'n mooie afwisseling is van medisch-technische, maatschappelijk relevante en wat meer discipline-overstijgende thema's. Ze hebben allemaal iets leuks!'

#### **Hoe zien jullie de toekomst van De Grote Visite?**

**Anna:** 'Het zou mooi zijn als het een begrip wordt: podcast De Grote Visite. We hebben natuurlijk al twee keer op de Internistendagen gestaan, dus het wordt al herkenbaar. Ik hoop dat het een platform wordt waar mensen meteen aan denken als ze een leuk onderwerp hebben. Een laagdrempelig middel om op de hoogte te blijven van internistisch Nederland. En dat het mensen binnen de vereniging bindt.'

**Annika:** 'Ja, een vast (nieuws)kanaal waar we makkelijk en laagdrempelig actualiteiten en relevante zaken met elkaar kunnen delen. En waar iedereen ook nog eens graag naar luistert. Zeker in de huidige tijd waarin iedereen al zoveel moet en er veel op iedereen afkomt, is deze manier van informatie delen eigenlijk heel innovatief, duurzaam en minder statisch. Een podcast is makkelijk en toe-

gankelijk voor iedereen, je kunt het beluisteren waar en wanneer het jou uitkomt!'

**Voor nu maken jullie de podcast vooral voor internisten; hebben jullie ook plannen om de doelgroep te verbreden naar alle medisch specialisten?**

**Annika:** 'Dat is best een lastige. Er zijn al relatief veel podcasts voor alle medisch specialisten. Dus als je die kant op zou willen moet je wel goed bedenken hoe je nog onderscheidend kunt zijn en blijven. Zelf denk ik dat we nog genoeg werk te doen hebben om juist alle internisten goed aan te blijven spreken.'

**Anna:** 'We willen echt een podcast voor en door een vereniging zijn. Dat betekent dat je toch dingen doet die vooral interessant zijn voor internisten of a(n)ios interne geneeskunde. Al is het vakgebied van de interne geneeskunde erg breed en daarmee interessant voor iedereen. Maar als je bijvoorbeeld een hyponatriëmie wilt uitleggen op het niveau van een huisarts, dan verlies je je eigen doelgroep. Dus ik denk dat we gewoon voor de internisten moeten gaan.'

#### **Dan de laatste vraag, wat is jullie laatste boodschap?**

**Anna & Annika:** 'Tot bij de volgende aflevering!'

■  
*Heb je vragen, opmerkingen of leuke ideeën voor nieuwe afleveringen? Laat het vooral weten via een mail aan [podcast@internisten.nl](mailto:podcast@internisten.nl)*

#### **QR CODE**

Scan de QR-code hieronder om alle afleveringen van De Grote Visite te beluisteren:



# Blijf jezelf, dan ben je anders genoeg

TEKST: HELEEN DE WIT

**Discriminatie binnen de medische wereld: lange tijd zag ik het niet, tot ik besepte dat ik de norm ben. Gelukkig wilden mijn collega's mij inzicht geven in hoe het is als je niet tot die norm behoort. 'Anders zijn' is een uitdaging, maar levert ook belangrijke voordelen en inzichten op.**

Over discriminatie binnen de geneeskunde wordt steeds meer gepubliceerd. Zo vond Chantal van Andel in het Erasmus MC dat coassistenten met een migratieachtergrond lagere cijfers krijgen dan studiegenoten zonder migratieachtergrond.<sup>1</sup> Zij onderzocht hoe dat kan: 'Het ligt niet aan de studenten zelf, maar aan de opleidingscultuur en de definitie van een goede dokter.' Deze berichten schokten mij en tegelijkertijd was ik niet verbaasd. Ik ben ontzettend dankbaar dat mijn collega's met mij hun levensverhaal en tips wilden delen, over hoe we wel maar vooral ook niet met elkaar moeten omgaan.



v.l.n.r. Daud, Asia, Wisam en Heleen

## Daud Allajar, MDL-arts (1977 Kabul, Afghanistan)

Daud kwam in 1994 alleen naar Nederland, een maand voordat hij zeventien werd. 'Gezien mijn leeftijd mocht ik direct naar school. Toen ik zag dat de lesstof hetzelfde was als thuis, kwam het besef dat het niet moeilijk zou zijn om hier te studeren. Ik leerde binnen zes maanden Nederlands.'

### Een vier

Via de havo ging hij naar het vwo. 'In mijn familie is iedereen dokter en daarom wilde ik dat juist niet. Ik was goed in wiskunde en heb even informatica gestudeerd,

maar miste het sociale deel. Uiteindelijk werd het toch geneeskunde: ik werd ingeloot in Amsterdam, aan de VU. De docenten waren goed, ik heb nooit iets gemerkt van discriminatie. Tijdens mijn coschappen merkte ik dat wel. Tijdens het coschap gynaecologie had de gynaecoloog die het eindexamen beoordeelde mij nooit gezien. Ik moest drie patiënten zien op de polikliniek met ingewikkelde gynaecologisch-oncologische problematiek, zijn expertise. Ik heb netjes anamnese en lichamelijk onderzoek gedaan, en een uitstekende status gemaakt inclusief differentiaaldiagnose. De gynaecoloog gaf



mij een vier. Ik was erg teleurgesteld, het was mijn eerste onvoldoende, maar dacht dat hij wel gelijk zou hebben. Gezien de complexiteit had ik de exacte diagnose en behandeling niet achterhaald. Na enkele dagen ben ik door de decaan benaderd. Het was hem opgevallen dat ik een onvoldoende had gehaald tussen hoge cijfers, en dat deze docent vaker vieren gaf aan coassistenten met een andere achtergrond. In zijn beoordeling stond, en het emotioneert me nog steeds een beetje als ik het vertel: “Niet geschikt om dokter te zijn in deze maatschappij.” Daud mocht het examen overdoen bij de professor zelf. Hij zag patiënten die hij vaker had gezien en kreeg een negen. ‘Ze zeiden dat ze die gynaecoloog niet meer als docent wilden.’

### **Randstad of Harderwijk**

Daud kwam snel in opleiding tot MDL-arts in de regio VUmc. ‘Ik heb een hele leuke opleidingstijd gehad en heb altijd met plezier gewerkt. Toen ik klaar was als MDL-arts had ik de keuze tussen de Randstad en Harderwijk. De Randstad leek mij comfortabeler, want daar viel ik niet op. Het was een angst van mij: zou ik door de patiënten geaccepteerd worden? Uiteindelijk werd

## **‘Niet geschikt om dokter te zijn in deze maatschappij’**

het toch Harderwijk. Gelukkig heb ik tot op heden nooit nare situaties met patiënten meegemaakt.’

### **Voordelen**

‘Mijn achtergrond heeft ook voordelen. Het klikt bijvoorbeeld altijd met patiënten uit een andere cultuur. Die voelen zich prettig, ik help hen graag. Uit mijn gynaecologie-examen heb ik wel geleerd dat als je jezelf niet herkent in feedback, je toch even nagaat of diegene het jou mogelijk niet gunt. Als de decaan niet had doorgepakt was er misschien niets veranderd en waren anderen na mij ook verkeerd beoordeeld. Gelukkig zijn de meeste mensen zoals de decaan. Mijn tip voor anderen is: probeer altijd jezelf te zijn, laat zien dat je anders bent. Dan gaan mensen ook met een andere bril naar jou kijken.’

## Asia Ropela, internist-oncoloog (1971, Gdansk, Polen)

Asia kwam in 1992 op 21-jarige leeftijd naar Nederland. ‘Tussen het eerste en tweede jaar van mijn geneeskundestudie in Polen ontmoette ik mijn ex-man. Hij was vierdejaars, mijn komst naar Nederland was een logische stap. Ik leerde eerst een jaar de taal voordat ik werd ingeloot voor het eerste jaar in Nijmegen. Ik hoefde bijna niets te doen en had hele hoge cijfers. De opleiding was hetzelfde, het is in Polen alleen hiërarchischer opgebouwd dan hier. Ondanks dat ik vier jaar ouder was dan mijn medestudenten werd ik gewoon opgenomen. Na mijn coschappen werkte ik als anios voordat ik werd aangenomen voor de opleiding. Ik ben nooit benadeeld doordat ik Poolse ben.’

### **Vervelende opmerking**

‘De eerste vervelende opmerking kreeg ik toen ik hier kwam werken als oncoloog. Eén van de oudere colle-

ga’s waarmee ik overlegde heeft mij echt uitgescholden. Hij had het over “buitenlandse artsen die niet weten wat ze doen”. Achteraf bleek dat zijn normale manier van doen. Ik heb er soms wel last van dat ik Poolse ben. In de omgeving wonen en werken best veel Polen. Niet veel Polen vestigen zich hier om langer te blijven, we hebben weinig gemeen. Het is opvallend dat veel patiënten als ze horen dat ik uit Polen kom zeggen: ‘Dat zijn hele goede werkers’. Ik vind het niet erg om Poolse patiënten te zien of om soms te tolken, maar mijn eigen werk gaat voor.’

### **Plek als vrouw**

‘Binnen de medische staf is het over de jaren heen makkelijker geworden. Je merkt dat er steeds meer vrouwelijke specialisten zijn en dat scheelt enorm. Je moest in het verleden echt een plek krijgen als vrouw. Binnen de vakgroep waren er wel vrouwen, maar er waren ook maatschappen met alleen mannen. Men moest er soms aan wennen dat een vrouw een eigen sterke mening kan hebben. Mijn tip voor anderen is: blijf jezelf, de anderen moeten er maar aan wennen. Je moet in de groep passen maar je hoeft niet te veranderen. Eigenlijk is het dan niet nodig om overdreven je best te doen vind ik. Goed is ook goed genoeg.’

‘Niet nodig om  
**overdreven je best** te  
doen’

# Wisam Yassi, cardioloog (1974, Kirkuk, Irak)

Wisam was net basisarts, toen hij op 25-jarige leeftijd vluchtte uit zijn geboorteland. ‘Toen ik hier kwam moest ik helemaal opnieuw beginnen. Als je hier vandaan komt, ken je de wegen om arts te worden. Maar wat is je referentiekader in een asielzoekerscentrum? Hoe kom je bij de juiste instelling, hoe regel je de financiën, wat zijn je diploma’s waard? Je moet alles zelf uitvinden.’

## Uitdagende taal

Met een gift van de UvA volgde Wisam een talencursus. ‘Nederlands is een uitdagende taal om te leren. Spreken lukt wel, maar ik schrijf nog steeds veel makkelijker in het Engels of Arabisch.’ Na de talencursus kon hij met hulp van het University Assistance Fund beginnen aan de geneeskundeopleiding in het AMC. ‘Omdat ik basisarts was, vergeleken ze dat met het vierde jaar geneeskunde. Ik moest wel bewijzen dat ik alle theorie beheerste in het Nederlands. Het examen ging heel goed. Daarna kon ik meedoen aan de loting voor coschappen. Maar tot dat moment had ik bijvoorbeeld nog nooit gehoord van ‘morbus Kahler’, wel van multipeel myeloom. Dat waren lastige dingen in het begin.’

‘Als je gevlucht bent, kun je **beter relativeren**’

## Verwarring

‘Wij hadden een leuke en diverse co-groep. Er was een andere Irakese collega, nu huisarts. Ik werd wisselend benaderd: het ene moment als bevrijdingsheld, het andere moment als iemand die het nog niet kan. Het bracht mij in verwarring: doe ik het wel goed? Degene die jou moet beoordelen, krijgt iemand voor zich die er anders uitziet qua uiterlijk, achternaam, taal en denkwijze. Wie is dan niet voorzichtig? Er waren zeker uitdagende momenten. Ik hoop dat het nu anders is dan toen. De stap naar de opleiding vond ik het moeilijkste van alles. Je hebt in Nederland geen echte prestatiecultuur. Ik wilde erg graag in opleiding, pas toen ik werd afgewezen ging de druk eraf en lukte het uiteindelijk toch. Ik heb een hele mooie opleidingstijd gehad in het OLVG.’

## Geen recept

‘Er is geen recept voor iedereen. ‘Anders zijn’ is niet altijd verkeerd, want daardoor kun je juist een andere invalshoek creëren voor een probleem. Als je gevlucht bent, kun je beter relativeren. Dat verrijkt je leven als persoon, maar ook als dokter. Het vergroot je empathie met mensen die het minder hebben of die in een moeilijke situatie zitten. Neem jezelf niet te serieus. Dus als iemand een grapje maakt, oprecht en goedbedoeld, en je vindt het zelf ook leuk, dan moet je erom glimlachen. Op een gegeven moment maak je zelf ook zulke grapjes tegen iemand anders.’

## COMMENTAAR VAN DE JNIV-DIVERSITEITSCOMMISSIE

Deze persoonlijke verhalen laten zien dat we ons moeten blijven inzetten voor diversiteit en inclusiviteit.

### Diversiteit

Diversiteit gaat over de verscheidenheid aan individuen in een groep, niet alleen wat betreft afkomst, maar ook bijvoorbeeld leeftijd, gender, seksuele voorkeur, religie of handicap. Verschillende onderzoeken laten zien dat medewerkers van diverse teams tevredener zijn over hun werk.<sup>2</sup> Patiënten hebben daarnaast meer vertrouwen in een divers samengesteld artsteam, vooral patiënten afkomstig uit een minderheidsgroep.<sup>3-5</sup> Diverse teams zijn volgens onderzoeken bovendien innovatiever, presteren beter en nemen betrouwbaardere beslissingen. Dit vanwege de grotere denkkracht door de variatie in perspectieven, ervaringen en achtergronden.<sup>6,7</sup> Deze conclusie ligt in lijn met de woorden van Wisam, die aangeeft door zijn achtergrond andere invalshoeken te kunnen creëren.

### Inclusiviteit

Inclusiviteit gaat over je thuis voelen, jezelf kunnen zijn, en hoe diversiteit gerespecteerd en geaccepteerd wordt. Hier sluit het advies van Daud en Asia goed bij aan: ‘Wees jezelf’. Dit klinkt misschien als een open deur, maar bovenstaande verhalen laten zien dat het niet altijd eenvoudig is om jezelf te blijven als je soms anders wordt behandeld vanwege je achtergrond.

### De (J)NIV

De (J)NIV blijft zich inzetten voor deze thema's door er aandacht aan te besteden in dit magazine en op de Internistendagen. Daarnaast wordt er gewerkt aan de bevordering van diversiteit door bewustwording van (onbewuste) vooroordelen en met transparante procedures bij de beoordeling en selectie van arts-assistenten voor de opleiding interne geneeskunde.

Tekst: **Bauke Haisma**

## Referenties

1. Ter Steege L. ‘De medische wereld is een bevooroordeelde plek’. Medisch Contact, 25 mei 2022.
2. Nederlandse InclusiviteitsMonitor
3. Taylor P. Why having a diverse choice of healthcare providers can make seeing a doctor more comfortable. Included Health, 27 januari 2023.
4. Takeshita J, Wang S, Loren AW, e.a. Association of racial/ethnic and gender concordance between patients and physicians with patient experience ratings. JAMA Netw Open 2020;3:e2024583.
5. Murdock K, Ahmadi L. Why the lack of diverse physicians matters. Third Way, 14 december 2022.
6. McKinsey Reports
7. Gomez LE, Bernet P. Diversity improves performance and outcomes. J Natl Med Assoc. 2019;111:383-92.



# Passende zorg, wat moet de internist ermee?

TEKST: SJOERD REPPING • BEELD: 123RF

De uitdagingen in de zorg zijn groot: de kwaliteit staat onder druk, de beschikbare middelen en vooral mensen zijn beperkt en ook de duurzaamheidsopgave voor de zorg is omvangrijk.<sup>1,2</sup> En dat in een tijd waarin de vraag naar zorg alleen maar toeneemt. Linksom of rechtsom betekent dat keuzes maken: wat gaan we nog wel doen en wat niet? Waar besteden we onze mensen en middelen aan? En als we het over 'zorg' hebben dan hebben we het zeker niet alleen over de ziekenhuiszorg. De uitdagingen zijn bij de huisartsen, de langdurige zorg en de geestelijke gezondheidszorg zowaar nog groter dan in het ziekenhuis.

Om deze uitdagingen te lijf te gaan is het nieuwe adagium 'passende zorg' geïntroduceerd. Passende zorg is zorg die werkt, tegen een redelijke prijs; betekent dat patiënt en zorgverlener samen beslissen; wordt waar dat kan, zo dicht mogelijk bij de patiënt georganiseerd; en gaat niet alleen over ziekte, maar ook over gezondheid en zelfredzaamheid.<sup>3</sup>

## Zorg met meerwaarde

Het eerste principe van passende zorg is dus: zorg leveren die werkt oftewel bewezen meerwaarde heeft voor patiënten. En dus geen zorg leveren die geen meerwaarde heeft. En ook geen zorg leveren die heel duur is en weinig oplevert. Dat thema herkennen we natuurlijk: het heeft sinds het ontstaan van het

principe van *evidence based medicine* eind vorige eeuw vele gedaantes gekend: de zeven van Dunning, wetenschappelijk onderbouwd rantsoeneren,<sup>4</sup> ontwikkelingsgeneeskunde, zinnige zorg, waardegedreven zorg, doelmatige zorg, *value based healthcare*, gepast gebruik en nu dus passende zorg.

De essentie is iedere keer hetzelfde: op basis van wetenschappelijke kennis over (kosten)effectiviteit maken we keuzes. Zorg die van bewezen meerwaarde is leveren we, zorg die bewezen geen (of minder) effectief is leveren we niet. En dat betekent ook dat zorg waarvan we niet of onvoldoende weten of het werkt onderzocht zou moeten worden, anders weten we niet of we ermee door moeten gaan of ermee moeten stoppen. Dit laatste is verreweg de groot-

ste uitdaging: voor het grootste deel van de zorg die we leveren weten we nog onvoldoende of en voor wie het nu meerwaarde heeft.<sup>5</sup>

## Individuele acties

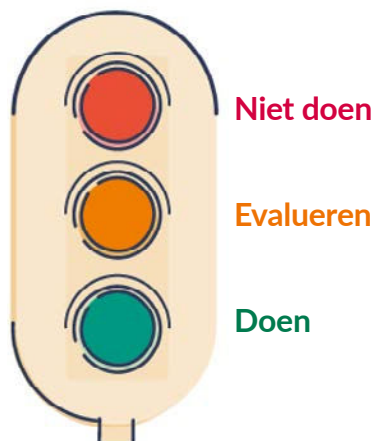
Zoals gezegd werd er al in de jaren '80 en '90 van de vorige eeuw aan gewerkt om deze uitdaging het hoofd te bieden. Maar tot het Hoofdlijnenakkoord uit 2018 werd het veld vooral gekenmerkt door individuele acties van individuele partijen, allemaal met de beste bedoelingen overigens. De NFU had het programma *Doen of laten?*, het Zorginstituut het programma *Zinnige Zorg*, de FMS de *Verstandige Keuzes* en kennisagenda's, ZonMw het programma *Doelmatigheidsonderzoek en Goed Gebruik Geneesmiddelen*, de beroepsorganisatie voor verpleegkundigen en verzorgenden V&VN had de *Beter Laten lijst* en zorgverzekeraars hadden ieder hun eigen lijstje met onderwerpen waarvan ze vonden dat het minder moest. Bovendien was, en is, de wetenschap (het uitvoeren van onderzoek naar de (kosten)effectiviteit van zorg) volledig los georganiseerd van de zorg (het leveren van zorg en de daaraan gekoppelde processen als het maken van richtlijnen, de zorgcontractering, pakketbeheer, etc.).

## Hoofdlijnenakkoord

In 2018 maakten de zorgpartijen\* voor het eerst met elkaar afspraken over het nemen van gemeenschappelijke verantwoordelijkheid voor deze uitdaging. Dit gebeurde in het Hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg (HLA-MSZ),<sup>6</sup> de voorloper van het Integrale Zorgakkoord (IZA).

## Programma ZE&GG

Vanuit het Hoofdlijnenakkoord werd het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG) opgericht. Het doel: het volledig integreren van onderzoek en zorg. Dit door de samenhang te verbeteren, zorgpartijen te laten samenwerken en door het uitvoeren van zorge-



Figuur 1. De ZE&GG verkeerslichtanalyse

valuatie en het toepassen van gepast gebruik een integraal onderdeel te laten worden van alle reguliere zorgprocessen.<sup>7</sup>

Het ZE&GG-programma staat onder aansturing van de MSZ-partijen. Het wordt gefinancierd door VWS en heeft het Zorginstituut en ZonMw als strategische partners. De MSZ-partijen ontwikkelden in ZE&GG-verband een werkwijze volgens twee belangrijke principes: de verkeerslichtanalyse en de cirkel van gepast gebruik.

### Verkeerslichtanalyse

Het verkeerslicht wordt gebruikt om een grof onderscheid aan te brengen tussen drie soorten zorg. Groen is zorg die bewezen effectief is en dus geleverd moet worden. Rood is zorg die bewezen niet (of minder) effectief is; die moet niet geleverd worden. Oranje tot slot is zorg waarvan we nog onvoldoende weten of het effectief is: die moet onderzocht worden (zie figuur 1). Niet alle oranje zorg hoeft onderzocht te worden; de focus zou daarbij moeten liggen op zorg die veel tijd en geld vraagt. Daar moet natuurlijk gedegen wetenschappelijk bewijs voor zijn. Uiteraard is dit een versimpeling van de werkelijkheid, maar het helpt wel om een eenduidig beeld te creëren voor alle partijen.

### Cirkel van gepast gebruik

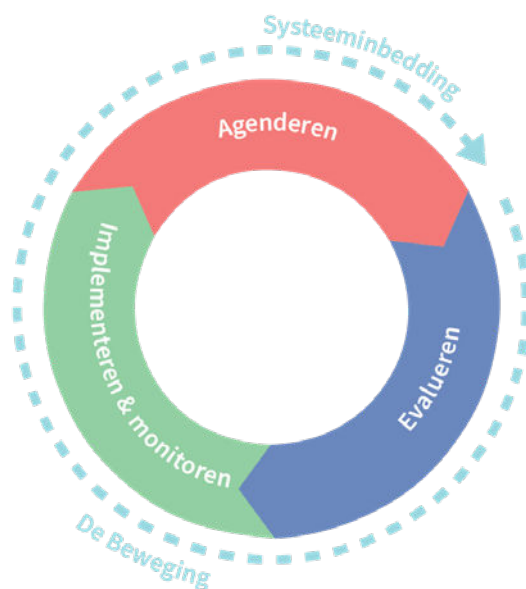
Daarnaast moeten alle afzonderlijke activiteiten die ervoor moeten zorgen dat we zorg leveren van bewezen meerwaarde op elkaar aangesloten worden. Dit gebeurt via de stappen van de cirkel van gepast gebruik:

1. Het agenderen van de belangrijkste kennisvragen.
2. Het evalueren van deze kennisvragen.
3. Het implementeren van de uitkomsten daarvan.
4. Het monitoren of het ook echt overal wordt geïmplementeerd.

Dat alles moet dan leiden tot een beweging (verandering in cultuur en gedrag) om uiteindelijk te komen tot systeeminbedding (zie figuur 2). Er zijn drie agenda's: de Kennisagenda met de vragen die beantwoord moeten worden, de Evaluatieagenda met alle lopende zorg-evaluaties en de Implementatieagenda met alle gepast-gebruik-onderwerpen.

### De basis

Deze werkwijze is door alle partijen omarmd en de basis voor alle zorgprocessen van de MSZ-partijen. Zo worden er nu voor het eerst vanuit richtlijnen (FMS) en pakketbeheer (ZiN) kennisvragen gededuceerd om vervolgens in co-creatie met alle MSZ-partijen het benodigde onderzoek vorm te geven om de vraag te beantwoorden. Dit moet straks standaardonderdeel zijn van richtlijnherzieningen en pakketbeheer. Er is een landelijke implementatieagenda die ieder kwartaal wordt aangevuld met onderwerpen die, met steun van alle MSZ-partijen, landelijk moet worden geïmplementeerd. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders leggen die implementatie ook vast in hun inkoopcontracten. Vanuit ZE&GG wordt dit alles ondersteund. Zo is er een inclusie-monitor waarop te zien is welke zorgaanbieder met welke zorg-evaluatie meedoet en hoeveel er geïnccludeerd wordt.<sup>8</sup> Ook is er een veldnorm opgesteld die het opstarten en uitvoeren van zorg-evaluaties makkelijker en vooral minder administratief belastend maakt.<sup>9</sup> Verder is er spiegelinformatie beschikbaar om te zien waar implementatie al succesvol is en waar nog niet,<sup>10</sup> en er is een digitaal samenwerkingsplatform van zorgaanbieders en zorgverleners die elkaar helpen op specifieke onderwerpen.<sup>11</sup>



Figuur 2. De Cirkel van Gepast Gebruik

### Voor internisten

Voor de internisten is er een lijst met implementatieonderwerpen, variërend van het implementeren van Nierteam aan Huis tot het voorkomen van onnodige laboratoriumdiagnostiek en het niet voorschrijven van levothyroxine bij euthyreote vrouwen met TPO-schildklierantistoffen met zwangerschapswens of zwangerschap.<sup>12</sup>

Ook is er een lijst met onderwerpen die momenteel onderzocht worden, zoals optimalisatie van farmacotherapie bij ouderen in het ziekenhuis (LIMONCELLO) en het verkorten van de antibiotische therapieduur bij ernstige bloedbaaninfecties met de Staphylococcus aureus bacterie (SAFE-Trial).<sup>13</sup> Alle lopende zorg-evaluaties die gefinancierd worden vanuit de verschillende subsidieprogramma's, bijvoorbeeld van ZonMw, staan op deze evaluatieagenda. Alle internisten kunnen hieraan eenvoudig bijdragen door de onderwerpen op de implementatieagenda in hun dagelijkse praktijk te implementeren, en alle patiënten die in aanmerking komen voor een van de zorg-evaluaties te vragen om deel te nemen. Of hun collega's aan te sporen en te helpen dit te doen.

### IZA

Vanuit het IZA zijn afspraken gemaakt om de ZE&GG-werkwijze ook toe te gaan passen op het gepast

gebruik van Dure Geneesmiddelen, het verlenen van digitale/hybride zorg, op organisatie van zorg en op leefstijlgeneskunde.<sup>14</sup> Ook daar gelden immers dezelfde vraagstukken: welke zorg is nu bewezen (kosten)effectief en welke niet, en welke moet onderzocht worden? Het maakt daarbij natuurlijk niet uit of het gaat om een behandeling, een duur geneesmiddel, een hybride of anders ingericht zorgpad of een leefstijlinterventie.

### Urgentie

De IZA-urgentie dwingt ons om vooral te focussen op evaluatie en implementatie van onderwerpen die grote impact hebben op kosten, arbeidsinzet en/of duurzaamheid. Daarmee is zorgevaluatie en gepast gebruik feitelijk een concrete invulling van passende zorg. En alleen door het concreet te maken – wat wel, wat niet, wat onderzoeken – en er dan vol met alle partijen voor te gaan, gaat helpen. En ook alleen dan

kunnen we de systeembelemmeringen die er zijn aan het licht brengen en oplossen. Als de MSZ-partijen het niet samen kunnen, wie dan wel... ■

\* Onder de zorgpartijen verstaan we de Federatie Medisch Specialisten, Patiëntenfederatie Nederland, Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra, Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland, Zelfstandige Klinieken Nederland, Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

### Over de auteur

*Sjoerd Repping is hoogleraar Zinnige Zorg aan het Amsterdam UMC en voorzitter van het programma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG).*

### Referenties

1. WRR Rapport Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak: [www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg](http://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg).
2. Kwee A, Repping S. Duurzaamheid als nieuwe pijler van ons zorgstelsel. NTVG. 2023;167:D7423.
3. Advies Zorginstituut en NZa Samenwerken aan Passende Zorg: [www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/](http://www.zorginstituutnederland.nl/werkagenda/)

- publicaties/adviezen/2020/11/27/advies-samenwerken-aan-passende-zorg-de-toekomst-is-nu.
4. Spanjer JM. Een op wetenschappelijke kennis gebaseerde gezondheidszorg, kan dat? NTVG. 1999;143:419-23.
5. [www.ntvg.nl/artikelen/niet-doen-alsof-walles-beter-weten](http://www.ntvg.nl/artikelen/niet-doen-alsof-walles-beter-weten)
6. [www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven\\_regering/detail?id=2018Z10368&diid=2018D31922](http://www.tweedekamer.nl/kamerstukken/brieven_regering/detail?id=2018Z10368&diid=2018D31922)
7. ZE&GG. [www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl](http://www.zorgevaluatiegepastgebruik.nl)
8. De inclusiemonitor: [www.inclusiemonitor.nl](http://www.inclusiemonitor.nl)
9. De Veldnorm Toetsing en Kwaliteitsborging WMO-plichtige Zorgevaluaties: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-wedoen/evalueren/veldnorm>.
10. Informatie over spiegelinformatie: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/wat-wedoen/implementeren-monitoren/monitoren-spiegelinformatie/monitoren-spiegelinformatie>.
11. De HUB, het samenwerkingsplatform van ZE&GG: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/hub.html>
12. De implementatieagenda van de Interne Geneeskunde: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/aan-de-slag/implementatieagenda/specialismen/interne-geneeskunde/index>.
13. De evaluatieagenda van de Interne Geneeskunde: <https://zorgevaluatiegepastgebruik.nl/aan-de-slag/evaluatieagenda/specialismen/interne-geneeskunde/index>.
14. Het Integrale Zorgakkoord (IZA): [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).

## Cartoon

DR Punthoofd... Denkt ER ZELF NIET AAN TE DOEN

DAT IS ZEKER EEN INTERESSANT ONDERZOEK, MAAR DIE AANDOEING KOMT HIER BIJ ONS NATUURLIJK HELEMAAL NIET VOOR



M. van Delft

DB Maatschap Internisten Medisch Spectrum Twente

## ‘Ideale mix van perifeer en subacademisch’

TEKST: SACHA EIKENBOOM

Het Medisch Spectrum Twente is een topklinisch ziekenhuis en een van de elf traumacentra in Nederland. Academische ziekenhuizen zijn in de omgeving ver te zoeken. Dat levert op de afdeling Interne Geneeskunde een zeer breed palet aan zorgverlening op. Met als gevolg: veel aandachtsgebieden en een intensieve samenwerking, waarbij een beetje humor op z'n tijd niet mag ontbreken. Een gesprek met de collega's in Enschede.

Voor de kennismaking schuift het dagelijks bestuur van de maatschap Interne Geneeskunde aan: internist-oncologen Machteld Wymenga en Marjolein Pleunis, internist-endocrinoloog Ronald Groote-Veldman en internist-nefroloog Renate Wijering. Wat typeert het werken bij deze vakgroep? ‘Dat is vooral ons brede palet’, zegt Machteld. Dat varieert van hypofysechirurgie tot auto-loge stamceltransplantatie en alle vormen van dialyse. Ook heb-

ben we een melanoomcentrum en een hiv-centrum. Qua zorgaanbod zitten we dicht tegen de academie aan.’

### Waardevol

Machteld: ‘Vanuit dit brede palet hebben we vele MDO's. Ziekenhuisbreed zijn er wekelijks bijvoorbeeld alleen al 18 MDO's in de oncologie’.

Marjolein vult aan: ‘Binnen de overkoepelende Santeon-ziekenhuizen participeren we ook in verschillende Value Based Healthcare-trajecten. Heel waardevol: er ontstaat meer onderling overleg, je kijkt op afstand bij elkaar in de keuken.’

Ronald: ‘Bij de recente opleidingsvisiteatie werd onze laagdrempeligheid belicht. We kunnen relativeren, meekijken is hier nooit een probleem. We houden maandelijks reflectiebesprekingen en natuurlijk zijn er op de verschillende afdelingen diverse VIM-overleggen. Naast een transmuraal project met de eerstelijndeden we het afgelopen jaar als een van de weinige Nederlandse ziekenhuizen mee aan een pilot met een kunstalveoleklier. Met verbluffende resultaten.’

### Uit de wind houden

Van het bekende tekort aan anios merkt ook deze vakgroep de gevolgen. Renate: ‘Dat geeft problemen voor onze dienstroosters; komend najaar gaan we ook avonddiensten draaien.’

Ronald: ‘We hebben een tweetraps achterwachtrooster, 's avonds en 's nachts is er één dienstdoende die een beroep kan doen op de superspecialisten. De weekenddienst doen we met drie internisten. Elke internist doet hier acute geneeskunde.’

Om werk en privé in balans te houden, is een stabiele privésituatie volgens Marjolein belangrijk. Als dit bij iemand tijdelijk anders is, staat het team voor elkaar klaar: ‘Zo nodig houden we elkaar uit de wind.’

### Veelzijdig

Een fijne sfeer in de groep is essentieel. Er is elk jaar een barbecue voor a(n)ios en er zijn regelmatig borrels. Om het nieuwe jaar goed in te luiden, wordt een nieuwjaarsborrel georganiseerd waarbij de hele afdeling interne geneeskunde is uitgenodigd, inclusief verpleegkundigen, secretaresses enzovoort. ‘Humor vinden we ook belangrijk’, zegt Renate. ‘Dat melden we ook in onze vacatures.’

Machteld vult aan: ‘We hebben hier de ideale mix van perifeer en subacademisch. De lijnen zijn kort en met goede ideeën kun je pionieren. Ook op technisch gebied: de TU Twente zit vlakbij. En dan is er natuurlijk de mooie omgeving van Twente, vol rust en ruimte!’



## FEITEN & CIJFERS

### Vakgroep Interne Geneeskunde Medisch Spectrum Twente

<b>Locaties</b>	Enschede, Oldenzaal, Haaksbergen
<b>Aantal leden vakgroep</b>	22 plus 1 chef de clinique
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	48 jaar
<b>Samenstelling</b>	8 man, 15 vrouw
<b>Aandachtsgebieden</b>	algemeen interne, acute geneeskunde, infectiologie, endocrinologie, hematologie, oncologie, nefrologie, vasculaire geneeskunde en ouderengeneeskunde
<b>Opleidingsfunctie</b>	coassistenten, semi-artsen, anios, aios plus een stage voor artsen in opleiding tot specialist ouderengeneeskunde Vooropleiding voor aios reumatologie, cardiologie, longziekten en MDL
<b>Wetenschappelijk onderzoek</b>	uitgebreid en op allerlei terreinen; één van de internisten is binnen Medisch Spectrum Twente lid van de wetenschapscommissie
<b>Grootste uitdaging</b>	‘Balans houden tussen de aandachtsgebieden en onze brede basis’

[www.mst.nl/p/specialismen/interne-geneeskunde/](http://www.mst.nl/p/specialismen/interne-geneeskunde/)



# Voedingstherapie

Essentieel voor optimaal herstel na ernstige ziekte

TEKST: ARTHUR VAN ZANTEN • BEELD: 123RF

**Tijdens een opname op de intensive care verliezen patiënten een aanzienlijke hoeveelheid spiermassa. Voedingstherapie is daarom essentieel. Toch blijkt uit onderzoek dat patiënten op veel IC-afdelingen onvoldoende energie en eiwitten binnenkrijgen.**

Ernstige zieke patiënten op de intensive care raken spiermassa kwijt. Bij uitval van meerdere orgaansystemen is dat tot wel een kilogram per dag. De patiënt is dan in een ernstig katabole situatie. Enig spiermassaverlies is onvermijdelijk, maar de juiste voeding kan de schade dan gedeeltelijk beperken.

## Oorzaken van spiermassaverlies

Verlies van spiermassa kan worden toegeschreven aan verschillende factoren. Denk aan immobilisatie, insulineresistentie, ontstekingsreacties en mitochondriële dysfunctie met minder beschikbaarheid van ATP in cellen. Een belangrijke rol in dit proces speelt het fenomeen van anabole resistentie. Daarbij reageert het lichaam minder goed op eiwit-

toediening, en maakt dus minder spiereiwit aan.

## Meer is niet beter

Je zou kunnen denken: dan maar meer geven. Het toedienen van extra voeding in de vroege fase van de IC-opname kan echter averechts werken. Overvoeding met energie (calorieën) en te hoog gedoseerd eiwit is zelfs geassocieerd met een slechtere overleving. Daarom geven we tegenwoordig weer opbouwschema's op de IC, waarbij we bijvoorbeeld in vier dagelijkse stappen naar het individueel voedingsdoel toewerken.

## Te weinig energie en eiwitten

Uit onderzoek blijkt dat patiënten op veel IC-afdelingen ook na de

opbouwfase onvoldoende energie en eiwitten binnenkrijgen volgens internationale richtlijnen. Zij krijgen gemiddeld minder dan de aanbevolen hoeveelheid eiwitten, wat invloed kan hebben op het spiermassaverlies. Ook duurt het vaak te lang voordat patiënten hun caloriedoelen bereiken. Veel patiënten halen zelfs nooit hun voedingsdoel op de IC.

Herstel van spiermassa kan pas echt plaatsvinden nadat de ontstekingsreactie en insulineresistentie zijn afgenomen en de ATP-productie is hersteld. De katabole fase gaat nu weer terug naar de anabole fase, waarbij voedingsstoffen bijdragen aan het opbouwen van weefsels, waaronder de spieren. Naarmate de acute fase van de ziekte afneemt, kan voeding in combinatie met beweging helpen bij het herstel van de spiermassa. De effecten van voeding kunnen worden versterkt door vroege mobilisatie op de IC, fysiotherapie en bedfietsen. Dit zet spieren aan tot spiereiwitmaak, waarbij ook de insulinegevoeligheid weer toeneemt.

## Het Post-Intensive-Care-Syndroom (PICS)

Veel patiënten ervaren na hun IC-opname het Post-Intensive-Care-Syndroom, vergelijkbaar met het langdurige effect van covid-19 op patiënten (long-covid). Bij PICS kunnen patiënten last hebben van mentale stoornissen, cognitieve achteruitgang en vooral verlies van spierkracht en -functie. Als gevolg hiervan moeten veel patiënten worden opgenomen in revalidatieklinieken of verpleeghuizen, of keren niet meer terug in het arbeidsproces. De preëxistente kwaliteit van leven en functioneren van patiënten spelen natuurlijk ook een belangrijke rol bij het herstel na IC-opname. Vrijwel altijd functioneren patiënten minder goed na een IC-opname.

## Voedingstherapie na IC-ontslag

Recent onderzoek in o.a. ons ziekenhuis toont aan dat de voedingsinname van patiënten na IC-ontslag vaak tekortschiet, met een gebrek

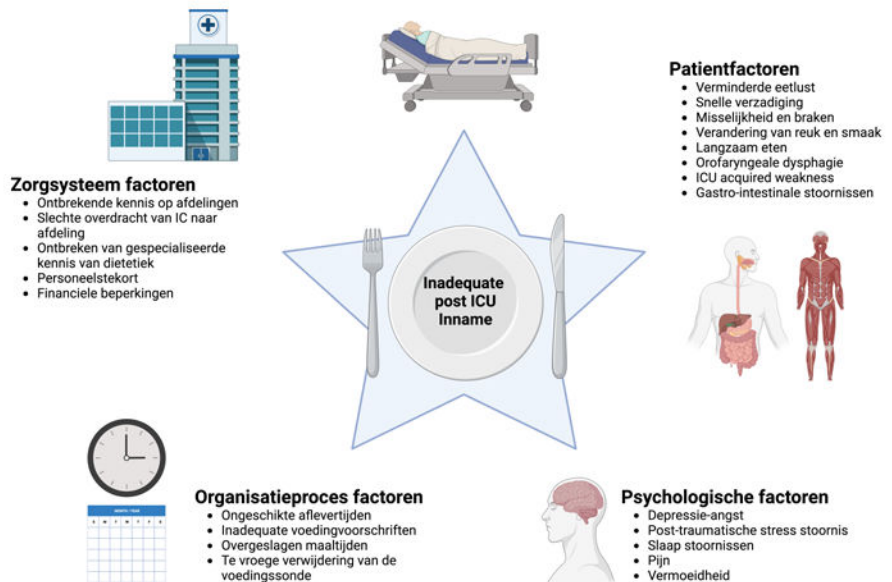
aan energie en eiwitten dat dagelijks kan oplopen tot 40-50%. Het verwijderen van de voedingssonde blijkt een belangrijk risicomoment te zijn. De inname van voeding neemt daarna sterk af. Dit gebeurt meestal pas op de verpleegafdeling, dus na ontslag van de IC. Het is een wijdverbreid misverstand dat sondevoeding de orale voedingsinname zou beperken en dat de voedingssonde er daarom maar snel uit moet. Om een terugval in inname te voorkomen kunnen geïndividualiseerde afbouwschema's voor sondevoeding worden ingezet. Ook het gebruik van eiwit- en energieverrijkte voedingsmiddelen zoals drinkvoeding kan helpen. Momenteel onderzoeken wij de effecten van dergelijke verbeterde protocollen. Het is zeer waarschijnlijk dat voedingstherapie tijdens de herstelfase een grote invloed heeft op het functioneren van post-IC-patiënten, als onstekingsprocessen tot rust komen en het metabolisme herstelt. En juist dan krijgen patiënten te weinig. Dat kan veel beter.

### Oorzaken verminderde voedselinname

Er zijn verschillende factoren die bijdragen aan een verminderde voedselinname bij patiënten na IC-ontslag. Deze omvatten fysieke en mentale factoren, zoals vermoeidheid, gebrek aan eetlust, depressie en angst. Maar ook organisatorische factoren spelen een belangrijke rol (zie figuur 1).

### Doelen voor voedingstherapie

Er zijn momenteel geen specifieke richtlijnen voor voedingstherapie na IC-ontslag. Waarschijnlijk is 25-50% meer eiwit en energie nodig gedurende weken tot maanden om goed te kunnen herstellen. Het is daarom belangrijk energie- en eiwitverrijkte voeding, inclusief drinkvoeding, aan te bieden om het herstel te bevorderen. Het combineren van voldoende voedingssubstraat met spierinspanning blijkt effectiever te zijn dan alleen inspanning of eiwit-supplementen. Financiële beperkingen zouden geen rol mogen spelen bij voedingstherapie tijdens herstel na



Figuur 1. Oorzaken van verminderde voedingsinname na IC-ontslag (created with biorender.com)

ernstige ziekte. Dat geldt in het ziekenhuis, maar ook tijdens revalidatie en thuis. Het is een buitengewoon goede investering.

### Lessen voor voedingstherapie

Om voedingstherapie tijdens het herstel na ernstige ziekte te verbeteren, is een optimale samenwerking tussen zorgprofessionals van cruciaal belang. Daarbij past een multimodale benadering die voeding integreert. Essentiële aspecten tijdens deze herstelfase zijn het monitoren van voedingsinname, het behalen van voedingsdoelen en het regelmatig meten van de voedingstoestand. Het is noodzakelijk om meer aandacht en middelen te besteden aan het optimaliseren van voedingstherapie. Dit kan de functionele uitkomsten van patiënten na ernstige ziekte verbeteren en heropnames in het ziekenhuis en zorgkosten mogelijk verminderen.

### Monitoring van de voedingsinname

In voedingsziekenhuis Gelderse Vallei in Ede is er veel aandacht voor voeding, bewegen en slaap bij patiënten. Door ons roomservice-concept Zorg met Goede Voeding weten we exact wat patiënten bestellen. Soms blijkt een deel van de bestelling bij de familie thuis in

de koelkast te staan. Dat gaat de patiënt geen voordeel opleveren. Besteld is bovendien nog niet opgegeten. Daarom houden we met digitale voedingslijsten bij hoeveel de patiënt daadwerkelijk heeft opgegeten van de bestelling. Pas dan weten we wat de werkelijke voedingswaarde die dag is geweest. Als dat onvoldoende is, wordt drinkvoeding, sondevoeding of zelfs parenterale voeding toegevoegd.

### Toekomst

Gezonde voeding voorkomt veel ziekte. Veel minder bekend is dat voedingstherapie ook belangrijk bijdraagt aan herstel van ernstige ziekte, en het kan individueel leed, zorgkosten en maatschappelijke kosten verminderen. Dat de voedselinname na ernstige ziekte vaak tekortschiet heeft veel meer aandacht. Anderszins biedt dat ook nog veel kansen: er is nog een wereld te winnen. En daar wil ik graag aan bijdragen.

### Over de auteur

Arthur van Zanten, internist-intensivist, is medisch hoofd van de afdeling intensive care van Ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede en hoogleraar voeding en metabole stress aan de Wageningen Universiteit en Research.



Kwaliteitsvisitatie

# Waardevolle interactie en leren van elkaar

TEKST: ELLEN KOSTER & MAHDI SALIH

Het afgelopen jaar organiseerde de NIV, met succes, vier pilotbijeenkomsten voor een vernieuwde vorm van kwaliteitsvisitatie. In de nieuwe methode ligt de nadruk niet langer op een toetsende rol, maar op wederzijds vertrouwen. Ziekenhuizen leren van elkaar en formuleren zelf verbeterdoelen. De evaluatie van deze nieuwe systematiek is zeer positief: voldoende aanleiding om de nieuwe vorm van visiteren te omarmen voor de toekomst.

### Belang van kwaliteitsvisitatie

Kwaliteitsvisitaties zijn een essentieel instrument voor het doorlichten en beoordelen van het professioneel handelen binnen vakgroepen. Ze spelen een cruciale rol bij het handhaven van de kwaliteitsnormen die de wetenschappelijke verenigingen stellen voor de beroepsgroep. Kwaliteitsvisitaties zijn daarom verplicht gesteld voor herregistratie als medisch specialist. De visitaties bieden echter niet alleen waardevolle informatie voor individuele vakgroepen, maar ook voor de wetenschappelijke vereniging. Die kan met deze informatie zo nodig het kwaliteitsbeleid, de normen en de instrumenten bijstellen. Denk aan richtlijnen, opleidingen en bij- en nascholingsprogramma's.

### De oude systematiek

De laatste herziening van de NIV-visitatiesystematiek was in 2014. Er kwamen signalen uit het veld dat de tijd besteed aan visitaties volgens deze systematiek niet in verhouding stond tot de opbrengsten ervan. Ook was er twijfel of we wel de juiste aspecten aan het meten waren en of dit altijd tot voldoende verbeteringen leidde. Daarnaast werd de oude systematiek als top-down ervaren. Om deze knelpunten beter te begrijpen, werden in 2019 enquêtes en diepte-interviews gehouden. Er kwam respons van 60 verschillende vakgroepen. Hieruit bleek dat de visitatiedag als waardevol werd ervaren, maar de (hoeveelheid) voorbereiding en rapportage werden minder gewaardeerd.

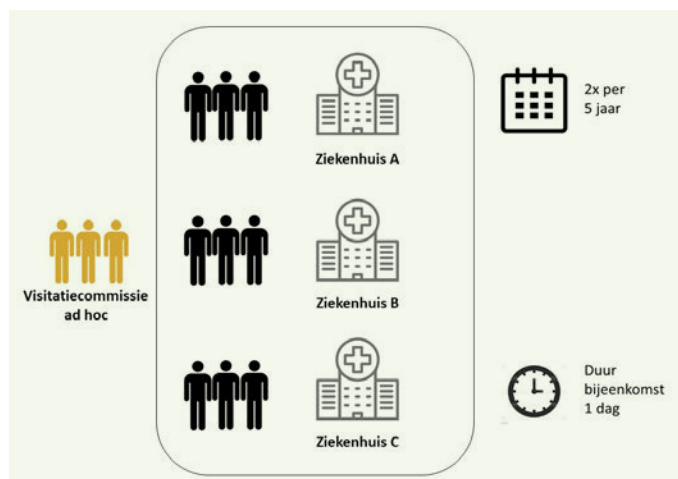
Bovendien waren veel gebruikte normen onvoldoende onderscheidend en droegen ze daarom niet bij aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg.

### Projectgroep

In reactie hierop is in 2020 een projectgroep gevormd om de visitatiesystematiek te herzien. De groep bestond uit diverse Forum-Visitatorumleden en andere enthousiaste internisten vanuit verschillende differentiaties. Uitgangspunt: een systematiek ontwikkelen die beter aansluit bij de behoeften van de leden en de inhoudelijke doelstellingen van de NIV. De projectgroep boog zich over vragen als: Past het toetsende karakter van de kwaliteitsvisitatie nog bij deze tijd? Zou een meer bijsturende rol niet beter aansluiten bij de behoeften? Wat willen wij als NIV bereiken met kwaliteitsvisitatie - voor de vakgroep, individuele specialisten, de vereniging - en hoe kunnen we dit realiseren? Na diverse discussie- en brainstormsessies heeft de projectgroep als ambitie geformuleerd om een nieuwe rol aan te nemen om visitatie te stimuleren: een klankbordrol.

### Nieuwe visitatiemethodiek

Om de visitatie te bevorderen hebben we in de nieuwe visitatiemethode verschillende aanpassingen gedaan. Allereerst hebben we ervoor gekozen om ziekenhuizen te clusteren



Figuur 1. De groepsbijeenkomst: de basis van het nieuwe visiteren

Normen	Thema's relevant voor de NIV	Thema relevant (ingebracht ziekenhuis)
Domein A	Acute zorg	Bijvoorbeeld
Opnamebeleid	Regievoering	Samenwerking huisartsen
Supervisie	Samen beslissen	Uitkomstgerichte zorg
Richtlijnen	Vitaliteit	
Domein B	Innovatie	
Uitkomsten van zorg	Verbreding buiten vakgebied	
Patiënttevredenheid en klachten		
Domein C		
Overdracht		
Dossiervoering		
Domein D		
Vakgroep functioneren		

Figuur 2. Thema's voor de visitatie. Per groepsbijeenkomst worden twee domeinen en drie thema's besproken.





De reanimatievraag

# Wat moet, wat mag en wat is goede zorg?

TEKST: YVO SMULDERS, FRANK BOSCH & ERIC GEIJTEMAN • BEELD: 123RF

Het zal voor iedereen herkenbaar zijn: het bij een (acute) opname stellen van de vraag: 'Wilt u gereanimeerd worden?' Veelal wordt deze vraag op de Spoedeisende Hulp gesteld, door de opnemende a(n)ios of SEH-arts. Een lastige vraag; om te stellen en om beantwoord te krijgen. In dit artikel gaan we in op de regels, maar ook op de ethische kanten van de reanimatievraag. Ten slotte bespreken we een uitweg, zoals geformuleerd in de notie *Behandelaafspraken* van de Federatie Medisch Specialisten (FMS).

Weinigen zullen betwisten dat het stellen en beantwoord krijgen van de

reanimatievraag nogal eens moeizaam verloopt: de patiënt voelt zich

overvallen, schrikt van de vraag, de SEH is te onrustig om er daarna goed over te spreken en je pieper gaat voortdurend af. Als er een gesprek over leven en dood zou volgen, wat niet ondenkbeeldig is als je deze vraag opwerpt, zijn de omstandigheden om dat gesprek goed te voeren nogal eens verre van optimaal. Maar bij velen is de heersende gedachte:

je móet deze vraag stellen als je iemand opneemt.

### Moet het reanimatiebeleid vastgelegd worden?

Voorals ziekenhuizen en verpleeghuizen hebben er de afgelopen decennia een gewoonte van gemaakt artsen te verplichten een ‘behandelafpraak’ – ook wel ‘behandelcode’ of ‘behandelbeperking’ genoemd – bij opname vast te leggen. Voor deze verplichting lijkt echter geen formele grond te vinden in de wet. Zo stelt de wet op de geneeskundige behandelovereenkomst nergens verplicht om vast te leggen welke behandelingen er in een onvoorziene noodsituatie wel of niet verricht zullen worden. Deze gewoonte lijkt eerder ingegeven doordat zorgverleners, zoals verpleegkundigen of dienstdoende artsen, niet geconfronteerd willen worden met een acute situatie waarin onmiddellijke reanimatiehandelingen aangewezen zijn, maar onduidelijk zou kunnen zijn of zulke handelingen eigenlijk wel gewenst zijn. Dit argument speelt in de praktijk vooral bij reanimaties: dan is er eenvoudigweg geen tijd om na te denken, te overleggen, laat staan *informed consent* te vragen aan patiënt of familie. Dat is anders bij bijvoorbeeld IC-opname of bloedtransfusie.

### Moet het reanimatiebeleid altijd besproken worden?

De verplichting vanuit een instelling om reanimatiebeleid vast te leggen impliceert niet automatisch dat dit dan ook besproken moet worden. Zo hebben afdelingen kindergeneeskunde en obstetrie regelmatig een interne afspraak dat standaard ‘volledig beleid’ wordt vastgelegd, zonder dat daar een gesprek over gevoerd wordt. De argumentatie is invoelbaar: het betreft hier zulke jonge, verder relatief gezonde mensen, dat de vraag gewoon ‘een beetje raar is’.

Hoogleraar gezondheidsrecht Aart Hendriks ging enkele jaren geleden in op de vraag of aan iedereen bij opname gevraagd moet worden naar zijn of haar wensen omtrent

reanimatie. Zijn antwoord was: ‘Het zonder aantoonbare noodzaak vragen naar reanimatiewensen is op grond van de gedragsregels voor artsen ongepast en staat haaks op de WGBO. Een ziekenhuisopname vormt in deze context op zichzelf onvoldoende noodzaak.’<sup>1</sup> Hendriks’ argumentatie is dat het stellen van deze vraag delicaat is en inbreekt in de privésfeer van de patiënt. Dat laatste mogen artsen wel doen maar, benadrukt hij terecht, alleen als daar een concrete en voldoende aanleiding voor is. Een ziekenhuisopname is dat op zichzelf nog niet. Voorts benadrukt Hendriks dat de wet ervan uitgaat dat patiënten zelf aangeven als zij bepaalde behandelingen niet wensen te ondergaan.

Als de arts besluit dat reanimatie in geen enkele situatie medisch zinvol zou zijn, dan stelt het Centraal Tuchtcollege overigens wel dat dit duidelijk en zonder onnodig uitstel besproken moet worden.<sup>2,3</sup> Er is echter geen wet of jurisprudentie die verplicht dat dat onmiddellijk bij opname moet gebeuren. Het lijkt van goede zorg te getuigen dit gesprek te voeren zodra de gelegenheid daarvoor geschikt is.<sup>1</sup>

### De ethische kant: wat is goede zorg?

Advance Care Planning Velen zien als het ideale scenario dat behandelwensen tijdig worden vastgelegd (*Advance Care Planning*). Bijvoorbeeld door al in de poliklinische fase behandelwensen te bespreken voor de periode waarin het slechter zal gaan. Onderzoek suggereert evenwel dat bij patiënten met een chronische ziekte de behandelwensen allesbehalve stabiel zijn.<sup>4</sup> Onze ervaring is ook dat patiënten als ze eenmaal in de laatste ziektefase zitten vaak toch andere wensen en prioriteiten hebben. Recent suggereerde een uitvoerige literatuuranalyse dat Advance Care Planning (‘proactieve zorgplanning’) ook niet leidt tot een betere kwaliteit van leven, bijvoorbeeld door gepaster zorggebruik, in de laatste levensfase.<sup>5</sup> Een ander recent onderzoek wees uit dat betrekkelijk tegenover-

gestelde voornemens omtrent vasthouden aan levensverlenging en intensief zorggebruik bij dialysepatiënten zich niet of nauwelijks vertalen in verschillend zorggebruik tijdens de sterffase.<sup>6</sup> Als puntje bij paaltje komt gaan mensen in hun wil niet te sterven misschien wel meer op elkaar lijken dan ze bij relatieve gezondheid dachten.<sup>7</sup>

Toch zijn ook wij voorstander van tijdig spreken met patiënten over behandeling in hun laatste levensfase. Het nut daarvan zit hem evenwel niet in het vastleggen van behandelwensen, maar in het voorbereiden van de patiënt op het gesprek daarover in de fase dat het er werkelijk om begint te spannen.<sup>8,9</sup> Het is onze klinische ervaring dat dit gesprek veel beter verloopt als al eerder is besproken dat het moment van bijna sterven er aan zal komen en dat je er als arts ook dan voor de patiënt zult zijn.

### De vraag bij opname

Op een drukke SEH aan een zieke patiënt vragen of hij of zij gereanimeerd zou willen worden vinden wij in algemene zin geen goede zorg.<sup>10</sup> Vaak schrikken patiënten van deze vraag en de tijd en rust om het allemaal goed uit te leggen ontbreekt vaak. Het gevolg is stress, angst en onbegrip. Af en toe herinneren opgenomen patiënten zich zelfs een andere afspraak dan die is overeengekomen.<sup>10</sup> Een review van de internationale literatuur ondersteunt dat patiënten de voorkeur geven aan een reanimatiegesprek met een voor hen bekende arts, op een rustig moment en in aanwezigheid van familie/naasten naar hun keuze.<sup>11</sup> Op dit moment loopt in enkele Nederlandse ziekenhuizen een onderzoek bij opgenomen patiënten om meer te weten te komen over meningen over – en herinneringen aan – het reanimatiegesprek bij opname.

### De mislukte reanimatie

De leidraad *Behandelafspraken* van de FMS propageert om alleen een niet-reanimerenbeleid op medische gronden af te spreken als reanima-

tie in elk realistisch denkbaar scenario zinloos wordt geacht. Dus ook bij bijvoorbeeld een *witnessed arrest* met een defibrilleerbaar hartritme. Dit legt de lat voor 'niet reanimeren op medische gronden' hoger dan velen hem hanteren. Het zal dus ook vaker leiden tot tenminste het starten met reanimatiehandelingen, tot dat duidelijk is of voortzetting daarvan potentieel zinvol is. En meer reanimaties leiden tot meer 'mislukte reanimaties'. Hoe problematisch is dat?

In een *must-read*-artikel gaat een Amerikaanse auteur in op de ethische afweging van een mislukte reanimatie.<sup>12</sup> Hij stelt voor dat niet het perspectief van een 'mislukte behandeling' centraal gesteld moet worden, maar dat bij discussies over al of niet reanimeren mogelijke uitkomsten besproken moeten worden. Vooral als mensen aangeven dat ze ernstige neurologische schade ('kasplantje') vrezen is het belangrijk om daar goede informatie over te geven. Leg uit dat de uitkomst 'leven met geen of geringe neurologische schade' veel kansrijker is dan de uitkomst die zij vrezen. Sowieso is een permanent vegetatieve toestand in Nederland extreem zeldzaam.<sup>13</sup> Je kunt zeker 'waardigheid van het stervensproces' bespreken, maar beseft in elk geval dat de kasplantjes-clausule, die regelmatig gebruikt wordt om het gesprek over reanimeren een snellere wending te geven, problematisch is.

### Leidraad FMS

Om veel van de genoemde misverstanden en dilemma's enigszins het hoofd te bieden heeft de NIV enige jaren geleden het initiatief genomen om een leidraad te schrijven. Uiteindelijk is het gelukt om die multidisciplinair onderschreven te krijgen via de Raad Kwaliteit van de FMS.<sup>14</sup>

Enkele kernpunten zijn:

1. Alleen een afspraak over wel/niet reanimeren kan voldoende zijn. Voor andere beslissingen, zoals wel/geen IC-opname, kan ook het beslismoment zelf afgewacht worden.

# 'De reanimatievraag' hoeft niet bij iedereen bij opname gesteld te worden

2. Ook zonder behandelrestrictie kan afgezien worden van (voortzetten van) reanimatie; in sommige contexten is reanimeren immers volslagen zinloos.<sup>15</sup>
3. 'De reanimatievraag' hoeft niet bij iedereen bij opname gesteld te worden. Dat moet wel als je besluit tot 'niet reanimeren op medische gronden'. Als de klinische conditie echter redelijk stabiel is, dan mag dit gesprek uitgesteld worden tot bijvoorbeeld de volgende dag. Dan is er vaak meer tijd, rust en diagnostische zekerheid. Bovendien is dan meestal de meest geschikte gesprekspartner beschikbaar (de vaste afdelingsarts of bijvoorbeeld de poliklinische behandelaar).

Ten slotte benadrukt de leidraad enkele algemene aspecten, zoals de toonzetting van het gesprek. Benadruk wat wél gedaan kan worden. Zelfs het 'niet-reanimeren' kan positief verwoord worden als het 'toestaan van natuurlijk sterven'.<sup>16</sup> Ook benadrukt de leidraad het belang van culturele en religieuze achtergronden.

### Conclusie

Er is geen wettelijke verplichting bij iedere ziekenhuisopname een behandelcode te bespreken. Als dit gesprek wel aangewezen is, dan kan het vaak wachten tot een geschikt moment, bijvoorbeeld de volgende dag, door een voor de patiënt bekende arts.

### Referenties

1. Hendriks AC. Moet ik bij opname vragen naar reanimatiewensen? *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017;161:D1831.
2. [https://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI\\_NL\\_TGZRGRO\\_2012\\_YG2352](https://tuchtrecht.overheid.nl/ECLI_NL_TGZRGRO_2012_YG2352).
3. Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg 12 januari 2016, ECLI:NL:TGZCTG:2016:19, Stcrt. 2016;13873.
4. Janssen DJA, Spruit MA, Schols J, e.a. Predicting changes in preferences for life-sustaining treatment among patients with advanced chronic organ failure. *Chest.* 2012;141:1251-1259.
5. Morrison RS, Meier DE, Arnold RM. What's wrong with advance care planning? *JAMA.* 2021;326:1575-1576.
6. Wong SPY, Prince DK, Kurella Tamura M, e.a. Value Placed on Comfort vs Life Prolongation Among Patients Treated With Maintenance Dialysis. *JAMA Intern Med.* 2023;183:462-469.
7. Smulders Y. Puntje bij paaltje. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017;161:B1389.
8. Sarkar U, Schillinger D, López A, Sudore R. Validation of self-reported health literacy questions among diverse English and Spanish-speaking populations. *J Gen Intern Med.* 2011;26:265-271.
9. Delden, JJM van. Het doel van Advance Care Planning. *Ned Tijdschr Geneesk.* 2017; 161: D1981.
10. Bosch FH, Bakker S. SEH geen plek voor reanimeerafspraken - Bespreek behandelbeleid op een rustiger moment. *Medisch Contact* 14 juni 2017.
11. Hall CC, Lugton J, Spiller JA, e.a. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2019;9:1-11.
12. Breu AC. Clinician-Patient Discussions of Successful CPR-The Vegetable Clause. *JAMA Intern Med.* 2018;178:1299-1300.
13. van Erp WS, Lavrijsen JC, Vos PE, e.a. The vegetative state: prevalence, misdiagnosis, and treatment limitations. *J Am Med Dir Assoc.* 2015;16:85.e9-85.e14.
14. Leidraad behandelafspraken bij acute ziekenhuisopname | Federatie Medisch Specialisten (demedischspecialist.nl).
15. Jabre P, Bougouin W, Dumas F, e.a. Early Identification of Patients With Out-of-Hospital Cardiac Arrest With No Chance of Survival and Consideration for Organ Donation. *Ann Intern Med.* 2016;165:770-778.
16. Venneman SS, Narnor-Harris P, Perish M, Hamilton M. Allow natural death versus do not resuscitate: three words that can change a life. *J Med Ethics.* 2008;34:2-6.

De vakgroep Interne Geneeskunde van het Adrz

## ‘Zeeland geeft ons werk een bijzondere meerwaarde’

TEKST: SACHA EIKENBOOM

Een zeer gevarieerde patiëntenpopulatie, vaktiestranden nabij en een buitengewoon nijpend huisartsentekort: zo maar een paar aspecten die het werk van de vakgroep Interne Geneeskunde van het Adrz typeren. Internist-endocrinoloog Kees van den Berge en internist-acute geneeskunde Rosanne Kranenburg vertellen wat hun werk nog meer bijzonder maakt.

‘Ja, de onderbezetting in de eerstelijns hier in Zeeland maakt het voor ons uitdagend om in lijn met de nationale akkoorden te handelen’, opent Kees van den Berge het gesprek. ‘Afgezien daarvan kent ons werk vooral positieve aspecten. Het Adrz is een groot ziekenhuis met drie locaties, een traumacentrum en een grote SEH. We zijn daarnaast het kleinste hiv- en hepatitisbehandelcentrum van Nederland. Door onze geografische ligging leveren we regelmatig tertiaire zorg en zijn we soms betrokken bij duikletsels. ‘s Zomers is het topdrukte. Dan is het handig als je Duits spreekt en weet welke heftige allergische reacties de Japanse kruiskwal in het Veerse Meer oplevert. We hebben poli’s op drie locaties en we verzorgen ook dialyse in Vakantiedialysecentrum Zeeland De

Banjaard. Onze patiëntenpopulatie is dynamisch, variërend van een behoudende agrarische bevolking tot een Randstedelijke mix.’

### De vakgroep

‘We hebben een grote vakgroep en beoefenen interne geneeskunde in alle facetten’, vult Rosanne Kranenburg aan. ‘De meeste maten werken vier dagen per week. We werken goed samen en gaan ook buiten werktijd met elkaar om. Jaarlijks organiseren we een grote barbecue op het strand voor iedereen die met ons werkt. Onze werkdruk is niet anders dan elders: hard werken, dagen zijn druk, vol en intens. Maar als je zonder files thuiskomt, ben je wel in Zeeland en dat voelt als vakantie.’



Rosanne Kranenburg en Kees van den Berge

### Eigen kwaliteits- en veiligheidssysteem

Voor de borging van kwaliteit en veiligheid ontwikkelde de vakgroep een eigen kwaliteits- en veiligheidssysteem. Rosanne: ‘Dit bestaat uit één groot document, een soort agenda die uitgebreid overzicht biedt in o.a. kwaliteitseisen, incidenten en klachten. Het overzicht wordt maandelijks gemonitord. Daarbij kijken we ook naar trends in communicatie, verschillen in medische verwachtingen tussen patiënt en dokter en polibeschikbaarheid. Elk kwartaal overleggen we met de klachtenfunctionaris, actiepunten worden concreet opgepakt. Zo houden we grip op klachten en kwaliteit van onze zorg.’

### Samenwerken

Hoe krijgt MDO vorm? Kees: ‘Intern is er veel regulier MDO. De samenwerking met de geriater in onze zorgeenheid bijvoorbeeld verloopt prettig. Regionaal werken we onder andere samen met het ZorgSaam Ziekenhuis in Terneuzen en Emergis, zorgaanbieder voor mentale gezondheid en welzijn. Een paar collega’s uit onze vakgroep verzorgen consulten in de omringende zorg- en verpleeghuizen. Daarnaast zijn we één van de twaalf leden van het SchildklierNetwerk.’

En de diensten? Rosanne: ‘Eén internist doet de voorwacht voor alle domeinen van de interne geneeskunde en MDL, achterwacht gebeurt per aandachtsgebied. Bij spoedzorg denken we allemaal in de breedte mee.’

### Zeehond

Zeeland geeft hun werk een bijzondere meerwaarde, besluiten beide internisten. Rosanne: ‘Je komt hier voor een baan, maar krijgt daar heel veel voor terug.’ Kees: ‘Onlangs fietste ik over de Zeelandbrug voor mijn werk naar locatie Goes en werd in het water begeleid door een zeehond. Dat kan alleen maar hier.’

## FEITEN & CIJFERS

### Vakgroep Interne Geneeskunde Adrze

<b>Locaties</b>	Goes, Vlissingen en Zierikzee
<b>Aantal leden vakgroep</b>	21
<b>Gemiddelde leeftijd</b>	45 jaar
<b>Samenstelling</b>	9 man, 13 vrouw
<b>Aandachtsgebieden</b>	algemeen interne, acute geneeskunde, infectiologie, endocrinologie, hematologie, oncologie, nefrologie en MDL/endoscopie
<b>Opleidingsfunctie</b>	ja: coassistenten, PA, anios SEH, haio, en VS
<b>Wetenschappelijk onderzoek</b>	alle groepen participeren in landelijk onderzoek
<b>Blinkt als groep uit in</b>	‘We hebben heel veel olie in onze machine waardoor de raderen soepel draaien’
<b>Grootste uitdaging</b>	‘De zorgkloof het hoofd bieden’
<b>www.adrz.nl/afdelingen-specialismen/interne-geneeskunde</b>	

# Kijkje in de ziel van de opleider Henk Sluiter

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Ik leerde Henk kennen als lid van de Commissie Onderwijs Interne Geneeskunde en had al langer het idee om hem te vragen naar zijn visie op het opleiden. We treffen elkaar op een zaterdagochtend via een videoverbinding. Een hand brengt Henk koffie, terwijl ik probeer het scherm zo te draaien dat een wasrek uit beeld verdwijnt; zonder succes.

## *Had je al vroeg de ambitie om opleider te worden?*

‘Ja, dat is een van de redenen dat ik naar Deventer ben gegaan. Daar had ik al na twee jaar, nog groen als gras, het voorrecht die rol toebedeeld te krijgen.’

## *Waarom is dat een voorrecht?*

‘Wij hebben een veelzijdig beroep. Van de nevenfuncties heb ik veel geleerd. Daarnaast geeft de samenwerking met de aios voldoening. Je speelt een rol in hun zoektocht om alles wat op hun pad komt in de opleiding in hun leven in te passen. Als mensen zoiets oprecht met je delen, is dat een bijzondere ervaring.’

## *Waarom wilde je opleider worden?*

‘Ik vind het leuk om uit te leggen wat ik doe; te ervaren dat mensen van

je kunnen leren door te zien wat je doet. Zo breng je de kunst van het vak over, door het te tonen. We leren vooral van elkaar via het “onzichtbare curriculum”, door te observeren hoe anderen zich gedragen, hoe ze denken en handelen.’

## *Het meest invloedrijke onzichtbare curriculum is je opvoeding. Wat heb jij meegekregen van je ouders?*

‘Mijn vader was hoogleraar longgeneeskunde. Hij genoot van het intellectuele aspect van het vak en stond altijd klaar voor zijn werk. Ik zag dat oprechte bezieling belangrijk is. Ik merkte dat hij gewaardeerd werd als docent.’

## *Wat is de essentie van een goede opleider?*

‘Ik heb veel visitaties gedaan. Het vuur en het enthousiasme van de

opleider is bijna altijd belangrijk voor hoe aios de opleiding ervaren en waarderen. Het gaat om enthousiasme voor het overdragen van kennis en kunde en voor het delen van ervaringen. Als de eer van het opleiderschap een keer ten deel valt aan iemand die dat mist, dan werkt dat minder goed.’

## *Moet een opleider interne geneeskunde een generalist zijn?*

‘De persoonlijke attributen zijn wat mij betreft belangrijker dan het subspecialisme of de mate waarin je vakinhoudelijk generalist bent.’

## *Heb je in je rol als internist en opleider worstelingen doorgemaakt?*

‘Als je de moeite neemt om bij een patiënt na te gaan of die begrepen heeft wat je bedoelt en of je advies uitvoerbaar is, merk je dat dat vaak niet het geval is. Ook als opleider moet je je team en je assistenten expliciet vragen stellen. Ik heb dat door schade en schande geleerd. Een assistent die ik qua niveau niet goed genoeg vond zei tijdens een voortgangsgesprek: ‘Je vertrouwt me niet’. Het bleek dat ik niet goed op de hoogte was van de omstandigheden. Daarvan heb ik geleerd. Ik zocht gaandeweg ook buiten de geplande afspraken om vaker het gesprek op. Bij de modernisering van de opleiding hadden we het uitspreken van vertrouwen in het kunnen van de aios eerder aan bod moeten laten komen. Met de EPA’s werd dit expliciet. Dat maakt de opleiding uitvoer-

## HENK SLUITER

werkte van 1990 tot aan zijn pensioen in 2019 als internist-nefroloog in het Deventer ziekenhuis. Zijn hart voor het opleiden blijkt uit de vele functies die hij bekleedde: opleider Interne Geneeskunde en later Ziekenhuisgeneeskunde, coördinator van de huisartsenstage, voorzitter van de Plenaire Commissie Instellingsvisitaties RGS en – tot twee jaar na zijn pensioen – coördinator medische vervolgoopleidingen in het Deventer Ziekenhuis. Daarnaast had hij vele functies bij de modernisering van de medische vervolgoopleidingen.

baarder. Het te veel uitsplitsen van leerdoelen kan achterwege blijven bij aios die het vertrouwen aankunnen.'

### **Welke elementen maken een opleiding goed?**

'Allereerst moet er ruimte zijn voor gewettigd en uitgesproken vertrouwen, waar we het zojuist over hadden. Dat is nodig voor de noodzakelijke zelfsturing. Ook is het geven van vertrouwen een uiting van waardering en zorgt het ervoor dat de aios de ruimte krijgt om verantwoordelijkheid te nemen. Daarbij is het ook belangrijk dat de aios leert kijken naar de wens van de patiënt en naar die van zichzelf. Het voldoen aan de verwachtingen van de opleiders moet niet de boventoon voeren. Dat belemmert het groeiproces en het nemen van verantwoordelijkheid. Verder helpt het als er aandacht is voor dat wat energie kost en niet bijdraagt aan de opleiding. Dat kunnen aspecten van tijdsbesteding zijn, van organisatie of van gedrag en interacties met personen. Het doel is om de aios een stap verder brengen. Daarvoor is tot slot belangrijk dat je ze helpt om *resilience* op te bouwen, oftewel veerkracht. Het gaat om het omgaan met en het leren van ervaringen die je hebt opgedaan. Om dat op te bouwen helpt het om aandacht te hebben voor *debriefing*.'

### **Wat bedoel je met debriefing?**

'Door het te hebben over je eigen ervaringen zet je de deur open om te horen hoe dingen zijn ervaren. Sta stil bij die momenten en vraag door naar zowel positieve als negatieve ervaringen. Dit werkt alleen als er wederkerigheid is. In het Deventer ziekenhuis heeft het reflecteren op deze zaken geleid tot een concept-omgangs- en bejegeningcode voor de medische opleidingen. Het



doel is om gezamenlijk ervaringen na te bespreken. Daardoor krijg je als groep oog voor kleine onbedoelde incidenten die energie kosten en groei in de weg staan. Soms kan iemand bijvoorbeeld uit het veld zijn geslagen, omdat hij niet voor vol werd aangezien tijdens het doen van een consult. Het routinematig bespreken van dit soort ervaringen helpt dan.'

### **Tot slot, wat zijn nieuwere elementen, die volgens jou een plek verdienen in de opleiding?**

'We kunnen nog veel leren door anderen te betrekken bij de opleiding tot specialist: patiënten, verpleegkundigen, secretaresses en coassistenten. Het levert inzicht op in de organisatie van werk, het verloop van het medisch handelen, de communicatie

en hoe mensen omgaan met stressvolle situaties. Het is belangrijk om daar als opleidingsgroep een plan voor te hebben en daarin te investeren. Bij de opleiding tot huisarts doen ze dat erg goed. Verder is in de opleiding Ziekenhuisgeneeskunde veel aandacht voor het verbeteren van de ketenzorg. Daar kunnen wij ook van leren. Zo worden aios Ziekenhuisgeneeskunde gevraagd om tijdens hun werk van een zorgproces drie elementen te noemen die goed gaan en drie die beter kunnen. Door dit routinematig te doen gaan ze herkennen wat werkt en wat niet. Ze leren de zorg zowel qua inhoud als proces analyseren. Het is bovendien een vorm van kwalitatief onderzoek, die je kan gebruiken om de zorg te verbeteren. Dat is iets waar ik een lans voor wil breken; de waarde van kwalitatief onderzoek. Dan denk ik aan interviews met mensen. Zij zien wat er gebeurt en wat de implicaties zijn. Visitaties kun je ook gebruiken als een bron van kwalitatieve data. De resultaten kun je bundelen om daaruit de positieve context te herkennen en daarvan te leren.'

'Ik zag dat **oprechte bezieling belangrijk** is'



# De internist in balans, waar ligt het geheim?

TEKST: ILIAS ATTAYE, RAJU TALWAR & ASIYE GEDIK, AIOS INTERNE GENEESKUNDE, JNIV-COMMISSIE DIVERSITEIT

Een goede balans tussen werk en privé is een toenemende uitdaging voor artsen, met name voor jonge artsen. We spraken hierover met internisten Esther van Meerten en Nazik Durdu-Rayman en met universitair docent en psycholoog Semiha Aydin.

De cijfers liegen er niet om. Zo is 36% van de aios en 21% van de startende medisch specialisten niet tevreden met hun werk-privébalans.<sup>1</sup>

Slechts 10% van de medisch specialisten (in opleiding) geeft aan bevlogen te zijn over het vak.<sup>2</sup> Gelukkig zijn velen wel trots op hun werk,<sup>1</sup> maar het aantal burn-outklachten neemt ook toe.<sup>2</sup> Medisch specialisten maken relatief veel werkuren bij een fulltime contract. De laatste jaren gaan wel steeds meer artsen in deeltijd werken, wat mogelijk voor een betere balans zorgt.

## Indeling werkweek

Esther van Meerten (51) is internist-oncoloog in het Erasmus MC. Zij vindt het moeilijk om de cijfers te duiden. 'Ik vind mijn werk uitdagend en leuk. Iedere week is anders. Zo geef ik tijdens mijn klinische taken als internist-oncoloog ook supervisie en onderwijs aan aios.'

Voor Nazik Durdu-Rayman (47), internist-hematoloog in het Franciscus Gasthuis & Vlietland, ligt dat iets anders:

'Mijn weken zijn redelijk vast ingedeeld. Ik werk parttime: 28 uur per week verdeeld over drieënhalve dag. Ik probeer al mijn werk in deze dagen af te ronden, zodat ik op mijn vaste vrije dag ook echt vrij ben. Voor mij helpt het juist om wat meer zicht te hebben op mijn dag, om voorbereid te zijn op wat gaat komen.'

## Rolambiguïteit

Semiha Aydin is universitair docent en psycholoog en heeft affiniteit met burn-outpreventie bij artsen. Zij plaatst de reacties van Nazik en Esther in een bredere context. Semiha: 'Zowel Nazik als Esther hebben het over rolambiguïteit in het werk. Daar waar Nazik haar behoefte aan duidelijkheid vervult door voorbereid te zijn op welke rol zij die dag heeft, haalt Esther kracht uit haar verschillende rollen. Autonomie is hierbij een bepalende factor. Om in een uitdagende omgeving duurzaam en gezond te kunnen manoeuvreren is autonomie nodig. Dat bevordert de werktevredenheid en vermindert de kans op burn-out.'<sup>3,4</sup>



Esther van Meerten



Nazik Durdu-Rayman

## Werk-/privébalans

Esther is tevreden over haar werk-/privébalans: 'Ik heb als belangrijke regel dat thuis echt thuis is en werk echt werk. Daarnaast vind ik het belangrijk om altijd nieuwe dingen te blijven doen en uitdagingen die op mijn pad komen aan te grijpen. Zo heb ik recent een opleiding medische ethiek gedaan en probeer ik die nu in de praktijk toe te passen.' Ook Nazik houdt werk en privé zoveel mogelijk gescheiden. 'Ik probeer mijn eigen grenzen hierin te bewaken en zowel lichamelijk als geestelijk goed in mijn vel te zitten. Dit doe ik door thuis duidelijke afspraken te maken met mijn partner en door veel te crossfitten. Ik moet toegeven dat sinds ik vakgroepvoorzitter ben het wel weer even zoeken was naar een nieuwe balans.' Ook voor Esther glipt er in de avonduren soms iets werkgerelateerds tussen, maar ze benadrukt dat het goed is om een soort regel voor jezelf te hebben, zodat je wel je grenzen kunt bewaken.

## Mentale flexibiliteit

Semiha reageert: 'De vanzelfsprekendheid dat er bij noodzaak gewerkt kan worden in de vrije uren kan heel nuttig zijn. De vraag is: voelt het net zo acceptabel wanneer het soms eens andersom is? Kan je zonder schuldgevoelens vrij nemen tijdens werktijden, omdat je dat nodig hebt? Of ben je dan in beslag genomen door allerlei secundaire gevoelens en gedachten, bijvoorbeeld spijt en schuld? (Mentale) flexibiliteit is namelijk een beschermende factor tegen burn-out. En andersom zijn (rigide) leefregels risicofactoren, zoals de leefregel: ik moet tijdens een werkdag de hele tijd productief zijn.'

## Bevlogenheid onder druk

Esther: 'Het is natuurlijk schrikken dat mensen hun vak met minder passie uitvoeren. Zelf haal ik de meeste energie uit direct patiëntencontact, daar ben ik immers arts voor geworden. Daarnaast krijg ik ook veel energie en voldoening uit het investeren in de ontwikkeling van jonge collega's.' Ook Nazik vindt de patiëntrelaties het waardevolste onderdeel van haar vak. 'Daarnaast is het belangrijk om te werken in een omgeving waar je je prettig en gesteund voelt door je collega's.'

Semiha: 'Net als autonomie is verbondenheid een universele basisbehoefte. Beide komen vaak met een voorwaarde: openheid. Openheid naar jezelf en naar je omgeving, over wat je dwars zit en waar je behoefte aan hebt. Zonder die openheid kun je geen verbondenheid ervaren. Verbondenheid vermindert ook zelftwijfel; een kernsymptoom bij een burn-out. Blijf daarom inzetten in een omgeving die openheid en verbondenheid stimuleert.'

## Minder werken

Voor Nazik was in deeltijd werken een manier om meer regie te krijgen over haar opleiding als internist: 'Uiteindelijk is dit een persoonlijke overweging, met als kanttekening dat het cruciaal is om je eigen grenzen te kennen

en te bepalen wat voor jou belangrijk is in het leven.' Ook Esther vindt dat ieder dit voor zichzelf moet beslissen: 'Deeltijd werken is een goede mogelijkheid in ons vak. Het is dan wel belangrijk goed over te dragen aan je collega's om de continuïteit van zorg te waarborgen.'

Semiha: 'Werkduur en -tijden hebben natuurlijk veel invloed op je privéleven en andersom. Dat wat gangbaar is, heeft invloed op hoe jij het vorm wilt geven, dat is begrijpelijk. Maar stel jezelf de vraag: wat wil ik werkelijk en hoe wil ik dat doen? Weet waar je behoeftes liggen: heb je een aantal hele vrije dagen per week nodig of juist meerdere dagdelen? Er is geen gouden standaard voor iedereen.'

## Burn-out voorkomen

Nazik: 'Ik vind het moeilijk te verklaren waarom burn-out tegenwoordig meer lijkt voor te komen. Voor mijn gevoel is er minder taboe rondom burn-out dan vroeger. Het is belangrijk om te beseffen dat in beginsel jijzelf verantwoordelijk bent voor je eigen geluk en niemand anders. Als je werk teveel dreigt te worden, ga dan vooral in gesprek en bedenk hoe je het anders kunt inrichten. Daarnaast is een hoge werkdruk niet gelijk aan een burn-out. Een burn-out kent vele dimensies en niet alles is direct werkgerelateerd.'

Esther: 'Ik denk dat mijn belangrijkste tip zou zijn om bij jezelf te blijven. Laat je niet gek maken door de verwachtingen die jij denkt dat de omgeving van je heeft of die jij jezelf oplegt. Ik heb niet het idee dat de huidige generatie artsen per se veel harder moet werken dan de vorige generatie, maar wat wel lijkt mee te spelen zijn de verwachtingen die mensen van zichzelf hebben. Veel dingen 'moeten' gevoelsmatig. Je 'moet' een leuke partner hebben, een goed gezinsleven, je moet sporten, sociaal actief zijn et cetera. Wat vooral belangrijk is, is om ook af en toe nee te kunnen zeggen. Als aios is dit uiteraard moeilijker, maar naarmate je ouder wordt, merk je dat dit steeds makkelijker gaat.'

## Conclusie

Het is duidelijk dat het vinden van een goede werk-/privébalans een uitdaging is voor artsen. Het belangrijkste is bewust worden van je eigen behoeften en grenzen. Autonomie, openheid, verbondenheid en flexibiliteit blijven belangrijke factoren om bevlogenheid en duurzame inzetbaarheid te bevorderen. Laten we dus vooral hierop inzetten.

## Referenties

1. Loopbaanmonitor Medisch Specialisten 2022, Federatie Medisch Specialisten, LAD en DJS.
2. Quickscan Bezieling 2022, VVAA.
3. Giménez Lozano JM, Martínez Ramón JP, Morales Rodríguez FM. Doctors and Nurses: A Systematic Review of the Risk and Protective Factors in Workplace Violence and Burnout. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2021;18.
4. Babineau T, Thomas A, Wu V. Physician Burnout and Compassion Fatigue: Individual and Institutional Response to an Emerging Crisis. *Current Treatment Options in Pediatrics*. 2019;5,1-10.

# Opleidingsprijs 2023

TEKST: BAUKE HAISMA & MARIEKE VAN GASTEL

Op 24 mei was het weer zover, de jaarlijkse Landelijke Opleidingsdag Interne Geneeskunde (LOIG) in de Reehorst in Ede. Een dag vol inspirerende sprekers, interactieve workshops en – helaas – tegen het einde van de dag een stroomstoring. Ondanks het gebrek aan technische ondersteuning kon de dag worden afgesloten met de uitreiking van de JNIV Opleidingsprijs 2023.

Dit jaar werd internist-infectioloog Judith Branger verrast met de Opleidingsprijs. Eervolle vermeldingen zijn er voor de twee andere internisten die dit jaar de top drie haalden: Jaap ten Oever (internist-infectioloog) en Anneke Bech (internist-nefroloog).

## Judith Branger

Judith Branger werd genomineerd door de arts-assistenten van het Flevoziekenhuis. Zij noemen haar een ultiem rolmodel, als arts en als mens. 'Judith inspireert als arts in de manier waarop ze contact maakt met patiënten, waarbij ze oprecht geïnteresseerd is in haar patiënten en ook helpt bij het oplossen van moeilijke situaties. Als opleider heeft ze veel aandacht voor het welzijn en de individuele wensen en ambities van de arts-assistenten. Judith informeert individueel structureel hoe het gaat, maar heeft het ook openlijk over werkdruk en mentaal welzijn. Om het welzijn van haar arts-assistenten verder te vergroten stimuleerde ze de hele groep om deel te nemen aan Challenge & Support en maakt ze bij zwangerschap van arts-assistenten proactief een zwangerschaps-, verlof- én 'daarna'-plan. Ook stimuleert ze haar assistenten om hun opleiding te individualiseren.' De genoemde voorbeelden variëren van medisch-inhoudelijke individuele accenten tijdens stages en tijd

voor onderzoek of commissies, tot een pauze nemen voor een wereldreis. Samenvattend zeggen de arts-assistenten dan ook dat Judith hen inspireert en motiveert om de beste versie van zichzelf te zijn. Al met al een verdiende verkiezing tot opleider interne geneeskunde van het jaar 2023!

## Jaap ten Oever

Jaap ten Oever is internist-infectioloog en opleider Infectieziekten in het Radboudumc. Hij werd door zijn arts-assistenten geroemd om het positieve opleidingsklimaat, waarbij je als aios de ruimte hebt om je 'buiten de gebaande paden' te begeven. Voorbeelden die genoemd worden zijn stages bij het RIVM of in Indonesië, en tijd voor onderzoek in de VS. Daarnaast heeft Jaap aandacht voor de werkbelasting, is hij laagdrempelig benaderbaar en zorgt hij voor een divers palet aan onderwijs. Hij wordt door de assistenten dan ook beschreven als 'voorbeeldopleider die we iedere vakgroep en iedere aios zouden gunnen'.

## Anneke Bech

Anneke Bech, internist-nefroloog en opleider interne geneeskunde, werd genomineerd via een origineel filmpje, gemaakt door de arts-assistenten van het Rijnstate. Hierin wordt duidelijk dat ze zich enorm heeft ingespannen om nieuwe stages te introduceren en bestaande stages te verbeteren. Er is veel ruimte voor eigen inbreng in de indeling van de opleiding. Hierbij denkt Anneke actief mee over de mogelijkheden. Als opleider heeft ze oprechte aandacht voor de arts-assistent als mens en is ze inmiddels gestart met het programma *de vitale dappere dokter*. De arts-assistenten benadrukken dat Anneke echt voor je klaarstaat en zeggen dan ook 'gigantisch blij te zijn met zo'n opleider'.

## Wondvocht

TEKST: BORIS KANEN

### Côte d'Azur

*Hompen dronken vlees  
Dobberen doelloos  
Vloekend met de zon  
Op 't helder blauwe water*

*Daarin diep verscholen  
Een kwetsbaar mens  
Verdwaald in zijn  
Verdronken wens*

*Vluchtend voor vroeger  
Duikend voor 'later'*

# NIV kennistoets 2023

TEKST: DARIUS SOONAWALA, COMMISSIE ONDERWIJS INTERNE GENEESKUNDE (COIG)

In maart maakten 627 aios de kennistoets, die onderdeel uitmaakt van het landelijk verplichte onderwijs. Als aios interne geneeskunde moet je tijdens de opleiding minimaal drie keer een voldoende halen. Vooropleiders maken de toets één of twee keer.

Net als vorig jaar was het een online geslotenboek-toets. Vergeleken met 2022 was de gemiddelde score over alle jaargangen lager. De toets werd dan ook als moeilijker ervaren. Bovendien waren er meer bezwaren over bepaalde vragen. Daarop vervielen 5 van de 150 vragen.

## Doel van de toets

Het doel van de toets is om inzicht te krijgen in je eigen kennisniveau ten opzichte van het gemiddelde en van de vorige jaren. Dit om de voortgang over de jaren te monitoren. Door de feedback bij de vragen wordt ook nieuwe kennis opgedaan. Daarom worden soms ook actuele zaken uit een nieuwe richtlijn belicht.

## Samenstelling

Vragen worden via de centrale opleidingslocaties door u allen aangeleverd. In januari stellen de leden van de COIG de toets samen. De vragen worden eerst bekeken door leden die geen specialist zijn op het betreffende deelgebied, om de nadruk te houden op algemene kennis over de interne geneeskunde. Vervolgens worden de vragen besproken met een deelspecialist van de COIG, of plenair met alle leden. Achteraf evalueert de COIG de toets. Hierbij wordt gekeken naar de uit-

komst van de enquête onder de deelnemers en de binnengekomen commentaren en bezwaren op bepaalde vragen. Bij de toetsanalyse worden bepaalde indices gebruikt.

## P-waarde en RIR-waarde

De p-waarde van een vraag geeft weer hoeveel procent de vraag goed heeft beantwoord. De RIR-waarde geeft aan in hoeverre een vraag onderscheid maakt tussen de zwakkere en de betere studenten. Een hogere RIR-waarde geeft dus aan dat die vraag vaker goed is beantwoord door deelnemers met een hogere eindscore op de toets. Een vraag die goed discrimineert heeft een RIR-waarde >0,1. Hieronder staan enkele voorbeeldvragen uit de toets van 2023.

### Voorbeeldvraag 1

Deze vraag scoort goed op beide statistieken. Iets meer dan de helft had de vraag goed (p = 0,56) en de vraag discrimineert goed tussen 'betere en zwakkere aios' (RIR 0,37).

*Chronisch dropgebruik kan de oorzaak zijn van hypertensie omdat het enzym 11-betahydroxysteroid dehydrogenase, dat zorgt voor de omzetting van cortisol in cortison in de nieren, geremd wordt. Cortisol heeft in tegenstelling tot cortison affiniteit voor de mine-*

*ralocorticoïdreceptor. Bij chronisch dropgebruik zal cortisol de mineralocorticoïdreceptor bezetten, met een verhoogde mineralocorticoïde activiteit in de nier tot gevolg.*

*Wat is het effect van deze situatie op het renine en aldosteron in het bloed?*

- a Aldosteron stijgt en renine stijgt
- b Aldosteron stijgt en renine daalt
- c Aldosteron daalt en renine stijgt
- d Aldosteron daalt en renine daalt

### Voorbeeldvraag 2

Deze vraag is door bijna iedereen goed beantwoord (p = 0,91). Daarnaast is de RIR-waarde hoog (0,43). Dit geeft aan dat de 9% die deze vraag fout had, ook een significant lagere eindscore behaalde.

*Bij een 60-jarige man wordt een stadium III diffuus grootcellig B-cel-lymfoom gediagnosticeerd. De hematoloog stelt een behandeling voor met CHOP-chemotherapie in combinatie met rituximab.*

*Tegen welke oppervlaktemarkers is deze behandeling gericht?*

- a CD3
- b CD34
- c CD20
- d CD52

### Voorbeeldvraag 3

Deze vraag is door iets meer dan de helft goed beantwoord (p = 0,53), waarbij er geen correlatie was met de behaalde eindscore op de toets (RIR 0).

*Een terzake wilsbekwame patiënt met open tuberculose weigert opname, zelfisolatie en behandeling. Wat is volgens de wet nu het meest aangewezen beleid?*

- a Gedwongen opname wel, gedwongen behandeling ook
- b Gedwongen opname wel, gedwongen behandeling niet
- c Gedwongen opname en gedwongen behandeling beide niet

2023					
Opleidingsjaar	1	2	3	4, 5, 6	vooropleiders
Aantal deelnemers	71	111	111	146	188
Percentage correct	57%	61%	65%	67%	54%
2022					
Opleidingsjaar	1	2	3	4, 5, 6	vooropleiders
Aantal deelnemers	69	109	101	143	183
Percentage correct	63%	68%	70%	73%	59%

Figuur 1. Resultaten NIV-kennistoets

# Yvo Smulders



## De vrijdagmiddagmail

Ik weet niet hoe het bij jullie is, maar mijn inbox is mijn to-do-lijst. En volgens mij ben ik niet de enige. Je inbox bepaalt daardoor mede je humeur en vooral of je uit kunt zien naar een vrij weekend. Lukt het je in de loop van de week niet je inbox enigszins op te ruimen, dan kun je vrijdag maar beter even gas geven. En is dat niet voldoende, dan gaan er toch zaterdag en/of zondag een paar uurtjes naar de baas. Immers, anders begint het onaffe werk vanaf maandag alweer een wissel te trekken op het zorgeloze uitzicht op het volgende weekend.

Aanpoten dus en meestal ziet het er aan het einde van de vrijdagochtend betrekkelijk zonnig uit. Maar dan komt ie: de vrijdagmiddagmail.

'Beste Yvo, in de bijlage... graag je oordeel.' Die bijlage is doorgaans niet mis, vooral op vrijdagmiddag. Het is een conceptartikel, een scriptie, een beleidsstuk of een onderzoeksaanvraag met als deadline de dinsdag erop. Het is vrijwel altijd het resultaat van een week hard werken met als doel om er vóór het weekend vanaf te zijn en het naar Smulders te sturen.

Krijg de klere met je bijlage! Ik was net bijna klaar om lastloos het weekend in te gaan. Wie zijt gij om dat te verpesten door mij op zo'n kansloos laat moment op de vrijdagmiddag nog even een forse klus te sturen?

De vrijdagmiddagmail is natuurlijk óók een poging blij het weekend in te gaan. De afzender heeft net zo hard gewerkt om deze mail te versturen als de ontvanger heeft gedaan om tevreden met gedane arbeid het weekend in te gaan. Het zijn concurrerende lusten waarbij steevast één aan het kortste eind trekt, doorgaans de ontvanger. De vrijdagmiddagmail is daarmee wel een circulaire poets die wij elkaar neigen te bakken: je wil ervan af, een ander krijgt 'm. Maar... als je 'm om 15.00 uur stuurt en ik heb even tijd en zin, dan krijg je 'm om 17.00 uur weer terug. Het is als het leven: een van beiden delft het onderspit. Of, in de woorden van de briljante Gore Vidal: winnen is niet genoeg, iemand moet verliezen (*"to succeed is not enough, others must fail"*)

De oplossing is simpel: een bijlageverbod vanaf vrijdagochtend 10.00 uur. Gij zult geen klussen meer over de elektronische pestlijn sturen. Is jouw klusje waar een ander mee verder moet niet klaar om te versturen op deze tijd, leg het dan weg tot volgende week, ruim je inbox op en val niemand meer lastig. Vooral mij niet.