

1

de internist

MAART 2024
JAARGANG 15

Nienke Hommes

**‘Nog steeds
trots op
Olympische
prestatie’**

Grensoverschrijdend
gedrag: hoe pakken
we het aan?

Diversiteit in de
geneeskunde

H+
MC

**Dossier
Leefstijl**



8

Rondetafelgesprek grensoverschrijdend gedrag

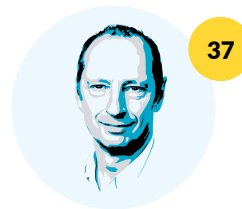
Vijf internisten (in opleiding) schuiven aan



13

Dossier Leefstijl

Steeds meer medisch specialisten houden zich bezig met leefstijlgeneeskunde



37

Fullmindedness

Column
Yvo Smulders



20

Olympisch sporter

Internist-nefroloog Nienke Hommes nam in 2004 met het Nederlandse vrouwen acht roeiteam deel aan de Olympische Spelen

- 4 **Vooruitblik**
- 5 **Redactioneel**
- 7 **Werkvloer**
- 12 **Vakgroep uitgelicht**
Vakgroep Interne Geneeskunde, Wilhelmina Ziekenhuis Assen
- 23 **Knuppel**
'De chef' mee laten solliciteren
- 24 **Type 1 diabetes**
Een leven lang leren
- 26 **Positieve incidenten**
Leren van wat goed gaat

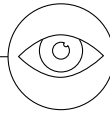
- 28 **Diversiteit in de geneeskunde**
Een verrijking voor ons vak
- 31 **Boekbespreking**
How minds change
- 33 **In cijfers**
- 34 **Komen en Gaan**
Anne-Joy de Graan en Zoran Erjavec
- 36 **Focusvraag**
- 38 **Agenda**



32

Spiegeltje Spiegeltje

Traumachirurg Marijn Houwert over de internist



Vooruitblik

Wij vragen drie lezers om te reageren op een van de artikelen in dit nummer

P08



In een rondetafelgesprek ging hoofdredacteur Iris van Groenigen met vijf collega's dieper in op het onderwerp grensoverschrijdend gedrag.



Karin Haring
Internist-nefroloog/affiliatiecoördinator Deventer ziekenhuis

Het is ook mijn ervaring dat artsen die ons gewenst gedrag vertonen dat regelmatig niet door hebben. Het mooiste is als het lukt een driehoeksgesprek te organiseren. Dit vergt lef, maar helpt om van elkaar te leren. De coassistent of a(n)ios moet zich dan wel altijd gesteund voelen door de opleider.

P14



Steeds meer medisch specialisten houden zich bezig met leefstijlgenesekunde.



Mechteld Vermeulen
Internist-endocrinoloog Canisius Wilhelmina Ziekenhuis Nijmegen

Voor veel ziektebeelden geldt dat het niet adresseren van leefstijl geen optie is. De behandelaar kan impact maken in de spreekkamer, omdat er vertrouwensband is en momentum. Echter ondanks momentum is de tijd er vaak niet. Een samenwerking tussen arts en leefstijlloket kan hierbij van grote waarde zijn!

P23



Knuppel 'Stop met het laten meesoliciteren van de chef de clinique'



Hans van den Bout
Internist-intensivist Maasstad Ziekenhuis

Sollicitatiegesprekken zijn ernstig overgewaardeerd. Welk inzicht of zekerheid geeft zo'n gesprek boven gewoon samenwerken als collega's. Een meer gedegen sollicitatie is er niet en daar moet je dan gewoon eerlijk over zijn.



Iris van Groening, hoofdredacteur van *de internist*. Iris is internist in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland.

redactioneel

Wen er maar aan

Na 10 jaar krijgt ons magazine een restyling. Het nieuwe jasje vinden wij erg mooi, maar we willen vooral meer aandacht voor de mens achter de internist. Om elkaar echt beter te leren kennen. Waar je ook werkt: van academisch tot perifeer en van grote steden tot meer landelijke regio's. Van superspecialist tot generalist: we willen graag doorgronden wat de internist bezighoudt, binnen en buiten het vak.

veranderingen blijven, dus wen er maar aan. In dit nummer lees je veel over verandering. Bijvoorbeeld over de wijze waarop onze mening verandert in een inspirerende boekbespreking van het boek *How minds change*. Lees ook hoe positieve incidenten een betere basis bieden voor verandering dan negatieve. De herintroductie van de rubriek *de knuppel* geeft te denken over een alternatieve sollicitatieprocedure.

Bij leefstijlverandering weten we goed hoe we het anders willen voor onszelf en onze patiënten, maar het echt doen en volhouden blijkt lastig. In dit nummer staan we onder meer stil bij het veranderen van leefstijl.

Want zeg eens eerlijk, hoe is het gesteld met jouw slaappatroon? Beweging? Alcohol? En (hoe) bespreek je dit in de spreekkamer? Wat mij betreft is preventie namelijk echt iets wat bij ons als internisten hoort.

Ook grensoverschrijdend gedrag vraagt om een andere kijk. Uiteraard kennen we allemaal de stuitende voorbeelden, maar lees op pagina 8 dat dit gedrag ook veel subtieler en sluipenderwijs kan ontstaan. Ik verbaasde me hoe een luchtig bedoelde opmerking door een ander als grensoverschrijdend kan worden ervaren. Voor mij een goede reden om eens kritisch in de spiegel te kijken. Best kans dat ook jij die uitdaging voelt na het lezen van dit artikel. Soms gaat het niet om jouw goede bedoelingen, maar simpelweg om de ervaring van de ander.

Aandacht voor de mens achter de internist

Onlangs volgde ik een nascholing 'motiveerende gesprekstechnieken'. Alles wat ik de afgelopen jaren eerder had geleerd - geen aannames doen, open vragen stellen en alles vanuit de ik-persoon formuleren - werd in 1 middag radicaal omgegooid: gebruik korte constatering met aannames. 'Je bent gefrustreerd' 'Je hebt pijn'. Het idee: als iemand zich gehoord en gezien voelt, ontstaat meer ruimte voor het gesprek. Je komt dan samen sneller tot de kern met een grotere kans op verandering. En wat bleek: het werkt! (Al is de drempel in de spreekkamer nog wel wat hoog moet ik bekennen). Grote veranderingen, de een houdt er meer van dan de ander. Een ding staat vast:

Iris



Op de werkvloer

Stoppen-met-rokenadvies

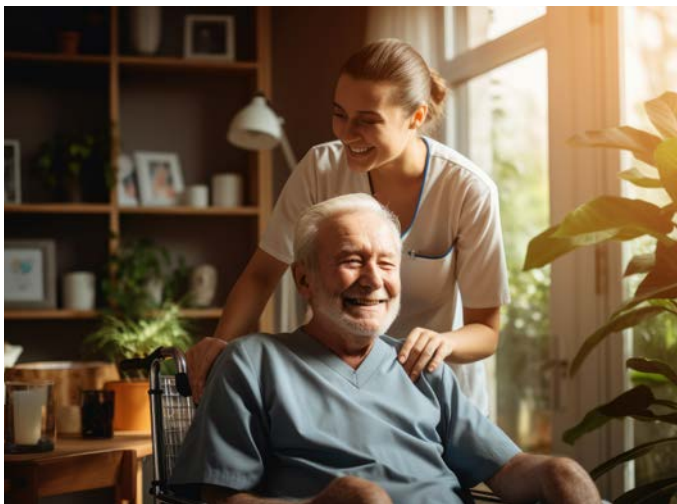
Roken en stoppen met roken is een onderbelicht thema in de spreekkamer. RookStopZorg, een initiatief van het Trimbos-instituut, wil hier met een campagne over het stoppen-met-rokenadvies aandacht voor vragen.

In Nederland roken nog meer dan 2,5 miljoen mensen. Een groot deel van hen wil stoppen met roken, maar slechts 33% onderneemt jaarlijks een serieuze stop-poging. En van deze groep doet slechts 8% dat op de meest effectieve wijze. Dat is let-

terlijk doodzonde, want elk jaar overlijden er bijna 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Het goede nieuws: de kans om succesvol te stoppen met roken wordt met zo'n 50% vergroot als een zorgmedewerker een stoppen-met-rokenadvies geeft.. Doel van de campagne is dat zorgverleners het meer dan logisch gaan vinden om rookgedrag bespreekbaar te maken en te verwijzen naar goede stoppen-met-rokenzorg.¹

Referentie

1. Trimbos Instituut, 2024.



Zorgvilla's

Ouderen kiezen vaker voor mooie zorgvilla, maar missen goede zorg als ze achteruitgaan.

Een decennium na het sluiten van verzorgingshuizen worstelen

ouderen die niet thuis kunnen blijven, maar ook niet naar een verpleeghuis willen of kunnen, nog steeds met het vinden van passende zorg. In zorgvilla's ontvangen zij veelal minimale zorg,

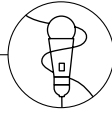
wat resulteert in onnodige opnames in ziekenhuizen. Ondanks het groeiende aantal particuliere woonzorgcomplexen, schiet de kwaliteit van zorg tekort, waardoor oudere bewoners en hun families geconfronteerd worden met ernstige uitdagingen. In een artikel in het AD benadrukt Ellen van Gaalen de groeiende zorg over deze kwestie onder klinisch gerieters, specialisten ouderengeneeskunde, ouderenpsychiaters, internisten en huisartsen, die pleiten voor verbeteringen in de zorgstandaarden van dergelijke woonvoorzieningen.¹ Deze professionals waarschuwen voor de toenemende complexiteit van de zorgbehoeften van oudere bewoners, vooral bij degenen met dementie, waarbij de huidige infrastructuur van zorgvilla's vaak tekortschiet.

Het artikel wijst op de noodzaak van meer transparantie over de beloften en verwachtingen van zorgvilla's, en benadrukt het belang van een grondige evaluatie van de zorgfaciliteiten voordat ouderen verhuizen naar dergelijke complexen. Bovendien roept het op tot meer betrokkenheid van huisartsen en gemeenten bij het waarborgen van adequate zorgstandaarden in deze woonvoorzieningen om de gezondheid en het welzijn van oudere bewoners te waarborgen.

Referentie

1. Ellen van Gaalen, Ouderen kiezen vaker voor mooie zorgvilla, maar missen goede zorg als ze achteruitgaan. AD, 21 december 2023.

—> Iets gezien of gelezen wat relevant is voor je collega's? Deel het via werkvloer@internisten.nl



Rondetafelgesprek

Grensoverschrijdend gedrag

Hoe pakken we het aan?

'Het is soms een dun lijntje', 'Ik zie een taak voor de opleider' of: 'Je moet dit constant kalibreren': zomaar wat uitspraken die de revue passeerden tijdens een rondetafelgesprek over grensoverschrijdend gedrag. Wat verstaan we daaronder? Wat kunnen we er zelf aan doen? En waarom wachten we daarmee soms te lang?

TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: ANNEMARIE GORISSEN

Grensoverschrijdend gedrag krijgt steeds meer aandacht in onze maatschappij. Onze acceptatiegrens lijkt hiermee ook te verschuiven. Uitgesproken agressief of ongepast gedrag vinden we allemaal volkomen onacceptabel, maar hoe reageren we bijvoorbeeld op een snauw die tijdens topdrukte op de SEH bij een aios niet lekker valt? Of een zogenaamd grappig bedoeld, maar ongepast (seksistisch) grapje naar een nieuwe collega? Onze houding ten opzichte van grensoverschrijdend gedrag vraagt om zelfreflectie.

In een rondetafelgesprek ging internist Iris van Groeningen met vijf collega's dieper in op dit onderwerp.

'Om het gesprek maar meteen met een algemene vraag te beginnen: wat verstaan wij eigenlijk onder grensoverschrijdend gedrag?'

Tanca Minderhoud: 'Dat is alles wat over je grens gaat, dat verschilt per persoon en situatie. Het hangt samen met de cultuur op de afdeling, relaties in hiërarchie en afhankelijkheid, eerder opgedane ervaringen en de relatie tot de persoon die een opmerking plaatst.'

Jeroen van Wijk: 'Precies. Daarbij geldt dat de grens niet voor iedereen hetzelfde is. Je moet daar voelsprietten voor hebben.'

Mels Hoogendoorn: 'Het is soms best een dun lijntje. Ik wil in een team gelijkwaardigheid creëren, maar in

sommige situaties – neem een beoordelingsgesprek – moet ik kijken naar mijn positie. Voorheen zei ik nog weleens: 'Wat draag je mooie schoenen', dat zag ik als normaal intermenselijk contact. Zo'n opmerking komt nu niet meer in me op, het is ingewikkelder geworden.'

Aurélie Girbes: 'Dat is wat we veel horen en dat is toch eigenlijk verdrietig. Normaal intermenselijk contact hebben we nodig om ons werk aantrekkelijk te houden. Dat moeten we toch kunnen waarborgen. Natuurlijk zijn er subtiliteiten die als vervelend ervaren worden, maar geldt dat ook voor een opmerking over schoenen?'

Waar ligt de grens? Wanneer is een opmerking niet meer leuk?

Oscar Smeekes: 'Dat heeft te maken met de context. Stel dat je in een eerdere omgeving grensoverschrijdende opmerkingen gekregen hebt over je uiterlijk, dan kan dat in een nieuwe omgeving een trigger zijn waardoor een opmerking over je uiterlijk niet blanco wordt ontvangen. Daarom is het belangrijk om te kijken hoe een opmerking valt, elkaar leren kennen helpt daarbij enorm.'

Tanca: 'Je kunt hierbij kijken of er patronen te ontwaren zijn. Krijgen bepaalde vrouwen meer opmerkingen over hun uiterlijk dan anderen? Hetzelfde geldt voor bijvoorbeeld WhatsApp-contact. Wanneer je als specialist of opleider vaker appt met een bepaalde aios moet je bij jezelf te rade gaan of dit vanuit een bepaalde voorkeur gebeurt. Dat kan leiden tot ongemakkelijke situaties.'



‘Ik hoop toch echt dat we inmiddels verder zijn dat dit ontgroenend gedrag’

Waarom is het moeilijk om elkaar ergens op aan te spreken?

Tanca: ‘Je spreekt iemand aan op afkeuringswaardig gedrag en dat leidt bij de ander tot schaamte. Dat doen we niet graag. Het KNAW-advies *Sociale veiligheid in de Nederlandse wetenschap* rapporteert over grensoverschrijdend gedrag en geeft duidelijke handvatten.’

Mels: ‘Als opleider wil ik een aios goed coachen, maar opmerkingen over gedrag raken al snel iemands kwetsbaarheid. Je moet dicht op het karakter van de ander zitten om te weten wat mogelijk is. Daarbij

moet je je ongelooflijk bewust zijn van een veilige omgeving.’

Oscar: ‘We komen grensoverschrijdend gedrag overal en de hele dag door tegen. Op het schoolplein, bij de bakker of op het werk. Er wat van zeggen vraagt dat alle planeten op één rij staan. Je moet je ervan bewust zijn, snel zijn, weten wat je wilt zeggen en durven. En dan moet die ander er nog voor open staan.’

Jeroen: ‘Het is in de praktijk soms best lastig om een ander aan te spreken op ongepast gedrag. Bijvoorbeeld een collega met wie je goed omgaat en samenwerkt. In →



ons ziekenhuis is een gedragscode opgesteld, waarbij leidinggevenden en COC-voorzitters in trainingen geleerd wordt hoe daarmee om te gaan. Dat kan je verder helpen.'

Aurélië: 'Maar dat hangt wel samen met je positie. Voor een aios is het makkelijker om een andere aios op gedrag aan te spreken dan dat je daarover met een internist in gesprek gaat. Je hebt toch het gevoel dat je buiten je boekje treedt. Neem een internist die tijdens de overdracht een aios hard aanpakt. Dan zeg ik daar op dat moment niets van, maar probeer ik liever die aios later een hart onder de riem te steken.'

Moet één van de aanwezige collega's op zo'n moment niet een peer-to-peer reactie geven?

Aurélië: 'Eigenlijk wel. Ik hoop later die persoon te kunnen zijn.'

Mels: 'Ik zie dit toch wel als taak voor de opleider. Gebeurt zo'n afbrander tijdens de overdracht één keer – en komt de knorrige collega daar na afloop bij de aios op terug – of is er sprake van een patroon? Ik zou daar een collega op aanspreken, achter de schermen. Ik wil het ook van aios horen als zij niet professioneel bejegend worden, daarover bel ik meteen de betreffende internist.'

Jeroen: 'Wat ik zelf zou doen als ik naar iemand snauw? Ik heb niet de indruk dat ik dat doe, maar als ik het zou doen, zou ik daar zeker zelf op terugkomen en mijn excuses aanbieden.'

Aurélië: 'Ik heb eens een collega-aios aangesproken die alleen maar liep te klagen over hoe zwaar de opleiding was, ook tegen de anios. De aios reageerde verbaasd: was zich niet bewust van zijn gedrag. Dat kan dus ook.'

Tanca: 'Zo elkaar aanspreken gebeurt echt niet altijd. Over het algemeen geldt bovendien dat we er te lang mee wachten. Stel, je bent aan het dansen en iemand stapt regelmatig op je tenen. Als je wacht tot de tiende keer om er wat van te zeggen, is het lastig om dat met een open houding te doen. Soms



is het antwoord dan ook nog: 'Ja, maar jij hebt wel erg lange tenen'. Dan ben je de verbinding wel kwijt.'

We kennen allemaal de collega die snel grauwt en snauwt. Dat accepteren we als passend bij die persoon. Is dat wel normaal? Durven we die grens te stellen?

Mels: 'Dat zou natuurlijk moeten, maar dat gebeurt nauwelijks. Wij hadden vorig jaar het spel *Wie is de mol* in het ziekenhuis om de aanspreekcultuur te toetsen, waarbij ik als één van de mollen ongepast gedrag moest vertonen, zoals lange mouwen, horloge om, jas wijd open: niemand die me daarop aansprak. Waarom niet? Is de afstand misschien te groot?'

Oscar: 'De verantwoordelijkheid ligt natuurlijk vooral bij die persoon zelf. Je moet je bewust zijn van hoe je overkomt, dat moet je constant kalibreren. En dan juist in de situaties waarbij je je thuis voelt, bijvoorbeeld in een bepaalde dynamiek op de afdeling. Dan kun je snel vergeten dat bepaald gedrag bij nieuwkomers anders kan overkomen.'

En hoe denken we over het excuus: 'In the heat of the moment'?

Tanca: 'Als je superveel stress hebt, is je bandbreedte voor beleefdheid minder groot. Dan verloopt de communicatie niet zoals zou moeten. Daar moet je dan op terugkomen.'

Jeroen: 'Ik herken dat wel, tijdens een hectische dienst hebben mensen weleens een korter lontje.'

Mels: 'Maar in een beschouwende omgeving moet je je stress kunnen hanteren, dat is inherent aan ons vak.'

Wat is er nodig om in control te komen en te blijven?

Oscar: 'Dat begint bij jezelf kennen, weten wat je belangrijk vindt en waar je triggerpoints liggen. Dat is deels persoonlijk leiderschap. Daarnaast is het ontzettend belangrijk om te luisteren naar wat dat voor anderen is.'

Mels: 'Met deze groep aan tafel zijn we bereid om hierover een open gesprek te voeren, daar begint het mee. De uitda-

'De grens is niet voor iedereen hetzelfde. Je moet daar voelsprietten voor hebben'

ging in de praktijk ligt vervolgens in wederkerigheid en een reflecterende omgeving. Kun je je verplaatsen in de ander? Durf je te corrigeren? Mag je aangesproken worden?’

Dus we zeggen niet meer tegen arts-assistenten: ‘Dit hebben wij ook meegemaakt, *dus deal with it*’?

Aurélie: ‘Ik hoop toch echt dat we inmiddels verder zijn dat dit ontgroenend gedrag.’

Jeroen: ‘Als je voorbeelden van onprettige bejegening hebt meegemaakt, wil je het zelf vooral op een goede manier doen.’

Oscar: ‘Precies. Zulk slecht gedrag motiveert me juist om dat zelf niet te doen.’

Mels: ‘We zijn natuurlijk allemaal geschrokken van de enquête over dit onderwerp, maar ik zie dat als old school, die generatie gaat verdwijnen. Als ik zie hoe vaardig de jonge collega’s zijn op gebieden als intervisie, sociale vaardigheden en feedback geven, dan ben ik positief gestemd. Het zijn skills waarop steeds meer wordt geselecteerd.’

Tanca: ‘Ik vind dat er nog veel werk verricht moet worden, als je kijkt naar de recente cijfers. Sommige ontwikkelingen bedreigen de vooruitgang. De moeizame arbeidsmarkt en de hoge percentages burn-out kunnen een negatieve invloed hebben op de interactie. Je moet dus steeds aandacht hebben voor dit thema.’

Aurélie tot slot: ‘De nieuwe generatie anois en aios is mondiger, opleidingen nemen hun verantwoordelijkheid. Grensoverschrijdend gedrag is een groter agendapunt dan ooit. Die gewaarwording stemt hoopvol.’ ●



Disgenoten

Voor dit rondetafelgesprek schoven de volgende gesprekspartners aan:

Aurélie Girbes, aios interne geneeskunde, Haaglanden Medisch Centrum, Leiden
Mels Hoogendoorn, internist-hematoloog, opleider, Medisch Centrum Leeuwarden
Tanca Minderhoud, internist acute geneeskunde, UMC Utrecht
Oscar Smeekes, aios interne geneeskunde, Amsterdam UMC, voorzitter JNIV
Jeroen van Wijk internist-endocrinoloog, opleider, Ziekenhuis Gelderse Vallei, Ede

Moderator: **Iris van Groenigen**, hoofdredacteur *de internist*, internist Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland, secretaris NIV-bestuur

Zie het NIV-statement over grensoverschrijdend gedrag



KNAW-advies Sociale veiligheid in de Nederlandse wetenschap – Van papier naar praktijk



Wat vindt de NIV hiervan

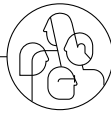
‘Grensoverschrijdend gedrag, in welke vorm dan ook, kunnen en mogen we niet accepteren. Wat ik uit het artikel haal is dat we ons daarbij moeten realiseren dat de grens niet voor iedereen op dezelfde plek ligt. Maar de werkomgeving

moet wél voor iedereen een veilige plek zijn waar respect voor elkaar de norm is, waarbij we rekening houden met elkaar en waarin we elkaar kunnen aanspreken op ongewenst gedrag. We moeten ons daarbij continu afvragen wat voor effect ons gedrag in een bepaalde positie kan hebben op ande-

ren in een vaak afhankelijkere positie. Ga voor jezelf eens na; welke rol kan ik spelen om op de werkvloer een cultuur te bevorderen waarin een dialoog over de effecten van ons gedrag de normaalste zaak van de wereld is.’

Robin Peeters,
voorzitter NIV





Vakgroep uitgelicht

Elk nummer zetten wij een vakgroep in de spotlight. Dit keer is dit de vakgroep **Interne Geneeskunde** van het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen.

‘De korte lijnen zijn charmant’

‘De Drent is de vitalste inwoner van Nederland’, aldus de ambitie van het Wilhelmina Ziekenhuis Assen (WZA). Met persoonsgerichte zorg en succesvolle initiatieven levert de vakgroep Interne Geneeskunde van dit ziekenhuis daaraan een mooie bijdrage. Internist-endocrinoloog Marleen Vosjan geeft een impressie.

Typerend voor ons werk in dit ziekenhuis is misschien wel vooral het feit dat het WZA een klein perifere ziekenhuis is’, vertelt internist-endocrinoloog Marleen Vosjan. ‘We hebben een zaalarts en ondersteunende verpleegkundigen zoals oncologieverpleegkundigen en diabetesverpleegkundigen, maar er zijn weinig arts-assistenten. Als internist zien we dus zelf alle patiënten tijdens poli en op zaal, we regelen onderling de achterwacht voor SEH. Onze tijd besteden we dan ook grotendeels aan persoonsgerichte patiëntenzorg, we kennen onze patiënten goed. Daar halen we veel plezier uit, dat is immers waarvoor we zijn opgeleid.’

Samenwerking

‘We beoefenen de interne geneeskunde in de volle breedte van het vak. Onze patiënten-

populatie is gemêleerd, de lijnen met andere zorgverleners en instanties zijn kort, zowel intern als extern. Complexere casus bespreken we in regionale MDO’s en we werken samen met het UMCG voor onder andere de oncologische zorg. Mooi voorbeeld van een externe samenwerking is onze redelijk grote genderpoli, waarmee we hormonale suppletie bieden aan mensen met genderdysforie. De poli is uit noodzaak geboren, in samenwerking met een grote psychologenpraktijk in Assen, en helpt om wachtlijsten op dit gebied te verkorten.’

2023

‘In 2023 kregen we met diverse ontwikkelingen te maken. Als gevolg van personeelswisselingen kreeg onze maatschap een nieuwe samenstelling. Daarnaast zijn we overgegaan naar hix 6.3 standaard content – een flinke

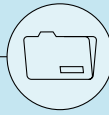
klus – en hebben we het Leefstijl Loket verder uitgerold. Dit initiatief, dat voortvloeit uit onze speciale aandacht voor obesitaszorg, hebben we de afgelopen jaren opgestart. Twee leefstijlcoaches houden hier twee dagen per week spreekuur; daarmee wordt in een duidelijke behoefte voorzien.’

Werk-privébalans

‘Hoe het met onze eigen leefstijl gesteld is? Over het algemeen is de werk-privébalans goed. De meesten van ons werken vier dagen per week. De overdracht begint iets voor half negen, een prettig tijdstip. We hebben oog voor elkaars wel en wee, houden daar rekening mee, gaan regelmatig als maatschap uit eten. Wonen en werken in Drenthe is heel prettig, de sfeer is gemoedelijk en ontspannen. Dit is het meest natuurlijke gebied van Nederland, Assen is een bosrijke regio. Voor een lunchwandeling stappen we zo het Asserbos in. Een heide-wandeling op slippers is overigens niet aan te raden, we hebben incidenteel patiënten met een adderbeet.’ ●



←
Tamara Wustman,
Peter Nieboer, Titia
Lamberts, Harald
Faber, Johan Lutisan,
Rob Gonera, Eltjo
de Maar en Marleen
Vosjan (v.l.n.r)



Dossier
Leefstijl

©123RF

Leefstijlgeneeskunde in de spreekkamer

Dat leefstijl belangrijk is voor onze gezondheid, mag gerust een understatement genoemd worden. Advisering daarover en preventie horen in onze gezondheidszorg voornamelijk thuis in het publieke domein. Zaken als verkeerde voeding, te weinig beweging en stress kunnen leiden tot serieuze medische aandoeningen. Het preventief behandelen hiervan door leefstijlaanpassingen zou veel leed voorkomen. Steeds meer medisch specialisten houden zich daarom bezig met leefstijlgeneeskunde. Drie collega-internisten vertellen.

TEKST: SACHA EIKENBOOM

Opleiding Leefstijlcoach

In Nederland zijn meerdere opleidingen tot leefstijlcoach. De opleiding bij AVLEG is specifiek gericht op medisch specialisten en huisartsen, en speciaal ontworpen om artsen de nodige vaardigheden en kennis te bieden om tijd-efficiënt leefstijlcoaching te integreren in hun medische praktijk.



Wat vindt de NIV hiervan

'Stel je voor dat wij als artsen een behandeling kunnen aanbieden met praktisch geen bijwerkingen. Dit is precies wat leefstijlgeneeskunde mogelijk maakt. Voor veel chronische ziek-

ten kunnen duurzame gedragsveranderingen zowel therapeutische als preventieve effecten hebben.

Daarom zou leefstijl als medicijn benaderd moeten worden en zouden wij het een essentieel onderdeel moeten maken van ons behan-

delrepertoire. Daarnaast stimuleert het ons als zorgverleners om de patiënt holistisch te benaderen en hem/haar te begeleiden naar zowel een mentaal als fysiek vitaal leven.'

Mesut Savas, internist in opleiding, Erasmus MC





Mattijs Out, vasculair internist:

‘Advisering over leefstijl is een taak van ons allemaal’

Bij een gesprek met een patiënt ontdek je er niet aan om over leefstijl te praten’, stelt Mattijs Out. Out, vasculair internist bij Medisch Spectrum Twente (MST). ‘Helaas komt het maar al te vaak voor dat zo’n gesprek niet verder gaat dan de opmerking: “Het zou goed zijn als u ook wat aan uw leefstijl doet.” We zijn als arts opgeleid om vanuit

wetenschappelijk perspectief te denken. Dan lijkt de bewijskracht voor medicamenteuze behandeling ten opzichte van de effecten van leefstijlinterventie vaak krachtiger. Maar is dat wel een eerlijke vergelijking?’

Motiveren

‘Ik zie advisering over leefstijl als een taak van ons allemaal waarbij ieder een eigen verantwoordelijkheid heeft. Als medisch specialist kan ik signaleren en patiënten motiveren. Tijdens mijn gesprekken met patiënten neem ik daar de tijd voor. Voor een nieuwe patiënt plan ik een half uur, daarin kan ik veel doen. Ik probeer zo duidelijk mogelijk uit te leggen dat voor een gezonde balans meerdere factoren een rol spelen. Bijvoorbeeld stress, slaappatronen, medicatie of de financiële situatie. Door naar de basis te gaan, probeer ik mensen te laten inzien welke rol hun leefstijl speelt bij hun gezondheid. Zo hoop ik dat ze zelf ontdekken wat ze op hun eigen manier kunnen veranderen. Voor extra ondersteuning kan ik patiënten in het MST verwijzen naar het Leefstijlportaal. Daar is tijdens kantooruren een leefstijlcoach aanwezig. Zo

mogelijk wordt gekeken naar begeleidingsmogelijkheden bij de patiënt in de buurt.’

Terug naar de juiste balans

‘Een fitte en gezonde leefstijl heb ik altijd belangrijk gevonden. Rond de geboorte van onze kinderen kwam daar enigszins de klad in. Anders eten, minder sporten, ik kreeg er een aantal kilo’s bij. Op een bepaald moment had ik daar genoeg van. Dus besloot ik om de juiste balans weer op te zoeken. Gezonder eten, meer sporten, niet meer gejaagd fietsen, maar rustig wandelen naar het werk. En in de vakantie de mailbox van mijn werk ongeopend laten. Dat werkt. Ik ben weer op het gewenste gewicht en voel me een stuk fitter. Ik weet dus heel goed wat intrinsieke motivatie kan doen. Als de situatie zich ertoe leent, benut ik deze ervaring in een gesprek met een patiënt.’

Uit de vicieuze cirkel stappen

‘Bij sommige patiënten lukt het niet om de intrinsieke motivatie te achterhalen. Dan maak ik duidelijk wat mijn insteek was en benoem ik dat ik merk dat dit nu niet het juiste moment is voor zo’n gesprek. Daarna praten we verder over de zorgvraag, analyse en behandeling. Meestal lukt het me echter wel om een intrinsieke motivatie boven tafel te krijgen, waarna patiënten beslissen om uit de vicieuze cirkel te stappen. Als ik hen dan na een paar maanden terugzie, hebben ze veel meer energie en zelfvertrouwen. Hun gewicht is afgenomen, de getallen zijn beter, soms kan medicatie worden aangepast. Zulke resultaten vormen voor mij een extra motivatie om leefstijl bij patiënten bespreekbaar te maken.’ ●

‘Ik weet heel goed wat intrinsieke motivatie kan doen’



Souad Mors-Bouhbouh, internist:

‘Mijn beleid is nu vooral gebaseerd op het verhaal van de patiënt’

Tijdens mijn werk in een bariatrisch centrum merkte ik welke grote rol overgewicht in onze maatschappij speelt’, zegt internist en leefstijlarts Souad Mors-Bouhbouh. ‘Veel lichamelijke problemen als gevolg van obesitas, jonge mensen die voor bariatric komen, ik vond dat heftig. Ook tijdens mijn diabetespoli in het ziekenhuis kreeg ik steeds meer het besef hoe belangrijk leefstijl in het algemeen is. Toen een collega in de obesitaswereld in 2019 over de opleiding tot AVLEG-leefstijlarts sprak, wakkerde dat een vlam aan. Dat was écht iets voor mij. Ik heb me meteen aangemeld. Begin 2022 heb ik de Praktijk voor Interne Geneeskunde en Gezonde Leefstijl opgericht. Hier bied ik



©FRN-FOTOGRAFIE

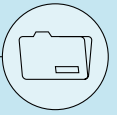
tweedelijnszorg buiten het ziekenhuis aan. Ik zie veel obesitas, complexe diabetes, schildklierproblemen en hypertensie. Mensen komen vooral met leefstijlvragen. Kan ik zo mijn diabetes omkeren? Ik doe zo mijn best, waarom lukt het niet? Werkt een GLI voor mij? Voor het eerste consult plan ik een uur, in mijn anamnese vraag ik uitvoerig naar voeding, beweging, zingeving, slapen en stress. Wat vindt deze persoon belangrijk, wat verwacht hij/zij van mij? Ik wil goed weten wie er tegenover me zit.’

Actief luisteren

‘Die aanpak staat centraal in de AVLEG-opleiding, waar je leert om actief te luisteren en open vragen te stellen. Dat was wennen, want zoals een docent opmerkte: “Als internist zit je op het puntje van je stoel, druk aan het werk voor een patiënt. Als leefstijlarts (coach) zit je meer achterover, waarbij je open vragen stelt en de patiënt zelf over oplossingen laat nadenken.” Dat klopt. In het ziekenhuis had ik, tijdens de voorbereiding op een gesprek, dikwijls al een behandelplan in gedachten voordat ik de patiënt zag. Nu heb ik een idee, luister ik naar het verhaal van de patiënt en maak vervolgens daarop een beleid. Waar nodig vraag ik diagnostiek aan in of buiten het ziekenhuis en bij verwijzing naar paramedici kijk ik goed mee waar patiënten het beste in hun eigen omgeving terecht kunnen.

Dat werkt. Patiënten zijn gemotiveerd, zeggen dat ze zich écht gehoord voelen. Heel wat mensen behalen hun doel en voelen zich beter. Zelf leef ik ook gezond. Ik heb aanleg om aan te komen, dus let goed op mijn gewicht. Ik doe aan crossfit, wandel regelmatig buiten tijdens de lunchpauze en las momenten van rust in. Daarnaast probeer ik mijn grenzen te stellen en te bewaken. Bewust een gezonde leefstijl nastreven, dat is de kern.’ ●

‘Heel wat mensen behalen hun doel en voelen zich beter’



Paul Dennesen, internist-intensivist:

‘Inzetten van leefstijlgeneeskunde is een must’

Op de IC zien we opvallend veel patiënten met serieuze gezondheidsklachten en flink overgewicht’, zegt Paul Dennesen. Hij werkt als internist-intensivist op de IC van het Haaglanden Medisch Centrum in Den Haag. ‘Willen we dat probleem in de toekomst het hoofd kunnen bieden, dan is het inzetten van leefstijlgeneeskunde een must. Het lijkt me interessant om daar een rol in te kunnen spelen, maar mijn huidige taak is erop gericht om – samen met het team – patiënten de best mogelijke behandeling te geven en hun naasten bij te staan. De focus daarin ligt niet op preventie en gezonde leefstijl. Nadat ik vorig jaar mijn IC-activiteiten had afgeschaald naar 90%, ontstond er ruimte om me te gaan inzetten voor cliënten die hun ongezonde leefstijl onder de loep willen nemen. Mijn oog viel op de opleiding Leefstijlcoach voor artsen bij AVLEG, in oktober ben ik hiermee van start gegaan.’



Even schakelen

‘Deze opleiding is vooral gericht op coachende gesprekken met cliënten, zodat zij zich bewuster worden van een gezonde leefstijl en hier ook verantwoordelijkheid voor willen nemen. De bedoeling is dat mensen zelf in de lead komen en blijven. Ik draag dus als leefstijlcoach niet de oplossingen aan.

Dat zal best even schakelen zijn wanneer je, zoals ik, gewend bent om vooral oplossingsgericht bezig te zijn. Tegelijkertijd vind ik het een uitdaging om te leren hoe ik mijn cliënten op een goede manier kan ondersteunen. Geweldig als dat lukt!’

Rustmoment

‘Om zelf fit te blijven, sport ik regelmatig. Tweemaal per week doe ik crossfit en ik ga zoveel mogelijk fietsend naar het werk. Gezonder eten staat ook op het menu: meer groenten, minder koolhydraten en voldoende eiwitten. Ik ben een echte zoetekauw, maar ben de laatste jaren bewust minder gaan snoepen. Ik merk dat minder suiker me fysiek goed doet. Een interessant onderdeel van de AVLEG-opleiding is mindfulness, een aandachtstraining die je kunt inzetten om stress te reduceren. Zelf neem ik regelmatig een rustmoment om de automatische piloot uit te zetten. Een strandwandeling maken, golfen, mediteren voor het slapen gaan. Sinds de nieuwe AMS-regeling doe ik minder nachtdiensten, dat is een prettige bijkomstigheid. Het positieve effect daarvan op mijn nachtrust is duidelijk merkbaar.’

Opties

‘Ik weet nog niet hoe ik straks mijn werk als leefstijlcoach ga invullen. Buiten het ziekenhuis of juist daarbinnen. Eerst de opleiding afronden, dan ga ik onderzoeken wat er mogelijk is. Ik sta voor alle opties open.’ ●

‘Om zelf fit te blijven, sport ik regelmatig’

Gecombineerde leefstijlinterventie

‘Preventie hoort juist ook bij de internist thuis’

‘Zo’n GLI is toch vooral iets voor de eerstelijns?’ of: ‘Is het effect wel wetenschappelijk bewezen?’ Ook vijf jaar na de introductie krijgt leefstijlcoach Inge Out nog vaak vragen over de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI). Ze vertelt waarom een gesprek over een GLI vooral in de spreekkamer van de internist doeltreffend is.

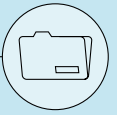
TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: JE LEUKSTE FOTO

Inge Out is leefstijlcoach en voorzitter van de Beroepsvereniging van en voor leefstijlcoaches in Nederland (BLCN). In haar werk begeleidt ze mensen bij het aanpassen van hun leefstijl. Daarnaast faciliteert ze zo’n 160 leefstijlcoaches in Nederland bij hun werkzaamheden, via een leeromgeving en app. Met het BCLN-bestuur werkt ze samen met strategische partners aan preventie in beleid. Zo werkte de BCLN ook mee aan de totstandkoming van de nieuwe richtlijn *Aanpak overgewicht en obesitas*.

‘De GLI bestaat niet’

In deze nieuwe richtlijn wordt ruim aandacht besteed aan gecombineerde leefstijlinterventies (GLI). Inge: ‘Vaak wordt gesproken over ‘de GLI’, maar dé GLI bestaat niet. Er zijn verschillende programma’s: *one size doesn’t fit all* in dit geval. Gewichtsverlies is natuurlijk belangrijk, maar daarop ligt de focus niet. De situatie is veel complexer dan: “U moet wel wat aan uw eetpatroon doen.” Ik wil niet zeggen dat leefstijlverandering rocket science is, maar het is wel lastig. Immers, leefstijl is gedrag, gebaseerd op gewoontes die jarenlang zijn ingesleten. Medicatie lijkt misschien een mooie oplossing, maar dat neemt de oorzaak van de problemen niet weg. Het vergt een veelzijdiger aanpak. Daarom ben ik blij dat de nieuwe richtlijn het belang benadrukt van bewustwording en eigen regie. Dus geen symptoombestrijding, wel kijken naar gewoontes en ontdekken wat iemand zelf kan en wil veranderen, in kleine stappen. Oorzaken aanpakken, dat is ook de kern van een GLI.’

‘Gezondheid blijft een krachtige drijfveer om de intrinsieke motivatie te stimuleren’



Inge Out

Deelnemers boeken resultaten

‘Sommige zorgverleners twijfelen over het effect van een GLI. Dat is onterecht. Een derde van de deelnemers realiseert een gewichtsverlies van minimaal vijf procent na één jaar. Hierbij zitten ook mensen met een BMI hoger dan 35, voor wie de uitdaging het grootst is. Ook weten we dat de kwaliteit van leven verbetert: een vooruitgang met 7,5 punt op een schaal van honderd in een jaar. Zo’n vooruitgang biedt geen ander type interventie. GLI bestaat sinds 2019 en corona heeft voor een vertekend beeld gezorgd, maar als je daarvoor corrigeert kun je zeker stellen dat de resultaten van een GLI hoopgevend zijn.’

Wetenschappelijk onderbouwd

Sceptici die vragen ‘Kun je dat wetenschappelijk onderbouwen?’ kan Inge geruststel-

len: ‘Alleen GLI’s die bewezen effectief zijn, worden door het RIVM erkend en vergoed in de basisverzekering.’ Het RIVM monitort halfjaarlijks de resultaten: de meest recente is de RIVM-monitor GLI 2023.¹ Onderzoek van de Universiteit van Maastricht toont ook de toegevoegde waarde van leefstijlcoaches aan.²

Juist bij de internist

Hoort verwijzing naar een GLI thuis bij de internist? ‘Zeker’, zegt Inge. ‘Het zorgsysteem is er weliswaar op ingericht dat GLI onder huisartsenzorg valt, maar ook de tweedelij kan verwijzen. Preventie is immers ook een taak van de internist. Bovendien voelen mensen juist bij de internist de urgentie om iets te gaan veranderen. Neem een patiënt met diabetes type 2: het feit dat het moment nadert dat

hij of zij insuline moet gaan spuiten, heeft een ongelofelijke impact. Gezondheid blijft een krachtige drijfveer om de intrinsieke motivatie te stimuleren.’

Op zo’n moment kan een patiënt enorm geholpen zijn met een GLI. Dat is bovendien een voorwaarde voordat iemand anti-obesitasmedicatie voorgeschreven kan krijgen.

Verwijzen kan via een Leefstijl Loket (dat in steeds meer ziekenhuizen aanwezig is), via Zorgdomein of Beter Verwijs. Leefstijlcoaches zijn te vinden via het Loket Gezond Leven of de BLCN-site. Voor de internist die het eigen netwerk wil uitbouwen: leefstijlcoaches zijn altijd bereid om langs te komen voor een kennismakingsgesprek.’

Tips

Heeft Inge tot slot praktische tips om leefstijlverandering door middel van GLI tijdens het consult bespreekbaar te maken? ‘Vraag altijd toestemming aan de patiënt: “Mag ik het met u hebben over uw gewicht?” Autonomie is ongelofelijk belangrijk en nee is ook een antwoord. Probeer te achterhalen of iemand inzicht heeft in de factoren die allemaal een rol kunnen spelen bij obesitas. Maak duidelijk dat medicatie bij obesitas slechts een pleister is en vertel waarom een GLI een doeltreffender oplossing kan bieden. Zie je op tegen zo’n gesprek? De Vereniging Arts en Leefstijl en het obesitasplatform OBPL bieden hiervoor goede webinars en trainingen.’ ●

Referenties

1. Oosterhoff M, de Weerd AC, de Vries E, e.a. Jaarrapportage monitor gecombineerde leefstijl interventie (GLI) 2023. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2023.
2. Rinsum, CE van. Prevention and Treatment of Obesity, The Role of Lifestyle Coaches and Health Brokers. Universiteit van Maastricht, 2018.



Voor 't vak

Elk nummer zetten wij een bijzondere collega in het zonnetje. Dit keer is dit internist-nefroloog **Nienke Hommes**, voormalig Olympisch sporter.

'Nog steeds trots op Olympische prestatie'

Internist-nefroloog Nienke Hommes (HMC Westeinde, Den Haag) nam in 2004 deel aan de Olympische Spelen. Met het Nederlandse vrouwen acht roeiteam won zij toen brons. Wat heeft ze ervan geleerd? En hoe heeft het haar werk beïnvloed? 'Mijn bronzen medaille voelt als goud!'

TEKST: KEES VERMEER | BEELD: BART VERSTEEG

Nienke wist al vroeg dat ze arts wilde worden. Na twee jaar medische biologie werd zij eindelijk ingeloot voor de studie geneeskunde, een doel wat ze zich van kinds af aan had gesteld. Toen ze in haar studententijd begon met roeien en dat goed ging, richtte ze zich naast haar studie op een nieuw doel: 'Tegen de tijd van mijn coschappen kwamen de Spelen eraan en zette ik mijn zinnen op het roeien.'

Spannend tot het laatste moment

Toen Nienke zich ging focussen op het halen van de Spelen, moesten haar studies daarvoor wijken. 'Er moesten prioriteiten gesteld worden en keuzes gemaakt worden. De sport stond op nummer één. Andere zaken werden eromheen georganiseerd. Ik pakte mijn studie medische biologie weer op, omdat ik dat makkelijker kon combineren.' Plaatsing voor de Spelen gebeurde pas in het laatste kwalificatietoernooi. 'Het was een spannende tijd, want we wisten niet of we het zouden halen. Na plaatsing hebben

we nog zo'n drie maanden gericht getraind.' Met uiteindelijk de ultieme bekroning van al deze inzet; de bronzen medaille op de Olympische Spelen. 'Het was een geweldige ervaring om in het Nederlands team te mogen meedoen. Ook nu nog kijk ik met een trots gevoel terug op de Olympische prestatie. En ook met een warm gevoel dat ik het allemaal heb mogen meemaken. Het was erg bijzonder.'

Beide studies afgerond

Tijdens de voorbereiding voor de Spelen was dit Nienkes prioriteit. Door er gericht voor te kiezen om dit te combineren met

onderzoek doen, lukte het haar om haar studies te combineren met haar intensieve trainingsperiode. Voor medische biologie studeerde ze af in 2004, het jaar van de Spelen. Na de Spelen startte Nienke de internistenopleiding in het LUMC, waarin ze uiteindelijk koos voor de nefrologie: 'Dat combineert vrijwel alle aspecten die er binnen de interne geneeskunde zijn.'

Rode draad

'Doelgerichtheid, keuzes maken en doorzettingsvermogen zijn eigenschappen die me kenmerkten in mijn tijd als topsporter. Die eigenschappen lopen als een rode draad door mijn leven.' Meest herkenbaar in haar werk als nefroloog vindt ze haar doelgerichte werkhouding. 'Binnen mijn werkzaamheden vind ik het belangrijk om een doel voor ogen te hebben. Dit kan je klein in een-op-een patiëntencontact zien, doordat ik me als coach opstel en mijn patiënten richting dialyse, transplantatie of end of life begeleid. Het kan ook wat groter doordat we als specialistengroep of opleidingsteam een langetermijnvisie proberen

'Werken als specialist is ook een soort topsport'



te formuleren.' Ook voor haar persoonlijke ontwikkeling stelt Nienke elk jaar doelen voor zichzelf. 'Dat kan werkgerelateerd zijn, zoals mezelf inhoudelijk of op andere werkdomeinen te ontwikkelen, maar het kunnen ook doelen zijn die mijn werk/privébalans optimaliseren.' Ook zijn er altijd sportgerelateerde doelen. 'Zo stel ik me tot doel om een nieuwe sport te ontdekken, of stel ik wandeldoelen voor mezelf.'

Parallelen

In de loop der jaren zag Nienke parallellen tussen haar Olympische prestatie en haar werk als internist. Ze realiseert zich dat werken als specialist ook een soort topsport is. 'Het is minder fysiek, maar mentaal vraagt het heel veel. Dat mentale deel is feitelijk hetzelfde voor artsen en topsporters. Je hebt allerlei gedachten en twijfels, je denkt terug aan wat je hebt gedaan en

evalueert je werk ook met collega's. Bij beide is er bovendien prestatiedruk: artsen moeten een prestatie neerzetten voor hun patiënten. Dat probeer ik iedere dag zo goed mogelijk te doen, net als destijds bij de trainingen voor roeien. Je voelt trots en ook twijfels: was het wel goed genoeg?' Dat laatste kan ook doorslaan, net zoals een sporter het risico loopt om overtraint te raken. 'Internisten hebben een groot verantwoordelijkheids- en plichtsgevoel, vaak veel doorzettingsvermogen en soms zelfs perfectionistische trekken. Je wilt steeds proberen om het maximale eruit te halen. Daarom is het belangrijk om zelf te blijven reflecteren op je werk, en moet je er vooral achter zien te komen waar je je rust en herstel kunt pakken. Hoewel dat vaak makkelijker gezegd is dan gedaan.' Een andere overeenkomst is het werken in een team. Nienke heeft ook andere sporten gedaan, maar in haar studententijd koos ze bewust voor een teamsport. 'Dat past bij mij. Ik voel me fijn in een team. Ook in mijn werk vind ik de sfeer in het team erg belangrijk. Als je weet wat je aan elkaar hebt en als de →



Bronzen medaille op de Olympische Spelen van 2004 voor de Nederlandse dames acht. Met twee, op dat moment toekomstige, internisten: Nienke Hommes (bovenste rij, tweede van links) en Sarah Siegelaar (onderste rij, tweede van links).

sfeer goed is, dan vergroot dat de prestaties van het team.' FairPlay is een andere voor haar belangrijke parallel tussen sporten en werken. 'Ik kan niet goed tegen verkeerde bejegening in algemene zin. Vandaar dat ik me bezig hou met peersupport in ons ziekenhuis en ik een mentorschap voor aios en anios heb opgericht. Waarom zouden we niet voor onszelf als zorgverleners zorgen?'

Levenslessen uit de sport

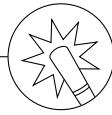
De periode als topsporter heeft een blijvende indruk achtergelaten. 'Ik voelde me in die periode van het roeien erg gelukkig en vrij. Dit terwijl ik eigenlijk helemaal niet vrij was omdat ik me aan trainingsschema's moest houden. Het vrije gevoel kwam waarschijnlijk voort uit de duidelijkheid van gevoel van focus.' Dat gevoel vast weten te houden in het dagelijks leven vindt Nienke soms lastig. 'Veel zaken worden als belangrijk gezien en vragen mijn aandacht. Daarbij zijn er dingen op werk, maar ook thuis belangrijk en is het lastiger om mijn focus hierbinnen te bepalen. Ik weet door mijn topsporttijd dat het belangrijk voor me is om niet te veel doelen tegelijk te kiezen'. De sportmentaliteit heeft Nienke ook twee andere belangrijke inzichten gebracht waar ze nog altijd veel aan heeft. 'Je moet

hard werken om een doel te bereiken en dat is niet alleen maar leuk. Soms had ik geen zin, soms deed het pijn, soms was het niet eerlijk. Het doel maakt dat je het ervoor over hebt.' Een tweede belangrijke les betreft dat je je focust op de juiste zaken tijdens het bereiken van je doel. 'Focus je op de weg die je nu bewandelt, niet op de prestatie an sich. Dat is een wijsheid die ik in mijn tweede jaar van mijn roeicoach leerde. De winst, wat je ervan leert, zit namelijk in het proces. Dat juist de weg naar de Spelen toe zo prachtig is geweest, realiseer ik me twintig jaar na dato nog altijd.'

De dokter als coach

Heel soms weet een patiënt over haar Olympische verleden, doordat die haar naam heeft opgezocht op internet. 'Ik vind het niet erg als iemand erover begint, want ik kijk er zelf met plezier op terug. En ik heb het gevoel dat ik nu zelf een coachende rol heb voor de patiënten die ik begeleid.' Die coachende rol geeft Nienke ook vorm naar beginnende collega's: ze heeft in haar ziekenhuis een mentorschap opgezet voor aios en anios. 'Daarmee willen we bereiken dat startende internisten sterker in hun schoenen komen te staan. Zij hebben nog veel vragen over hun werk. Wat ga ik doen

met mijn carrière? Hoe ga ik om met kritiek en klachten? Wat moet ik doen als het niet gaat zoals ik wil? Ook zoeken zij vaak nog naar de balans tussen privé en werk. Daarom koppelen wij steeds een arts-assistent aan een internist die al ervaring heeft. Persoonlijke coaching dus. Na een pilot zijn we er afgelopen jaar mee doorgegaan. Het wordt erg gewaardeerd, iedereen doet met veel enthousiasme mee.' De motivatie voor het opzetten van dit mentorschap komt uit haar verleden. Ze heeft ervaren dat keuzes een stempel drukken op je privéleven, zowel in sport als later in het artsenvak. 'De keuze om specialist te worden heeft consequenties, ook voor mijn gezin. Bijvoorbeeld door de diensten die ik heb. Mijn gezin is daaraan gewend en we hebben geleerd steeds te bespreken hoe we daar samen mee omgaan. "In beweging blijven", zowel op werk als privé, blijft belangrijk voor me. Ik kan niet zo goed stilzitten. Toch kan ik niet de hele tijd aan mezelf denken. Binnen elk team waarin ik me beweeg moet ik blijven luisteren naar de wensen en doelen van mijn teamgenoten. Pas dan kan de weg die we bewandelen goud worden.' ●



De knuppel

In deze rubriek gooit een collega de knuppel in het internistenhok



Stelling



'Stop met het laten meesolliciteren van de chef de clinique'

In vacatures duikt regelmatig de zin op: 'De huidige chef de clinique solliciteert mee', of iets van gelijke strekking. Ik begrijp eerlijk gezegd niet waarom men dit doet. Sterker nog, ik zou willen vragen om er direct mee te stoppen. Laten we de chef de clinique (hierna genoemd: tijdelijke collega) zo behandelen als wij zelf behandeld zouden willen worden. En daarbij hoort niet het zonder meer mee laten solliciteren naar een vaste plek. Nota bene: alle hieronder genoemde voorbeelden zijn echt gebeurd. Als er, verwacht of onverwacht, een vaste plek vrijkomt, terwijl er al een tijdelijke collega rondloopt met de gezochte differentiatie, dan kan ik drie opties bedenken:

Optie 1. De tijdelijke collega is een topcollega, iedereen wil hem/haar behouden. In dat geval wordt een poppenkast opgetuigd, waarbij andere sollicitanten zich mogen verdedigen tegenover een ongeïnteresseerde commissie. De uitkomst ligt immers al vast.

Optie 2. De tijdelijke collega is geen topcollega of past niet binnen het team, men wil iemand anders. In dat geval beschadig je de tijdelijke collega voor de rest van diens carrière door deelname aan de sollicitatieprocedure. Die geeft alles voor een vaste plek en in plaats van een eerlijk gesprek wordt

de sollicitatie gebruikt om hem/haar te laten vertrekken.

Optie 3. De tijdelijke collega is wel goed, maar niet top. De vakgroep wil bekijken of er een nog betere kandidaat is. De beste wijze lijkt mij dan: een eerlijk gesprek, waarin je dit uitlegt. Laat iemand vervolgens niet meesolliciteren binnen een gewone procedure met vragen als: 'Wat zouden jouw collega's over je zeggen', maar laat diegene diens toekomstvisie presenteren voor de afdeling en het ziekenhuis, mocht hij/zij de vaste aanstelling krijgen. In dat geval is in de vacature de zin: 'Bij gelijke geschiktheid gaat de voorkeur uit naar een interne kandidaat', passender. In de huidige tijd wordt een vast contract meestal niet direct geboden, maar vloeit

voort uit een tijdelijk contract. Dat is niet erg, maar wel als iemand jarenlang ongewild in tijdelijke functies werkt. De jonge klare internist is meestal op een leeftijd dat er behoefte is om zich ergens te vestigen, in plaats van elk jaar ergens anders te werken. Persoonlijk geloof ik daarom ook niet in de 'chef de clinique' als leuke functie om werkervaring op te doen. Bovendien vind ik dat de tijdelijke collega een gelijke behandeling verdient wat betreft werkzaamheden en inkomsten als vaste collega's. De transitie van tijdelijk naar vast contract gaat niet om een andere functie. Iemand werkt en blijft werken als internist, daarvoor is al een keer gesolliciteerd. Dus waarom voor tijdelijke plekken geen gedegen sollicitatieprocedure optuigen, zodat de collega bij gebleken geschiktheid en voldoende formatie direct kan doorstromen? Het kan uiteraard zo zijn dat het MSB of ziekenhuisbestuur vraagt om een formele procedure. Maar ik heb alle vertrouwen in ons vermogen om onzinnige procedures te omzeilen of te veranderen. En ook al hoor ik weleens zeggen: 'Wat fijn dat er een eerlijke procedure is geweest', ik heb nog nooit iemand gesproken die oprecht blij was om op deze wijze te worden aangenomen voor zijn/haar eigen baan. ●

Type 1 diabetes

Een leven lang leren

Type 1 diabetes, het is er 24 uur per dag, de rest van je leven. Een fulltimebaan erbij, vaak ook voor je naasten. Een diagnose met een enorme impact. Onlangs droeg ik een glucosesensor om de werking ervan te ervaren. Mijn belangrijkste bevindingen: ik was opgelucht dat ik de alarmen kon uitzetten, vond het vervelend als mijn glucose steeg, en de zichtbaarheid voor anderen voelde ongemakkelijk.

TEKST: HELEEN DE WIT | BEELD: LEONIE VAN SOMEREN

Een stem die niet meer is weg te denken uit het diabeteslandschap is die van de persoon met diabetes zelf. Eigenlijk ondenkbaar dat patiëntenparticipatie eerder niet zo vanzelfsprekend was. Ik praat erover met Cas de Heus en Wietske Wits. Samen met Loes Heijmans richtten zij stichting Diabetes+ op. Een organisatie voor en door mensen met type 1 diabetes, die ervaringsdeskundigheid inzet om kennis te vergroten en tot betere behandelresultaten te komen.

Ontstaan van Diabetes+

Cas: 'Jaren geleden, na mijn diagnose, schreef ik al een plan voor Diabetes+, maar toen ik een paar jaar geleden Loes

en Wietske ontmoette en we dezelfde ideeën bleken te delen ging het ineens snel.' Wietske: 'Ik heb zelf al 40 jaar type 1 diabetes. In 2001 maakte ik als medisch maatschappelijk werker mijn allereerste diabetessymposium mee. Ik hoorde daar dingen waarvan ik dacht: waarom heb ik dat nog nooit gehoord? Ik heb toen mezelf de belofte gedaan om te zorgen dat alles wat ik leer door mijn werk ook bij andere mensen met type 1 diabetes terechtkomt.' Cas: 'In drieënhalft jaar zijn wij CBF-erkend, hebben een ANBI-status en zijn lid van Goede Doelen Nederland. Onze kracht ligt in educatie in de vorm van video en audio, waarin altijd iemand met type 1 centraal staat. En we hebben buddyprogramma's (PompBuddy, SportBuddy en

OuderBuddy) waarin mensen elkaar vinden. Daarin zien we echt de meerwaarde van wat we doen.'

Peer-to-peer

Cas: 'We zijn de enige diabetesorganisatie van Nederland die puur gericht is op type 1 diabetes. Ons doel is peer-to-peer educatie. Want meestal zie je je zorgverleners maar een paar uur per jaar, voor een ziekte die er 24/7 is. De rest moet je helemaal zelf uitvinden.'

Wietske: 'Diabetes+ gaat over herkenning, erkenning, over de mentale impact van leven met type 1 diabetes. We geven betrouwbare informatie vanuit ervaringsdeskundigheid. Alle informatie die wij naar buiten brengen is door artsen getest.' Cas: 'In onze Raad van Advies zitten diabeteszorgverleners als internist-endocrinoloog Inge van Boxelaer en hoogleraar medische psychologie Frank Snoek. Zij staan ons bij met raad en daad maar toetsen ook wat we naar buiten brengen.' Wietske: 'Wij behandelen ook onderwerpen die misschien nooit in de spreekkamer aan bod komen, maar waarvan wij denken: dit moet je echt weten. Zo hebben we bijvoorbeeld PompBuddy's, ervaringsdeskundigen die mee kunnen denken bij het maken

‘Wij lopen aan tegen de huidige vergoedingscriteria voor continue glucosemonitoring’



←
Cas de Heus, Wietske Wits en
Loes Heijmans

van een keuze voor een insulinepomp. Ze zijn getraind en kunnen informatie van de zorgprofessional of industrie aanvullen met praktische zaken: hoe doe je dat 's nachts, hoe werkt het in de sauna, wat zijn de nadelen van het systeem? Zo kun je met je behandelteam de beste keuze maken.'

Aanvulling

Wietske: 'Er zijn tekorten aan zorgprofessionals, maar er komen jaarlijks ook duizenden volwassen mensen met type 1 diabetes bij. We horen terug dat Diabetes+ zorgverleners ontlast bij het geven van educatie. Mensen kunnen thuis terugkijken naar informatie die werd aangestipt in de spreekkamer. Zo hebben we video's over de mentale impact van type 1 diabetes en hypoglykemie, en audiobberichten over onderwerpen als: hoe werkt insuline, wat zijn ketonen en 42 factoren die je bloedglucose beïnvloeden.' Cas: 'We hebben ook een reizende tentoonstelling over die 42 factoren. Dat is een goede manier om bewustwording te creëren en het gesprek aan te gaan.'

Wakker schudden

Wietske: 'Wij lopen aan tegen de huidige vergoedingscriteria voor continue gluco-

semonitoring (RT-CGM). Wij zijn groot voorstander van die technologie, maar van de volwassenen met type 1 diabetes die zijn opgenomen in de landelijke registratie, wordt slechts zo'n 15% behandeld met een insulinepomp in combinatie met RT-CGM.¹ Dat maakt mij verdrietig. Want we weten ook dat de meerderheid de behandeldoelen allerm minst haalt. En dat mensen met type 1 diabetes een 13 jaar kortere levensverwachting hebben.² Achter al die getallen zitten mensen met banen en kinderen en zorgen. Wij willen de persoon met type 1 diabetes en de zorgverlener wakker schudden: wees niet tevreden met een HbA1c van 8%, want het kan en moet echt beter. Zonder met vingers te wijzen. Het is onze wens dat iedereen toegang heeft tot die technologie.'

180 beslismomenten

Cas: 'Aan veel mensen zie je niet dat ze diabetes hebben, maar de mentale en fysieke impact ervan is groot.' Wietske: 'Je weet dat het nooit meer over gaat, terwijl iedereen van je verwacht dat je er elke dag met 100% tegenaan gaat. Je kan ook niet zeggen dat iemand goed ingesteld is. Dat is nooit echt zo, omdat al die 42 factoren meespelen en je elke dag 180 beslismomenten hebt. Echt elke dag is anders. En

elke dag leer je weer iets over het leven met diabetes.'

Tips voor zorgverleners

Wietske: 'We zitten niet op de stoel van de zorgverlener, maar we kunnen elkaar wel enorm goed aanvullen. We komen graag op locatie, om samen met zorgverleners bijeenkomsten te organiseren, bijvoorbeeld over het starten met technologie.' Cas: 'We staan aan de vooravond van verandering. Dat doen wij graag samen. De plus in onze naam staat dan ook voor de optelsom.' ●

Meer informatie: www.diabetesplus.nl/zorgprofessionals

Referenties

1. DPARD database, data 2022.
2. Poos R, Nielen M, Hilderink H. Analyseren van het effect van het hebben van diabetes op de sterftetekans en levensverwachting. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2021.

Positieve incidenten

Leren van wat goed gaat

Rick Roos onderzoekt positieve incidenten in de zorg. Hoe kun je leren van variatie in het handelen van zorgverleners? En welk gedrag levert een positieve bijdrage aan het diagnostische proces?

TEKST: DARIUS SOONAWALA



Een calamiteit in de zorg berust vaak op het 'Zwitserse-kaasmodel'. Op meerdere schakels in de keten gaat iets mis, waardoor alle gaten in elkaars verlengde komen te liggen en de patiënt als het ware door de kaas heen valt. Analyse van zo'n incident of fout richt zich over het algemeen op de schakels in het zorgproces – de gaten in de kaas – en benadert de zorg als een voorspelbaar proces. De zorgverlener wordt dan gezien als een onvoorspelbare factor. In lijn daarmee wordt de oplossing gezocht in meer voorspelbaar maken van de zorgverlener: door het verbeteren van procedures en het verminderen van praktijkvariatie. Maar praktijkvariatie is juist ook waardevol. Het is een uiting van vindingrijkheid, aanpassingsvermogen, veerkracht en kundigheid van de zorgverlener. En door systematisch te kijken naar wat goed gaat, kun je leren van die variatie. Een *best practice* kun je daarna op grotere schaal stimuleren. Dit was het uitgangspunt voor Rick Roos, anios en promovendus in het HagaZiekenhuis, voor zijn onderzoek naar positieve incidenten in het diagnostisch proces.

Waarom dit onderzoek?

'Analyse van positieve incidenten, om daarvan te leren is niet nieuw. Eén van de grondleggers van deze benadering is Erik Hollnagel. Wat uniek is, is dat we dit toepassen op het diagnostische proces. Uit onderzoek blijkt dat er bij 1 op de 8 patiënten een discrepantie is tussen de werkdiagnose bij opname vanaf de SEH en de diagnose bij ontslag. Dit berokkent schade; schade die in veel gevallen is te voorkomen. Hier wilden we iets aan doen.'

Wie zijn de onderzoekers?

'Het voorstel kwam van Gert-Jan Kamps, cognitief psycholoog en ergonoom, en Iwan Meyenaar, intensivist en oud kwaliteitsmanager in het Haga. Toen we een subsidie kregen van ZonMW kon ik gaan pionieren, samen met mijn promotor (internist Maarten van Aken) en met Laura Zwaan, cognitief psycholoog en docent in het Erasmus MC.'

Hoe gaan jullie te werk?

'We doen een actie-onderzoek dat bestaat uit drie observatiecycli op de SEH. Iedere

cycclus begint met het observeren van de artsen, mijn collega's dus. We noteren de observaties via een vast format. Daarnaast is er ruimte om andere opvallende zaken te noteren. Na analyse van de observaties is er een gezamenlijke bijeenkomst met de onderzoekers, acute internisten, SEH-artsen en arts-assistenten van de interne geneeskunde en SEH. In deze cocreatiesessie bespreken we de geobserveerde praktijkvariatie. Daarbij beoordelen we wat een positief effect lijkt te hebben op het diagnostische proces. Dit wordt vervolgens als interventie in de praktijk toegepast en geëvalueerd.'

Tot welke verbeteringen heeft dit geleid?

'De vooraankondiging van de patiënt gebeurt nu altijd schriftelijk in het EPD volgens een bepaald format. Het diagnostisch traject blijkt namelijk beter en sneller te verlopen als de internist die de huisarts heeft gesproken zelf een aantal gegevens in de status noteert: de achtergrond van de patiënt, de reden van verwijzing en de eerste gedachten van de medisch specialist over de diagnose en het benodigd aanvullend onderzoek. Anders gaat waardevolle informatie verloren. Het klinkt als een open deur en dat is het ook, maar in de dagelijkse drukte kreeg dit niet de prioriteit die het verdiende; nu wel. Een andere verbetering is het toevoegen van lipase aan het standaard SEH-lab. Dit werd bij een patiënt met bovenbuikpijn bijna altijd nabepaald en dat gaf vertraging. De verblijfsduur op de SEH was korter bij de artsen die vooraf al vroegen om deze bepaling. Hetzelfde geldt voor het afnemen van bloed en urine tijdens de triage in de wachtruimte in plaats van pas op het moment dat een SEH-bed beschikbaar is.'

Hoe reageren collega's?

'Een positieve benadering doet wonderen. Het benadrukt de professionele autonomie en kundigheid in plaats van deze te beknotten. De artsen en verpleegkundigen zijn enthousiast. Ze komen spontaan naar me toe met suggesties. Daardoor verloopt ook de implementatie van verbeteringen soepel. De compliance is groot en het werkt als een olievlek. Andere specialismen nemen onze werkwijze over.'

Wat zijn de volgende stappen?

'Bij een volgende ronde gaan we ook de verpleegkundigen observeren, omdat uit het eerste onderzoek blijkt dat zij ook een cruciale rol spelen in het diagnostisch proces. We gaan hierbij ook specifiek de communicatie tussen de zorgverleners observeren en analyseren. Wat werkt goed? Welk gedrag moeten we propageren?'

Wordt onderzoek naar positieve incidenten ook elders gedaan?

'Jazeker. In het UMCU wordt de overplaatsing van pasgeborenen van de afdeling verloskunde naar de NICU onder de loep genomen en ook de ontslagprocedure. In het Radboud UMC kijken ze naar de transitie van IC-patiënten naar verpleegafdelingen. Deze methode is ook perfect voor het optimaliseren van het visite lopen en het verlenen van supervisie. Misschien wil iemand die handschoenen oppakken!' ●

Referentie

1. www.zonmw.nl/nl/programma/safety-ii-en-veiligheidsergonomie



Wat vindt de NIV hiervan

'De zorgverlener als onvoorspelbare factor... Herkenbaar en tegelijk confronterend hoezeer dit geworteld is in ons (ouderwetse) veiligheidsdenken. Collega Roos benadrukt de centrale rol van professionele autonomie en kunde, en past dit toe op het diagnostisch proces op de SEH. Dit leren van wat er goed gaat, een nieuwe positieve benadering van ons werken, blijkt effectief en efficiënt te zijn. Het benutten van verpleegkundige expertise is nog zo'n deur die we open moeten houden. Teamwork is essentieel in de zorg of dat nu op de SEH, IC of afdeling is en de verpleging is hierbij een essentiële schakel. Laten we deze uitdaging aangaan, niet alleen om onze zorg te verbeteren, maar ook om te laten zien hoe prachtig ons vak is! Want ook daar mogen we wel wat positiever over zijn...

*Peter de Jager, internist-intensivist,
Jeroen Bosch Ziekenhuis*

'Praktijkvariatie is juist ook waardevol'



Diversiteit in de geneeskunde: een verrijking voor ons vak

Onze samenleving is divers en ook in onze werkomgeving speelt diversiteit een toenemende rol. Aandacht voor specifieke doelgroepen maakt de zorgvraag uitdagender. Wat vraagt dit van ons als arts? Wat toont wetenschappelijk onderzoek aan over diversiteit in het opleidingstraject? En hoe bereik je een – in dit opzicht – meer capabel team? ‘Over diversiteit nadenken betekent ook over jezelf nadenken.’

TEKST: MAHDI SALIH EN SACHA EIKENBOOM

Petra Verdonk, psycholoog en universitair hoofddocent bij het Amsterdam UMC, houdt zich bezig met participatie en diversiteit. ‘Iedereen maakt deel uit van verschillende maatschappelijke groepen’, vertelt ze. ‘Op basis van leeftijd, gender, opleidings- of inkomensniveau, migratieachtergrond, seksuele oriëntatie et cetera. Het is eigenlijk simpel: je bent niet alleen man of vrouw, maar je bent bijvoorbeeld een man met een bepaald opleidingsniveau, een bepaalde leeftijd, seksuele voorkeur en culturele achtergrond. Al die aspecten kruisen en kleuren elkaar. In vaktermen wordt dat aangeduid als ‘intersectionaliteit’. Ervaringen in relatie

tot gezondheid worden mede bepaald door je sociale identiteit, leefstijl en voeding, maar ook door biologie, zoals predispositie voor ziektes. Samengevoegd heeft iedereen een unieke biosociale positie. Dat maakt het makkelijker om te bepalen wie de normgroepen zijn in onderzoek en klinische zorg, en wie bewust of onbewust over het hoofd worden gezien.’

Gelijke kansen

Collega-docent Maaïke Muntinga, medisch antropoloog, vult aan: ‘Wij vinden diversiteit belangrijk omdat we streven naar gelijke kansen voor iedereen in de samenleving. Een actueel thema in de gezondheidszorg is bijvoorbeeld dat veel medische kennis is gebaseerd op het witte mannenlichaam. Dat komt doordat vrouwen en mensen van kleur ondervertegenwoordigd zijn in wetenschappelijk onderzoek. Dit leidt tot meer gezondheidsongelijkheid. Ook sociale factoren spelen hierbij een grote rol, zoals armoede, minder toegang tot zorg en slechte arbeidsomstandigheden. Diversiteit gaat dus niet alleen over gezondheidsverschillen tussen groepen, maar ook over ongelijkheid.’

Vooraannames

‘De toenemende diversiteit in onze maatschappij krijgt de laatste jaren steeds meer aandacht, ook in wetenschappelijk opzicht’, zegt ook Mahdi Salih, internist-nefroloog in het Erasmus MC. ‘Alle verandering heeft

‘Wat jij normaal vindt, kan een ander onbedoeld uitsluiten’



©DAVID MEULENBELD

Petra Verdonk



©LAURA PONCHEL

Maaïke Muntinga



©BIANCA JANSEN

Lianne Mulder



Mahdi Salih

tijd nodig, maar we zijn op de goede weg. Met kruispuntdenken – intersectionaliteit – groeit het bewustzijn dat mensen op sommige assen kunnen afwijken van ‘de norm’. Omdat deze assen elkaar beïnvloeden, bepaalt dat iemands positie in de maatschappij.’ Maaïke: ‘Over diversiteit nadenken betekent ook over jezelf nadenken. Wat is mijn biosociale positie? Hoeveel zeggenschap heb ik in de maatschappij ten opzichte van andere groepen? Wat zijn daardoor mijn vooraannames en wiens ervaringen zie ik over het hoofd? Dit draagt bij aan inclusievere gezondheidszorg en onderzoek.’

Opleidingstraject

Diversiteit gaat niet alleen over patiëntenpopulaties, maar natuurlijk over de mensen die zorg verlenen. Hoe is het gesteld met diversiteit in het opleidingstraject van de student geneeskunde? Deze vraag staat centraal in één van de studies binnen het promotieonderzoek van Lianne Mulder, socioloog en onderzoeker bij het Amsterdam UMC.¹

Lianne: ‘Voor dit onderzoek hebben we alle 4503 eerstejaars geneeskunde-studenten uit 2002-2004 gekoppeld aan diverse achtergrondvariabelen, zoals geslacht, migratieachtergrond, twee SES-indicatoren en het aantal ouders met een BIG-registratie. Met multivariabele logistische regressieanalyses hebben we geconstateerd dat vrouwelijke studenten significant vaker arts werden. Artsen met bepaalde migratieachtergronden werden significant minder vaak medisch specialist. Daarnaast blijkt dat, van iedereen uit het cohort die arts werd, vrouwen vaker specialist werden in de medisch specialismen zoals ingedeeld in KNMG-cluster 1.* Mannelijke artsen werden vaker specialist in

het ziekenhuis. Ook interessant: uit het BIG-register (met 76.845 artsen, waarvan 49.956 medisch specialist), blijkt dat mannelijke artsen zonder migratieachtergrond een significant grotere kans hebben om medisch specialist te zijn dan alle overige groepen artsen (zie figuur 1).

‘Leaky pipeline’

Omdat er geen centraal aanmeldsysteem is voor aiosposities hebben we geen inzicht of deze ‘leaky pipeline’ het gevolg is van zelfselectie of kansenongelijkheid in de sollicitatieprocedures. Wij pleiten dan ook voor zo’n centraal aanmeldsysteem. Overigens is interne geneeskunde één van de weinige specialismen met een bijna 50-50 man/vrouw-verhouding. Kijkend naar geslacht én migratieachtergrond tezamen is er binnen interne geneeskunde geen afspiegeling van de bevolking, maar →



Figuur 1. Het percentage artsen dat ook specialist is



Wat vindt de NIV hiervan

De NIV streeft naar een diverse en inclusieve beroepsgroep om zo de kwaliteit van de interne geneeskunde te verhogen. Want variatie in perspectieven, ervaringen en achtergronden geven divers samengestelde teams een grotere denkkraft.

Maar streven naar diversiteit en inclusiviteit is makkelijker gezegd dan gedaan en het gevaar zit er in dat het loze woorden worden. Hoe kunnen we de 'diversiteitsantenne' binnen de interne geneeskunde aanzetten?

Een eerste belangrijke stap is bewustwording.

Wat onderscheidt ons van elkaar? Wat kunnen we van elkaar leren? En: Hoe verhoud ik mij tot de ander die anders is dan ik? Inclusie begint bij naar jezelf kijken en dat is ingewikkelder dan het lijkt, omdat we de neiging hebben om te stereotyperen en in hokjes te denken. Oftewel 'Diversiteit is dat je binnen jezelf buiten de lijntjes denkt'.

Majon Muller, internist-oude-geneeskunde, Amsterdam UMC

dat geldt voor geen enkel medisch specialisme, zoals uit mijn onderzoek blijkt.'

Instroom van vrouwen

'Door de instroom van vrouwen komt er meer aandacht voor gezondheidsverschillen tussen mannen en vrouwen', stelt Maaïke. 'Bekend zijn bijvoorbeeld de verschillen in pathogenese en symptoompresentatie bij hart- en vaatziekten of verschillen in mentale gezondheid. Ook zijn er man-vrouwverschillen in uitkomsten van oncologische zorg en komen overgangs- en menstruatieklachten als onderbelichte onderzoeksthema's naar boven drijven. Het is niet zo dat mannen altijd beter af zijn – zij worden dan weer over het hoofd gezien bij traditioneel 'vrouwelijke' diagnoses als anorexia.'

Petra: 'De toename van vrouwen en artsen met een migratieachtergrond zorgt er bovendien voor dat de zorg anders wordt uitgevoerd voor patiënten die meer moeite hebben met toegang tot het zorgsysteem. Overigens is het mooi dat vrouwen het medische bastion hebben ingenomen, maar niet in alle specialismen zijn er gelijke kansen.'

Bredere blik

Petra merkt op dat bewustwording van het verschil de eerste stap is naar een oplossing. Als vervolgstap zouden procedures voor een goed diversiteitsbeleid onder de loep moeten worden genomen. Mahdi: 'Je kunt hierin als vakgroep handelen door bijvoorbeeld bewuster na te denken over de selectieprocedure voor opleidingsplaatsen. Belangrijke vragen hierbij zijn: Wat kenmerkt onze vakgroep, waarin zoeken we versterking en wie kan ons de gezochte meerwaarde brengen? Ben je een introvert team, dat behoefte heeft aan een sterkere profilering binnen de organisatie of het vakgebied? Brengt de groeiende diversiteit in patiëntenpopulatie bepaalde wensen met zich mee? Het aanbrengen van diversiteit in de selectiecommissie versterkt die bredere blik.'

Reflexiviteit

Het aannemen van mensen die 'anders' zijn, kan spannend zijn. Hoe ga je daarmee om? Maaïke: 'Voor een goed en rechtvaardig diversiteitsbeleid geldt als eerste stap dat iedereen bij zichzelf begint. Besef dat er in- en uitsluiting plaatsvindt

en dat we daaraan zelf bijdragen, of we dat nou bewust doen of niet. Dat is belangrijk, want dan worden we ons ervan bewust dat we voor-aannames hebben. Hierop kritisch reflecteren en samen nadenken over de gevolgen van die referentiekaders voor aannamebeleid en patiëntenzorg, noemen we reflexiviteit.'

Cultuurverandering

'Bewustzijn is echt nodig om verandering teweeg te brengen', vervolgt Maaïke. 'Want daardoor ga je nadenken over je eigen sociale positie, over waar je zelf maatschappelijk voordeel ervaart. Waar je zeggenschap hebt en waar niet. Wat jij bijvoorbeeld normaal vindt, kan een ander onbedoeld uitsluiten. Zo ontdek je wat dat betekent voor je dagelijkse interacties met anderen. En hoe dat bepaalt over welke dingen we ons wel of niet druk maken bijvoorbeeld. Waarom valt het sommige studenten op dat alle fantomen wit zijn en anderen niet? Waarom maken sommige artsen zich zorgen over het klimaat of LHBT-rechten en anderen totaal niet? We moeten met elkaar bespreken hoe ons voordeel anderen dus nadeel kan geven. Dat vergt moed, tijd en aandacht. En vereist een cultuurverandering, waar je jezelf kunt laten zien en je kwetsbaar op mag stellen.'

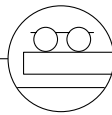
Karakter

Mahdi tot slot: 'Diversiteit wordt soms gezien als een maatschappelijk probleem, maar laten we het vooral als een 'verrijking' zien. Internisten zijn bij uitstek goed in het omgaan met diversiteit, dit begrip karakteriseert de interne geneeskunde. Veelzijdigheid maakt ons vak aantrekkelijk, op alle fronten.' ●

* KNMG-cluster 1: huisartsgeneeskunde, de ouderengeneeskunde, de geneeskunde voor verstandelijk gehandicapten, de verslavingsgeneeskunde, de internationale gezondheidszorg en tropengeneeskunde, en de cosmetische geneeskunde.

Referentie

1. Mulder L, Wouters A, Akwivu EU e.a. Diversity in the pathway from medical student to specialist in the Netherlands: a retrospective cohort study. *Lancet Reg Health Eur.* 2023;35:100749.

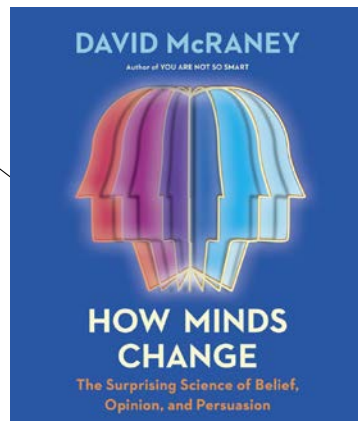


Uitgelezen

How minds change

The surprising science of belief, opinion, and persuasion

David
McRaney



Oordeel



Een groep mensen wordt door New York geleid. Het zijn complotdenkers: ze beweren dat 9/11 in scène is gezet. Ze bezoeken de plek des onheils, spreken met bouwkundig experts en brandweermannen en kijken in de betraande ogen van nabestaanden. Al hun argumenten worden met feiten ontkracht. Toch is er maar één persoon, Chris, die zijn gelijk opgeeft. Hoe kan dat? Waarom hij wel? Daarmee begint de zoektocht van David McRaney in zijn boek *How minds change*.

De taak van een arts is om met informatie iemand te helpen om de beste en in diens ogen verstandigste en meest passende keuze te maken. Maar in een gesprek met een overtuigd anti-vaxer, of iemand die de voorgeschreven medicatie niet gebruikt, maken feiten veelal geen verschil. Elk opgeworpen argument wordt met een ander argument de grond ingeslagen.

Vragen stellen en luisteren

Door te praten en door informatie te zenden maak je dus geen verschil. Dat kan soms wel door vragen te stellen en te luisteren. McRaney gaat op bezoek bij zogenaamde *deep canvassers*, mensen die op deuren kloppen en gesprekken aangaan over bijvoorbeeld het homohuwelijk en het recht op abortus. Het is boeiend om te lezen hoe sommige mensen binnen een gesprek van een half uur hun mening bijstellen. Zo is er een

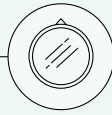
gesprek met een stoere oudere man met een fraaie auto, een Mustang-man, die tegen het homohuwelijk heeft gestemd. Hij vindt dat men te veel te koop loopt met de seksuele aard. Hij kent meerdere mensen die homoseksueel zijn, waaronder het alleraardigste stel dat tegenover hem woont. Sinds zijn vrouw is overleden mogen ze haar parkeerplek in zijn garage gebruiken. Hij mist zijn vrouw, praat veel over haar en eindigt het gesprek met de opmerking dat bezit tijdelijk is en dat hij het stel tegenover hem ook het geluk gunt dat hij heeft gekend. Bij navraag zegt hij dat hij de volgende keer voor het homohuwelijk zal stemmen. McRaney krijgt

les in de techniek, die de *deep canvassers* gebruiken en ontleedt de elementen.

Trouw aan de groep

Elke interpretatie van informatie is gebaseerd op de veronderstelde wereld, zoals die in ons lichaam en zenuwstelsel gestalte krijgt. Nieuwe (dissonante) informatie wordt geassimileerd binnen de bestaande constructie óf het wereldbeeld wordt bijgesteld. Hierbij is de gedeelde realiteit een bepalende factor. Dat is het dominante wereldbeeld van de groep, 'de stam' waar je toe hoort. Iemand die hoort tot de groep die 9/11 ontkent, zal alle feiten tegenspreken. Sterker nog, door dat te doen geeft je het signaal af dat je trouw bent aan de groep. Pas als je afstand neemt van de groep, ontstaat een opening om de mening bij te stellen. Dat is precies wat er met Chris gebeurde. Hij was een vooraanstaand lid van de complotdenkers. Maar hij was in de maanden daarvoor verliefd geworden en had via zijn geliefde een nieuwe groep mensen leren kennen, een nieuwe stam. Zodoende had hij afstand genomen van de complotdenkers en hun gedeelde realiteit. Ook als academicus hoor je tot een stam. Maar dan eentje waarin het bon ton is om je eigen mening en die van anderen in twijfel te trekken en om te streven naar accuraatheid en meetbare feiten. Door dat te doen geef je het signaal af dat je erbij hoort en versterk je je band met je groepsleden. Ontstaat bij jou nu ook *a warm and fuzzy feeling*? ●

'Je ergens zeker over voelen is een gewaarwording'



Spiegeltje, spiegeltje

In deze rubriek schijnt een collega-arts zijn licht op de internist



Marijn Houwert is traumachirurg en opleider heilkunde bij het UMCU

Mijn week kan niet meer stuk. Als je, als traumachirurg, wordt gevraagd om een column te schrijven voor de Nederlandse Internisten Vereniging, heb je het gemaakt. Punt. Na deze column zou ik moeten stoppen met schrijven.

En dan de vragen: hoe kijk jij naar internisten? Nou, met enige jaloezie. Ik zou er een moord voor doen als er eindelijk eens een academisch ziekenhuis door een snijdend specialist bestuurd zou worden. Maar snijdende bestuurders bestaan kennelijk niet. Het zijn, door de band genomen, altijd internisten. Ik stel me de sollicitatieprocedure voor: 'Geen internist mevrouw? Andere stapeltje.' Het moet als beroepsgroep fantastisch zijn om in een dergelijke positie terecht te komen. En hoe komt dat nou, vraag ik me dan af. Kijk, wij chirurgen, en academisch traumachirur-

ondertussen door alle publicaties tussen de bomen de patiënt niet meer zien, is volkomen irrelevant.

Opereren is bovendien ook nog eens errug leuk. Dat geef je niet zomaar meer uit handen. Dus wat roepen wij chirurgen dan? Wij hebben een te leuke baan om ons met andere dingen bezig te houden. En daar gaat het mis. Want er is meer in het doktersbestaan dan de operatiekamer en PubMed. We zouden best een hoop kunnen leren van hoe internisten hun opleiding vormgeven.

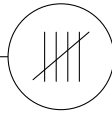
En hee, dat is een mooie brug naar mijn samenwerking met de internisten in ons ziekenhuis. Ik heb veel contact met de opleiders van de interne geneeskunde en dat is een voorrecht. Twee veertigers die de hele boel op z'n kop hebben gezet, de opleiding uit het slop hebben getrokken en een visie hebben over waar ze samen naar toe willen. Samen ja, en dat is altijd meer dan alleen. Een wijze les voor Bokito-chirurgen en de verdwaalde Bokito-internist.

De mannen hangen regelmatig aan de lijn voor een kop koffie. Zijn open over de dingen die ze willen verbeteren en verdomd goed in adviezen geven als je zelf hulp nodig hebt. Ze luisteren, analyseren en nemen verstandige beslissingen. Kortom: ze doen wat je als chirurg van een internist verwacht. En dan zijn we weer waar we moeten zijn. Chirurgen hebben behoefte aan verstandige mensen om zich heen. En ach, dat ze dan allemaal bestuursvoorzitter willen worden, nemen we wel op de koop toe. Kunnen wij lekker opereren. Lang leve de internist. ●

'Een wijze les voor Bokito-chirurgen'

gen helemaal, zijn natuurlijk internisten die kunnen opereren. En dat interne gedeelte is het probleem niet zo vinden wij, de crux zit in het snijden. Het kost nou eenmaal een aantal jaar van je bestaan om dat fatsoenlijk onder de knie te krijgen.

Bovendien is het belangrijk voor ons ego. Hoe moeilijker de operatie (althans vinden wij zelf, we doen natuurlijk alleen maar buitengewoon lastige ingrepen), hoe groter ons bestaansrecht. En dan hebben we nog een laatste pijler. Wetenschappelijk onderzoek. Hoe meer papers, hoe stoerder de chirurg. Dat we

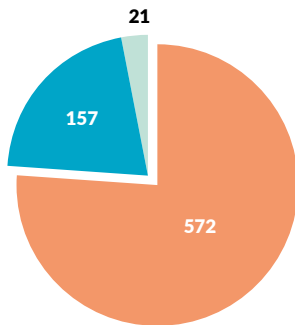


In cijfers

Consulttijd op de polikliniek

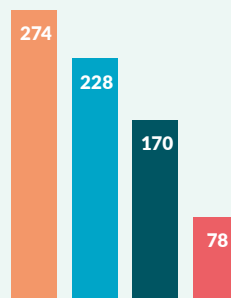
Uit een recente enquête onder onze leden over de consulttijd van herhaalpolikliniekbezoeken blijkt dat er aanzienlijke zorgen bestaan over de beschikbare tijd voor kwalitatieve zorgverlening. 750 leden vulden de enquête in.

In welk soort ziekenhuis ben je werkzaam?



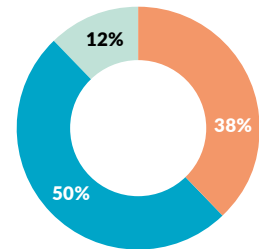
- Algemeen zkhs
- Academisch zkhs
- Overig

Hoe lang ben je al werkzaam?



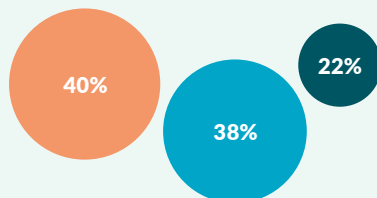
- internist <10 jaar
- internist 10-19 jaar
- internist 20-30 jaar
- AIOS

Hoeveel minuten gereserveerd voor fysiek herhaalbezoek polikliniek?



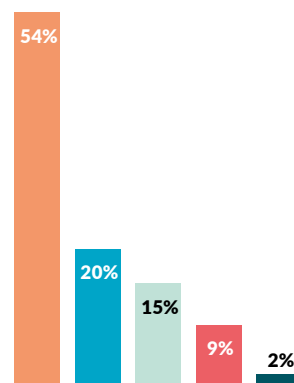
- 10 minuten
- 15 minuten
- 20 minuten

Ben je tevreden over de gereserveerde tijd van herhaalbezoek op de polikliniek?

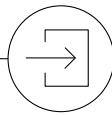


- Nee, ik heb te weinig tijd voor het verlenen van kwalitatief goede zorg
- Ja, ik heb voldoende tijd voor het verlenen van kwalitatief goede zorg
- Is afhankelijk van complexiteit/zorgvraag

Welke landelijke afspraken voor consulttijden zouden volgens jou moeten worden gemaakt?



- Meer variatie in consulttijd voor verschillende soorten consulten
- Standaard consulttijd van 15 minuten
- Meer variatie in consulttijd per differentiatie
- Overige
- Geen afspraken



Komen

In deze rubriek komt elke keer een nieuwe collega aan het woord. Dit keer is dit **internist-oncoloog Anne-Joy de Graan**.

‘Werken in een streekziekenhuis is heel prettig’

Hoe ervaar je het werk in het ziekenhuis?

‘Ik ben bewust gaan werken in een streekziekenhuis en vind dat heel prettig. Er zijn niet veel lagen in de organisatie, de lijnen zijn kort. Alle specialisten kennen elkaar en je komt elkaar continu tegen. Dat komt de patiëntenzorg en het werkplezier ten goede.’

Hoe was de start als medisch specialist?

‘Dat was best pittig, mede doordat we met onze twee jonge kinderen verhuisden van Amersfoort naar Zeeland. Ik had snel het gevoel dat ik in het Van Weel-Bethesda mijn plek had gevonden, maar ik had eerst een tijdelijk contract en dat gaf onzekerheid. Bovendien was het huis nog niet opgeleverd en reisde ik heen en weer en bleef her en der slapen. En tegelijk moest ik wennen aan nieuwe verantwoordelijkheden.’

Waar moest je aan wennen in het werk?

‘Voorheen kon ik bij twijfel altijd de achterwacht bellen, maar nu moet ik zelf de moeilijke beslissingen nemen. Gelukkig heb ik fijne collega’s met wie ik altijd kan overleggen. Daardoor was de stap minder groot, maar alsnog moest ik wennen aan die nieuwe verantwoordelijkheid.’

Wat is het leukste aan je werk?

‘In de oncologie voer je heel inhoudelijke gesprekken met patiënten, op belangrijke momenten in hun leven. Het contact blijft niet oppervlakkig en je ziet mensen vaak terug. Als oncoloog heb je een grote impact op iemands leven. Bovendien is het vakinhoudelijk erg interessant en volop in beweging.’



Anne-Joy is sinds anderhalf jaar internist-oncoloog in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in Dirksland. Dit jaar trad zij toe tot het MSB.

Wat wil je graag delen met andere jonge medisch specialisten?

‘Het starten als medisch specialist is een grote stap, maar ook dit went. Geef jezelf de gelegenheid om de eerste tijd door te komen. Zorg dat je de rust hebt om goed te landen. Terugkijkend had ik dat mezelf meer gegund.’

Wat doe je naast je werk?

‘Mijn kinderen van vijf en tweeënehalf jaar nemen uiteraard veel tijd in beslag. Daarnaast hou ik erg van tennissen en van vakanties. Ik heb een half jaar geleden mijn achillespees gescheurd, dus veel activiteiten staan momenteel op een lager pitje. Ik hoop dat we nu iets meer rust krijgen om die weer op te pakken.’

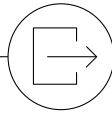
Hoe ga je om met de balans tussen werk en privéleven?

‘Mijn man en ik maken daarin bewuste keuzes. Hij is minder gaan werken en haalt de kinderen van school. Ook de opa’s en oma’s springen bij. Daardoor hoef ik minder die werk-privé-spagaat te voelen. Mijn man heeft gelukkig een flexibele baan en kan thuisblijven als een kind ziek is. Dat geeft mij minder stress.’

Heb je een boodschap voor collega's?

‘Werken in een streekziekenhuis is nog veel leuker dan ik had gedacht en gehoopt; ik heb hier helemaal mijn plek gevonden. Ik kan de oncologie in de breedte uitvoeren en ben tegelijk nog algemeen internist, iets waaraan ik veel plezier beleeft. We staan bijvoorbeeld als internisten zelf 24 uur per dag op de SEH om de kwaliteitseis-spoedzorg te waarborgen. Deze combinatie houdt mijn werk interessant en heel dynamisch.’ ●





Gaan

In deze rubriek komt elke keer een vertrekkende collega aan het woord. Dit keer is dit **internist-hematoloog Zoran Erjavec**.

‘Geef betekenis aan je werk’

Wat was een mooie of bijzondere ervaring als medisch specialist?

‘Laatst zei een patiënt tegen mij: “U ziet geen patiënten.” Ik antwoordde dat ik het met acht dagdelen spreekuren best druk had. Toen antwoordde de man: “U ziet geen patiënten, u ziet mensen.” Dat vond ik heel mooi om te horen. Het treft me nog steeds als ik eraan terugdenk.’

Wat is een belangrijke les uit je carrière als internist?

‘Toen ik begon als internist, had ik het gevoel dat veel kennis aanwezig was bij experts in academische centra. Maar in de vertaling daarvan spelen juist perifere centra een rol. Richtlijnen bevatten aanbevelingen, maar die moeten uitvoerbaar zijn in de praktijk. Daarbij is de ervaring van perifere artsen van belang. Hopelijk zullen steeds meer mensen uit de periferie deelnemen aan richtlijnontwikkeling. Niet alleen om het standpunt van de periferie uit te dragen, maar ook om de implementatie te bevorderen en voor zichzelf hun zichtveld te verbreden en verdiepen.’

Wat wil je meegeven aan andere internisten?

‘Zorg dat je betekenis aan je werk kunt geven. Je kunt bijvoorbeeld ergens expert in worden, of werken binnen een vereniging of als vrijwilliger. Ook in je dagelijkse werk kun je hier iets mee doen. Je wordt beter als je meer ervaring krijgt en verder kijkt dan je eigen bekende omgeving. Er kan dan een wereld voor je opengaan.’

Welk advies heb je voor jonge medisch specialisten die nog aan het begin van hun carrière staan?

‘Zet je voor honderd procent in. In je werk, maar ook daarbuiten. Als je bij-

voorbeeld met familie bent of met je vrouw of kinderen, wees daar dan ook helemaal.’

Hoe was je betrokken bij de vereniging?

‘Sinds 2007 was ik lid van de NIV-richtlijncommissie, en vanaf 2008 circa zeven jaar voorzitter daarvan. Ik was ook kort voorzitter van de NIV-commissie Kwaliteit. Nu ben ik nog betrokken als voorzitter van de stuurgroep Koploper 1-project van modulair onderhoud van richtlijnen. Ik was ook 11 jaar lid van de FMS-commissie Richtlijnen en ben nu voorzitter van de beoordelingscommissie Richtlijnen van SKMS.’

Wat doe je naast je werk?

‘Ik kook heel graag. Als het kan ga ik elke zaterdagochtend naar de Groningse markt. Daar zie ik marktmensen die ik al heel lang ken. Ik maak een praatje en doe boodschappen. Die paar uurtjes zijn iedere keer een heel leuke ervaring. En thuis ga ik koken met wat ik heb gekocht.’

Hoe kijk je terug op je loopbaan?

‘Ik ben tevreden. Zowel over mijn werk met patiënten als daarbuiten. Ik heb ook veel projecten gedaan in Midden-Europa. Ik heb geluk dat ik werk heb gedaan waar ik echt van hou. En ik hoop het nog even vol te houden.’ ●



←
Zoran werkte vanaf 1991 in het UMC Groningen, Delfzijl ziekenhuis en Treant in Emmen. Officieel is hij nu met pensioen.



Focusvraag

Wij vragen elk nummer meerdere internisten naar hun mening over een onderwerp dat in het betreffende nummer besproken is.

Wat zijn jouw ideeën over leefstijl?



Janine Nuver

Medisch oncoloog,
Universitair Medisch
Centrum Groningen

‘Leefstijl betekent voor mij bewegen: tennissen, een bokstraining volgen of wandelen. Hierdoor voel ik me fitter en mentaal sterker. Dat lichaamsbeweging een prettig gevoel geeft en helpt om problemen beter aan te kunnen draag ik ook uit aan mijn patiënten. Het is fijn wanneer zij de positieve effecten van bewegen ervaren.’



Samara Jaber

Directeur Nederlandse
Internisten Vereniging

‘Bij leefstijl staat voor mij het leren wat goed voor jezelf zorgen betekent centraal. Zijn we in staat om elkaar te helpen begrijpen welke brandstoffen goed voor je zijn, wat het effect van beweging is op je gesteldheid en hoe we tot een passende balans komen tussen werk en ontspanning?’



Annika Berends

Internist-nefroloog,
Universitair Medisch
Centrum Groningen

‘Leefstijl en omgeving bepalen voornamelijk gezondheid (89%), medische zorg slechts 11%. Vermijd oordelen over ongezonde keuzes, maar vraag waarom ze gemaakt worden. Gezondheid gaat verder dan alleen de spreekkamer. Een integrale aanpak is essentieel, met gezondheid als basis voor elk beleid: “Health in all policies”. Iedereen verdient een gelijke kans op een gezond leven.’



Bas Huisman

Internist-nefroloog,
Reinier de Graaf
Ziekenhuis

‘Leefstijl is een dagelijks terugkerend thema in mijn spreekkamer. Veel patiënten willen advies over wat ze zelf kunnen doen d.m.v. dieet en leefstijl om dialyse uit te stellen of te voorkomen. Iets waar geen negatieve bijwerking aan zit motiveert toch beter. De kracht zit hem wel steeds in de herhaling.’



Marieke van Gastel

Redactielid *de internist* (JNIV) & aios
Interne Geneeskunde,
Universitair Medisch
Centrum Groningen

‘Leefstijl, lastig! Een belangrijke factor in veel internistische aandoeningen, maar soms zo moeilijk om een patiënt werkelijk zover te krijgen datgene te doen waarvan je weet dat het diegene veel zou opleveren.’



Yvo Smulders is hoogleraar en hoofdopleider Interne Geneeskunde in het Amsterdam UMC

column

Fullmindedness

Vorig jaar was druk. Opleider van 100+ aios, fusie en visitatie van de opleidingen VUMC en AMC, conciliumvoorzitterschap, NIV-bestuur, NTVG-hoofdreductie en privé ook nog een verhuizing. Het resultaat: een full mind. Dat heeft gevolgen, waaronder het verlies van het vermogen om te focussen. Het is met name dat verlies waar ik van baal. Ik wil een

sociale media de schuld te geven, maar er lijkt ook een soort intolerantie voor niks doen te bestaan. Niks doen lijkt niet te horen.

Mijn vage plan in 2024 een cursus 'meer mens' te gaan volgen werd ingehaald door een mindfulness-sessie die de aios-onderwijscommissie na afloop van ons ochtendrapport had geregeld. Allemaal ogen dicht, voeten naast elkaar (een eigenaardige instructie: mensen zitten bewezen ontspanener met gekruiste benen) en... voel je tenen... je enkels... bekken... ademhaling... laat gedachten rustig toe en vriendelijk weer los....

Tja, best ongemakkelijk natuurlijk, in een grote groep die net tevoren nog over hypotriëmie discussieerde. Het voordeel van dichte ogen is dat je elkaar in ieder geval geen beschaamde blik kan toewerpen. Ik vond het eigenlijk best prettig, beetje heilzaam zelfs. Noem me een mietje, maar ik kan me zomaar voorstellen dat alle aanwezigen, aios en internisten, net wat relaxter, emptier-minded, de dag tegemoet gingen. Mensen worden in zo'n sessie ook heel even gelijk, wat me altijd aanspreekt in hiërarchisch-georiënteerde omgevingen.

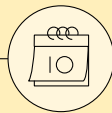
'Mindfulness kun je heel kort doen', lichte de docent me na afloop toe. Eén minuutje kan al genoeg zijn, zowel individueel als in een groep.

Dus... wie durft? Welke opleidingsgroepen gaan voortaan het generaal rapport beginnen met ... ogen dicht... voeten naast elkaar... adem in... adem uit...? En wordt het dan een betere dag? Zou best kunnen. ●

'Niks doen lijkt niet te horen'

boek kunnen lezen zonder gedachten die overall heen vliegen. Even een stapje terug, uit de persoonlijke context en naar jullie, de lezers. Het volle hoofd is niet voorbehouden aan malloten die te veel rollen verzamelen. Heel veel mensen hebben het, internisten en aios bepaald niet uitgezonderd. Ik weet niet zeker hoe het komt. Het in absolute zin te veel te doen hebben en proberen een onbeheersbaar vak te beheersen zijn volgens mij niet het enige. Er zit ook iets in de lucht, in de tijd van nu, wat niet helpt. Bijna niemand verveelt zich meer. Hoe verlang ik terug naar toen ik als kind in de tuin naar de wolken lag te kijken, wachtend tot om 18.00 de tv van testbeeld afging en de Fabeltjeskrant begon. Het is verleidelijk om continue prikkels van mobieltjes en

Yvo



Agenda

→ Maart 2024

Symposium Multimorbiditeit

18 maart, Geertekerk, Utrecht
Het wordt een steeds grotere uitdaging om de zorg voor iedereen toegankelijk te houden: een toenemende zorgvraag door een vergrijzing met daarbij een toename in het aantal chronisch zieke patiënten met meerdere aandoeningen tegelijk. Afstemming tussen specialismen in en buiten het ziekenhuis is essentieel. Discussieer 18 maart mee over dit prangende vraagstuk.

→ April 2024

CieBOM Iustrumsymposium

4 april, Antropia, Driebergen
De commissie Beoordeling Oncologische Middelen (BOM) bestaat 25 jaar! Deze mijlpaal wil de NVMO graag met al haar leden, directbetrokkenen en overige belangstellenden vieren met een middagsymposium. Het symposium vindt niet zoals eerder aangekondigd plaats op 17 april, maar op donderdag 4 april vanaf 14 uur in congrescentrum Antropia, nabij NS-station Driebergen-Zeist.

NIV Echocursus

8 t/m 10 april, Akoesticum, Ede
(Spoed)echografie door internisten is sterk aan te bevelen om de

kwaliteit van de patiëntenzorg te verbeteren. Derhalve krijgt (spoed)echografie ook een plaats in de opleiding tot internist. Het doel is om binnen enkele jaren na het van kracht worden van het nieuwe opleidingsplan, iedere AIOS op te leiden in echografie. Schrijf je in en voeg je bij de voorhoede van echograferende internisten!

Nederlandse internisten dagen

17 t/m 19 april, MECC, Maastricht
De uitdagingen in de gezondheidszorg zijn onmiskenbaar. De zorgvraag groeit, met daarbij een toenemend aantal patiënten met complexe, meervoudige aandoeningen. Tegelijkertijd brengen innovatieve ontwikkelingen nieuwe diagnostische en behandelingsmogelijkheden met zich mee. Dit alles speelt zich af tegen een achtergrond van personeelstekorten, financiële druk en tekorten aan medicijnen. Wij nodigen je van harte uit om deel te nemen aan de



© PATRICK VAN BEEK

Internistendagen 2024 en je inzichten te delen in de keuzes naar duurzame oplossingen voor de uitdagingen in de gezondheidszorg.

→ Mei 2024

NIV Echocursus

27 t/m 29 mei, Akoesticum, Ede

→ Juni 2024

NVIAG-jaarcongres

5 & 6 juni, Evoluon, Eindhoven
Het NVIAG Jaarcongres zal plaatsvinden op woensdag 5 en donderdag 6 juni 2024. Het programma volgt in maart

2024. Noteer de data alvast in je agenda!

NIV Echocursus

10 t/m 12 juni, Akoesticum, Ede

→ Juli 2024

NIV Echocursus

3 t/m 5 juli, Akoesticum, Ede

Colofon

de **internist** | 15e jaargang, nummer 1, maart 2024 | **Redactie** Iris van Groeninge (hoofdredacteur), Paula van Eerde, Louise van Galen, Marieke van Gastel, Emilie van Lingen, Lianne van der Meer, Jeanine Nuver, Darius Soonawala, Harriët Teijen, Art Vreugdenhil, Heleen de Wit
Ontwerp Annemarie Gorissen | **Vormgeving** HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn | **Beeld omslag** Bart Versteeg | **Uitgever** MacChain Healthcare, e-mail: info@macchain.nl | **ISSN** 2211-100X | © NIV, 2024 | **Website** NIV: www.internisten.nl