

2

AUGUSTUS 2024  
JAARGANG 15

# de internist

Oscar Smeekes & Marieke van Gastel

**'Nieuwe voorzitter,  
zelfde passie'**

Melanie van Pelt  
'Góes?! Dat zat totaal  
niet in mijn systeem'

Lieke Simkens  
'We proberen vanuit  
een holistische  
blik aspecten van  
gezondheid te  
bespreken'

**Dossier  
Generaties**



8

## Rondetafelgesprek arbeidsmarktproblematiek

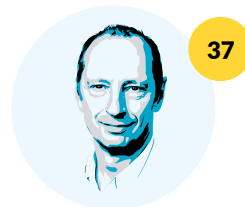
Vier internisten (in opleiding) schuiven aan om onder andere te praten over de bereidheid om te verhuizen voor je werk



13

## Generaties

De verschillen én overeenkomsten tussen internisten van verschillende generaties



37

## Aios zijn geen kinderen

Column  
Yvo Smulders



22

## Voorzitters

Marieke van Gastel neemt de voorzittersfunctie van het JNIV-bestuur over van Oscar Smeekes

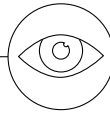
- 4 **Vooruitblik**
- 5 **Redactioneel**
- 7 **Werkvloer**
- 21 **Vakgroep uitgelicht**  
Vakgroep Interne Geneeskunde, Martini Ziekenhuis Groningen
- 25 **Klare taal**
- 26 **Complementaire oncologische zorg**  
Een verrijking van het vak
- 28 **Uitreiking C.J. Roosprijs**
- 30 **Knuppel**  
Oudere specialisten
- 31 **Boekbespreking**  
*Connections*
- 33 **In cijfers**
- 34 **Komen en Gaan**  
Marieke de Vries en Richard Koopmans
- 36 **Focusvraag**
- 38 **Agenda**



32

## Spiegeltje Spiegeltje

Longarts Sander de Hosson  
over de internist



# Vooruitblik

Drie lezers reageren op een artikel in dit nummer

P08



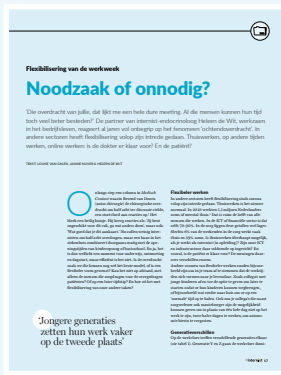
In het rondetafelgesprek spreekt hoofdredacteur Iris van Groeningen met vier collega's over arbeidsmarktproblematiek en de dilemma's die daarbij komen kijken.



**Avalon de Graaf-den Brok**  
Internist-hematoloog, St. Jans Gasthuis Weert

Zeer herkenbaar. Ik ben 5 jaar geleden meteen na mijn specialisatie met een vaste plek in de vakgroep in het SJG gaan werken. Dit is een leuk ziekenhuis met een goede sfeer. Helaas blijkt bij ons een vacature voor een vaste plek opvullen toch lastig.

P17



Flexibilisering van de werkweek: nuttig of overbodig?



**Marc Hemmeler**  
Internist-nefroloog, Maastricht UMC+

Flexibilisering is voor alle generaties internisten wenselijk en dient onderwerp van gesprek te zijn in onze dagelijkse praktijk. Uiteraard met inachtneming van teamafspraken over kwaliteit en continuïteit van zorg en opleiding. Dat maakt ons vak voor alle generaties aantrekkelijker en die hebben we hard nodig, ook in Maastricht.

P26



Complementaire zorg is een verrijking van het vak.



**Bea Tanis**  
Internist, ErasmusMC

Dit is een prachtig initiatief! Integrale geneeskunde (IG) wordt steeds actueler omdat er toenemend behoefte bestaat aan transformatie in de zorg, waarin met een holistische blik naar ziekte en gezondheid wordt gekeken. Zowel de patiënt als de dokter ervaren hierdoor een diepgaande positieve verandering. Onze beroepsvereniging NIV kan hierbij een rol spelen, zodat IG bij verzekeraars onder de basiszorg valt.



**Iris van Groeningen**, hoofdredacteur van *de internist*. Iris is internist in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland en secretaris van het NIV-bestuur.

redactioneel

## Witte sportsokken

**G**eneratie Z herken je aan hoge witte sportsokken. Millennials koesteren onrealistische verwachtingen van hun carrière. De pragmatische generatie typt met één wijsvinger op hun mobiel. En de generaties daarvoor? Vastgeroeste workaholics en digibeten...

Zomaar wat vooroordelen over de generaties.

Wat ik echt zie op de werkvloer zijn gemotiveerde, hardwerkende jonge collega's met dezelfde onzekerheden als waar wij 'vroeger' mee worstelden. En ja, zij vinden andere antwoorden dan wij: duidelijkere grenzen

en gemotiveerd om het beste van de interne geneeskunde te maken.

In dit nummer kijken we van alle kanten naar generatieverschillen en de behoeften die groepen mensen van verschillende bouw-jaren hebben. Maar vooral kijken we naar de overeenkomsten, in het besef dat we allemaal mens en internist zijn.

En gelijk gooien we dan ook maar de knuppel in het hoenderhoek van de aanstaande pensionado's. Hoe zorgen we ervoor dat we optimaal gebruik kunnen maken van hun levenservaring, zonder dat ze de toekomst van een vakgroep bepalen? Op een manier dat jong en oud daar blij van wordt. Ook hier zien we dat dat alleen lukt als we over de schaduwen heenstappen van onze generatieverschillen.

Tot slot in deze editie aandacht voor de poli integrale geneeskunde die op meerdere plekken in Nederland zo mooi van de grond komt. Nog maar enkele generaties geleden was dit onvoorstelbaar. Patiënten zijn sindsdien mondiger geworden, willen zelf regie hebben en googelen en tiktokken zich een slag in de rondte. En geef hen eens ongelijk, de informatie ligt voor het oprapen. Maar juist in die context staan wij als medisch specialisten voor een cruciale taak: samen kunnen we voorkomen dat onze patiënten informatie op minder betrouwbare plekken zoeken en voor lief nemen. Nooit eerder waren wij zo'n baken in de branding, met of zonder witte sokken.

## Kijk naar ieders kwaliteiten

stellen, op tijd naar huis, onder werktijd aan presentaties werken. De tijden veranderen, je hoeft geen kwartjes meer mee voor de telefooncel en waar mijn moeder thuis op mij wachtte, verbaast het mijn eigen dochter dat er moeders zijn die niet werken. Wie voeling wil houden met de tijdgeest, kijkt niet alleen naar wat goed is en wat fout, maar probeert te leren van nieuwe kwaliteiten. Als ik door die bril kijk zie ik een nieuwe gedreven generatie. Lees alleen al het interview met onze JNIV-voorzitters. Echte millennials, maar vooral ambitieus, doelgericht

Iris

# We maken een themanummer dit jaar: laat van je horen!

Aan het eind van dit jaar komt er een themanummer om te laten zien waarom interne geneeskunde het mooiste vak is. We zijn daarom op zoek naar JOUW rolmodel. In deze speciale editie kijken we vooruit, hopen we een nieuwe generatie te inspireren, en blikken we terug. Daar hebben we jullie bij nodig! Want wie is er voor jou een rolmodel geweest, en waarom? Op welke manier heeft deze persoon bijgedragen aan jouw levenspad, zowel op werkgebied als in jouw persoonlijke leven?

**Heb je daarnaast een onderwerp dat zeker niet mag ontbreken in deze speciale editie voor en door (aankomende) internisten; laat het ons ook vooral weten door te mailen naar [eerde@internisten.nl](mailto:eerde@internisten.nl).**

# BREDE DE BASIS



**MIS HET NIET, SCHRIJF JE NU IN VIA  
[WWW.DEBREDEBASIS.NL](http://WWW.DEBREDEBASIS.NL)**

## **NEFROLOGIE**

Woensdag 9 oktober 2024, 19:30 - 21:00 uur

## **INFECTIEZIEKTEN EN ANTIBIOTICA**

Woensdag 13 november 2024, 19:30 - 21:00 uur

## **OUDERENGENEESKUNDE**

Woensdag 11 december 2024, 19:30 - 21:00 uur

## **PASSENDE ZORG OP DE INTENSIVE CARE**

Woensdag 8 januari 2025, 19:30 - 21:00 uur

## **VASCULAIRE GENEESKUNDE**

Woensdag 26 maart 2025, 19:30 - 21:00 uur



**niv** nederlandse  
internisten vereniging



## Op de werkvloer

### Geneesmiddelentekort

**Bijna een op de zeven Nederlandse patiënten (ruim 1,6 miljoen mensen) is aangewezen op geïmporteerde medicijnen, omdat er in Nederland een tekort aan is. Experts maken zich ernstig zorgen, vooral om laatste redmiddelen.**

Ondanks dat in 2023 een recordaantal overheidsmaatregelen is genomen om tekorten aan te pakken, blijft het medicijntekort nog altijd stijgen. Dit tekort leidt onder andere tot uitstel van

behandelingen, alternatieve medicijnen, slechtere behandelingen en een toename van gezondheidsrisico's.

Problemen variërend van onder andere productie- en distributieproblemen dragen bij aan het geneesmiddelentekort. Volgens longarts Leon van den Toorn moeten artsen zich bewust zijn van de schaarste: 'Niet te gemakkelijk en niet te lang voorschrijven, want anders moeten veel medicijnen worden weggegooid zodra ze niet meer nodig zijn.'

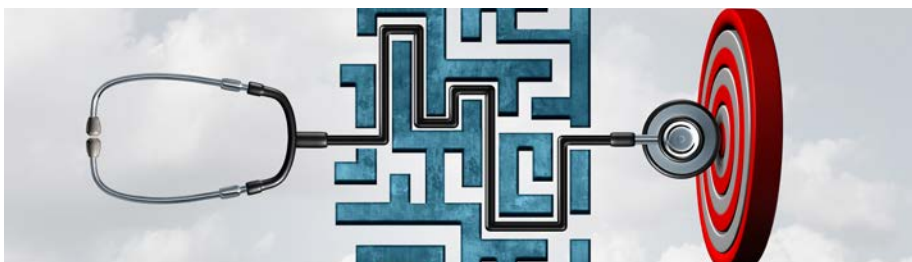


©123RF

### Het nieuwe roken

**Vapen: onder jongeren steeds gebruikelijker, maar nog altijd even schadelijk als de sigaret. Uit onderzoek blijkt dat maar liefst 20% van de jongeren het afgelopen jaar vapes heeft geprobeerd. De Federatie Medisch Specialisten heeft een dringende oproep aan de politiek gedaan om de stijgende populariteit van het apparaatje tegen te gaan.**

Al decennialang zien we binnen de interne geneeskunde de negatieve impact van de sigaret op de gezondheid van de bevolking. De effecten van vapes zijn echter net zo zorgelijk. De nicotine in vapes kan de ontwikkeling van het jonge brein net zo verstoren als bij de sigaret, wat kan leiden tot concentratieproblemen. Daarnaast komen bij het vapes ook kankerverwekkende stoffen vrij. Uit onderzoek van het Trimbos-instituut blijkt niet alleen dat jongeren steeds vaker vapes proberen, maar ook dat vapes vaak een opstap is naar het roken van sigaretten. Daarnaast rookt bijna 75% van de vapers maandelijks sigaretten.



©123RF

### Het zorgdoolhof; een abonnement op het ziekenhuis

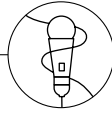
**Multimorbiditeit in de zorg: de NOS noemt het ook wel een 'zorgdoolhof'. Patiënten moeten steeds vaker zelf het overzicht houden over hun steeds complexere zorgtrajecten.**

Vrijdag 26 april ging Robin Peeters, voorzitter van de NIV, in gesprek bij Nieuwsuur over de steeds groter Helaa is het huidige zorgsysteem erg gericht op de behandeling per ziekte en is er hierdoor onvoldoende ruimte om de zorg voor patiënten met

meerdere ziekten goed te organiseren. Het gevolg is dat er steeds meer dokters nodig zijn, die allemaal een stukje van de behandeling per patiënt op zich nemen. Patiënten raken regelmatig verdwaald in dit zogeheten zorgdoolhof. Zij zijn vaak hun

eigen zorgmanager van steeds complexere zorgtrajecten en moeten noodgedwongen zelf het overzicht houden. Peeters denkt dat dit beter kan: 'Ik denk dat we met elkaar de zorg veel efficiënter kunnen organiseren als er tijd komt voor goede afstemming.' Door de generalistische benadering van de internist is deze bij uitstek geschikt om deze regiefunctie te vervullen.

—> Iets gezien of gelezen wat relevant is voor je collega's? Deel het via [werkvloer@internisten.nl](mailto:werkvloer@internisten.nl)



## Rondetafelgesprek

### Arbeidsmarktproblematiek

# ‘Een jaarplek dichtbij of alles inpakken en verhuizen?’

Regelmatig verschijnen op LinkedIn oproepen van jonge klaren die op zoek zijn naar een werkplek. Tegelijkertijd zijn er ziekenhuizen die hun vacatures moeilijk krijgen ingevuld. Vaak omdat ze verder van de opleidingsplaatsen af liggen. Hoe pakken we die discrepantie aan? Wat verwachten we van jonge klaren en welke rol kunnen ziekenhuizen spelen? In een rondetafelgesprek wisselt Iris van Groeningen met vier collega's van gedachten over dit onderwerp.

TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: ANNEMARIE GORISSEN

**Ik heb veel ziekenhuizen gesproken die moeite hebben hun vacatures in te vullen. Leeft dit probleem bij jullie?**

**Melanie van Pelt:** ‘Ja, wij krijgen vacatures de laatste jaren ook moeilijker vervuld. En ook bijvoorbeeld zwangerschapsverlof krijgen we moeilijker ingevuld. We hebben dat laatst moeten regelen, dat viel echt niet mee. Momenteel hebben we last van het feit dat er meerdere vacatures in den lande zijn, daardoor is het aantal sollicitanten bij ons lager.’

**Oscar Smeekes:** ‘Het leeft enorm en ik hoor allerlei perspectieven. We hebben de opleiding georganiseerd rond de academische ziekenhuizen, gelegen in een aantal grote steden. Na je opleiding werk je minimaal zes jaar vanuit deze omgeving. Dat zijn ook de jaren waarin mensen zich settelen, kinderen krijgen of promotieonderzoek doen. Wanneer ze klaar zijn, zijn ze in de dertig, zo'n 65 procent is gepromoveerd. Het gaat

om millennials: bekend om hun creatieve oplossingen en kritische blik.’

**Hanna Willems:** ‘Ze zijn echter ook eerder geneigd om te twifelen aan of iets wel goed komt, ze hechten aan waardering en zekerheid. Dan kan er een mismatch ontstaan tussen de eigen verwachtingen over je baan en hoe de werkgelegenheid is.’

**Tegelijkertijd is generatie Z ad rem en voor zichzelf opkomend. Ik merk bijvoorbeeld dat ze goed feedback kunnen geven of grenzen stellen.**

**Oscar:** ‘Feedback geven en grenzen stellen is anders, dat is de vorm van communicatie die bij die generaties past. Twijfel gaat over de zekerheid/waardering van het pad naar een gewenste plek. Daar komt wel bij dat veel mensen niet écht scherp hebben ‘hoe vast ze aan hun plek zitten’ en welke concessies ze willen doen als verandering iets moois oplevert.’



## ‘Bel gewoon eens voor een kennismakingsgesprek met een kop koffie’

**Hanna:** ‘Ik spreek regelmatig met aiossen die zich afvragen of hun overcomplete curriculum wel volstaat en of ze bijvoorbeeld nog een cursus farmacologie moeten volgen. Ik zeg dan dikwijls: ‘Wat denk je dat een vakgroep belangrijk vindt?’ Natuurlijk, een differentiatie is relevant, een goed profiel is *nice to have*, maar is nooit een *breaker*. Belangrijker zijn je communicatiekills, je match met de groep, collegialiteit. Als aiossen dan vragen of ze een mailtje zouden moeten sturen, adviseer ik om gewoon te bellen voor een koffieafspraak en langs te gaan.’

**Melanie:** ‘Ik denk ook dat er sprake is van ‘onbekend maakt onbemind’. Kijkend naar mezelf: ik heb de opleiding in Rotterdam gevolgd, maar kon als jonge klare eind 2015 in die regio nergens een baan vinden. En ik heb echt alles geprobeerd, want ik wilde graag aan de slag dichtbij huis. Immers, van de ziekenhuizen die je kent, denk je: dáár gebeurt het, daar moet ik zijn. Het

is vertrouwd, je kent er de mensen. Toen attendeerde mijn opleider mij op Goes. Góes?! Dat zat totaal niet in mijn systeem, ik kende Zeeland alleen als vakantieplek. Toen ik er een kijkje ging nemen, bleek het ziekenhuis superleuk en voor mij een fantastische werkomgeving. De eerste elf maanden ging ik forensen, daarna ben ik met mijn gezin verhuisd. Medio 2017 ben ik tot de vakgroep toetreden.’

**Verhuizen en vertrekken naar een nieuwe woonomgeving vond ik destijds een leuke uitdaging. Hoe was dat voor jou en je gezin?**

**Melanie:** ‘Dat was absoluut geen dilemma bij ons en ik besef dat ik daar wel geluk mee heb. Ik ben kostwinner en we hebben altijd gezegd dat mijn werkplek voorrang had. Je moet wel kunnen verhuizen, dat kan lastiger zijn als je bijvoorbeeld mantelzorger bent of anderszins binding met de regio moet houden.’







**Maarten van der Bie:** ‘Mijn vrouw heeft een functie die ze overal kan uitoefenen, dus mijn werkplek werd de plek waar we ons zouden settelen. Dat bleek het EMC, maar we stonden ook open voor andere opties.’

**Hanna:** ‘Als jonge klare heb ik destijds eerst vijf jaar lang op contractbasis gewerkt. Ik heb me nooit druk gemaakt over wat daarna zou komen.’

**Oscar:** ‘Ik zie verschil tussen de generaties. De generatie voor de millennials, de pragmaten (generatie X) had er over het algemeen vertrouwen in dat het wel goed zou komen. Hun motto: schouders eronder en gáán.’

‘Toen attendeerde mijn opleider mij op Goes. Góes?! Dat zat totaal niet in mijn systeem’

### Hoe hoog is de drempel om te verhuizen nu voor jonge klaren? En hoe relevant is bewustwording ten aanzien van een reële kans op verhuizing?

**Oscar:** ‘Dat is persoonsafhankelijk, lijkt me. Ik kan me voorstellen dat dit extra speelt als je voor tijdelijke contracten verder weg moet.’

**Maarten:** ‘Verhuizen is misschien lastiger als je allebei een baan hebt die regiogebonden is. Een nieuw huis lijkt me overkomelijk, hoppen met een gezin lijkt me niet ideaal. Om me heen merk ik dat mensen het liefst rondom het EMC willen blijven, maar dit is niet altijd voor iedereen een realistische optie.’

**Hanna:** ‘Toch is de periferie jonge klaren niet vreemd, tijdens de opleiding werken ze er minstens twee jaar. Rondom Amsterdam is dat best een flinke regio, in andere regio’s kan dat anders zijn.’

**Melanie:** ‘Tijdens je opleiding kom je weliswaar in de periferie terecht, maar niet op locaties die verder van de opleidingsplaats afliggen. Voor Goes geldt bovendien dat wij geen opleidingsfunctie hebben, dus je komt ook tijdens je opleiding niet in contact met dergelijke ziekenhuizen.’

**Hanna:** ‘Je ziet ook veel dat studenten eerst promoveren en daarna in opleiding komen, dan zijn ze al wat ouder. Dan hebben ze dikwijls al een huis gekocht en is voor drie maanden afreizen een probleem.’

**Maarten:** ‘Het is een bewuste keuze om te reizen of verhuizen voor je werk. Maar als mensen graag vastigheid willen, kun je als ziekenhuis daarin dan perspectief bieden? En dat ook uitstralen in vacatures?’

**Melanie:** ‘We proberen onze vacatures aantrekkelijker te maken, bijvoorbeeld door uitzicht te bieden op een vaste plek in de vakgroep. Maar of de huidige jonge klaren daar nog zo blij mee zijn, weet ik eigenlijk niet. Wellicht is de behoefte om ergens vast toe te treden onder huidige jonge klaren niet meer zo hoog. Een jaarplek dichtbij versus alles inpakken en verhuizen naar een andere regio; die keuze wordt misschien nu anders gemaakt.’

**Maarten:** ‘Het verhaal heeft duidelijk twee kanten. Ik ken inderdaad mensen die ervoor kiezen om via tijdelijke contracten aan het werk te gaan binnen maximaal 50 kilometer afstand van de woon- en opleidingsplaats. Ik ken ook mensen die ervoor gekozen hebben om heel wat anders te gaan doen, omdat ze als internist geen werkplek vinden die bij hen past.’

**Hanna:** ‘Zo’n keuze is natuurlijk persoonsgebonden. Maar liever geen internist dan verhuizen naar Drenthe of Limburg? De vraag is of je echt wel alles geprobeerd hebt. Als je helemaal niets met je opleiding doet, heb ik daar wel een moreel oordeel over.’

**Melanie:** ‘De opleiding vergt ook heel veel van ons. Door verandering in mindset kun je dan denken: dit is wat ik er

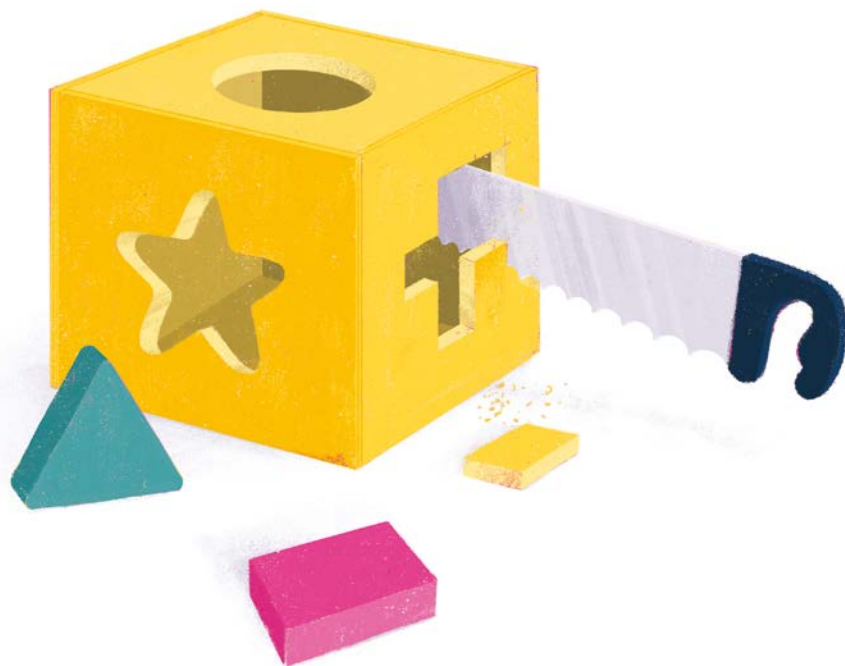
maximaal voor over wil hebben en als dat niet lukt, ga ik wat anders doen.'

**Hanna:** 'Als je dan je talenten op een andere manier kunt inzetten, is dat prachtig, daar word je een blijer mens van.'

**Voor bepaalde differentiaties is er nu een stuk meer aan jonge klaren die geen (vaste) baan kunnen vinden. Zou het een optie zijn als mensen makkelijker van differentiatie kunnen wisselen? Of dat we ons minder focussen op de vraag of iemand een specifieke differentiatie heeft gedaan?**

**Maarten:** 'Het probleem is dat we te ver zijn doorgedreven in superspecialisatie. We zijn algemeen internist, ons voornaamste werk is toch algemeen intern. Daar kunnen we best meer op inzetten. Hoe bereiden we de toekomstige internisten hierop voor, gezien de superspecialisatie in de academie?'

**Hanna:** 'Makkelijker wisselen van differentiatie kan wel wat bijdragen, maar is volgens mij niet de kern van



## Tips voor opleiders

- Voer coachende gesprekken, zonder een 'curlingopleider' te zijn.
- Schep reële verwachtingen ten aanzien van de arbeidsmarkt.
- Geef de geïnteresseerde internist in opleiding ruimte voor een stage in een niet-opleidingscentrum.

## Tips voor jonge klaren

- Denk in kansen.
- Wees creatief, denk out of the box.
- Sta open voor regio's waarmee je nog geen ervaring hebt (maar die verrassend leuk kunnen blijken te zijn).
- Realiseer je dat er dikwijls meer mogelijk is dan je denkt.
- Bel een vakgroep voor koffie en kennismaking.
- Reageer ook als er in een vacature een internist wordt gevraagd en je net niet aan het profiel voldoet (of als het contract tijdelijk is).
- Vraag je opleider om coachend advies.
- Wat voor arts wil je zijn? Welk type ziekenhuis past daarbij?

het probleem. We zijn al langer bezig met 'een leven lang leren'. Het werk op de poli beslaat voor een klein deel je eigen differentiatie. Als daartoe van de kant van jonge klare en ziekenhuis bereidheid bestaat, is er niet direct een nieuwe differentiatie nodig. Dus waarom niet algemene interne wat meer omarmen en niet de oplossing van het probleem zoeken in formaliteiten? We zoeken mensen, en ziekenhuizen zijn best bereid om ver te gaan, dus ga in gesprek.'

**Melanie:** 'Als jonge klare kun je ook reageren op een vacature die niet 100 procent bij je profiel past, soms zijn er opties om toch tot een match te komen. Bel gewoon voor meer informatie en maak een kennismakingsafpraak.'

**Een jonge klare merkte onlangs op dat bij sommige differentiaties fellows lijken te worden opgeleid omdat er anders veel werk op schouders van stafleden terecht komt. Dit terwijl de kans op een passende baan klein is. Hoe kijken jullie daar tegenaan?**

**Oscar:** 'Ik denk dat het beperken van een differentiatie alleen maar een waterbed-effect oplevert.'

**Maarten:** 'Ik ken geen opleiders die mensen voor werkloosheid opleiden om zo zelf meer fellows te krijgen.'

**Hanna:** 'De NIV stelt de differentiatie-aantallen niet vast. Alle secties kijken zelf zorgvuldig naar wat nodig →



## Tips voor ziekenhuizen buiten de Randstad of zonder opleiding

- Sta open voor meeloopdagen of stages vanuit de academie.
- Kijk of er ruimte is voor meer vaste aanstellingen.
- Sta open voor meervoudige (of aanpalende) differentiaties.
- Kijk of er flexibele oplossingen te vinden zijn, bijvoorbeeld in werkdagen of werktijden.

is en sturen daarop. Dit probleem trekken we ons echt wel aan.'

### En die kop koffie gaan drinken, hoe waardevol is dat?

**Hanna:** 'Altijd doen. Koffiedrinken en sfeer proeven vormen een waardevolle aanvulling op het insturen van je cv en formeel contact.'

**Melanie:** 'Uit eigen ervaring weet ik hoe een bezoek en persoonlijke kennismaking je blik kunnen verruimen. Wij nodigen mensen in onze vacature uit om eens een dagje te komen meelopen. Het zou leuk zijn als fellows alvast via een stage kennis kunnen maken met een ander ziekenhuis buiten de opleidingsregio's. Misschien is een uitwisselingsproject wel een idee?'

**Hanna:** 'Prachtig plan, maar is dat niet een beetje betuttelend? Jonge klaren zijn dertigers, die snappen hoe het leven werkt, dat kunnen ze heel goed zelf proactief vormgeven.'

**Maarten:** 'Ik zou zeggen: neem de ruimte en ga het onderzoeken. Huur een week met je gezin een vakantiehuis en ga kennismaken.'

**Melanie:** 'De huisartsen in bijvoorbeeld Zeeland hebben dat via een actieve wervingscampagne aan jonge klaren aangeboden. Via allerlei initiatieven hebben zich toch nieuwe huisartsen hier gevestigd.'

**Oscar:** 'Misschien is speeddaten tussen jonge klaren en ziekenhuizen tijdens NIV-dagen ook een optie?'

### Vraagt dit alles om meer coaching vanuit de opleiding?

**Hanna:** 'Daar ligt wel wat hands-on werk, ik doe dat maandelijks.'

**Oscar:** 'Het is denk ik vooral belangrijk dat je als aios in de laatste jaren van je opleiding een goed beeld krijgt van wat de kernelementen zijn van hoe je wilt werken. Dat je uitzoekt waar dat kan. En dat je kijkt hoe flexibel je bent in de plek.'

**Concluderend kunnen we stellen dat we samen moeten blijven nadenken over de oplossing. Waarbij we enerzijds aandacht blijven houden voor de krappe banenmarkt met een gebrek aan vaste contracten en waarbij jonge klaren anderzijds hun blik verbreden door ook open te staan voor een werkplek die meer out of the box is. Voorop staat dat de nieuwe generatie zelf wel in de lead moet blijven.**

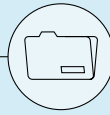
**Oscar:** 'Het mooie van dit gesprek is dat we blijven proberen om, met waardering, alle perspectieven te begrijpen, binnen de randvoorwaarden van ons vak. De maatschappij verandert, wie weet hoe we over een paar jaar dit onderwerp bekijken.' ●

## Disgenoten

Bij de voorbereiding op dit gesprek zijn gesprekken gevoerd met jonge klaren én collega's in diverse ziekenhuizen. Bij het rondetafelgesprek schoven de volgende gesprekspartners aan: **Maarten van der Bie**, internist acute geneeskunde, Erasmus MC **Oscar Smeekes**, aios interne geneeskunde, Amsterdam UMC, voorzitter JNIV **Melanie van Pelt**, internist acute geneeskunde, ADRZ, Goes **Hanna Willems**, klinisch geriater/internist, afdelingshoofd, Amsterdam UMC

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

'Natuurlijk, een goed profiel is *nice to have*, maar is nooit een *breaker*'



**Dossier**  
**Generaties**

©123RF

## Arts M/V

# ‘De verschillen moeten benoemd worden’

Het functioneren en presteren van medisch specialisten vormt de rode draad in het werkende leven van hoogleraar Kiki Lombarts. De discussie over het verschil tussen mannelijke en vrouwelijke artsen is een logische verdieping van haar vakgebied. Gender blijkt er namelijk toe te doen in zo'n beetje alle aspecten van het artsenvak. Louise van Galen ging met Kiki in gesprek.

TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: MEREL WAAGMEESTER

Vooropgesteld: dit artikel is niet bedoeld als een 'jongens tegen de meisjes'-verhaal. Maar de ongelijkheid tussen mannelijke en vrouwelijke artsen is inmiddels een niet meer weg te denken onderwerp van gesprek. 'Door het onderwerp bespreekbaar te maken voelen sommige medisch specialisten zich erkend, andere misschien wat bedreigd', zegt Kiki Lombarts, hoogleraar professional performance aan de UVA en het Amsterdam UMC. 'Maar zolang de ongelijke behandeling voortduurt, moeten de verschillen benoemd worden. Door erover te praten, creëren we kansen om de zorg te verbeteren.'

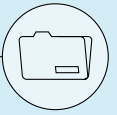
## Onevenwichtig curriculum

'Je zou zeggen: we krijgen allemaal dezelfde opleiding', zegt Louise van Galen, vijfdejaars aios in het Amsterdam UMC. 'Is er dan eigenlijk wel een verschil in hoe mannen en vrouwen hun werk doen?' Kiki: 'Maar die opleiding is dus niet voor ieder-

een gelijk, daar begint het al mee. De opleiding is veel meer dan een curriculum op papier. Een opleiding bestaat uit interacties met supervisors en collega's, een werkomgeving waarin meer of minder kansen worden geboden, een werkklimaat waarin je al dan niet fouten mag maken of emoties tonen. Al die dingen samen maken dat de opleiding een unieke ervaring is voor iedere aios. Uit onderzoek blijkt dat deze ervaring voor vrouwelijke artsen op heel veel fronten minder positief uitpakt: ze krijgen minder kansen, worden minder serieus genomen, krijgen vaker de ondersteunende dan de leidende rol of een mindere auteurspositie in publicaties.'

## Mannelijke oriëntatie

In een publicatie in *The New England Journal of Medicine*, getiteld *Medicine is not gender-neutral: she is male* beschrijft Kiki, samen met coauteur internist Abraham Verghese (Stanford University), onder andere als volgt de totstandkoming van de mannelijke oriëntatie binnen het



Kiki Lombarts

*vakgebied: 'De identiteit van een arts wordt gevormd tijdens de opleiding, wanneer de diepge wortelde waarden van het beroep en de heersende opvattingen over wat het betekent om arts te zijn, worden overgedragen en geassimileerd (...) De geïnternaliseerde waarden en overtuigingen vertalen zich in de praktijk in gedrag en prestaties (...) Geprotocolleerde geneeskunde, systeemgebaseerd denken, efficiëntie en autoritair leiderschap weerspiegelen de manieren waarop de moderne medische praktijk is gevormd door een mannelijke oriëntatie.'*<sup>1</sup>

Kiki: 'Het ijkpunt van de geneeskunde was lange tijd de mannelijke dokter. Als gevolg daarvan werden vrouwelijke artsen bewust of onbewust professioneel benadeeld. Wilde je als vrouw in zo'n wereld een plek veroveren, dan moest je wel extra goed,

gemotiveerd en veerkrachtig zijn. Vrouwen vochten zich in.'

Louise: 'En dat doe je dan bijvoorbeeld door als vrouw vooral masculiene eigenschappen te presenteren?'

Kiki: 'Precies. Of door je vrouwelijke kwaliteiten bewust niet te tonen. Het maakt duidelijk dat mannelijke kwaliteiten - ook vandaag de dag nog - meer gewaardeerd

worden dan wat we historisch vrouwelijke kwaliteiten zijn gaan noemen. Ook in de zorg. Alsof technische skills waardevoller zijn dan relationele vaardigheden, zoals compassie en communicatie. Goede zorg vraagt om beide, en van alle dokters. Als we dat gaan erkennen en waarderen, ontstaat er meer ruimte voor artsen om zichzelf te zijn en hoeft er geen talent verloren te gaan. Dat verdienen artsen. En zeker hun patiënten.'

### Beeldvorming

Louise: 'De beeldvorming rondom mannelijke en vrouwelijke artsen speelt ook een rol. Hoe worden mannelijke en vrouwelijke artsen door patiënten bekeken?'

Kiki: 'Oudere generaties kennen de tijd waarin de overgrote meerderheid van de artsen man was, de verpleegkundigen waren vrouwen. Dat beeld leeft voort in beeldvorming en verwachtingen, bijvoorbeeld wanneer de vrouwelijke arts als verpleegkundige wordt aangesproken. Maar dit beeld verandert: jongeren hebben die bias naar zorgverleners minder of zelfs helemaal niet. Niet gek, want vrouwelijke artsen vormen nu de meerderheid.'

### Ruimte voor de relatie

Louise: 'Op welke manier beïnvloedt het geslacht van de arts de relatie met de patiënt?'

Kiki: 'Het is belangrijk eerst stil te staan bij de aard en kwaliteit van de arts-patiëntrelatie. Die is per definitie ongelijkwaardig. Alleen vertrouwen kan dat overbruggen. Om het vertrouwen van de patiënt te krijgen, is het belangrijk wie jij, de dok-

'Masculiene kwaliteiten worden ook vandaag de dag nog meer gewaardeerd'



ter, bent als mens. De basis van het vak is dat je eerst een relatie aangaat van mens tot mens, zodat je daarna de patiënt kunt helpen. Voor het aangaan van een relatie helpt het als je jezelf een beetje kent; ik vind het daarom goed dat er ruimte is voor persoonlijke ontwikkeling in de opleiding

en daarna. Verder moet de arts natuurlijk bereid zijn de patiënt – en niet alleen de kwaal – te willen kennen. En dat lukt meestal niet in 10 minuten. We moeten (weer) beseffen dat de geneeskunde een relationele dienstverlening is. Zonder aandacht voor de relatie is de zorg niet meer dan een transactionele business. En in die business is meer waardering voor datgene wat we gelabeld hebben als masculiene kenmerken.’

### Generaannames

Als er geen ruimte is voor de relatie, dan hebben generaannames en -verwachtingen meer kans om in de spreekkamer effect te hebben, vertelt Kiki: ‘Uit onderzoek blijkt bijvoorbeeld dat bij dezelfde klachten vrouwelijke patiënten eerder dan mannen de diagnose ‘psychosomatisch’ krijgen. Dat suggereert genderbias. Ook patiënten nemen genderverwachtingen mee naar het spreekuur. De vrouwelijke patiënt die zich bij een mannelijke arts stoerder voordoet dan ze zich voelt, of mannelijke patiënt die zich niet comfortabel voelt bij een vrouwelijke uroloog.

Overigens, diverse studies rapporteren dat het geslacht van de dokter een rol speelt in patiëntuitkomsten. En dan heb ik het over harde klinische uitkomsten: mortaliteit, heropnamen en complicaties. Meerdere grote internationale studies laten zien dat de uitkomsten van zorg significant minder goed zijn voor vrouwelijke patiënten die door een mannelijke arts zijn behandeld. Verschillen in praktijkvoering tussen mannen en vrouwen zijn een mogelijke verklaring.’

‘Uit onderzoek blijkt dat vrouwelijke artsen minder kansen krijgen’

### Meer lezen over dit onderwerp?

Kiki Lombarts attendeert je graag op de volgende artikelen:

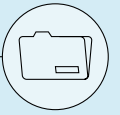
- Miyawaki A, Jena AB, Rotenstein LS, Tsugawa Y. Comparison of Hospital Mortality and Readmission Rates by Physician and Patient Sex. *Ann Int Med* 2024; 177(5):598-608.
- Kang SK, Kaplan S. Working toward gender diversity and inclusion in medicine: myths and solutions. *Lancet*. 2019;393(10171):579-86.
- Mulder L, Wouters A, Akwiwu 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.
- Lombarts, K. De 3 van Kiki: Vrouwen en het vrouwelijke in organisaties - Leading Doctors. <https://leadingdoctors.nl/de-3-van-kiki-vrouwen-en-het-vrouwelijke-in-organisaties/>

### Suggesties

Louise: ‘Wat kunnen we van de genderdiscussie meenemen naar ons werk?’  
Kiki: ‘Erken dat er ongelijkheid is. Voel je daar niet door bedreigd, maar wees nieuwsgierig. Voorkom dat we de geneeskunde als relationele dienstverlening verliezen en neem daarin zelf de regie. En laten we vooral ruimte bieden aan het gesprek over de waardering van alle menselijke kwaliteiten voor goede zorg en plezierig werken.’ ●

### Referentie

1. Lombarts KMJ, Verghese A. Medicine Is Not Gender-Neutral - She Is Male. *N Engl J Med*. 2022; 386(13): 1284-7.



## Flexibilisering van de werkweek

# Noodzaak of onnodig?

‘Die overdracht van jullie, dat lijkt me een hele dure meeting. Al die mensen kunnen hun tijd toch veel beter besteden?’ De partner van internist-endocrinoloog Heleen de Wit, werkzaam in het bedrijfsleven, reageert al jaren vol onbegrip op het fenomeen ‘ochtendoverdracht’. In andere sectoren heeft flexibilisering volop zijn intrede gedaan. Thuiswerken, op andere tijden werken, online werken: is de dokter er klaar voor? En de patiënt?

TEKST: LOUISE VAN GALEN, JANINE NUVER & HELEEN DE WIT

**O**nlangs riep een column in *Medisch Contact* waarin Berend van Doorn (anios chirurgie) de chirurgische overdracht om half acht ter discussie stelde, een stortvloed aan reacties op.<sup>1</sup> Het bleek een heilig huisje. Hij kreeg reacties als: ‘Jij bent ongeschikt voor dit vak, ga wat anders doen’, maar ook: ‘Wat goed dat je dit aankaart.’ Nu zullen weinig internisten om half acht overdragen, maar een baan in het ziekenhuis combineert doorgaans matig met de openingstijden van kinderopvang of basisschool. En ja, het is dan wellicht een moment voor onderwijs, ontmoeting en dagstart, maar efficiënt is het niet. Is de overdracht zoals we die kennen nog wel het beste model, of is een flexibeler vorm gewenst? Kan het niet op afstand, met alleen de mensen die zorgdragen voor de overgedragen patiënten? Of op een later tijdstip? En hoe zit het met flexibilisering van onze andere taken?

### Flexibeler werken

In andere sectoren heeft flexibilisering sinds corona volop zijn intrede gedaan. Thuiswerken is het nieuwe normaal. In 2023 werkten 5,1 miljoen Nederlanders soms of meestal thuis.<sup>2</sup> Dat is ruim de helft van alle mensen die werken. In de ICT of financiële sector is dat zelfs 70-90%. In de zorg liggen deze getallen veel lager. Slechts 6% van de werkenden in de zorg werkt vaak thuis en 39% soms. Is thuiswerken überhaupt mogelijk, als je werkt als internist (in opleiding)? Zijn onze ICT en infrastructuur daar voldoende op ingericht? En vooral, is de patiënt er klaar voor? De meningen daarover verschillen enorm.

Andere vormen van flexibeler werken zouden bijvoorbeeld zijn om in je team af te stemmen dat de werkdagen zich vormen naar je levensfase. Zoals collega's met jonge kinderen af en toe de optie te geven om later te starten zodat ze hun kinderen kunnen wegbrengen, of bijvoorbeeld wat eerder naar huis om ze op een ‘normale’ tijd op te halen. Ook zou je collega's die naast zorgverlener ook mantelzorger zijn de mogelijkheid kunnen geven om in plaats van één hele dag niet op het werk te zijn, twee halve dagen te werken, om autonomie hierin te vergroten.

### Generatieverschillen

Op de werkvloer treffen verschillende generaties elkaar (zie tabel 1). Generatie Y en Z gaan de werkvloer domi-

‘Jongere generaties  
zetten hun werk vaker  
op de tweede plaats’



Generatie	Geboortjaar	Kernwaarden
Babyboomers	1940-1945	Democratiseren, vergaderen, mannelijk leiderschap
Verbindend	1955-1969	Gewoon doen, gericht op de minderheid.
Pragmatisch	1970-1984	Doelgerichtheid, snelle besluiten, interactie.
Millennials, Generatie Y	1985-1999	Authentiek, mensgericht, persoonlijke ontwikkeling en handelingsvrijheid
Bewust, Generatie Z	2000-2014	Intuïtief, liefde voelen voor wat je doet

Tabel 1. De generaties op de werkvloer

neren. In het algemeen hebben zij meer behoefte aan flexibele werktijden. Ook zetten de jongere generaties hun werk vaker op de tweede plaats. Dit kan botsen met oudere generaties die zijn opgeleid met het dogma 'de internist hoort in het ziekenhuis' en het idee dat de zorg voor een patiënt meer door één dokter wordt verleend dan door een team. Het kan ingewikkeld zijn als jongere collega's het anders willen. Toch kan flexibiliteit in werkzaamheden, werkplek en werktijden alle generaties helpen. Veel mensen ervaren meer autonomie als hun werkdag flexibeler is en autonomie is een essentiële factor in het behoud van duurzame inzetbaarheid. Zo vormt flexibilisering 'laaghangend fruit' in het behouden en aantrekken van collega's.

### De flexibele internist

Zoals voor veel onderwerpen aangaande duurzame inzetbaarheid geldt ook voor flexibilisering: pak zelf de regie. 'Het systeem' maken wij immers met elkaar. Verandering begint met een dialoog binnen het team over verschillende denkbeelden. Dit vereist goed luisteren en open staan voor elkaars mening en ervaringen.

Wat kan er flexibeler worden ingericht en hoe pak je dat aan? Poliklinisch is relatief veel flexibiliteit mogelijk, bijvoorbeeld door het doen van avondpoli, of door het vroeger of later beginnen van de werkdag. Thuiswerken is vaak goed mogelijk. In het ziekenhuis kan een hybride inrichting van het spreekuur goed werken, met meerdere consultvormen door elkaar (fysiek, telefonisch, e-consult en eventueel videoconsult). Dit kan bijdragen aan meer tijd voor de patiënt, omdat uitloop op fysieke patiënten beter mogelijk is. Het voordeel van e-consulten is dat het elk gewenst moment gedaan kan worden en bij een goede inrichting van het EPD snel gaat.

Voor klinische werkzaamheden is thuiswerken vaak lastiger. Maar doordat alle patiëntgegevens beschikbaar zijn in het EPD is het wel degelijk ook mogelijk om supervisie en consulten op afstand te doen. ●

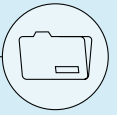
Zie ook de podcast de *Grote Visite* over Duurzame Inzetbaarheid:



### Referenties

1. Berend van Doorn. Waarom is de overdracht nog om half 8? Medisch Contact, 18 september 2023.
2. CBS. Nederland in cijfers. In welke beroepen werken de meeste mensen thuis? [www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/11/ruim-helpt-nederlanders-werkt-weleens-thuis](https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2024/11/ruim-helpt-nederlanders-werkt-weleens-thuis)

‘Een baan in het ziekenhuis combineert doorgaans matig met de openingstijden van kinderopvang of basisschool’



# Hoe denken de verschillende generaties erover?

We legden een aantal stellingen over flexibel werken voor aan drie internisten en een coassistent: een zestiger, een veertiger, een dertiger en een twintiger. Denken zij verschillend over zaken als avondpoli's en thuiswerken?

## **Art Vreugdenhil (65 jaar), internist-oncoloog, Máxima Medisch Centrum Veldhoven**



### **Flexibilisering van de werkweek is**

#### **onwenselijk, want zal leiden tot minder continuïteit**

'Dat is een tamelijk ouderwets standpunt wat meer op gewoonte dan werkelijkheid berust. Er zijn mogelijk meer overdrachtsmomenten, maar dat is goed te organiseren. Als de betrokkenen telefonisch bereikbaar zijn, zie ik geen obstakel. Wel moet goed afgesproken zijn wat het doel is en het helpt om dit te evalueren.'

**De planning van de ochtendoverdracht op 'spitstijden' voor het gezin is niet meer van deze tijd**  
'Een ander of later tijdstip van overdracht lijkt mij

prima te verwezenlijken en ik vind dit een goede reden. Ik ben opgeleid in een ziekenhuis waar de overdracht om 10 uur was. Groot voordeel is dat er van relevante patiëntenissues al een update is. Het kost niet meer of minder tijd, wel goede planning van activiteiten ervoor en erna.'

### **Pensionering zou meer een vloeiende beweging moeten zijn, zonder abrupt einde, maar met een geleidelijke afbouw van werkzaamheden**

'Het lijkt mij een prima idee, een vakgroep zou hiernaar kunnen streven. Minder of geen diensten na een bepaalde leeftijd, minder werkdagen. De verwezenlijking kan lastig zijn door diversiteit in aandachtsgebieden en de moeilijkheid om collega's te vinden die één of twee dagen willen of kunnen werken.'

## **Derk Jan de Groot (47 jaar), internist-oncoloog, Universitair Medisch Centrum Groningen**



### **Ziekenhuiszorg zonder avondpoli is**

#### **achterhaald**

'Ik begrijp dat dokters avondpoli voordelig kunnen vinden. Patiënten hoeven overdag geen vrij te nemen. Het betekent wel dat de dokter er overdag niet is, er meer onregelmatigheid in het werk ontstaat. En het lukt alleen als ondersteunende diensten, zoals prikpoli, bereid zijn mee te gaan.'

### **Flexibilisering van de werkweek is onwenselijk, want zal leiden tot minder continuïteit**

'De trend is dat we flexibeler en parttime werken. Als we op het werk zijn, zullen we meer en

harder moeten werken. Ik denk sowieso dat we in de toekomst met minder internisten dezelfde diensten draaien. Ik werk zelf liever de hele week en ga soms in de avond in rustig tempo door dan dat ik tijdens een afgebakende dienst heel hard werk. Maar ik kan me ook voorstellen dat dokters het vervelender vinden als ze de hele dag bereikbaar moeten zijn.'

### **Een heroriëntatie op taken zou verplicht moeten zijn na x aantal jaren werken als internist**

'Eens, als ik 20 jaar hetzelfde blijf doen, dan is dat efficiënt, maar het leidt ook tot verlies van vaardigheden en kennis. Taakherschikking is goed voor iedereen, want je doet wat fris en nieuws en dat vergroot het werkgenot. Bovendien blijf je hierdoor flexibel en breed inzetbaar.'

**Audrey Overgaauw (33 jaar), internist acute geneeskunde, Ziekenhuis St Jansdal Harderwijk**



**1 dag per week vanuit huis werken hoort bij een normale werkweek**

‘Oneens, dit ligt helemaal aan het type baan. Heb je de mogelijkheid van een administratie-, onderzoeks- of bestuursdag dan lijkt me dit goed mogelijk vanuit huis. Klinische zorg is echter niet mogelijk vanuit huis en wel een essentieel onderdeel van het internistenvak. Als internist acute geneeskunde heeft een thuiswerkdag voor mij bijvoorbeeld geen meerwaarde.’

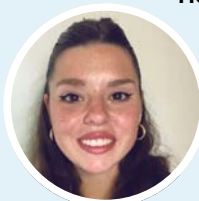
**Flexibilisering van de werkweek is onwenselijk, want zal leiden tot minder continuïteit**

‘Oneens. Met de huidige middelen van informatie-overdracht is flexibel werken zeker mogelijk, als er tenminste onderling goede afspraken over waarneming worden gemaakt. De zorg gaat 24/7 door, dus altijd je eigen dokter spreken of zien is onmogelijk.’

**Pensionering zou meer een vloeiende beweging moeten zijn, zonder abrupt einde, maar met geleidelijke afbouw van werkzaamheden**

‘Eens. Bij een vorderende leeftijd is het heel goed mogelijk dat iemand het werk zelf nog wel kan doen, maar dat bijvoorbeeld de dienstbelasting of de hoeveelheid werkuren te veel wordt. Dan kan er wat mij betreft beter alvast een vloeiend uittreedproces ingevoerd worden. Mogelijkheden om dit te financieren moeten binnen ziekenhuis en maatschappen worden besproken.’ ●

**Yanthe van der Wijst (26 jaar), senior co-assistent infectieziekten, Amsterdam UMC**



**Het doen van avondpoli vergroot flexibiliteit van arts en patiënt**

‘Eens, het invoeren van een avondpoli biedt zowel patiënten als artsen voordelen. Patiënten kunnen na hun werkdag een afspraak plannen zonder een vrije dag te hoeven opnemen. Voor artsen biedt het flexibiliteit in hun werkschema. Zo kunnen ze bijvoorbeeld overdag tijd doorbrengen met hun kinderen of belangrijke afspraken inplannen.’

**De planning van de ochtendoverdracht op ‘spitstijden’ voor het gezin is niet meer van deze tijd.**

‘Oneens, ik denk dat de overdacht in de ochtend het handigste is voor de continuïteit. Je houdt zo overzicht van de patiënten op zaal en wat er de afgelopen dienst is gebeurd. Maar ik denk dat dit niet noodzakelijkerwijs op locatie hoeft te gebeuren. Online is een goed alternatief als op locatie logistiek gezien lastig is.’

**Een heroriëntatie op taken zou verplicht moeten zijn na x jaar werken als internist**

‘Eens, een heroriëntatie op taken na een bepaalde periode werken als internist zou voordelen kunnen bieden. Denk aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg, het voorkomen van tunnelvisie en het bijhouden van nieuwe ontwikkelingen.’ ●

**Wat vindt de NIV hiervan**

‘Om de groeiende en complexer wordende zorgvraag het hoofd te bieden, is duurzame inzetbaarheid van de internist (i.o.) essentieel. Zij kunnen alleen de beste zorg leveren als zij hun werk met bevoegen-

heid, voldoende ruimte en autonomie kunnen uitoefenen. De NIV zet zich in voor:

1) Het verminderen van regeldruk en registratielast, met meer tijd voor de patiënt.

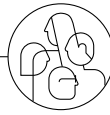
2) Het vergroten van autonomie en flexibiliteit, met meer regie over loopbaan en werkweek.

3) Het bevorderen van vitaliteit door aandacht voor persoonlijke en onderlinge zorg.

Zo kunnen wij ons vak met plezier en toewijding blijven uitoefenen, nu en in de toekomst.’

*Annika Berends, internist-nefroloog, kwartiermaker Duurzame Inzetbaarheid NIV*





## Vakgroep uitgelicht

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

# ‘We hebben een belangrijke opleidingsfunctie’

**‘Er gaat niets boven Groningen’**: een uitspraak die zeker geldt voor de internisten van het Martini Ziekenhuis. In dit perifeer topklinisch opleidingsziekenhuis in de bruisende stad Groningen behandelt een veelzijdig team een gevarieerde patiëntenpopulatie.

Internist-nefroloog Andrea Kramer en internist-endocrinoloog Annemieke Roos vertellen dat hun vakgroep zich op diverse fronten onderscheidt. ‘In ons team zitten een reumatoloog, een internist en een klinisch immunoloog. Daarnaast werken er twee internisten acute geneeskunde,’ vertelt Annemieke. ‘Zij geven onder meer onderwijs in POCUS-echografie (Point-of-care ultrasound ofwel spoedechografie), wat onze zorgverlening een toegevoegde waarde geeft. Ons ziekenhuis biedt daarnaast onderdak aan één van de drie brandwondencentra in Nederland. Eén van onze internisten participeert daarin.’

### Bijzonder gevarieerd

‘Wij zijn een topklinisch ziekenhuis met een belangrijke opleidingsfunctie’, vult Andrea aan. ‘Binnen alle differentiaties wordt onderzoek gedaan en we nemen deel aan talloze MDO’s, intern en extern. De nabijheid van

het UMCG bevordert dat; de lijntjes zijn kort. In ons ziekenhuis is bijvoorbeeld ook het Academisch borstcentrum gevestigd, waarin UMCG-specialisten participeren. Onze patiëntenpopulatie is heel divers, variërend van jonge, mondige studenten tot de oorspronkelijke inwoners van Groningen met een ‘nootklagen-maar doorzetten’-mentaliteit. Dat alles maakt ons werk bijzonder gevarieerd.’

### Duurzame inzetbaarheid

Wat speelt er in de groep? Annemieke: ‘Zoals alle collega’s hebben ook wij te maken met de nieuwe IZA en uitplaatsing van zorg. We hebben een goed draaiende diabetescarousel waarmee we de juiste zorg op de juiste plek kunnen realiseren. Voor RFA van de schildkliernodi krijgen we verwijzingen uit de wijde omtrek en op het Niercentrum rollen we het STERK-traject verder uit. Binnen de vakgroep hebben we aandacht voor duurzame inzetbaarheid. Gezien de leeftijdsa-

menstelling hebben we een inventarisatie van naderende pensioendata gemaakt. Zo hopen we gericht te kunnen inspelen op wisselingen in ons team.’

### Mont Ventoux

En de werk-privébalans? Annemieke: ‘Die is voor de meesten van ons prima. Het merendeel werkt parttime, er heerst een prettige sfeer, regelmatig zijn er borrels en ook uitjes met arts-assistenten.’

Andrea: ‘Enkele collega’s hebben met getransplanteerden de Mont Ventoux beklommen en in Nederland de coast-to-coast-challenge gefietst, natuurlijk gesponsord door collega’s. Dat geeft wel iets aan.’ Annemieke: ‘Groningen is ook gewoon een gezellige, bruisende plek om te wonen en te werken. Lekker met de fiets naar je werk, zonder files.’

Andrea tot slot: ‘Ik woon op vijf minuten fietsen van het ziekenhuis en tien minuten van het stadscentrum. En heb de reeën in mijn achtertuin lopen. Ook dát is Groningen.’ ●



← Marie-Luise Oudemans, Johan van Rooijen, Andrea Kramer, John Schreurs, Laila Niamut, Wybe Douwe Kloppenburg, Annemieke Roos, Karin van Tol, Larissa van Essen, Annette van der Velde, Imro Vlasveld, Coty Bruggeman, Wilbert Janssen, Bart Kuenen, Klaas Hoogenberg (v.l.n.r.)



## Voor 't vak

Elk nummer zetten wij een bijzondere collega in het zonnetje. Dit keer zijn het er twee: de komende en gaande voorzitter van de JNIV:

**Marieke van Gastel** en **Oscar Smeekes**

# 'Nieuwe voorzitter, zelfde passie'

Marieke van Gastel neemt de voorzittersfunctie van het bestuur van de junior internistenvereniging (JNIV) over van Oscar Smeekes. Beiden delen niet alleen de passie voor het vak, maar ook voor de brede discussie over de toekomst ervan. Het in Oscars tijd als voorzitter tot stand gekomen visiedocument *De toekomstbestendige internist* vormt in die discussie ook voor Marieke een glashelder uitgangspunt.

TEKST: FRANK VAN WIJCK | BEELD: STIJN RADEMAKER

**N**a twee en een half jaar komt voor Oscar Smeekes een einde aan zijn periode als voorzitter van het bestuur van de JNIV. Het is een

fantastische tijd geweest. 'Ik heb er zoveel voldoening van gehad dat ik er met heel veel plezier de tijd aan heb besteed die ervoor nodig was', zegt hij.

Over de vraag of hij het voorzitterschap op zich wilde nemen hoefde hij destijds dan ook niet lang na te denken. 'Het voorzitterschap van de JNIV bood me de ruimte om mee te denken over alle elementen van het vak van internist en leiding te geven aan een enthousiast team dat de passie heeft om een toekomstbestendige visie over het vak te ontwikkelen en uit te dragen.'

### Team effort

Die visie heeft zijn weg gevonden in het visiedocument *De toekomstbestendige internist in opleiding*. 'Dat hebben we echt als team samen bereikt', zegt Oscar. 'Daar ben ik trots op. Een mooi recent voorbeeld is de belangrijke bijdrage die we hebben

kunnen leveren aan de organisatie van de Internistendagen. We hebben daar kunnen discussiëren over het flexibel en duurzaam inrichten van de werkweek. Dit hebben we kunnen doen met begrip voor het feit dat tussen generaties verschillen kunnen bestaan in hoe je hier tegenaan kijkt.'

De professionele manier waarop iedereen binnen de JNIV zich heeft ingespannen om de visie te ontwikkelen en over het voetlicht te brengen, heeft zich vertaald in waardering van de NIV, stelt hij. 'We worden als gewaardeerde gesprekspartner betrokken bij alle plannen', zegt Oscar. 'Maar het gaat verder dan alleen dat. De plannen van de JNIV worden vaak als voorbeeld gezien door andere juniorverenigingen en De Jonge Specialist.'

### Voortbouwen

Marieke van Gastel is de nieuwe voorzitter van de JNIV. Zij ziet het als vanzelfsprekend nu voort te bouwen op wat met het visiedocument is bereikt. 'Ik was binnen de JNIV al twee jaar betrokken bij de uitvoering ervan', vertelt ze. 'Mijn aantreden nu

als voorzitter is een goed moment om te kijken hoe we hier verder vorm aan kunnen geven. Naast onze ambities uit het visiedocument zijn voor mij twee nieuwe actualiteiten heel belangrijk. Het eerste is het steeds groter wordende tekort aan anios en

**'Het is belangrijk dat de jonge collega's meedenken over de toekomst van het vak'**



de beperkte bereidheid van anios om nog in het ziekenhuis te werken. Dit vergroot de werkdruk bij de aios en uiteindelijk ook bij de internisten, als die weer zelf de voorwacht moeten gaan doen. Wat ons betreft mag dit niet de nieuwe realiteit worden.

Deze ontwikkeling een halt toeroepen moet dus een speerpunt in ons beleid zijn de komende tijd. We zullen een speciale editie maken van *de internist*, om het enthousiasme van jonge collega's een impuls te geven.' Daarnaast worden de anios ook zeer nadrukkelijk uitgenodigd voor het *Geniaal op zaal*-congres dat de JNIV jaarlijks organiseert. 'We doen dit omdat we ze willen enthousiasmeren voor het vak interne geneeskunde', zegt Oscar.

Het tweede punt waarop Marieke zich wil richten, is de nieuwe structurering van de opleidingen. 'We stellen ons hierin proactief op om met werkgroepen ons eigen

opleidingsplan meer toekomstbestendig te maken', vertelt ze. 'Door hierin de eerste stap te zetten, kunnen we ook voor andere opleidingen een inspiratiebron zijn.'

### Leidend thema

Net als voor Oscar al het geval was, is dus ook voor Marieke de toekomstbestendigheid van de zorg een leidend thema. 'We stevenen af op een groot personeelstekort in de zorg', zegt ze. 'Dat zal zeker voor interne geneeskunde gevolgen hebben, want het aantal chronisch zieken neemt toe. Deze mensen hebben bovendien steeds vaker meerdere chronische ziekten tegelijk. We moeten dus het schip bestuurbaar houden. Zeker ook als jonge internisten, want wij hebben nog een werkzaam leven van meerdere decennia voor ons. Ik ben heel bevlogen om daaraan mijn steentje bij te dragen.'

Belangrijk daarbij is dat de jonge collega's meedenken over de toekomst van het vak, vult Oscar aan. 'We betrekken coassistenten bijvoorbeeld bij de discussie over de mogelijkheden om het werk flexibeler in te vullen', zegt hij. 'Kun je bijvoorbeeld een dag thuis werken als je activiteiten dat op die dag toelaten? Kun je eens een uur later beginnen zodat je eerst je kinderen naar school kunt brengen? En wat is ervoor nodig om dit samen met je vakgroep goed te organiseren? Als je ruimte geeft om daarover te praten, open je de weg naar nieuwe manieren om invulling te geven aan het vak. En een perspectief voor de toekomst dat mogelijk meer aansluit.'

### Goede voorbeeld

Voor de overdracht van het voorzitterschap was wat creativiteit en flexibiliteit nodig. 'Toen Oscar vertelde dat hij het stokje over →



## Over Oscar en Marieke

**Oscar** woont met veel plezier in Amsterdam Noord met zijn vriendin Kiki en hun zontjes Noam en Ravi. Vrienden, familie en zijn gezin betekenen veel voor hem en dus probeert hij voldoende quality time met hen door te brengen. Ook vind je hem regelmatig salsa dansend op de dansvloer.

**Marieke** besteedt haar vrije tijd het liefst met haar gezin. Samen met vriend Bart, peuter Olivier en baby Noor trekt ze er graag op uit. Wanneer ze thuisblijft houdt ze van klussen, creatief bezig zijn en afspreken met vrienden en familie.

wilde gaan dragen, vertelde ik dat ik interesse had, maar ook dat ik zwanger was', zegt Marieke. 'Samen hebben we vervolgens een mooie inwerkstructuur bedacht, zodat Marieke ingewerkt en zonder zorgen met verlof kon en ik het stokje definitief kon overdragen wanneer zij hier klaar voor was', vult Oscar aan. 'Op die manier proberen we een goed voorbeeld te zijn binnen de uitdagingen in onze levensfase', zegt Marieke.

### Vertegenwoordiger

Een extra manier om iedereen bij de discussie over de toekomst van het werk

te betrekken vond de JNIV door in alle ziekenhuizen onder de aios een vertegenwoordiger te laten aanstellen. 'Zo hebben we korte lijnen met de aios overal in het land', zegt Oscar. 'We nodigen die vertegenwoordigers ook expliciet uit om deel te nemen aan onze algemene ledenvergaderingen.' Het is ook meteen een kweekvijver voor nieuwe leden van de JNIV, vult Marieke aan. 'We hebben de vertegenwoordigers ingedeeld in de opleidingsregio's', zegt ze. 'In de regio-appgroep zien we nu dat ze elkaar weten te vinden. Ze kunnen elkaar vragen stellen en ideeën met elkaar uitwisselen. Precies wat we willen. Als JNIV behartigen we de belangen van alle aios. Dat willen we niet vanuit een ivoren toren doen. We willen ze juist inhoudelijk betrekken bij de discussies over alles wat belangrijk voor ze is.'

### De juiste keuze

Marieke en Oscar zijn er zelf allebei nog steeds van overtuigd dat ze de juiste studierichting hebben gekozen. 'Voor mij zit dat heel erg in het klinisch redeneren', zegt Marieke. 'Je kijkt als internist echt naar de hele mens. Je hebt bovendien diep-

gaand contact met de patiënt op cruciale momenten, op de SEH bijvoorbeeld of op het moment dat iemand een ernstige diagnose krijgt.' Oscar kan zich hier volledig vinden. 'Maar ik kan me ook heel goed voorstellen dat studenten het in eerste instantie als een behoorlijk complex vak zien', vervolgt Marieke. 'Dat had ik zelf ook. Je moet er echt in groeien.'

Daarom zijn de eerste vier jaar van de specialistenopleiding ook zo belangrijk, vult Oscar aan. 'Die geven je de ruimte om na te denken over de vraag wat voor soort internist je nu eigenlijk wilt zijn. Mijn focus ligt op de acute ouderenzorg en de organisatie hiervan.' Voor Marieke is dit de hematologie. 'Daarin wil ik ook onderzoek doen', zegt ze. 'Ik ben altijd op mijn best als ik verschillende dingen tegelijk kan doen.'

**'Ik ben op mijn best als ik verschillende dingen tegelijk kan doen'**



## Klare taal

Gehoord bij de dokter

# Medische stijl- en taalfouten: tijd voor klare taal!

Tijdens de afgelopen NIV-dagen is er een zeer goed bezochte sessie 'Klare taal' gehouden. Tijdens deze sessie kwamen veelvoorkomende medische stijl- en taalfouten aan bod, die vaak voor veel hilariteit zorgden. Een kleine greep hieruit: 'de aanspreekbare patiënt', 'blaasretentie' en 'hepatogeen gemetastaseerde ziekte'.

TEKST: ERIC GEIJTEMAN, BAUKE HAISMA, MARC-JAN JANSSEN & HEIN VISSER | BEELD: MARC-JAN JANSSEN

Omdat medisch taalgebruik een belangrijke communicatiefunctie heeft in onder andere overdrachten en multidisciplinaire overleggen, is het relevant om dit taalgebruik zuiver te houden.

In navolging van deze sessie willen we u als lezer van dit magazine oproepen om medische stijl- en taalfouten die u zijn opgevallen, of wellicht zelfs een doorn in het oog zijn, te mailen naar [e.geijteman@erasmusmc.nl](mailto:e.geijteman@erasmusmc.nl). We stellen het hierbij op prijs als u kunt aangeven wat een goed alternatief zou zijn voor de betreffende fout.

Een selectie van de inzendingen willen we laten terugkomen in de volgende edities van de internist. Daarnaast zal per editie één van de geselecteerde inzendingen worden uitgebeeld met behulp van een spotprent. Deze prent zal worden getekend door Marc-Jan Janssen, gynaecoloog-oncoloog bij het Medisch Spectrum Twente.

We willen dit initiatief afrappen met een veelvoorkomende stijlfout, namelijk het foutief gebruik van woorden die passen bij de ziekte of aandoening die een patiënt heeft, in plaats van dat dit woord iets zegt over hem of haar. Enkele voorbeelden: het getransplanteerde kind (onze suggestie: het kind dat een transplantatie heeft ondergaan), de kankerpatiënt (suggestie: de patiënt met kanker), de dementerende (suggestie: de patiënt met dementie), de pijnlijke patiënt (de patiënt met

pijn) en de palliatieve patiënt (suggestie: de patiënt in de palliatieve fase van het leven). Zoals u bemerkt willen we de medische stijl- en taalfouten op een ludieke manier presenteren. Hoewel deze fouten de boodschap

kunnen ondermijnen, zullen zij namelijk voor de eeuwigheid niet veel uitmaken.

**We zien uw inzendingen zeer graag tegemoet! ●**





# Complementaire zorg: een verrijking van het vak

**Het Maxima Medisch Centrum in Eindhoven heeft een wekelijks spreekuur over complementaire (niet-reguliere) oncologische zorg. Internist-oncologen Art Vreugdenhil en Lieke Simkens en verpleegkundig specialist Lian Sweegers beantwoorden tijdens dit spreekuur vragen van patiënten. Eventueel verwijzen ze door naar professionals die complementaire behandelingen kunnen geven. We spraken met Art en Lieke.**

TEKST: KEES VERMEER

**A**rt Vreugdenhil is al langere tijd geïnteresseerd in *integrative oncology* (integrale oncologie). Een aantal jaar geleden was hij op een congres over dit onderwerp in de Verenigde Staten. 'Dat had een wetenschappelijke insteek, met onder andere presentaties over acupunctuur. Zulke interventies worden in de VS wetenschappelijk onderzocht en soms blijken ze effectief, bijvoorbeeld acupunctuur bij neuropathie en opvliegers. Onze insteek nu is om bij collega's meer begrip en openheid te kweken voor gesprekken hierover met patiënten.' Volgens Lieke Simkens zijn reguliere en niet-reguliere (oncologische) zorg twee aparte werelden. 'We hopen dat die meer kunnen samenkomen. Vaak ontstaat

echter de discussie over het wetenschappelijke bewijs voor niet-reguliere behandelingen. Maar integrale geneeskunde is veel breder: het gaat over leefstijl, welzijn en eigen regie door de patiënt over diens situatie.'

## Bespreekbaar maken

Uit eerder onderzoek in het Maxima MC bij oncologische patiënten bleek dat ruim de helft van de patiënten ooit gebruik heeft gemaakt van complementaire middelen of interventies, bijvoorbeeld supplementen, wietolie of mindfulness. Veel mensen gaan dus zelf op zoek naar oplossingen voor hun situatie. Maar lang niet iedereen bespreekt dat met de arts. 'Dat willen we voorkomen', zegt Lieke. 'Mensen denken vaak dat bijvoorbeeld natuurlijke producten of

supplementen geen kwaad kunnen, maar dat is niet altijd zo. Zo kan het gebruik van kurkuma interfereren met chemotherapie zoals als cyclofosfamide en adriamycine. Daarom moeten we goed uitzoeken wat wel of niet veilig is.'

## Scholing

Na het onderzoek is een scholing opgezet voor oncologen en verpleegkundig specialisten binnen de oncologie, vooral om bij te dragen aan het bewustzijn over het onderwerp. 'Er was veel belangstelling voor', vertelt Art. 'Lieke en ik hebben een verdiepende cursus gedaan om meer kennis op te doen. Ook hebben we gewerkt aan het opzetten van een netwerk van complementaire zorgverleners voor doorverwijzing. Dat bestaat uit onder andere diëtisten, acupuncturisten, sportartsen, fysiotherapeuten en mindfulness-trainers.'

## Behoeftte aan informatie

Patiënten hebben behoefte aan informatie over integrale zorg, vervolgt Art. 'In Amerikaanse ziekenhuizen bestaat daarvoor een consultatiedienst. Iedereen kan

'Hopelijk komt er meer aandacht voor complementaire zorg'



Art Vreugdenhil en Lieke Simkens

daar vragen stellen, zonder bang te hoeven zijn of de dokter het wel goed vindt.' Lieke vult aan dat is goed om patiënten serieus te nemen en van daaruit te beargumenteren waarom zij bijvoorbeeld een supplement beter niet kunnen gebruiken. Als je alleen maar zegt dat het onzin is en niet werkt, dan slaat het gesprek meteen dicht.'

### Holistische blik

Door het volgen van de scholing in het Maxima MC kunnen de oncologisch medewerkers veel vragen van patiënten over complementaire behandelingen al beantwoorden. Patiënten die nog behoefte hebben aan verdieping, worden intern verwezen naar het speciale spreekuur. Iedere week is daar plek voor zes patiënten, die worden gezien door Art, Lieke of Lian. 'We proberen vanuit een holistische blik aspecten van gezondheid te bespreken', legt Lieke uit. 'Zo vragen we ook naar slapen, ontspanning en het sociale leven. Met het zogeheten leefstijlroer gaan we na hoe gezond mensen leven en zich voelen. Het idee is dat alles met elkaar te maken heeft. Zo kunnen symptomen als vermoeid-

heid, angst en pijn elkaar versterken. Het aanpakken van een bepaalde klacht kan gunstig uitwerken op andere gebieden. Afhankelijk van wat uit het gesprek komt, verwijzen we de patiënt eventueel naar een professional in ons netwerk. Bijvoorbeeld voor massage of mindfulness tegen stress, of acupunctuur tegen opvliegers. Patiënten blijven daarbij wel onder behandeling van de reguliere arts.'

### Knelpunt

Aandacht voor integrale zorg moet wel worden gedragen door het ziekenhuis, stellen de beide internist-oncologen. Art: 'Feitelijk doen wij dit nu als project. De financiering is nog een knelpunt. Sommige verzekeraars zijn wel geïnteresseerd, maar willen er nog niet voor betalen. Willen we dit goed organiseren, dan moet er een tarief tegenover staan. Daar wordt aan gewerkt, maar het is een moeizaam proces. Dat is jammer, want in bijvoorbeeld Duitsland is complementaire zorg al breed geaccepteerd. En de Amerikaanse oncologische vereniging heeft er een aparte richtlijn voor. Hopelijk

## Consortium

Het Maxima MC werkt samen met Rijnstate in Arnhem en Isala in Zwolle, die ook een speciaal Integrative Medicine spreekuur hebben. De drie ziekenhuizen werken met enkele andere partijen samen binnen het Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid (CIZG). Dat is in 2018 opgericht op advies van de *Stuurgroep Implementatie van evidence-based complementaire zorg van ZonMw*. Het consortium doet onderzoek, organiseert congressen en webinars en biedt een overzicht van (inter)nationale scholingen en opleidingen Integrative Medicine en Integrative Nursing.

komt ook hier meer belangstelling voor het onderwerp.'

### Positieve energie

Art en Lieke vinden het plezierig om dit te doen. Het is een andere manier van werken en verbreedt daardoor de blik. 'Je kijkt naar de mens als geheel en kunt patiënten helpen om de regie te houden door hun vragen te bespreken', zegt Art. 'Dat vinden zij heel prettig. Dit is bij uitstek samen beslissen.' Lieke vult aan: 'In de opleiding leer je dat alles level A evidence based moet zijn. Maar zo zwart-wit is het niet. Het natuurlijk wel belangrijk is dat we ook bij complementaire zorg zoveel mogelijk evidence based werken en onderzoek blijven doen. Maar het gaat erom waar iemand baat bij kan hebben en waardoor iemand zich beter voelt, zonder zichzelf te schaden. We checken zowel werking als bijwerking en interacties met reguliere behandelingen. Dat bepaalt ons advies om interventies te doen of te laten. Door dat te bespreken, kunnen we mensen in hun kracht zetten, zonder risico's te nemen. Dat geeft hen en ons positieve energie.' ●

# Juryrapport Dr. C. J. Roosprijs 2024

Na de levendige en goedbezochte sessie Topproefschriften tijdens de Internistendagen, is door de Dr. C. J. Roosstichting in samenwerking met de NIV de Dr. C. J. Roosprijs 2024 uitgereikt

TEKST: JULIUS ROOS

**D**e prijs voor het beste klinische proefschrift op het gebied van de interne geneeskunde ging naar Moritz Warmbrunn. De tweede en derde prijs gingen naar respectievelijk Ingrid Bistervels en Mark Haaksma. De jury werd gevormd door prof. dr. Karin Kaasjager, prof. dr. Marcel Levi, prof. dr. Jan Smit, dr. Lauré Fijen en dr. Julius Roos.

## Eerste prijs



De eerste prijs ging naar **Moritz Warmbrunn** voor zijn proefschrift *Kick in the Guts: Insulin resistance, gut microbiota and cardiometabolic diseases*. Onze darmflora verheugt zich de laatste jaren in groeiende belangstelling vanwege de invloed op talrijke fysiologische en

pathologische processen. Zo lijkt er een verband te bestaan met insulineresistentie, metabool syndroom en hart-vaatziekten. Warmbrunn onderzocht de relatie tussen ontstekingsseiwitten en perifere insulineresistentie bij patiënten met en zonder metabool syndroom. Daarbij maakte hij gebruik van de hyperinsulinemische-euglycemische clampmethode en *machine learning*. Hij vond daarbij aanwijzingen dat insulineresistentie begint met ontsteking in lever- en visceraal vet. Hij gaat ook in op de rol van het essentiële aminozuur histidine en het metaboliet imidazolpropionaat, dat door het microbiom geproduceerd wordt. In een vergelijkend onderzoek vond hij dat antibioticatoediening, waarmee het darmmicrobiom werd veranderd, een effect had dat sterk verschilde tussen vetgemeste muizen en patiënten met en zonder diabetes type 2. Histidine verbetert de glycemische controle bij deze patiënten en verhoogt het aantal mucosa invariant T (MAIT)-cellen. Die zijn op hun beurt weer gerelateerd aan veranderingen van het microbiom en ontstekingsseiwitten. Zo komt hij tot een hypothese dat het gunstig effect van histidine op

de glucoseregulering loopt via immunomodulatie door de MAIT-cellen. Een multi-etnisch onderzoek naar het verband tussen hart-vaatziekten en het darmmicrobiom met behulp van kunstmatige intelligentie en Mendeliaanse randomisatie, leerde dat er een verband is tussen etnisch specifieke profielen en hart-vaatziekten. Daarnaast bleek dat een bepaald cluster van drie darmmicro-organismen als een soort ecologisch systeem beschermend werkt. Warmbrunns proefschrift munt uit door de enorme veelzijdigheid, inventiviteit en creativiteit waarmee het onderzoek gedaan is. Hij maakt gebruik van veel wat de medische wetenschap aan modern gereedschap te bieden heeft, van epidemiologie, klinisch experiment, biochemie, microbiologie en kunstmatige intelligentie tot vergelijkend onderzoek bij muizen en mensen aan toe.

‘Het proefschrift munt uit door de enorme veelzijdigheid, inventiviteit en creativiteit’

Zijn onderzoek roept vele interessante vragen op, en opent de weg naar vervolgonderzoek om meer licht te scheppen in het duister van onze ingewanden. De jury belooft dit werk dan ook met de eerste prijs.

## Tweede prijs



De jury heeft de tweede prijs toegekend aan **Ingrid Bistervels** voor haar proefschrift *Venous Thromboembolism in pregnancy*. Het verbeteren van de trombosezorg voor zwangeren heeft met dit proefschrift een enorme impuls gekregen. Alhoewel zwangeren een verhoogde kans hebben op het ontwikkelen van trombose – trombose is zelfs de derde doodsoorzaak van moedersterfte in Nederland – was de wetenschappelijke aandacht hiervoor niet passend. Omdat zwangeren bij veel onderzoeken worden uitgesloten van deelname zijn veel aanbevelingen van richtlijnen niet gebaseerd op data verkregen uit de zwangere populatie. Daarbij zijn vrouwen die eerder een trombose hadden extra gevoelig voor het opnieuw krijgen van een trombose. Zij moeten meestal tijdens een nieuwe zwangerschap preventief antistollingsmedicatie gebruiken. Tegelijkertijd bestaat er een hoger risico op bloedingen vanwege de aanstaande bevalling. Bistervels heeft met de urgente Highlow-studie twee verschillende doseringen antistollingsmedicijnen vergeleken. Dit deed zij bij zwangere vrouwen die eerder een trombose hadden en om die reden preventief antistollingsmedicijnen moeten gebruiken tijdens de zwangerschap en de zes weken durende kraamperiode. Zij vond dat voor de gehele zwangerschap plus de kraamperiode een hogere dosis niet beter is in het voorkomen van nieuwe trombose dan de lage dosis. Dankzij Bistervels baanbrekende

## ‘Dit werk levert direct klinisch toepasbare antwoorden’

onderzoek kunnen we zwangere vrouwen die eerder trombose doormaakten nu goed informeren over de risico's op trombose of bloedingen bij antistollingsmedicijnen in een nieuwe zwangerschap. Bistervels richt zich in haar proefschrift ook op het diagnosticeren van trombose in de zwangerschap en langetermijnevolgen van trombose. Tijdens de zwangerschap is het moeilijker de diagnose te stellen en de klinische beslisseregels zijn niet getest bij zwangeren. Ze toont met haar onderzoek de veiligheid van een nieuw diagnostisch algoritme aan. Dit algoritme werd na publicatie direct toegepast in de praktijk. Bistervels verkrijgt met haar wetenschappelijk werk direct klinisch toepasbare antwoorden en opent de weg naar vervolgonderzoek, belangrijke doelen van de Dr. C. J. Roosstichting, aan de verwezenlijking waarvan dit proefschrift bijdraagt. De jury belooft haar werk dan ook met de tweede prijs.

## Derde prijs

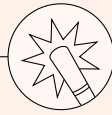


De derde prijs ging naar **Mark Haaksma** voor zijn proefschrift *Point of Care Ultrasound of the respiratory system in the critically ill*. Echografie is onderzoek dat zich bij uitstek leent om door internisten zelf aan het bed of op het spreekuur te doen. Dit is pas heel laat tot hen doorgedrongen maar lijkt nu in een stroomversnelling te komen. Haaksma's proefschrift behandelt een onderdeel van deze diagnostiek, namelijk

wat je kunt zien aan pleura, diafragma en longweefsel op de eerste hulp en de intensive care. Hij maakte een vergelijking tussen het BLUE-protocol en een CT-scan. Daarnaast vond hij dat geavanceerde echografie met een dynamisch luchtbronchogram en kleuren-Doppler betrouwbaar differentieerde tussen atelectase en pneumonie, beter dan een klinische score. Bij patiënten met covid bleek echografie vaak een goede vervanger voor de CT-scan. Zoals bij alle nieuwe diagnostische methodieken is de opbrengst sterk afhankelijk van wie het onderzoek doet, en waarmee. Standaardisatie is heel belangrijk en Haaksma's proefschrift snijdt dit probleem uitvoerig aan. Zo is diafragma-atrofie bij langdurige beademing een probleem bij het afwennen van de beademing. Haaksma laat zien dat er haken en ogen zitten aan de meting van de diafragmadikte. Enerzijds kunnen de veranderingen meerdere oorzaken hebben, en anderzijds is de plaats van de transducer van invloed op

## ‘Dit is een lang gekoesterde wens’

de meting. Een combinatie van echografie van hart, longen en diafragma bij patiënten op de intensive care die langer dan 72 uur waren beademd, bleek niet goed te kunnen voorspellen wie na extubatie binnen 24 uur opnieuw geïntubeerd moest worden. Ook een negatief resultaat is belangrijk. Haaksma's onderzoek laat goed zien hoe vruchtbaar de recente introductie van de echografie op de eerste hulp en in de intensive care is, mede dankzij de betaalbare draagbare apparatuur die nu voorhanden is. Het ter plaatse (point of care) doen van echografie door de internist, al bij het eerste spreekuurbezoek, is een lang gekoesterd doel van de Dr. C. J. Roosstichting. Dit proefschrift draagt bij aan de verwezenlijking daarvan. ●



## De knuppel

In deze rubriek gooit een collega de knuppel in het internistenhok



### Stelling



## 'Stop met impactvolle bestuursfuncties vanaf 3 jaar voor het pensioen'

Oudere specialisten die niet zijn weg te slaan uit bestuursfuncties en met hun ervaring en dossierkennis bij vergaderingen het hoogste woord voeren en de koers bepalen voor de toekomst. Is dat een groot goed of meer een sta-in-de-weg? Ik denk het laatste en vind dat wij vanaf 3 jaar voor het pensioen impactvolle bestuursfuncties moeten neerleggen en een meer adviserende dan besluitvormende rol moeten aannemen.

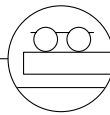
Het is menselijk om vast te houden aan het vertrouwde. Soms speelt generatie hierin een rol. Maar vaak is het nodig om bestuurlijke besluiten te nemen vanuit de toekomst die zich aandient, niet vanuit het verleden. Opgedane ervaringen kunnen innovatie blokkeren. Enkele voorbeelden op ziekenhuisniveau: de komst van een Acute Opname Afdeling die wordt tegengehouden door collega's die nooit op een AOA hebben gewerkt; initiatieven voor passende zorg die moeizaam tot stand komen omdat wordt vastgehouden aan de vertrouwde manier van werken of omdat productie het leidende principe is. Of op vakgroepniveau: het tegenhouden van digitale thuisprekuren omdat 'de internist in het ziekenhuis hoort', en omdat de patiënt (lees: de supervisor) toch echt de voorkeur geeft aan een fysiek consult; of een vakgroep

die in loondienst wil, maar daarin geblokkeerd wordt door enkele collega's die dicht tegen het pensioen aanzitten.

Laat het stoppen. Waarom iemand vermoeien met impactvolle besluiten waarvan de consequenties niet (langdurig) gedragen zullen worden? Voor de duidelijkheid: ik heb het niet over (advies)commissies waarvan ik denk dat een diverse samenstelling juist de beste uitkomsten geeft. Eén van onze Canmedsrollen is de professional. Daaronder valt zelfzorg, zorg voor collega's en het coachen van oudere collega's naar het pensioen toe. Is dat nodig? Ik denk van wel, voortijdige uitval onder oudere medisch specialisten is aanzienlijk. Wat mij betreft is een bestuursfunctie niet de meest geschikte manier om fit de eindstreep te halen. Ik denk dat het pen-

sioen, vanuit het perspectief van duurzame inzetbaarheid, überhaupt een meer vloeiende beweging zou moeten zijn, zonder abrupt einde, maar met een geleidelijke afbouw van werkzaamheden.

Uiteraard zijn er ook behoudende jongere collega's. Dus wil ik oudere collega's mond-dood maken? *Hell no*. Zij brengen een schat aan ervaring mee die onmisbaar is. Laat hen daarom, vanaf 3 jaar voor het vertrek, toetreden tot een Raad der Wijzen. Bij elk impactvol besluit wordt de Raad der Wijzen gevraagd om advies vanuit hun ervaring. Tevens wordt in kaart gebracht welke specifieke vaardigheden de wijze meebrengt, en hoe die over te brengen is op anderen. Juist voor de uitzonderlijke bestuurders, de visionairs, is het belangrijk dat zij hun kennis doorgeven. En dat zij niet zelf in het bestuur zitting nemen, maar de jongere generatie coachen in het visionair zijn. De jongere generatie a(n) ios, doorgaans passanten zonder stemrecht, worden vertegenwoordigd in de Raad der Jongeren. Ook hun input wordt bij besluiten gevraagd en gelijk gewogen. Bij interesse in bestuursfuncties worden zij gekoppeld aan een bestuurslid via een buddiesysteem. Zo treedt kruisbestuiving op, leren we van elkaar, en hebben we het beste veranderpotentieel voor de toekomst. Win-win-win! ●

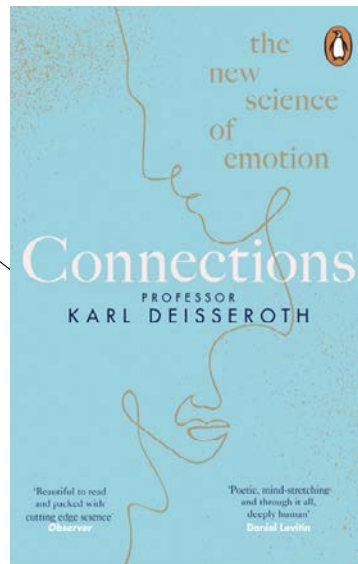


## Uitgelezen

### Connections

The new science of emotion

Karl Deisseroth



### Oordeel



**S**omatiek en psychiatrie, het kan een recept zijn voor rampspoed. Veel van onze patiënten kampen met een psychische aandoening zoals een eetstoornis of een depressie. Hoewel er bij psychiatrische problemen iets misgaat in het brein, is dit niet zichtbaar. Woorden en gedrag vormen dan het enige meetbare signaal; en communicatie en observatie het enige gereedschap om het probleem te proberen te begrijpen en benoemen. Met een nieuwe techniek, optogenetica, worden stappen gezet om de anatomische en fysiologische basis van psychiatrische aandoeningen te ontrafelen. Psychiater Karl Deisseroth staat aan de wieg van deze techniek. Neuronen van proefdieren worden geïnfecteerd met een fotosensitief eiwit. Met een verdere aanpassing kan gericht een lichtsignaal worden gescheten op slechts een klein aantal neuronen. Zo kunnen specifieke neuronen aan en uit worden gezet en kunnen interacties tijdens complexe processen als emoties worden gevisualiseerd.

Deisseroth is een begenadigd onderzoeker en clinicus. Hij verbindt de verhalen van patiënten aan inzichten verkregen vanuit optogenetica en komt tot een dieper begrip over de werking van emoties als angst of euforie en van de stoornissen die daarmee samenhangen, zoals een depressie of manie. Waar wetenschap tekortschiet, schijnt hij met bloemrijke taal, analogieën en metaforen licht op de onderwerpen. In een poging de functie en oorsprong van emoties te doorgronden gaat hij nog een stap verder en plaatst kennis over de werking van emoties en psychische stoornissen in een evolutionair perspectief.

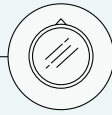
## 'De noodzaak voor sociale interactie is ingebed in onze hersenen'

Waarom huilen we? Wat is het mechanisme achter agressie en geweld? Hoe kan het dat een persoon met een eetstoornis ingaat tegen een fundamentele levensbehoefte?

### Verbindingen

Complete antwoorden zijn er niet, wel veel interessante inzichten en pakkende verhalen. Eén van de hoofdstukken bespreekt hoe de hersenen sociale interacties verwerken en hoe dit vermogen invloed heeft op mentale gezondheid. Deisseroth schetst het contrast tussen een sociaal begaafde bioloog en een ingenieur met een autismespectrumstoornis. Zij behoort tot de hechte Uyghurgemeenschap, is pas getrouwd en doet onderzoek in het buitenland. Zij raakt van slag als de sterke band met haar familie in China afbrokkelt. Ze lijken de boot af te houden. Op een gegeven moment stuurt haar moeder foto's van hun woonplaats, zonder begelei-

dende brief. Met een bitterzoet gevoel kijkt ze naar de gebouwen en de kleurrijke kleding van de mensen, tot het haar opvalt dat alle volwassen mannen uit het straatbeeld zijn verdwenen. Dan dringt de mate van repressie tot haar door. Gewone communicatie is nauwelijks mogelijk. Ze ervaart een diepgaand gevoel van wanhoop, uitzichtloosheid en zelfverlies. Haar ervaring benadrukt hoe essentieel sociale banden zijn en hoe het vermogen en de noodzaak voor sociale interactie is ingebed in onze hersenen. Dat is niet vanzelfsprekend in de dierenwereld. Het kent een lange evolutie en de complexiteit ervan vergt een grote mentale inspanning; een inspanning die normaal gesproken onbewust verloopt. Bij iemand met een autismespectrumstoornis vergt sociale interactie zoveel energie, dat het de capaciteit van de hersenen te boven kan gaan. Een gesprek voeren en daarbij iemand aankijken is moeilijk. Het verwerken en reageren op non-verbale signalen is te overweldigend. Wegkijken is een manier om daarmee om te gaan. Er blijken genetische verschillen te zijn bij mensen met autisme; verschillen die verband houden met een versterkte prikkelbaarheid van de hersenen, vooral in de prefrontale cortex waar functies zoals planning, aandacht en sociale interacties gestalte krijgen. Met optogenetica heeft men laten zien dat het aanpassen van de prikkelbaarheid van deze neuronen in muismodellen sommige autisme-achtige gedragingen kan verlichten of versterken. Zo verbindt de auteur verhalen en wetenschap in een leeswaardig boek dat helpt om met meer begrip en empathie de patiënt met een psychiatrische aandoening tegemoet te treden. ●



## Spiegeltje, spiegeltje

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



**Sander de Hosson**  
is longarts in het  
Wilhelmina Ziekenhuis  
Assen

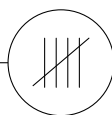
**A**ls je twee beroepsgroepen binnen een ziekenhuis moet noemen die praktisch *best friends forever* (kunnen) zijn, dan zijn dat wel de internisten en longartsen. Geen wonder, want héél lang geleden, in de tijd dat de geneeskunde nog in de kinderschoenen stond, behoorden we tot één grote, veelal gelukkige familie. Rond de vorige eeuwwisseling zorgde een tuberculose-epidemie ervoor dat specialisatie noodzakelijk werd. Dit betrof toentertijd een enorme patiëntenpopulatie die specifieke kennis vereiste: het begin van de subspecialisatie longgeneeskunde binnen de interne geneeskunde. Toch zijn de longgeneeskunde en interne geneeskunde altijd aandachtgebieden met veel overlap gebleven: denk maar aan longoncologie, infectieziekten en de zorg voor patiënten met longembolieën. We zijn genetische vakbroeders.

samenwerken. Denk aan patiënten met ademhalingsproblemen, ernstige longinfecties of verergering van chronische longziekten. Vaak staan we daar samen aan het bed: de internist pakt de metabole ontregelingen aan terwijl de longarts de longspecifieke behandelingen instelt. Dit multidisciplinaire overleg leidt tot een holistische benadering van de patiënt. De zorg richt zich dan niet alleen op het acute probleem, maar ook op de onderliggende chronische aandoeningen. Een geweldig gezamenlijk succes vind ik persoonlijk de ontwikkeling van de palliatieve zorg binnen de ziekenhuizen. Dit komt heel vaak voort uit een samenwerking tussen de internisten en longartsen: samen werken we actief aan de beste zorg voor mensen met een ongeneeslijke ziekte. Tien jaar geleden stonden de internisten samen met de longartsen in ons ziekenhuis aan de basis van de oprichting van het palliatief team en sindsdien weten we binnen het team precies wat we aan elkaar hebben en hoe we elkaar kunnen vinden. Hoewel de palliatieve zorg in veel ziekenhuizen nog aandacht nodig heeft, denk ik dat we dankzij onze gezamenlijke vakgebieden deze ontwikkeling verder kunnen stimuleren. Onze maatschappij is dol op maakbaarheid en we zien enorme technologische vooruitgang in ons werk; denk aan de komst van immunotherapie. Tegelijkertijd beseffen we steeds meer dat niet alles wat kan, ook moet. Juist 'kwaliteit van leven', binnen al zijn subjectiviteit, wordt steeds meer het uitgangspunt voor behandelstrategieën. De samenwerking hierin met onze internisten vind ik dan ook fantastisch en bemoedigend! ●

## ‘Wij zijn genetisch vakbroeders’

Onze samenwerking in het ziekenhuis is dan ook top. Neem bijvoorbeeld de verpleegafdelingen, daar zijn we vaak elkaars steun en toeverlaat, we zien vaak elkaars patiënten in consultsetting. En dan zijn er nog talloze andere momenten waarop we samenwerken: bij elektrolytstoornissen, diabetesontregeling of benauwdheid.

Ook op de SEH, de plek waar alles acuut is, zien we dat internisten en longartsen vaak



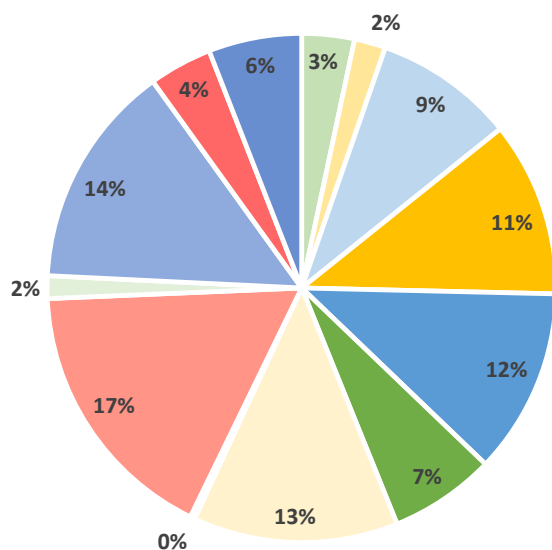
## In cijfers

# Verschillen tussen de internist en de aios

In 2023/2024 ronden **224** aios hun opleiding af, vergelijkbaar met het beoogde aantal van **219** (berekening Capaciteitsorgaan). Er is een overlap van **66%** tussen de differentiaties van aios en internisten. **8,9%** van de internisten heeft een dubbel enkelvoudige registratie, versus **5,8%** van de aios.

### Differentiatie internisten

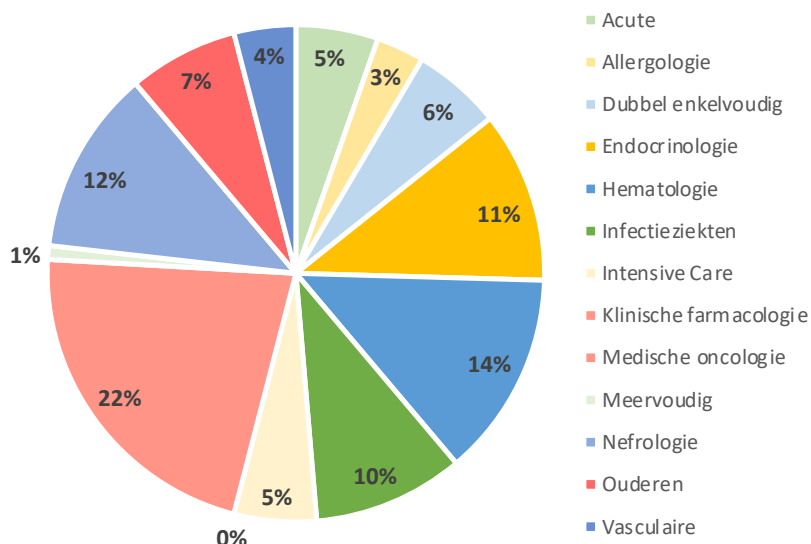
N=2365



### Differentiatie van aanstaand internisten

N=224

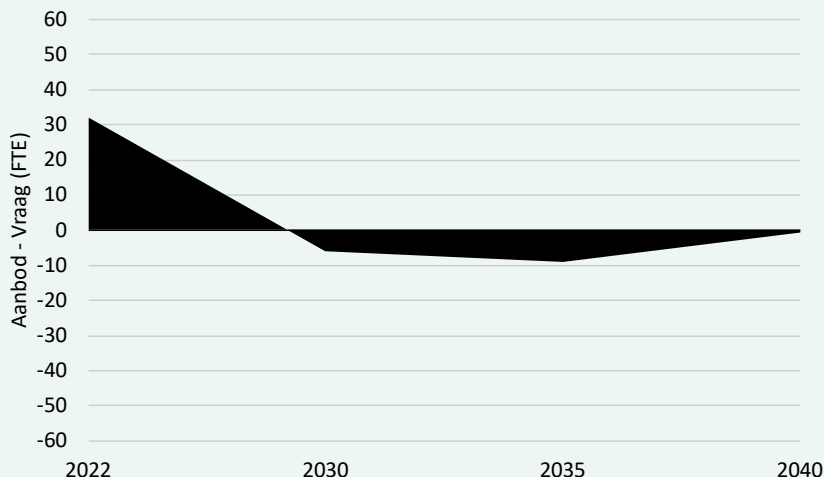
Einddatum opleiding 2023 en 2024



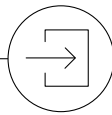
### De banenmarkt

Berekening Capaciteitsorgaan

2030 is het jaar waarin het overschot aan internisten voorbij is, volgens berekeningen van het Capaciteitsorgaan. Hierbij wordt rekening gehouden met diverse factoren, waaronder toename van deeltijdwerken en een komende jaren beoogde stabiele instroom van 126 aios per jaar. Verandering in één van deze factoren leidt uiteraard tot verandering in uitkomst.







## Komen

In deze rubriek komt elke keer een nieuwe collega aan het woord. Dit keer is dit **internist-endocrinoloog Marieke de Vries**.

# ‘Ik moest vooral wennen aan het superviseren’

### Hoe was het om een baan te zoeken als endocrinoloog?

‘Vanaf 2023 heb ik 15 maanden als endocrinoloog gewerkt in Ziekenhuis St Jansdal in Harderwijk. Ik ging ervan uit dat het lastig zou zijn om een baan te vinden, maar precies op het juiste moment kwam de vacature voorbij. Op de Internistendagen heb ik kennisgemaakt met twee van de endocrinologen en ik werd uitgenodigd voor een gesprek. Het ging dus ineens onverwacht soepel.’

### Hoe was de start als medisch specialist?

‘Ik vond het best spannend om ineens eindverantwoordelijkheid te hebben en supervisie te geven. Maar ik ben in Harderwijk warm ontvangen. Ik werd goed ingewerkt en kon altijd vragen stellen over het werk. De goede begeleiding en ondersteuning van collega’s heeft voor mij de start een stuk makkelijker gemaakt. Ik vond het een hele leuke tijd.’

### Waar moest je aan wennen in het werk?

‘Ik had niet veel ervaring met het geven van supervisie en moest vooral wennen aan het superviseren op verschillende niveaus: van een jonge anois tot een ervaren ziekenhuisarts. Daarnaast wilde ik ook zelf het overzicht houden

over de patiënten. En ik moest mijn kennis over de algemene interne geneeskunde weer wat oprispen, want ik heb vooral veel endocrinologie gedaan de afgelopen jaren.’

### Hoe wen je aan de supervisie?

‘Vooral door het te doen, en elke patiënt uitgebreid te superviseren. Ook die van de ziekenhuisarts. Gaandeweg leer je bij wie je het iets meer kunt loslaten.’

### Hoe heb je de werkdruk in het ziekenhuis ervaren?

‘Het is vaak hard werken als medisch specialist, maar tegelijk vond ik het leuk om af en toe een tandje bij te zetten. Gelukkig kon ik in Harderwijk veel dingen binnen werktijd doen. En na een drukke periode komt er meestal weer wat ademruimte.’

### Wat is het leukste aan je werk?

‘De contacten met patiënten. Ik zie heel verschillende soorten mensen op de poli voorbij komen. Daarnaast vind ik ook de contacten en samenwerking met collega’s erg leuk. Dat geeft me energie en voldoening.’

### Hoe is de balans tussen werk en privéleven?

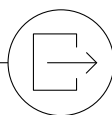
‘We hebben een gezin met drie kinderen en gelukkig kan mijn man hen naar school brengen en weer ophalen. Als ik thuis ben, wil ik er echt voor ze zijn. Ik mag van mezelf maximaal twee avonden in de week aan mijn werk besteden (in theorie). In mijn vrije tijd doe ik leuke dingen zoals voetballen en afspreken met vrienden.’

### Heb je een boodschap voor collega's?

‘Neem de tijd om dingen voor jezelf te blijven doen, ondanks alle drukte.’ ●



**Marieke** is opgeleid als internist-endocrinoloog in het UMC Utrecht en is bezig met het afronden van haar proefschrift over leververvetting. Ze is recent gestart in het Jeroen Bosch ziekenhuis in 's-Hertogenbosch.



## Gaan

In deze rubriek komt elke keer een vertrekkende collega aan het woord.  
Dit keer is dit **hoogleraar Richard Koopmans**.

# ‘De interne geneeskunde biedt ontzettend veel kansen’

### Wat was de boodschap in je afscheidsrede?

‘De opleiding is de afgelopen jaren steeds beter geworden, maar een knelpunt is nog het verenigen van je gezinsleven en je werk. In mijn eigen situatie heeft mijn vrouw, die ook arts is, zich veelal aangepast aan mij. Partners doen dat tegenwoordig minder snel. Het kan daardoor moeite kosten om een invulling te vinden die voor beiden passend is.’

### Wat was een mooie of bijzondere ervaring als medisch specialist?

‘Ik heb in de opleiding en in de patiëntenzorg met veel verschillende soorten mensen te maken gehad. Bij mijn afscheid zag ik veel van hen terug. Dat vond ik erg leuk.’

### Wat is een belangrijke les uit je carrière als internist?

‘Het interne specialisme is groot, divers en je kunt het op veel verschillende plekken uitvoeren. Het vak is dynamisch en dat heeft me veel werkplezier gegeven.’

### Blijf je daarbij generalist of moet je je specialiseren?

‘De praktijk gaat in de richting van meer specialisatie, maar vrijwel iedereen vindt dat ongewenst. Ik zie daar nog geen oplossing voor. Zowel generalisme als differentiatie is noodzakelijk.’

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

‘Hoewel de arbeidsmarkt momenteel niet makkelijk is, ligt er denk ik een grote toekomst voor de interne geneeskunde. Beginnend specialisten hoeven

zich volgens mij geen zorgen te maken. Het zou daarbij fijn zijn als zij hun generalistische kwaliteiten blijven ontwikkelen. Want ik denk dat de komende jaren veel algemeen werkende internisten nodig zijn.’

### Hoe heb je de vereniging ervaren?

‘Grote organisaties zijn vaak hiërarchisch en niet goed georganiseerd, maar de NIV is daarop een positieve uitzondering. De prettige en open uitstraling van de vereniging vind ik bijzonder. Ik heb veel commissies en bijeenkomsten georganiseerd in verband met opleiden. Dat heb ik altijd met veel plezier gedaan.’

### Wat doe je naast je werk?

‘Ik doe nu een studie informatica. Een heel andere wereld met heel andere mensen, maar dat vind ik verfrissend. Daarnaast redigeer ik een Nederlands leerboek voor interne geneeskunde.’

### Wat wil je meegeven aan andere internisten?

‘Doe waar je goed in bent. En benut de kansen die zich voordoen. De interne geneeskunde biedt ontzettend veel kansen. Je kunt altijd een plekje vinden waar jij past.’ ●



←  
**Richard** was tot 1 november 2023 hoogleraar ‘Algemene Interne Geneeskunde i.h.b. onderwijs en de opleiding daarin’ aan de Universiteit Maastricht. Hij heeft meer dan een kwart eeuw artsen opgeleid.



## Focusvraag

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

# Waar haal jij je inspiratie vandaan?



**Nicolet in 't Anker**  
Senior  
beleidsadviseur NIV

'Inspiratie betekent voor mij groei en vernieuwing. Ik vind nieuwe ideeën vooral door te reizen, wandelen en kamperen in de natuur. Daarnaast bieden workshops, zelfstudie en gesprekken met familie, vrienden en collega's waardevolle inzichten. Kortom, door voortdurend nieuwe ervaringen op te zoeken en open te staan voor verschillende perspectieven, blijf ik gemotiveerd en geïnspireerd in werk en privé.'



**Emilie van Lingen**  
Redactielid de internist  
(JNIV) & aios Interne  
Geneeskunde, HMC  
Westeinde

'Toegegeven, het is soms best hard werken. Toch zie ik bij de ochtendoverdracht geregeld een twinkeling in de ogen van internisten die al jaren in het vak zitten bij opnieuw een interessante casus; dat vind ik geweldig om te zien en inspireert mij om met positieve energie aan het werk te gaan.'



**Jacob Bosma**  
Internist-hematoloog,  
Zaans Medisch  
Centrum

'Als arts mag je even te gast zijn in de meest uiteenlopende levens. Een aflevering van Man bijt hond is er niks bij. Ik haal er inspiratie uit om die persoon in deze periode te leren kennen en in mijn werkzaamheden als internist-hematoloog zo goed mogelijk te begeleiden.'



**Peter de Jager**  
Internist-intensivist,  
Jeroen Bosch  
Ziekenhuis & bestuurs-  
lid NIV

'Bezieling voor mij is: Jij, oude kaas, thoraxdrain, team IC, Harrison's, vertrouwen, muntje, Monique, Captains training, Oranje, sabbatical, die (ene) patiënt(en), Wengen, humor, NEJM, Isabel, Lotte, Cecile, MHC-Oss Wereldkampioen, papa, NIV, schouder om op te leunen, Weimar, je lach, Covid-maatje, iPhone 13 Max, een traan, Karel Appel, de prullenbak, liefde, de Noordzee, blauwe zwaailichten, borrelnoten, schema's, de Bühne, zon, House en Elvis Presley.'



**Lara Zwakman-Hessels**  
Aios, Medisch Centrum  
Leeuwarden, podcast-  
maker 'De Grote Visite

'Mijn inspiratie haal ik uit het contact met de mensen om me heen. Tijdens een drukke polijtijd maken om het toch even over de hobby van je patiënt te hebben of een goed restaurant getipt te krijgen. Een flauw grapje maken op de SEH. Een gesprek met je collega over hoe zij bepaalde zaken aanpakt. Maar mijn ultieme inspiratiebron blijft vakantie. Uitzoomen geeft zoveel nieuwe inzichten!'



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

column

## Aios zijn geen kinderen

**S**ommige columntitels zijn bijna beledigend, los van wat er volgt. Maar ik ga nu eenmaal van nature graag met de billen bloot. Dus, I confess, ik heb aios vaak als echte jonkies gezien. 'Kinderen' gaat wat ver hoor, 'onvolwassen' ook, maar 'jonkies' klopt wel een beetje. Het daagde me een paar weken geleden, zomaar ineens, toen ik een voortgangsgesprek voerde met een 35-jarige vrouw, arts, gezin met 3 kinderen, etc. Dit was een geheel en al volwassen mens. In de opleiding leiden volwassen mensen

begrip, meer interesse, meer gelijkheid. Twijfelachtige merkbaarheid en vrijwel nimmer een opmerking hierover kan twee betekenissen hebben: a) ik heb geen gelijk of b) het is een ingesleten patroon van omgangsvormen. Tuurlijk is a) mogelijk, maar b) is interessanter. En, eerlijk, ik geloof dat in b) een kern van waarheid zit. Ruim over de helft van de tekst; de ruimte dringt om op te schrijven hoe een opleiding dan anders is als opleiders aios echt als volwassenen zien. Maar ik vind het lastig. Vooruit dan: ik denk dat we vragen, verzoeken en incidenteel zelfs eisen anders stellen, dat de vanzelfsprekendheid waarmee aios ander werk doen vermindert, dat de door aios begeerde autonomie ineens veel normaler voelt, dat feedback beter en ook wat meer wederkerig ('Prof, ik vind ook iets van jou') wordt.

En dan nog even de olifant in de kamer: is er ook een probleem dat aios zich soms als 'kinderen' gedragen? Wel, ik denk dat het probleem bij opleiders groter en eerder is, maar helemaal vrijuit gaat niemand. Ik vind dat aios sommige verantwoordelijkheden vaker moeten nemen dan soms gebeurt. Simpele dingen, zoals afspraken nakomen om ergens te zijn, of hulp te vragen als dat nodig is. Hoe dan ook, eerst kijke men naar zichzelf. Ik vraag alle internisten die aios (helpen) opleiden eens in de spiegel te kijken. Zie ik ze als kinderen, als helemaal volwassen, of ergens er tussenin? Zelf ben ik er wel uit. Aios zijn geen kinderen, not even close.

### 'Prof, ik vind ook iets van jou'

andere volwassen mensen op. Dat gevoel heb ik niet altijd gehad en ik denk dat me dit spijt. Zeker weet ik het niet, die spijt, omdat ik het moeilijk vind te bedenken of het eigenlijk merkbaar was. Enerzijds kan ik me het niet anders voorstellen, zo fundamenteel voelt het verschil tussen het een en het ander. Anderzijds heb ik nooit opmerkingen in deze richting gehad over mijn bejegening van aios, zelfs niet in die anonieme inquisitie die SetQ heet. Collega's trouwens evenmin, wat ik weet omdat je als hoofdopleider als enige alle beoordelingen van de stafleden kunt zien. Is er dan geen issue? Toch, ik denk van wel. Volwassenen gaan anders met elkaar om dan met jonkies. Er is meer respect, meer

Yvo



## Agenda

### → September 2024

#### Grensvlaksymposium

24 september, Jaarbeurs MeetUp, Utrecht

Dit symposium behandelt het thema "Endocrinologie: Interne Geneeskunde meets Klinische Chemie". Vooraanstaande sprekers zullen je bijpraten over de verschillende laboratoriumtechnieken voor hormoonbepalingen. Ze bespreken de valkuilen, de invloed van verschillende factoren op hormoonbepalingen en de functietesten.

#### JNVE Conference

26 & 27 september, locatie nader te bepalen

Doe mee met de 10e jaarlijkse conferentie van de JNvE.

Presenteer je studie en maak kans op prijzen. Mis deze netwerkkans niet!

### → Oktober 2024

#### DESG Diabetes Arts-assistentencursus

3 oktober, Jaarbeurs MeetUp, Utrecht

Eendaagse cursus voor arts-assistenten in opleiding tot kinderarts of internist.

#### Webinar Calcium/Bot Update

3 oktober, online

Deze webinar informeert je in twee uur over de nieuwe richtlijn wervelfracturen en de belang-

rijkste punten uit de richtlijn osteoporose. Daarnaast worden diagnostiek en behandeling van hyperparathyroïdie en hypofosfatemie besproken.

#### Nascholingsdagen NVvAKI

3 & 4 oktober, Van der Valk, Breukelen

De NVvAKI verzorgt wetenschappelijke nascholingsdagen voor internist-allergologen, klinisch immunologen, moleculair biologen, kinderartsen, longartsen, KNO-artsen en aios.

#### Webinarreeks De Brede Basis - nefrologie

9 oktober, online

#### KNMG jubileumcongres

10 oktober, 1931 Congrescentrum, Den Bosch

Ter ere van 175 jaar KNMG organiseert het KNMG een jubileumcongres met thema's zoals digitalisering, opleiding, samenwerking en artsenwelzijn.

#### Symposium Obesitas Update

11 oktober, Jaarbeurs MeetUp, Utrecht

Dit symposium gaat in op de factoren en behandelingen van obesitas, waaronder leefstijlprogramma's en metabole chirurgie.

#### Snappercursus

23-25 oktober, Kasteel Oud-Poelgeest, Oegstgeest

Nascholingsprogramma voor internisten, gericht op praktische kennis en vaardigheden.

### → November 2024

#### DESG V&VN Diabetes Farmacotherapie

7 november, Jaarbeurs MeetUp, Utrecht

Tijdens dit dagdeel worden casussen besproken en wordt de kennis uit de e-learning over diabetesbehandelingen toegepast.

#### Webinarreeks De Brede Basis – infectieziekten en antibiotica

13 november, online

#### Basis Nascholing interne geneeskunde infectieziekten

15 november, Fletcher Hotel, Amersfoort

Nascholing voor niet-infectiologen over de diagnostiek en behandeling van diverse infectieziekten.

#### Wetenschapsdag Ouderengeneeskunde

21 november, Van der Valk Hotel, Breukelen

Deze dag wordt georganiseerd door de wetenschapscommissie van de NIV en NVKG. Reserveer de datum!

### → December 2024

#### Webinarreeks De Brede Basis – ouderengeneeskunde

11 december, online

#### 17e Jaarsymposium Endocrinologie

17 december, Jaarbeurs MeetUp, Utrecht

Dit symposium informeert je over de nieuwste ontwikkelingen in de endocrinologie. Onder voorzitterschap van prof. dr. Wouter de Herder bespreken deskundigen de nieuwste inzichten.



### Colofon

de internist | 15e jaargang, nummer 2, augustus 2024 | Redactie Iris van Groeningen (hoofdredacteur), Paula van Eerde, Louise van Galen, Marieke van Gastel, Emilie van Lingen, Lianne van der Meer, Janine Nuver, Darius Soonawala, Harriët Teijen, Art Vreugdenhil, Heleen de Wit  
Ontwerp Annemarie Gorissen | Vormgeving HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn | Beeld omslag Stijn Rademaker | Uitgever MacChain Healthcare, e-mail: info@macchain.nl | ISSN 2211-100X | © NIV, 2024 | Website NIV: www.internisten.nl