

02

DECEMBER 2025
JAARGANG 16

de internist

dossier
Diversiteit

Primeur in
Radboudumc:
duo-chef
de clinique

Resultaten
werkgelegenheids-
enquête



Emoties op
de werkvloer
5 collega's delen
hun ervaringen

Saskia Middeldorp volgt
Robin Peeters op als voorzitter

**'Ik hecht aan een
veilige, inclusieve
werkcultuur in
de volle breedte'**

dossier
Diversiteit



16

Een diversere groep professionals vergroot de kanselijkheid voor studenten

Werkgroep werving en selectie zet zich in voor brede diversiteit in het ziekenhuis.

20

Psychiater Mireille Boerma

Over hoe je diversiteit moet vertalen op de werkvloer. 'Normale mensen bestaan dus alleen in de statistieken. Ieder brein is uniek bedraad.'

22

De voordelen van diversiteit en inclusie in de medische wereld

Universitair hoofddocent Hafez Ismaïli M'hamdi pleit voor meer diversiteit en inclusie aan de top.



08

Interview

De vertrekkende en komende voorzitter NIV, een tweegesprek

Robin Peeters en Saskia Middeldorp reflecteren op de snel veranderende internistenwereld.



26

Rondetafelgesprek

Het belang van beter omgaan met emoties op de werkvloer

'Uiteindelijk zijn we er allemaal bij gebaat als we de beste versie van onszelf mogen zijn.'



35

Géén woordpolitie

De taalsuggestie van Yvo Smulders.



32

Komen

Nieuwe collega Sander

'Aan het einde van de opleiding ben je toe aan meer verantwoordelijkheid.'

25

Buiten je bubbel

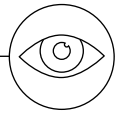
Internist Lihui Hu vindt een nieuwe wereld met nieuwe mogelijkheden en kansen.

- 04 Vooruitblik
- 05 Iris van Groeningen
Durf anders-zijn te omarmen
- 06 Chef de clinique
Mark Smits, Charlotte Stolk-van der Heijden en Loek Smits over hun functie
- 13 De Knuppel
- 14 Vakgroep uitgelicht
Antoni van Leeuwenhoek/
Nederlands Kanker Instituut
- 19 Paradijsvogel Harry
- 24 Uitgelezen
The Empathy Exams

- 33 Gaan
Robert de Jong
- 34 Spiegeltje, spiegeltje
Jeroen Hendrikse
- 36 Klare Taal

30

Uitslag van de
werkgelegenheids-
enquête



Vooruitblik

We vragen drie lezers kort te reageren op een van de artikelen in dit nummer.

P13



Lang bij hetzelfde ziekenhuis werken, vloek of zegen?



Rien Dekkers
Internist, het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis

‘Er kunnen goede persoonlijke redenen zijn om een nieuwe plek te zoeken. Maar voor vitale vakgroepen is wisseling niet nodig voor vernieuwing als ze investeren in goede werksfeer en intervisie.’

P16



De commissie selectie en werving spant zich in voor diversiteit en inclusiviteit



Marjan Slot
Internist-allergoloog-klinisch immunoloog, Maastricht UMC+

‘Ook in Maastricht is dit onder de aandacht. Hoewel de meeste sollicitanten aan het “standaard plaatje” voldoen, kun je hier ook punten scoren als je bijdraagt aan de diversiteit van de opleidingsgroep. Ik vind dat een goede ontwikkeling en hoop dat deze initiatieven leiden tot een betere weerspiegeling van de samenleving.’

P28



Hoe kun je als arts emoties tonen op de werkvloer?



Hans-Martin Otten,
internist-oncoloog
Meander Medisch Centrum

‘Een herkenbaar onderwerp. Voor mij spelen twee essentiële factoren: de veiligheid die ik zelf voel in de groep en het voorbeeld dat ik aan anderen geef. Ik heb in twee bijzonder prettige groepen gewerkt waar emoties op de werkvloer besproken werden en worden. Een (twee-)wekelijkse lief-en-leedbespreking is noodzakelijk en levert een krachtiger team op.’



Iris van Groenigen, hoofdredacteur van De Internist. Zij is internist in het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis te Dirksland en (tot eind november 2025) secretaris van het NIV-bestuur (tot eind november 2025).

redactioneel

Durf anders-zijn te omarmen

Onlangs las ik deze treffende quote van diversiteits- en inclusie-expert Verna Myers: *‘Diversity is being invited to the party. Inclusion is being asked to dance. Belonging is dancing like no one’s watching.’*

Voor mij raakt dit de kern van wat diversiteit, inclusie en erbij horen betekent. Diversiteit zonder inclusie is een lege huls. En zonder het gevoel van erbij horen, blijft zelfs inclusie afstandelijk.

Op scholen weten ze al hoe complex het onderwerp is en stimuleren ze diversiteit en inclusie. Uitnodigingen voor feestjes mogen niet meer worden uitgedeeld op school, er staan buddybankjes voor wie zich alleen voelt

tijdens het spelen en op sportdagen zijn de teams vooraf ingedeeld, zodat niemand als laatste wordt gekozen. Het zijn kleine, doordachte maatregelen om uitsluiting te voorkomen, om kinderen te laten voelen dat ze erbij horen. Zo proberen we bij kinderen ruimte te

maken voor sociale, culturele en persoonlijke diversiteit. Echter zodra we volwassen zijn en op de werkvloer komen, lijken we dat besef soms kwijt te raken. Terwijl de behoefte om gezien, gehoord en gewaardeerd te worden niet verdwijnt, integendeel.

Diversiteit raakt ook aan hoe we communiceren, hoe we omgaan met gezag, hoe we feedback geven of ontvangen en wat we als ‘normaal’ gedrag beschouwen. Juist

die onzichtbare lagen kunnen, als we ons er niet bewust van zijn, voor misverstanden of ongemak zorgen. De behoefte om erbij te horen, om jezelf te mogen zijn en om gezien te worden blijft bestaan. Vooral op een diverse werkvloer is het daarom essentieel om aandacht te hebben voor verschillen en te bouwen aan een omgeving waarin iedereen zich vrij voelt om zich uit te spreken. En om bewust te selecteren op diversiteit zoals de werkgroep werving en selectie laat zien.

De waarde van Harry

In het dossier maken we kennis met ‘Harry’ als metafoor voor mensen die anders denken, zich anders gedragen of buiten de norm vallen binnen een organisatie. Harry’s zijn vaak creatief, energiek of kritisch en passen daardoor soms lastig in bestaande structuren. Toch zijn juist zij belangrijk, omdat ze nieuwe perspectieven en vernieuwing brengen. Het is waardevol om een of meer Harry(’s) in je team te hebben.

Binnen een vakgroep is diversiteit essentieel, in achtergrond, perspectief en ervaring. Minstens zo belangrijk is dat iedereen zich veilig voelt om zich uit te spreken en dat er ruimte is om het gesprek aan te gaan. Over emoties, persoonlijke kwesties of een complexe casus. Dat is onderwerp van gesprek in de Ronde Tafel.

De ander echt proberen te begrijpen is wat inclusie tot leven brengt. Dus stel jezelf eens de vraag op de werkvloer: Voelt iedereen zich hier vrij genoeg om te bewegen? En belangrijker nog: wat doe jij om die ruimte te creëren? •

Iris

Een kans voor startende internisten én de afdeling

Maak kennis met de chef de clinique

Hoge werkdruk en versnipperde supervisie vormen vaak een uitdaging voor de continuïteit van zorg op zaal. Het Radboudumc vond een oplossing: twee startende internisten als duo-*chef de clinique* op de verpleegafdeling interne geneeskunde.

De laatste jaren was er een toenemende uitdaging om te zorgen voor continuïteit op zaal in het Radboudumc. De internisten ervoeren hoge werkdruk door talloze parallelle werkzaamheden: het superviseren en bemannen van een hoog-complexe afdeling naast poliklinische, onderwijs- en onderzoekstaken. Tegelijk draaiden de zaalartsen lange werkdagen. Deels door wisselende roosters waardoor de continuïteit niet altijd optimaal was, en deels omdat supervisie vaak pas na poliklinische werktijd mogelijk was.

Dit trok ook een wissel op de verpleging: beleid werd vaak laat op de dag bepaald en, door wisselende supervisoren, regelmatig bijgestuurd. Patiënten stroomden regelmatig later uit dan wenselijk. Het Radboudumc besloot het over een andere boeg te gooien. Om de continuïteit van de supervisie op zaal te garanderen, werden twee startende internisten aangesteld als (operationeel) chef de clinique. Op hun 'chefsdagen' zijn ze uitsluitend verantwoordelijk voor het reilen en zeilen van de verpleegafdeling

interne geneeskunde. De functie werd bewust als duobaan (tweemaal 0,6 fte) ingevuld vanuit het idee: meer continuïteit en een grotere diversiteit aan expertise ('twee weten meer dan één').

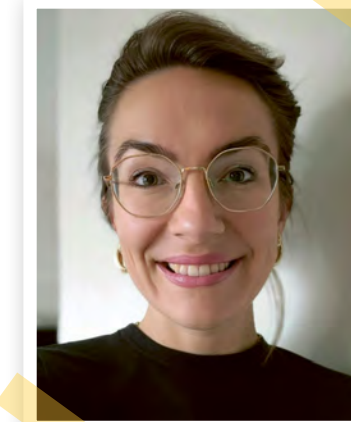
Extra werktijd

Saskia Middeldorp (afdelingshoofd) en Alexander Rennings (verantwoordelijk voor de kliniek) kijken na anderhalf jaar terug op een geslaagd project. De verpleging ervaart nauwere samenwerking met de artsen en betere afstemming over opnames. Ook is de doorstroom van patiënten verbeterd en zijn de werkdagen korter dankzij tussentijdse supervisie. Verder rapporteren de a(n)ios een groter leerrendement dankzij de verschillende medische expertise van de duo-chefs. En: stafleden die niet langer optreden als zaalsupervisor rapporteren extra werktijd voor andere taken, tot wel drie uur per dag.

Mark Smits, internist-endocrinoloog

'Het is goed te combineren'

'Deze functie is voor mij een uitkomst, want: goed te combineren met een aanstelling bij de sectie diabetes, wat vooral een poli-baan is. Als chef kom ik continu in aanraking met andere afdelingen en specialisten, wat goed is voor je netwerk. Ook is er veel tijd voor onderwijs en begeleiding van de zaalartsen en co-assistenten. Tot slot, inhoudelijk is de functie ook interessant. Veel uitdagende academische pathologie, waarbij ik gelukkig altijd kan sparren met collega's.'



Charlotte Stolk-van der Heijden, internist-vasculair geneeskundige en klinisch farmacoloog

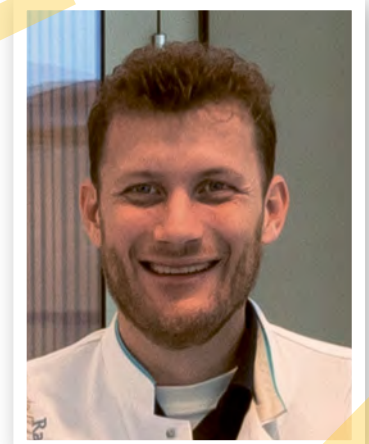
'Ik bracht eigen kennis mee'

'Dit was de beste startbaan die ik me kon wensen. Dankzij de duo-constructie kon ik altijd met iemand overleggen. Zo kreeg ik de kans om veel bij te leren, bijvoorbeeld over hiv-zorg, behandeling van mycobacteriële infectieziekten en auto-inflammatoire aandoeningen. Anderzijds bracht ik mijn eigen kennis mee en kon ik bijvoorbeeld bijsturen in het anti-trombotisch beleid, interacties detecteren en medicatielijsten opschonen. Op mijn niet-chefsdagen had ik alle focus voor het poliklinisch werk, of kon ik genieten van mijn parttimedag.'

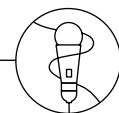
Loek Smits, internist-infectioloog

'Ontwikkeling in de diepte én de breedte'

'Chef de clinique is voor mij de perfecte start van een carrière als internist-infectioloog. In deze functie kan ik me zowel in de diepte ontwikkelen (infectieziekten), als in de breedte (interne geneeskunde). Ook fijn om te merken: voor sommige patiënten zorgen wij, als bekend gezicht op de afdeling, voor rust. Daarnaast krijg je inzicht in wat goed, en minder goed gaat op de verpleegafdeling. Zo hebben we bijvoorbeeld het ontslagproces geoptimaliseerd en een werkwijze-handleiding ontwikkeld voor de arts-assistenten op onze afdeling.'



Eind november
vond de wisseling
van de wacht
plaats. Saskia
Middeldorp volgde
Robin Peeters op
als voorzitter.



Interview

Wisseling van de wacht

Nieuwe voorzitter Saskia: ‘Ik omarm diversiteit’

Na zes jaar voorzitterschap van de NIV draagt Robin Peeters de voorzittershamer over aan Saskia Middeldorp. Een tweegesprek over doorgaan op ingeslagen paden en de eigen accenten die het voorzitterschap kleur geven. En ze reflecteren op de snel veranderende internistenwereld.

TEKST FRED HERMSEN | BEELD MARLEEN KUIPERS

Saskia, je dacht ‘Kom, dat kan ik er ook nog wel bij pakken’?

‘Haha, ja, mijn agenda is inderdaad al aardig vol. Als afdelingshoofd en hoogleraar van de afdeling Interne Geneeskunde van het Radboudumc. Daarbij woon ik op afstand van mijn werk, vlakbij Haarlem. Maar ik laat me nu eenmaal graag leiden door mijn interesses; ik hou van nieuwe dingen aanpakken, en denk dat ik daar ook beter van word als onderzoeker en afdelingshoofd. Gelukkig krijg ik wel wat tijd voor de invulling van het voorzitterschap en kost mijn gezinsleven iets minder tijd doordat mijn drie zoons inmiddels op kamers zijn. En ook belangrijk: ik blijf lekker sporten, fietsen en hardlopen. Daar maak ik tijd voor op mijn thuiswerkdag.’

Robin: ‘Ik kreeg ooit het belangrijke advies: “Als je iets

gedaan wilt krijgen, vraag het dan aan mensen die het al druk hebben.” Saskia is al langer bestuurslid en ik heb haar leren kennen als een gedreven en kundige bestuurder.’

Saskia: ‘Ik neem mijn nieuwe rol heel serieus, en weet dat ik grote schoenen te vullen heb. Robin heeft de vereniging twee bestuursperioden lang – dus zes jaar – op een heel effectieve en zichtbare manier geleid. Hij hield niet alleen zijn rug recht voor onze beroepsgroep in het moeilijke coronatijdperk, maar leidde ook de transitie van de vereniging op weg naar meer professionalisering, diversiteit en verduurzaming. Het is nog niet zo heel erg lang geleden dat wij nog – gechargeerd gezegd – een vereniging van overwegend mannen met grijze broeken en blauwe blazers waren. Zie eens hoe divers en bruisend de NIV nu is.’ →



→ En dat was een noodzakelijke verandering?

Robin: ‘Zeker, ons werk verandert in een razend tempo, door alle technische innovaties natuurlijk, maar ook door de toenemende werkdruk en maatschappelijke eisen die aan ons gesteld worden. Daarbij hebben we te maken hebben met instromende jonge medisch specialisten die een nieuwe blik hebben op hun werk/privébalans, en de context waarin ze hun werk willen uitvoeren. Een belangenvereniging moet hierin meebewegen om met de hele achterban in verbinding te blijven.’

Wanneer merkte je voor het eerst dat de internistenwereld snel verandert?

‘Waar vroeger commissies vooral aanmeldingen kregen als het om richtlijnen, kwaliteit of beroepsbelangen ging, is er de laatste paar jaar vooral enthousiasme voor commissies die gaan over verduurzaming en duurzame inzetbaarheid. Ik werd me bewust van het groeiend maatschappelijk verantwoordelijkheidsgevoel toen we in de coronatijd de wijken ingingen om voorlichting

te geven over vaccinaties. Toen zag ik hoe met name jonge collega’s van diverse achtergronden zich vol passie gingen inzetten voor de verschillende *communities*. Heel inspirerend. Die energie heb ik met mijn bestuur geprobeerd te vangen. Bij de strategische sessies van de NIV schuift bijvoorbeeld een zeer gevarieerde groep deelnemers aan. Jongeren en ouderen luisteren daarbij heel aandachtig naar elkaar.’

Saskia: ‘Ik bouw graag voort op die jonge energie. En ik hoor natuurlijk ook wel de signalen dat de Gen Z artsen tot de zogenoemde sneeuwvlokjesgeneratie zouden behoren. Dat ze zich niet graag op langere termijn laten vastleggen en eisen stellen die niet goed passen bij de traditionele manier van – bijvoorbeeld – het inroosteren. Zelf kom ik uit de “loyale” generatie die zich heeft gevoegd naar de heersende werkethiek. Toen ik begon aan de opleiding had nog niemand van de vrouwelijke stafleden kinderen. Ik weet: als nieuwe artsen nieuwe eisen stellen aan hun werk – en ik begrijp de achtergronden daarvan heel goed – dan is het aan de vereniging om daar luisterend en faciliterend in te zijn, en van die sneeuwvlokjes een stevige sneeuwbal te maken. We moeten naar elkaar luisteren en nieuwe manieren van organiseren verzinnen. Alleen op die manier houden we het vak duurzaam aantrekkelijk.’

Heb je een concreet voorbeeld van de manier waarop de vereniging die duurzaamheid kan stimuleren?

Robin: ‘We hebben met dat doel een werkgroep opgericht die zich richt op innovatie van de opleiding, en daarmee van het vakgebied. Daarnaast zal de NIV zich onder meer hard maken voor een flexibel carrièreprofiel. Je zou binnen de interne geneeskunde makkelijker van richting moeten kunnen veranderen, ook als je veertig bent. Dat houdt het vak aantrekkelijk voor jongeren, die er vaak minder voor voelen om vooruit te kijken naar dertig jaar hetzelfde werk. En het kan



↑ Saskia Middeldorp: ‘We moeten naar elkaar luisteren en nieuwe manieren van organiseren verzinnen’

ook, we worden allemaal breed opgeleid tenslotte, vanuit die basis kun je een leven lang blijven leren en – als het aan mij ligt dus – kiezen.’

‘We leggen overigens al langer een toenemende nadruk op de breedte van ons vak. Daar is ook behoefte aan in de patiëntenzorg. Niemand wordt blij van patiënten met multi-morbiditeit die van de ene naar de andere specialist worden gestuurd zonder duidelijke regisseur. Internisten zijn bij uitstek geschikt voor die rol, ook als er sprake is van behandelteams die zich richten op een specifieke casuïstiek. Dat betekent wel dat we de breedte van ons vak moeten koesteren en bijhouden met scholing. Want hoe breder je bent, des te flexibeler. En – andersom geredeneerd – hoe kleiner het veld dat je bestrijkt, des te kwetsbaarder je bent in deze veranderende wereld.’

Saskia: ‘Hierover wordt wel verschillend gedacht binnen onze beroepsgroep. Er is een kleine minderheid van internisten die liever die ene superspecialist in hun regio willen blijven. En begrijp me goed, het is ook belangrijk dat die er zijn. Maar dat hoeft niet ten koste gaan van de generieke aard van ons vak. Waarbij internisten ook basishandelingen moeten beheersen die net niet over hun eigen specialisatie gaan, maar waarmee wel de patiënt een volgende balie wordt bespaard. Een

‘Ik houd ervan soms wat boude uitspraken te doen als dat mensen tot nadenken aanzet’

internist-nefroloog zou dus ook een acuut zieke oncologische patiënt moeten kunnen opvangen bijvoorbeeld. Je moet verder kunnen en willen denken dan je eigen postzegel. En laten we niet vergeten dat wij in ons werk niet alles helemaal zelf hoeven te weten, er is altijd wel een ter zake kundige collega in de buurt die je informeel kunt polsen. Misschien gebeurt dat nu nog te weinig. Ik zie het als mijn uitdaging om iedereen in deze vakverbreding met elkaar verbonden te houden.’

Jouw werk draait dus om verbinden?

‘Ja. Zoals ik in mijn oratie in maart 2022 al zei: een lichaam is meer dan een zak losliggende organen. Verbinden is bij de NIV sowieso belangrijk omdat interne geneeskunde een verzameling is van veel soorten internisten, van internist-hematoloog tot internist-oncoloog tot internist-infectioloog. Al die deelspecialisten hebben weer eigen verenigingen met eigen speerpunten en belangen. In het verleden hebben zich al verenigingen van het moederschap losgemaakt, zoals de maag-darm-leverartsen, de reumatologen en de klinisch geriateren, en we willen voorkomen dat dat met nog meer internisten gebeurt. Het is een vloot die we bij elkaar moeten houden om dingen gedaan te krijgen. Juist de samenhang zie ik als een groot goed.’

Is dat lastig?

‘Soms, verbinding vergt een open dialoog, juist als de emoties oplopen. Je moet daarbij als bestuur goed aanvoelen wanneer je moet doorzetten – met wat pijn bij een klein deel van de achterban als gevolg – of juist naar een compromis moet streven. Hoe dan ook zullen er bij dit soort belangrijke keuzes altijd mensen zijn die “nee” blijven zeggen, dat is een gegeven. Maar ik zal belangrijke zaken – juist als ze gevoelig liggen – altijd willen benoemen en uitpraten.’

Dan zijn confrontaties soms onvermijdelijk...

‘Ik streef er niet naar, maar ga ze niet uit de weg. Ik hou →

‘De laatste paar jaar is er vooral enthousiasme voor commissies die gaan over verduurzaming en duurzame inzetbaarheid’

↓ Robin Peeters: ‘We leggen al langer een toenemende nadruk op de breedte van ons vak’





→ ervan om soms wat boude uitspraken te doen als dat mensen tot nadenken aanzet. Maar ik luister vervolgens ook naar de reacties. Ik vind dat mensen daar recht op hebben; het betekent dat het bestuur hun argumenten serieus neemt. Overigens kan ik ook heel diplomatiek zijn hoor, dat heb ik geleerd in mijn rol als afdelingshoofd en hoogleraar.’

Robin, zie jij verschillen tussen jouw bestuursstijl en die van Saskia?

Robin: ‘Daar heb ik niet zo over nagedacht eigenlijk, maar die zijn er vanzelfsprekend. Ik weet natuurlijk wat het betekent om je rug recht te houden in conflictueuze situaties. Ik was koud twee maanden voorzitter van de vereniging toen de pandemie uitbrak. Aanvankelijk werden we omarmd als reddende engelen, maar de sfeer

‘Je moet verder kunnen en willen denken dan je eigen postzegel’

sloeg al snel om, en medici en wetenschappers kwamen onder vuur te liggen. Als voorzitter van een belangrijke groep artsen moet je dan de Bühne op, en ik ben bovendien de straat op gegaan om voorlichting en vaccinaties te geven. Al dat werk heb ik met passie en compassie gedaan, ondanks het cynisme en de verwensingen die ik soms op mijn pad tegenkwam. Het was mooi om te zien dat mijn collega’s er ook zo inzaten. Daarnaast organiseerde de NIV, samen met onze deelvereniging NVII, in de eerste weken al webinars om onze leden voor te lichten en waarin artsen hun ideeën en emoties vertrouwelijk deelden, een concept dat de Federatie Medisch Specialisten daarna heeft overgenomen. Maar ik begrijp wat je met de vraag wilt zeggen: ik hecht als bestuurder inderdaad aan harmonie, en zoek in interviews vaak de nuance en verbinding op. Dat zou wellicht een accentverschil in onze stijl kunnen zijn, en zo’n verschil mag er natuurlijk zijn. Je gooit tenslotte je ziel en zaligheid in de voorzittersrol, en dat moet je kunnen doen op een manier die bij je past.’

Saskia, jij hebt je stem in het verleden verheft om de diversiteit te stimuleren in het ziekenhuis. Blijft dat zo?

‘Ja. Ik omarm diversiteit en hecht aan een veilige, inclusieve werkcultuur in de volle breedte. Het podium dat ik daarvoor nu als voorzitter krijg, is groter dan voorheen. We hebben nog wel wat bias die ons in de weg kan zitten. Ik kijk ernaar uit om de diversiteit samen met mijn bestuur, het bureau en de leden blijvend op de agenda te zetten.’

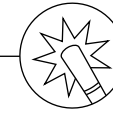
En nu Robin?

‘Ik merk dat ik nog enthousiast over “we” spreek als het om de vereniging gaat. Maar ik zet graag een stap terug om Saskia de ruimte te geven. Dat heeft ook voordelen: ik krijg weer vrije avonden en meer tijd om met onze kinderen van twaalf en veertien op te trekken. Daar verheug ik me op. En, oh ja, ik heb me ingeschreven voor de marathon van Rotterdam. Je moet doelen blijven stellen tenslotte.’



TEKST HELEEN KROONEN-DE WIT

BEELD ISTOCKPHOTO



december 2025

De knuppel

In deze rubriek gooit internist Heleen Kroonen-de Wit de knuppel in het internistenhok.



Van werkplek wisselen kan veel voordelen bieden. Verandering van spijs doet eten!

Stelling



‘Je gehele carrière werken in hetzelfde ziekenhuis is niet meer van deze tijd’

‘Als je eenmaal een vaste baan hebt gevonden als internist, dan blijf je daar de rest van je leven werken.’

Ik hoor het vaak, sommigen noemen het zelfs een huwelijk. Nou heb ik niets tegen toewijding. Ik denk dat het bijdraagt aan betere zorg. Maar soms denk ik dat we een beetje zijn doorgeslagen. Onlangs hoorde ik een collega vertellen over een ‘mid-career’ collega die was komen solliciteren. ‘Die hebben we natuurlijk niet aangenomen! Er was vast iets mis. Je gaat toch niet zomaar weg?’

Aan de andere kant zeggen mijn jonge collega’s – coassistenten en arts-assistenten/anios – dat ze geen opleidingsplek ambiëren omdat ze niet hun gehele carrière willen werken bij één werkgever. Ik denk dat daar wat voor te zeggen valt. Het kan veel voordelen bieden, als je pak ‘m beet elke vijf tot vijftien jaar wisselt van werkplek. Verandering van spijs doet eten! Patiënten kunnen gebaat zijn bij een frisse blik. Een nieuwe collega kan met de bezem door de poli gaan en alle verstokte

patiënten terugverwijzen naar de huisarts. Moeizame interacties met collega’s worden minder uitdagend als je weet dat je niet hoeft af te tellen tot het pensioen. Verhoudingen en verworven privileges gaan op de schop als iedereen van tijd tot tijd onderaan de ladder begint. Een andere omgeving zorgt ervoor dat je weer nieuwe dingen leert. ‘Rust roest’, om er maar eens een ander gezegde in te gooien. Nu hoor ik u denken: ‘maar tussen droom en daad staan wetten in de weg en praktische bezwaren.’ Dat zal ik zeker niet ontkennen, maar gelukkig is het probleemoplossend

vermogen van internisten ongeëvenaard en is er binnen reisafstand vaak wel meer dan één ziekenhuis te vinden.

Eén van de pijlers van duurzame inzetbaarheid is flexibiliteit. Natuurlijk kunnen we ons omscholen naar een ander vak of differentiatie. Maar wat als we exact hetzelfde blijven doen in een andere werkomgeving? Het bevordert samenwerking en verandering. De eerste vier maanden zit jij in de vakgroep, na vier maanden zit de vakgroep in jou. Hoe fijn is het dan, als je binnen die vakgroep telkens een spiegel hebt in de vorm van een nieuwe ervaren collega die je komt versterken? •



Meepraten?

Mail dan je reactie naar info@internisten.nl. Mogelijk inspireert jouw reactie de redactie het onderwerp nogmaals op de agenda te zetten.



Vakgroep uitgelicht

Elk nummer zetten wij een vakgroep in de spotlights. Dit keer de collegae in het **Antoni van Leeuwenhoek/Nederlands Kanker Instituut**.

‘Wij proberen de richtlijnen van morgen inhoud te geven’

Het team



Aantal internisten
40 (waarvan
34 vast)



Gemiddelde leeftijd
45 jaar



Samenstelling m/v
ongeveer fiftyfifty



Grootste uitdaging
tegemoetkomen
aan de toenemende
zorgvraag en tijd
houden voor de
opzet en uitvoering
van klinisch
onderzoek.

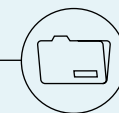


De internisten van het AVL/NKI in Amsterdam leveren (vrijwel) alle oncologische zorg. Ze kijken niet op van complexe of zeldzame casuïstiek.

‘Wij werken rond tumorgroepen, daarnaast vormen we als internistengroep een eenheid voor opleiding en diensten en werken we veel samen in diverse tumorgroepen,’ zegt Winette van der Graaf, namens de internisten in het AVL/NKI. ‘Vanuit die sterke matrixstructuur leveren we (vrijwel) alle oncologische zorg. We behandelen patiënten met veelvoorkomende of zeldzame tumoren. Niemand kijkt op van zeer complexe of zeldzame casuïstiek. Vanzelfsprekend werken we op allerlei mogelijke manieren samen: in MDO's, netwerken intern en extern. We doen en leiden veel onderzoek en voeren vernieuwende behandelingen uit. Hierbij proberen we de richtlijnen van morgen inhoud te geven. Er zijn meerdere onderzoekslijnen die mooie resultaten geven, zoals de sterke immunotherapielijnen inclusief TIL en celtherapie. Daarnaast onderzoeken we nieuwe geneesmiddelen

in vroeg-klinische (fase-1) studies. Ook gebeurt er onderzoek naar gepast gebruik van dure medicatie en dosisoptimalisatie. Natuurlijk werken we met anios en leiden we aios op. Het gebeurt regelmatig dat anios, die aansluitend promotieonderzoek bij ons doen, in opleiding komen, het aandachtsgebied medische oncologie bij ons doen en vervolgens als internist-oncoloog hier blijven werken.

De lijnen zijn kort, met snel overleg binnen- en buitenshuis. We zetten graag extra stappen, willen onze verwijzers snel en goed van dienst zijn. De balans tussen werk en privé? Als je alleen tijdens kantooruren werkt, sta je niet op internationale podia en daar staan divers in onze vakgroep wél. Tegelijkertijd is er aandacht voor zaken buiten het werk en komen bij de koffie persoonlijke hobby's aan bod: één collega restaureert bijvoorbeeld oude auto's waarmee hij door Europa toert. Een ander vertelt over haar sabbatical, waarin ze ging tuinieren in bijzondere Engelse tuinen. Ook daar komt dan toch weer die gedrevenheid kijken. Mede daarom werk ik hier graag.’



dossier
Diversiteit



Diversiteit in ervaringen en perspectieven verrijken de zorg. Hoe zorgen we ervoor dat er het geluid van mensen van diverse pluimage gehoord en gewaardeerd wordt? Wat is de waarde van tegengeluid? En hoe kan de werving en selectie diverser en inclusiever worden? →



Werkgroep werving en selectie

‘Zodat blinde vlekken bij selectie verdwijnen’

Wie rondloopt in een ziekenhuis, ziet dat artsen geen adequate afspiegeling van de samenleving zijn. De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) wil dit veranderen en Ilias Attaye, Thera Links en Adrienne Zandbergen vertellen hoe.

TEKST THESSA LAGEMAN | BEELD ISTOCKPHOTO

Ilias Attaye

is arts in opleiding tot specialist (aios) interne geneeskunde in het Erasmus MC en voorzitter van de commissie diversiteit en inclusiviteit van de Junior Nederlandse Internisten Vereniging (jNIV).

Thera Links

is hoofdopleider interne geneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG)/regio Groningen.

Adrienne Zandbergen

is hoofdopleider interne geneeskunde in het Erasmus MC/regio Rotterdam en voorzitter van het Concilium van de NIV.

Alle drie zijn lid van het werkgroep werving en selectie van het Concilium van de NIV.

Tot niet zo lang geleden bestond het idee dat de selectie voor de opleiding tot internist prima verliep. Maar dat beeld is de afgelopen jaren gekanteld.

‘Hoe verder je komt in de hiërarchie in het ziekenhuis, hoe minder diversiteit je tegenkomt’, zegt Ilias Attaye, die in het vierde jaar van zijn opleiding tot internist zit. Het gaat om diversiteit in de breedste zin van het woord, benadrukt Attaye. Hijzelf is geboren in Afghanistan en op vierjarige leeftijd naar Nederland gekomen. Hij noemt etnische verschillen, gender en sekse, mensen uit de LHBTI+-gemeenschap, beperkingen, verschillende sociaaleconomische achtergrond en opleidingsniveaus. Maar ook een waardevolle levenservaring of achtergrond. Hij wil benadrukken: ‘Iedereen heeft iets bijzonders, of je nu wel of niet alle zeven vinkjes hebt, zoals Joris Luyendijk die beschrijft. Alleen bij sommigen zie je dat wat meer aan het uiterlijk of de naam. Door de groep zorgprofessionals diverser te maken, vergroot je de kansengelijkheid voor studen-

ten, en bevorderen we de kwaliteit van zorg voor al onze patiënten. Hiermee kunnen we de gezondheidskloof verkleinen.’

Optimale zorg en werkplezier

Zijn collega, Adrienne Zandbergen, ook werkzaam in het Erasmus MC, vertelt: ‘Ik dacht vijf jaar geleden dat we een heel diverse groep aios aannamen in onze opleidingsregio, maar dat bleek helemaal niet zo te zijn. Toen een collega en ik dit onderzochten, bleek de kans om te worden aangenomen veel kleiner voor mensen zonder promotie op zak en een niet-westerse achtergrond.’ Ze voegt eraan toe: ‘Dat moet veranderen. Met een minder diverse beroepsgroep lever je geen optimale zorg aan al onze patiënten. Bovendien zorgt een divers en inclusief team voor meer werkplezier, duurzame inzetbaarheid en betere prestaties. Thera Links is net als Zandbergen hoofdopleider interne geneeskunde, maar dan in het UMC Groningen en zegt: ‘We dachten inderdaad dat we best wel rekening hielden met alle verschillen tussen de sollicitanten.



Maar we kwamen er steeds meer achter dat we heel erg selecteerden op basis van onze eigen context, iets wat vertrouwd is.’

Minderheden binnen de opleiding

Vanuit het Concilium werd vier jaar geleden een werkgroep opgericht ter verbetering van de werving en selectie van aios en daarmee het bevorderen van diversiteit en inclusiviteit. Inmiddels zijn daar twee leden van de jNIV-commissie Diversiteit en Inclusiviteit bij aangesloten. Allereerst bracht de werkgroep in kaart hoe het gesteld was met de representatie van minderheden binnen de opleiding in de zeven verschillende regio's. En hoe elk opleidingscentrum de selectieprocedure georganiseerd had. Zandbergen: ‘We keken bij elkaar in de keuken: wat doen we eigenlijk en doen we het wel goed?’ De werkgroep werving en selectie werkte de afgelopen jaren aan het vergroten van de bewustwording over dit onderwerp. Bijvoorbeeld door bijeenkomsten over het onderwerp en artikelen in vakbladen. Links: ‘Zodat de blinde vlekken bij de selectie langzaam maar zeker verdwijnen.’ De werkgroepleden worden inmiddels geregeld uitgenodigd om presentaties te verzorgen bij andere wetenschappelijke verenigingen en bij de Federatie Medisch Specialisten (FMS). Een deel van de opleiders volgde al een zogenoemde ‘implicit bias’ training. Dat gaf veel inzicht, vertelt Zandbergen: ‘Over hoe je in een split second, zodra iemand binnenstapt, je oordeel al velt.’ Attaye vertelt: ‘We zijn op het punt dat veel mensen erkennen dat er een probleem is. En nu zijn we bezig met concrete veranderingen.’

‘Een divers en inclusief team zorgt voor meer werkplezier, duurzame inzetbaarheid en betere prestaties’

Wat vindt de NIV?

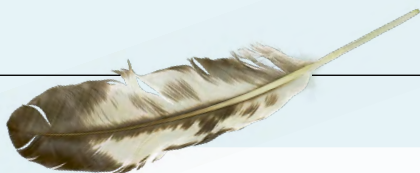
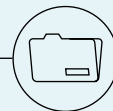
Een belangrijke kracht van de NIV is dat ze gebouwd is op diversiteit. We bestaan uit verschillende internisten, generaties, deelspecialismen en juist die veelkleurigheid maakt ons krachtig. Gelukkig hebben we de afgelopen jaren een enorme inhaalslag gemaakt in de diversiteit van nieuwe collega's die ervoor kiezen om internist te worden. Als NIV hebben we ingezet op het verbeteren van de werving en selectie, waarbij diversiteit en inclusiviteit centraal staan. Want divers samengestelde teams, met variatie in perspectieven, ervaringen en achtergronden, hebben samen meer denkkracht, een bredere blik op de zorg en dragen bij aan een sterkere en innovatievere beroepsgroep.

Robin Peeters, internist-endocrinoloog en (tot eind november 2025) voorzitter NIV



Anoniem solliciteren

Is anoniem solliciteren misschien de oplossing? In de praktijk blijkt dit niet goed te werken, licht Zandbergen toe. De meeste kandidaten werken namelijk al als anios in de regio, waardoor sollicitanten, ook zonder naam, snel herkend worden. Ook de literatuur is wisselend over hoe zinvol deze aanpak is. ‘We moeten er toch eigenlijk naartoe dat we de verschillen omarmen,’ zegt Zandbergen. De werkgroep heeft ook aandacht voor het feit dat er überhaupt relatief weinig mensen uit minderheidsgroepen solliciteren voor een opleidingsplaats. Verschillende initiatieven proberen hier verandering in te brengen. ‘We moeten geneeskundestudenten laten zien dat de opleiding tot internist voor iedereen haalbaar is,’ legt Attaye uit. Zo vertellen leden van de werkgroep tijdens bijeenkomsten op de universiteiten hoe je internist kunt worden. ‘Het is belangrijk om rolmodellen te hebben,’ zegt hij. ‘En om duidelijk te maken dat het traject dat je van oudsher moest afleggen om in opleiding te →



→ komen, veranderd is. Je hoeft niet meer per se gepromoveerd te zijn bijvoorbeeld.' Links vertelt over de activiteiten die haar collega, Netty Bos-Veneman (arts Maatschappij & Gezondheid in het UMCG) heeft ontwikkeld, die hierin enorm ondersteunend zijn. Zij heeft het Eerstegeneratienetwerk opgericht om de talenten van geneeskundestudenten uit niet-hoogopgeleide, niet-medisch geschoolde gezinnen te ondersteunen in een succesvolle carrière als arts.

De werkgroep werving en selectie van het Concilium werkt niet alleen aan een meer diverse beroepsgroep, maar ook aan meer inclusiviteit op de werkvloer, zodat collega's zich veilig en welkom voelen. Bevorderen van inclusieve patiëntenzorg omvat onder andere onderwijs over bijvoorbeeld cultuursensitieve zorg en communicatievaardigheden. Attye: 'Om een bredere doelgroep te bereiken en meer stappen te kunnen zetten heeft de NIV besloten om de jNIV-commissie Diversiteit en Inclusiviteit uit te breiden naar een volwaardige NIV-commissie.'

Bij het Erasmus MC is het selectieproces de afgelopen jaren enorm veranderd, vertelt Zandbergen. 'Rotterdam is natuurlijk een zeer multiculturele stad met meer dan 170 nationaliteiten.' Inmiddels werken zij en haar collega's bij de sollicitatiegesprekken met standaardvragen, en worden de criteria waarop gescoord wordt vooraf afgesproken. 'Zodat je zo objectief mogelijk mensen beoordeelt en dus ook aanneemt. En niet meer selecteert op basis van je onderbuikgevoel.' Daarnaast wordt onderzoek gedaan onder de sollicitanten binnen het Erasmus MC, over het sollicitatieprocedure en de weg ernaartoe. 'Om daarvan te leren hoe je mensen beter bereikt en het proces transparanter en eerlijker maakt.'

Olievlek

Dit soort initiatieven verspreiden zich als een olievlek over het land, vertelt het drietal. Wel selecteren de regio's nog steeds op hun eigen manier. 'We zijn nog niet zo ver dat we het landelijk gelijktrekken', vertelt Links, 'want iedereen heeft behoefte

aan een beetje eigen lokale kleur.' Maar, zeggen ze ook: je kunt wel een aantal zaken uniform maken. Zo adviseren zij bijvoorbeeld om alle opleiders een training te laten volgen om *implicit bias* bij de selectie te verminderen. Ook pleiten zij voor optimale transparantie over het selectieproces en gebruik te maken van een gestructureerd vraaggesprek. De werkgroep werving en selectie heeft nu een vast agendapunt tijdens de vergadering van het Concilium van de NIV. Links: 'Daar delen we de laatste ontwikkelingen. Een paar jaar geleden zei iedereen: nou, het gaat top, er is totaal geen probleem en zie hoe we nu bezig zijn het proces te verbeteren. Het motto van de NIV is niet voor niets

Hoe kijk jij tegen diversiteit en selectie aan? We vroegen het aan Yvonne Schrama, internist-nefroloog, opleider Franciscus Gasthuis, en Amaal Eman Abdulle, aios interne geneeskunde UMCG.



Yvonne Schrama

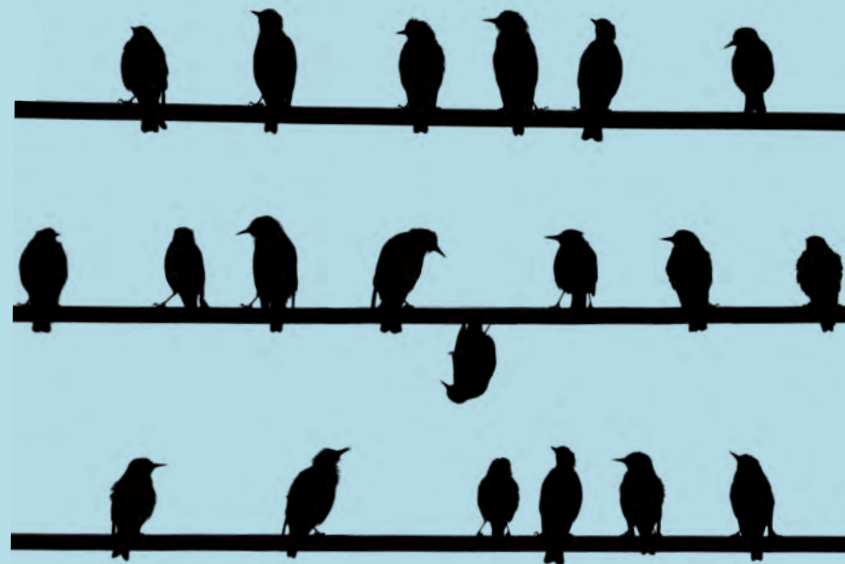
'In 2000 stond ik als vrouw tijdens een sollicitatie tegenover twaalf mannen en kreeg de vraag; "wie koopt er vanavond?" In 2025 staat de sollicitant tegenover een gebalanceerde commissie inclusief aios en eigen opleider en vragen we via een STAR-toets naar competenties, om de beste sterren aan bod te laten komen. Naast aandacht voor promotie en CV is er nu echt interesse voor levensloop en is er oog voor bijzondere aanvliegroutes en leermomenten in een leven zonder vinkjes. We doen ons best om in de volle breedte te selecteren. In 25 jaar is er veel veranderd.'



Amaal Eman Abdulle

'Ik vind diversiteit binnen de selectie van groot belang. Een divers opleidingsklimaat draagt direct bij aan cultuursensitieve zorg. Als artsen in opleiding verschillende achtergronden, perspectieven en ervaringen meenemen, begrijpen we beter hoe bijvoorbeeld cultuur, taal en normen/waarden de zorg beïnvloeden. Ik denk dat dit ons niet alleen empathischer zal maken, maar ook effectiever in de communicatie met patiënten. Daarom vind ik dat selectieprocedures verder moeten kijken dan cijfers (en de zeven vinkjes) en dat zien we gelukkig ook steeds meer in.'

"kracht door diversiteit". Mooi is dat de NIV nu ook een commissie Diversiteit en Inclusiviteit gaat opstarten, zodat dit onderwerp breder draagvlak krijgt.' De geïnterviewden noemen het *work in progress*: kleine stapjes die uiteindelijk moeten leiden tot een diverse en inclusieve beroepsgroep. Links: 'Zodat we onze diverse patiëntenpopulatie optimaal kunnen begrijpen en behandelen. Het zijn heel veel puzzelstukjes, waar wij er nu een paar van oppakken.' Zandbergen: 'Voor mijn gevoel nemen we inmiddels een veel meer diverse groep aios aan.' Maar, geeft ze toe: 'Destijds had ik ook het gevoel dat we het goed deden. Dus we moeten opnieuw onderzoeken of dat inderdaad zo is.' 📌



Omarm paradijsvogels op de werkvloer

Harry, geesteskind van antropoloog Danielle Braun, is het vogeltje dat de wereld van een andere kant bekijkt, dat afwijkt van de norm. Harry is reuze nuttig op de werkvloer.

Harry's zijn overal. Harry is de dochter die alleen sportleggings wenst te dragen, de patiënt die niet de voorgestelde behandeling wil maar een 'aangepaste' variant, de collega wiens inzichten worden ontvangen met een besmuikt lachje of een ongemakkelijke stilte, de geleerde die lang geleden beweerde dat de aarde rond is. Harry staat voor de minderheidsstem: de afwijking van de norm. Harry gedraagt zich flamboyant (de spreekwoordelijke paradijsvogel), is volledig overtuigd van zijn of haar inzicht, maar kan ook teruggetrokken zijn. Soms vinden we Harry leuk, verfrissend of interessant, maar

minstens zo vaak ergeren we ons, vragen we om 'even normaal te doen' of luisteren we niet. Of we zijn bezorgd dat Harry zich op deze manier buiten de groep plaatst. Gemiste kansen, want Harry's zorgen voor vernieuwing en ontdekkingen, ook in het medische landschap.

Corporate antropoloog

Harry is een bedenksel van antropoloog Danielle Braun. Zij bestudeert sociale relaties, culturele diversiteit, gedragingen en waarden van mensen wereldwijd. Braun reist daarvoor naar andere delen van de wereld om te leren over

Hoe ga je met Harry om in vergaderingen en de spreekkamer? 5 tips

- 1 Heb expliciet aandacht voor Harry door te vragen: heeft iemand een ander idee of denkt iemand hier anders over?
- 2 Luister oprecht naar het antwoord. Zo wordt een waardevol tegengeluid sneller gehoord, kennis optimaal benut en onnodige ergernis of wrijving voorkomen.
- 3 Neem de tijd om het tegengeluid te analyseren. Besluitvorming kost zo mogelijk meer tijd, maar dit vermindert weerstand in de uitvoering.
- 4 Luister onbevooroordeeld naar je patiënt. Soms willen patiënten het net een beetje anders. Dat kan storend zijn of medisch-inhoudelijk lastig, maar soms is anders juist leuk en nuttig. Een andere aanpak betekent niet per se een slechtere aanpak.
- 5 Vraag jezelf af: moet ik deze ideeën de patiënt echt ontraden? Of vormen ze misschien een goed alternatief en leveren ze wellicht zelfs kennis op waarvan anderen kunnen profiteren?

de gebruiken in andere culturen. Als corporate antropoloog bekijkt ze hoe die kennis binnen organisaties kan worden toegepast. Braun stelt dat het belangrijk is om naar Harry te luisteren. Om te kunnen bepalen of zijn ideeën gek of juist briljant zijn. Als we niet naar Harry luisteren, dan bestaat de kans dat hij of zij gaat saboteran, bijvoorbeeld door (sarcastische) grapjes te maken, te roddelen, of opzettelijk tegen te werken of te vertragen. Dat komt natuurlijk niet ten goede aan een efficiënte en constructieve samenwerking. Omarm dus de Harry's op uw werkvloer en daarbuiten. 📌



‘Normale mensen bestaan alleen in de statistieken’

Psychiater en coach Mireille Boerma heeft een eigen praktijk en helpt organisaties met inclusiviteit op de werkvloer. ‘Managers zijn doorgaans zeer begaan met diversiteit en inclusie. Maar vaak weten ze niet hoe ze het op de werkvloer moeten vertalen, ook in ziekenhuizen.’

TEKST FRED HERMSEN | BEELD FRED HERMSEN, YOUTUBE

De gebrekkige vertaalslag op de werkvloer begint bij de vele misverstanden over mentale aandoeningen. ‘Iedereen lijkt tegenwoordig feilloos ADHD of autisme te kunnen herkennen en plakt maar al te graag een label voor alle duidelijkheid. Zo zou een ADHD’er ongeleid, overactief en creatief zijn, en een autist zou stuurs zijn en zich niet kunnen verplaatsen in de ander.’

Wat het wel is? Ze legt uit: ‘Mensen met ADHD missen een goed werkend filter in het brein voor inkomende signalen, alles wat ze zien of horen komt daardoor als een rood vlaggetje binnen. Hierdoor kunnen ze moeilijk prioriteiten aanbrengen, keuzes maken en een planning volgen. En als ze eenmaal op gang zijn met een intensieve taak, komen ze terecht in een hyperfocus. Ook die vergt veel van hun energie. We zien dus weliswaar soms tomeloze energie bij mensen met ADHD, maar daar tegenover kunnen ook episodes van grote vermoeidheid en lusteloosheid staan.’

Honderd manieren

Voor autisme geldt iets anders: ‘Mensen met autisme kunnen overgevoelig of juist ondergevoelig zijn voor sociale prikkels en raken verward als ze voor hen onduidelijke signalen niet goed kunnen interpreteren. Om die reden hechten ze aan rust, veilige



Mireille Boerma is zelfstandig psychiater, coacht organisaties en heeft een YouTube-kanaal met informatieve video's over de praktijk van psychiatrische aandoeningen: drmirvtv.com. Ze is medeauteur van het onlangs uitgegeven boek 'Brein Hormonen Seks'.

routines en vatten ze vaak letterlijk op wat je tegen hen zegt.’ Maar dat ze zich niet zouden kunnen inleven in de ander klopt niet, stelt de psychiater. ‘Mensen met autisme zien alleen honderd manieren waarop ze zouden kunnen reageren, en al die opties overweldigen hen. Daardoor raken ze in paniek, slaan ze dicht of toveren ze een standaardreactie tevoorschijn die in het verleden heeft gewerkt.’

ADHD en autisme staan, naast veel andere aandoeningen als depressiviteit, angststoornissen en narcistische persoonlijkheidsstoornis beschreven in het Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

(DSM). Mensen kunnen er veel of maar een klein beetje last van hebben. Pas als er sprake is van significant lijden op meerdere levensgebieden, wordt de diagnose gesteld. Boerma: ‘De meeste mensen, dus ook veel artsen, hebben wel in enige mate trekken van een aandoening zonder dat ze het zelf door hebben en zonder dat het hen zwaar belemmert. Normale mensen bestaan dus alleen in de statistieken. Ieder brein is uniek bedraad.’

Naast de aandoeningen in de DSM zijn ook veel lastige afwijkingen niet formeel beschreven, zoals dyslexie en dyscalculie. ‘Tel daarbij op dat aandoeningen zich bij

vrouwen vaak anders manifesteren dan bij mannen, en dat vrouwen bovendien in hun leven te maken krijgen met de menstruatiecyclus, zwangerschap en de overgang, dan begrijp je dat een inclusieve werksfeer voor alle soorten mensen gaat over het faciliteren van veel soorten behoeftes. Bovendien hoort bij het streven naar diversiteit ook een inclusieve cultuur voor mensen van diverse genders en alle mogelijke culturele achtergronden.’

Boerma ziet dat managers hun verantwoordelijkheid voor een veilige en inclusieve werksfeer echter liever niet te complex willen maken. ‘De kennis over dit soort aandoeningen is doorgaans beperkt, en dat leidt tot onzorgvuldigheid. Zo zetten IT-bedrijven vaak hun deuren open voor mensen met autisme, omdat die vaak goed zijn in het oplossen complexe en abstracte puzzels. Maar tegelijkertijd wordt van deze mensen, met dikwijls sociale angsten, wel verwacht dat ze meedoen aan de gezellige teamborrels en worden ze aan het werk gezet in drukke kantoorruimten. Dan ontstaan al snel spanningen op de werkvloer. Als werkgever doe je er dus goed aan je grondig te laten informeren over neurodivergentie.’

Het is Chefsache

De oplossing ligt volgens Boerma in het open en respectvol gesprek over ieders krachten en kwetsbaarheden. Dat gesprek begint al bij selectieprocedures en in assessments. ‘Ik raad sollicitanten af om al direct melding te maken van een eventuele aandoening, omdat ze dan vooral met vooroordelen en aannames over hun aandoening te maken krijgen, zonder dat gaat over hun specifieke krachten en kwetsbaarheden. Maar je kunt wel praten over wat je van elkaar mag verwachten, op basis van die krachten en kwetsbaarheden, en wat nodig is op de werkvloer om prettig en effectief te



↑ Bekende tv-dokters van heel diverse pluimage. Met de klok mee: Kerry Weaver (ER), Gregory House (House) en Shaun Murphy (The Good Doctor).

kunnen werken. En dan kan de conclusie dus ook zijn dat de kandidaat niet geschikt is voor het aangeboden werk, of dat je als werkgever niet de faciliteiten kunt bieden die de werknemer nodig heeft, bijvoorbeeld een prikkelarme werkomgeving.’ Op de vraag of dit persoonlijke maatwerk niet op gespannen voet staat met de productiviteit die iedere organisatie nu eenmaal moet draaien, zegt ze: ‘Je komt in deze tijd niet meer weg met de opmerking: niet zeuren, maar poetsen. Inclusiviteit vergt zorgvuldige afwegingen en soms inderdaad ingrijpende keuzes. Daarom moet je diversiteit en inclusie ook niet beleggen bij een HR-medewerker zonder veel mandaat; het is Chefsache. Iemand in de top van de organisatie met een metablik die afgewogen kaders neerzet en bewaakt.’

Stoere cowboys

Over medisch specialisten zegt ze: ‘Ik heb geen onderzoek kunnen vinden dat iets zegt over veel voorkomende neurodivergentie onder groepen medisch specialisten.’ Maar ze is bereid een wilde gok te doen: ‘In het algemeen zijn chirurgen de stoere cowboys (m/v/x). Neurologen zijn introvert en relatief minder sociaal; kinderartsen zijn communicatief sterk, en internisten zitten overal een beetje tussenin. Huisartsen

zijn eigenheimers en psychiaters vreemde vogels.’ Ze nuanceert met een knipoog: ‘Er zijn vast ook nog subverdelingen te maken: de crisisdienstpsychiater is ook meestal een cowboy; een orthopedisch chirurg is meer cowboy dan een vaatchirurg; de eerste-hulp-arts is ook meer cowboy dan een immunoloog. Ik zou me kunnen voorstellen dat zich onder alle cowboys meer mensen met ADHD bevinden dan onder de introverte types, waar zich vast weer meer mensen met autistische trekken bevinden.’

Alles voor je patiënt

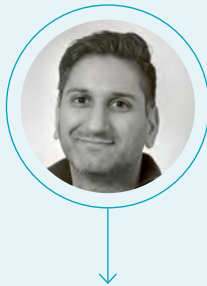
Medisch specialisten staan onder steeds meer druk. Ze zeggen: ‘Laat me nou gewoon eens mijn werk doen, stop ermee om steeds nieuwe thema's over de schutting te gooien.’ ‘Ze hebben groot gelijk’, zegt Boerma. ‘Ziekenhuizen kunnen hun artsen beter beschermen en begeleiden.’ Maar als een arts ook manager is, gaat die vlieger natuurlijk niet op. ‘Dan ben je simpelweg verantwoordelijk voor een inclusieve werkomgeving waarin mensen niet stelselmatig over hun grenzen hoeven te gaan. En toegegeven,’ besluit ze, ‘Medisch specialisten zijn van oudsher niet gewend hun grenzen heel helder aan te geven, ook al doen jongeren dat wel beter dan de oudere generaties. Maar uiteindelijk floreert de patiëntenzorg als een afdeling efficiënt en zorgvuldig werkt. Onderzoek laat zien dat de beste patiëntenzorg onlosmakelijk verbonden is met een inclusieve werkcultuur. En aangezien de meeste mensen wel ergens op een neurodivergent spectrum functioneren, wordt iedereen daar nog eens gelukkiger van ook.’

‘Ik raad sollicitanten af direct melding te maken van een eventuele aandoening’



Hafez Ismaïli M'hamdi

‘Meer diversiteit maakt de kwaliteit van zorg simpelweg beter’



In het kort

Hafez Ismaïli M'hamdi (1981) studeerde na de middelbare school jazzgitaar aan het conservatorium. Hij studeerde vervolgens filosofie en toegepaste ethiek en doceerde muziek en filosofie aan de Universiteit Leiden. Zijn promotieonderzoek aan de Erasmus Universiteit ging over de verantwoordelijkheid voor de gezondheid van kinderen. Nu is hij universitair hoofddocent ethiek aan de Universiteit Maastricht en buigt zich over morele dilemma's, zoals ethische kwesties rondom embryo's. Ook is hij raadslid van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving en vicevoorzitter van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid.

De beroepsgroep medisch-specialistisch/medisch bestuurders is nog niet zo divers samengesteld. Terwijl de studentpopulatie bij geneeskunde wel heel divers is. Hoe kan dat beter? Medisch ethicus en universitair hoofddocent Hafez Ismaïli M'hamdi geeft zijn kijk hierop.

TEKST THESSA LAGEMAN | BEELD ISTOCKPHOTO

Hoe vind je dat het gaat met de diversiteit en inclusie in de medische wereld? ‘Op de geneeskundeopleidingen lopen tegenwoordig veel vrouwen en studenten met een migratieachtergrond rond. Toch blijven ze nog achter wat betreft toegang tot felbegeerde posities, de banen als medisch specialist, bestuursfuncties. Dat kan echt beter. Ik realiseer me dat dit lastig is en dat sommige organisaties met de beste bedoeling proberen dat te veranderen. Maar de praktijk is weerbarstig, omdat met name de bias (onbewuste vooroordelen, red.) niet zomaar verdwijnen. Dat vraagt gerichte inspanning en een lange adem en moed om eerlijk en open te kijken naar de bias in je organisatie. Vaak is de bias diep ingesleten en kan dat

pas echt boven water komen met behulp van expertise van buitenaf: de frisse blik om blinde vlekken zichtbaar te maken. Dat gebeurt soms al wel, maar kan nog beter.’

Hoe maken we de zorg diverser en inclusiever?

‘Als mensen en organisaties zich oprecht en waarachtig inspannen om de bias te onderzoeken en te benoemen, kan de zorg divers en inclusief worden. Mensen denken gemakkelijk “maar we doen ons best” en “we passen het beleid aan”. Dat kan zo zijn, maar in de zorghectiek van alle dag lukt het nog onvoldoende om zeggen en doen op één lijn te krijgen. Het blijft daarom nodig om diversiteit en inclusie steeds op de agenda te houden. En vooral: om de ogen niet te sluiten voor discriminatie. Ik krijg nog

schokkend veel meldingen van studenten, aijs en anios dat ze geconfronteerd worden met stuitende discriminatie. Dat kan toch écht niet meer.’

Hoe vaak komt discriminatie in de zorg voor en wat zouden we eraan kunnen doen?

‘Maar liefst een op de vijf zorgverleners heeft wel eens discriminatie of racisme van collega's of patiënten meegemaakt volgens de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Ik hoor regelmatig van zorgverleners met niet-Nederlandse afkomst die van een patiënt horen: ik wil niet dat je mij helpt, kun je een collega sturen? Dat is ingrijpend, kwetsend en grievend, het tast je menselijke waardigheid aan. Neem het op voor je collega's. Zeg tegen de patiënt die een zorgverlener discrimineert: dat accepteren we hier niet. Als aanspreken van zorgverleners die discrimineren onvoldoende helpt, neem dan disciplinaire maatregelen. Ik vermoed dat dit nog weinig gebeurt. Discriminatie, racisme en uitsluiting maken letterlijk ziek. Onderzoek laat een verband zien tussen het leven in een onrechtvaardige samenleving waarin je wordt gediscrimineerd en de kans om ziek te worden. Eenvoudig is de strijd tegen discriminatie en uitsluiting niet, want

‘Een grotere diversiteit aan collega's betekent meer bronnen van kennis, meer ervaringen’

we leven in een samenleving die aanzienlijk rechtser en populistischer is geworden, waarin discriminatie wordt genormaliseerd. Niet alleen zorgverleners, ook patiënten zelf hebben te maken met discriminatie.’

Waarom is een diversere en inclusievere gezondheidszorg belangrijk?

‘Je kunt je afvragen: wat maakt sekse, gender, afkomst of seksuele oriëntatie van een arts of bestuurder nou uit? Nou, dat maakt veel uit. Een grotere diversiteit aan collega's betekent meer bronnen van kennis, meer ervaringen. Daar wordt de kwaliteit van zorg simpelweg beter van.

Als arts breng je veel meer mee dan alleen je medische expertise. Hoe diverser je team, hoe makkelijker het is de taal achter de taal te begrijpen. Zo ben ik zelf vanuit de Marokkaanse cultuur met het gevoel van schaamte opgevoed. Dan helpt het als degene tegenover je daar kennis van heeft. Een tweede reden waarom de zorg een spiegel van de samenleving moet zijn: als je je leven lang door een arts bent geholpen die wit is en je dat zelf niet bent, denk je sneller: “dit werk is niet voor mij”. Tijdens mijn studie en schooltijd kreeg ik nooit les van iemand met mijn achtergrond. Mijn studenten nu wel en ik weet van hen hoe motiverend het is om dat wel te hebben.’

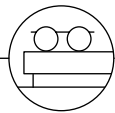
Voor je academische carrière werkte je in de muziekwereld. Hoe zit het daar met diversiteit en inclusie?

‘Daar is het de norm dat mensen vanuit verschillende culturen en verschillende invalshoeken bij elkaar komen. Zeker in de jazz. Musici hebben een open houding.’

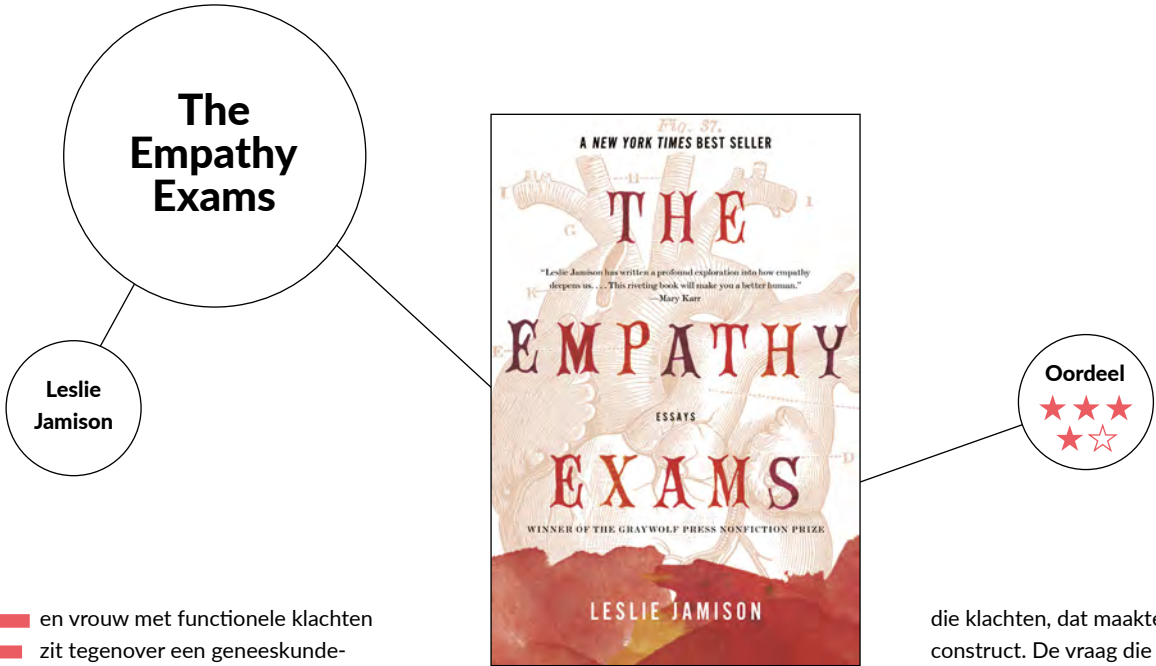


De studentpopulatie bij geneeskunde is tegenwoordig heel divers





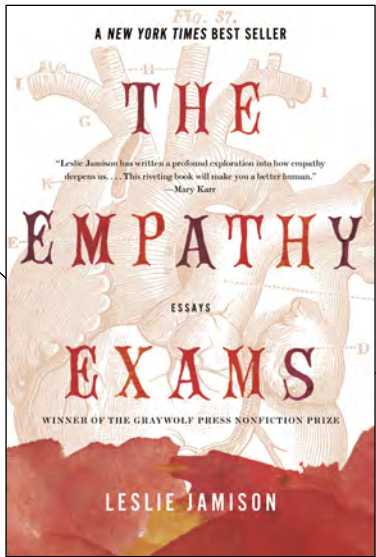
Uitgelezen



Een vrouw met functionele klachten zit tegenover een geneeskunde-student. Het verdriet om haar overleden broer zoekt een uitweg. Hij noteert, denkt, stelt nog een vraag. Zij moet hem beoordelen. Heeft hij empathie getoond, de juiste woorden gebruikt? De vrouw heet Leslie Jamison. Zij speelt een rol: gesimuleerde patiënt, ingehuurd om studenten te trainen. In haar essaybundel *The Empathy Exams* onderzoekt Jamison wat het betekent om de gevoelens van een ander tot je door te laten dringen. Em-pathos, het binnengaan van andermans gevoel. Wat is dat, hoe werkt het? En minstens zo belangrijk: hoe worden pijn en verdriet geuit, en hoe bereiken ze de ander? Om dat te verkennen, put Jamison uit haar eigen ervaringen met ziekte en kwetsbaarheid en trekt het breder: van armoedetoerisme tot fantoomziekten, van straatgeweld tot reality-tv.

Empathie als simulatie

Jamison ziet hoe studenten zorgvuldig de juiste zinnen formuleren. 'Dat moet moeilijk voor u zijn.' Empathisch bedoeld, maar ook ingestudeerd. Hetzelfde gevoel bekruipt haar bij het contact met een van haar artsen. Kan empathie echt zijn als je weet dat het intentioneel is, niet spontaan ontsprongen uit de ander? Ja, zegt Jamison. Empathie is nooit louter een reflex, maar wordt ook gevormd door oefening en intentie. Het is een bewuste



‘Kan empathie echt zijn als je weet dat het intentioneel is, niet spontaan ontsprongen uit de ander?’

inspanning, een manier van kijken, luisteren en vragen. Door die inspanning kan een ervaringslaag zichtbaar worden, voor zowel arts als patiënt, die zich niet laat meten, maar wel bepaalt hoe het lijden wordt beleefd en gedeeld.

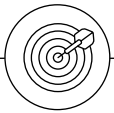
Pijn tussen feit en verhaal

Die ervaring van pijn en emotie heeft twee gezichten: het is tegelijk werkelijk ervaren én gevormd door taal, context en interpretatie. Jamisons eigen ervaringen, van hartproblemen tot een abortus, waren onmiskenbaar echt. Maar hoe ze erover sprak, hoe anderen reageerden, hoe ze betekenis gaf aan

die klachten, dat maakte ze ook tot een construct. De vraag die Jamison oproept, is hoe empathie zich verhoudt tot emoties die zowel lichamelijk als verhalend gevormd zijn. Waarom is het belangrijk om die geconstrueerde kant niet weg te wuiven, maar juist door empathie tot uiting te helpen komen? Omdat in die laag – de taal, de context, de betekenis – veel van het lijden besloten ligt. Wie dat bagatelliseert, loopt het risico een patiënt niet serieus te nemen.

Dialogoog

Ook gezamenlijke besluitvorming vraagt om empathie, om de bereidheid om te horen welk verhaal een patiënt vertelt en welke waarden en zorgen daarachter schuilgaan. In die dialoog ontstaan keuzes die passen bij het leven van de patiënt. *The Empathy Exams* is als een kijkdoos met meerdere openingen, waarin het begrip empathie steeds van een andere kant wordt belicht. Je wordt als lezer uitgenodigd om zelf naar binnen te stappen en je eigen rol in de interactie tussen het uiten van gevoelens en het binnengaan van andermans gevoel te herkennen. In haar precieze, onderzoekende schrijfstijl schuilt een vorm bescheidenheid: het vermogen om te luisteren zonder te beheersen, de grondtoon van empathie. Het is dezelfde houding die ook een internist nodig heeft: een bewuste keuze om aandachtig en analytisch te luisteren, maar met ruimte voor wat zich niet laat meten. ●



Focusvraag

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

Hoe breek jij bewust uit je bubbel?



Christien Boedtha
Internist ouderen-geneeskunde, Bravis ziekenhuis

‘Mijn bubbel wordt deels gevormd door mijn gedachten; door bewuster te voelen en waar te nemen, stap ik daaruit. Ik dans alsof niemand kijkt, laat me meevoeren door de onbevangenheid van mijn kinderen en relativeer bewust. Dankbaarheid - vaak gedeeld door patiënten - prikt de bubbel door en herinnert mij dat het leven meer omvat dan werk.’



Froukje Ubels
internist-vasculair geneeskundige, MC Leeuwarden

‘Een voordeel van mijn werk als internist is dat je met heel veel verschillende mensen in contact komt. Door met aandacht te luisteren, nieuwsgierig te zijn en blijven, probeer ik mijn persoonlijke bubbel te doorbreken. Mijn werkbubbel doorbreek ik regelmatig met (meer-daagse) wandelingen in goed gezelschap: loskomen én opladen!’



Lihui Hu
Internist - medeoprichter De Praktijk Internisten

‘Pak de spreekwoordelijke naald en durf de bubbel door te prikken! De weg naar de bubbel en het doorprikken zijn spannend. Daarbuiten is een hele nieuwe wereld met nieuwe mogelijkheden en kansen. Zoek een gelijkgestemde(n). Samen sta je sterker en kun je elkaar inspireren om buiten de comfortzone te treden.’



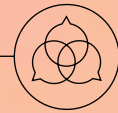
Vikash Marapin
Internist SJG Weert in Weert

‘Ik doorbreek mijn ziekenhuisbubbel door contact te zoeken met mensen buiten mijn vakgebied en werkcultuur. Ik ben politiek en maatschappelijk actief in mijn gemeente en regio. Daardoor hoor ik nieuwe perspectieven, die mijn blik verbreden en mijn zorg mensgerichter maken. Diversiteit begint met luisteren buiten je vertrouwde kring.’



Lidwine Tick
internist hematoloog Máxima MC

‘Afgelopen juni fietste ik de Africa Classic, dwars door Rwanda en Uganda, door wildparken. Een geweldig avontuur! We bezochten AMREF-projecten in scholen en ziekenhuizen, gericht op structurele verbetering van de gezondheid van Afrikaanse meisjes en jonge vrouwen. Ik besefte hierdoor hoe goed de gezondheidszorg in Nederland is en hoe bevoorrecht we zijn.’



Rondetafelgesprek

‘Als je emoties wegdrukt, verlies je een deel van jezelf’

Emoties horen bij het doktersvak. Of het nu gaat om een slechtnieuwsgesprek, een conflict op de afdeling of een klacht van een patiënt: in al deze situaties spelen je gevoelens mee. Toch is praten over emoties op de werkvloer vaak lastig. Tijdens een rondetafelgesprek delen vijf collega's openhartig hun ervaringen. Over stress, verdriet, agressie, onveiligheid en – uiteindelijk – veerkracht.

TEKST BIANCA HAGENAARS | BEELD ANNEMARIE GORISSEN

De medische sector kent een cultuur waarin we vinden dat we sterk moeten zijn', begint Renée Timmermans. 'We mogen niet zwak zijn of zwak overkomen. Deze cultuur is – als ik in mijn eigen omgeving kijk – helaas een van de redenen waarom sommige mensen stoppen. Door de manier waarop we nu vaak omgaan met emoties, twijfel en onzekerheid, denken ze niet geschikt te zijn voor het vak.' Malaika Fuchs herkent dit. 'We werken in een omgeving waar vooral de nadruk ligt op efficiëntie, rationaliteit en medisch-inhoudelijk goede zorg. Er is weinig ruimte om aan te geven dat het je even te veel is, bijvoorbeeld als je ziek bent, een sterfgeval in de familie hebt, of om een andere reden een zware tijd doormaakt.' Terugblikkend zegt zij: 'Ik vond vroeger ook dat ik niet mocht falen, geen zwakte mocht tonen. Gedurende een grote persoonlijke crisis heb ik destijds doorgewerkt, om collega's niet te belasten en uit angst dat ik mijn positie of reputatie zou verliezen. Daar denk ik nu heel anders over. Maar daar moet je in groeien.'

In de staart bijten

De andere rondetafelgasten herkennen deze spanning tussen professionaliteit en kwetsbaarheid. Marieke van Gastel zegt: 'Uiteindelijk zal het gebrek aan openheid over emoties zichzelf in de staart bijten. Als jonge collega's – maar ook de zittende collega's – geen ruimte ervaren om twijfels of onzekerheid te bespreken, verlies je ze. Zo houd je het systeem in stand. Het veranderen van deze cultuur zullen we met z'n allen moeten doen.' De jongere generatie artsen is al opener in het tonen en bespreken van emoties, vinden de tafelgasten. Toch ziet Karin Kaasjager ook hoe coassistenten elkaar onder druk zetten, bijvoorbeeld als ze bezig zijn met het

Hoe merk je emoties op de werkvloer op?

1 Let op je lijf

Hoofdpijn, een knoop in je maag, slecht slapen of voortdurend gejaagd zijn: het zijn vaak de eerste signalen dat er meer speelt dan je denkt.

2 Hoor de onderstroom

Een overdracht waarin iedereen een stalen gezicht houdt, maar de spanning voelbaar is? Grote kans dat er emoties onder tafel blijven.

3 Kijk naar gedrag

Achter cynisme, kortaf reageren of irritatie kan frustratie of verdriet schuilgaan.

4 Herken stressreacties bij jezelf en anderen

Vermijdingsgedrag, hyperfocus of juist blikvernaauwing zijn signalen dat emoties de regie overnemen.

5 Let op schaamte

Wanneer iemand zich terugtrekt of overmatig kritisch is op zichzelf, kan schaamte de onderliggende emotie zijn.

opbouwen van hun curriculum vitae. 'Daarmee houden ze elkaar in de tang. Ik denk dan ook dat er door alle lagen heen nog wel werk aan de winkel is.'

Knoop in je buik

Emoties zijn niet alleen mentaal, maar ook fysiek voelbaar. 'We zijn als dokters goed getraind in het cognitieve stuk,' zegt Malaika. 'Maar ons lijf geeft vaak als eerste belangrijke signalen: slapeloze nachten, hoofdpijn, die knoop in je buik. Dat zijn serieuze waarschuwingen.' Marieke merkt dat ze emoties soms pas dagen later herkent: 'In de hectiek ga je door, maar pas later besef je hoe heftig iets was. Dan komt het alsnog binnen.' Iris van Groeningen vult aan: 'Emoties kunnen je blik vernauwen. Als je boos of verdrietig bent, zie je minder goed wat er om je heen gebeurt. Dat maakt je kwetsbaar in de zorg voor patiënten én in de samenwerking met collega's.'

Onveiligheid en agressie

Soms gaan emoties op de werkvloer verder dan stress of onzekerheid. Karin vertelt dat ze tijdens een spreekuur te maken kreeg met een agressieve patiënt die haar met de dood bedreigde. 'Voor het eerst in mijn leven had ik doodsangst. Wekenlang voelde ik me onveilig. En dat gevoel kon ik niet goed uitdrukken. Iedereen begreep dat het een vervelende situatie was, maar wat mijn →

‘In de hectiek ga je door, maar pas later besef je hoe heftig iets was’

→ gevoel van onveiligheid echt betekende, kon ik niet goed kwijt. En het ergste was dat die patiënt een klacht tegen mij indiende. Ik kreeg te maken met een klachtenfunctionaris die automatisch de kant van de patiënt koos. Dat gaf me echt een verloren gevoel.' Dorine de Vries-Sluijs knikt instemmend: 'Ik kreeg te maken met een patiënt die mij stalkte, wel tien jaar lang. Collega's luisterden wel, maar je voelt toch: iedereen is blij dat het hén niet is overkomen. Dat alleen-zijn is misschien nog het ergst.' Malaika had een soortgelijke ervaring met een agressieve patiënt die langdurige zorg nodig had, maar met zijn gedrag de intensive care ontregelde. 'Ik merkte zelfs dat ik een hekel aan hem kreeg – iets wat voor mij bijna ondenkbaar is. Je eigen schaduwkanten tegenkomen, is confronterend. Maar nog erger vond ik dat intensive care-teamleden zich onveilig begonnen te voelen. De onrust die het teweegbracht, kon ik niet oplossen. Ik ervoer dat als een enorme spagaat.' Het illustreert ook: onveiligheid kan de hele afdeling raken.

Ook anderen zeiden: zet je over die emotie heen. Dat kwam vaak nog harder binnen dan de emotie zelf

Schaamte

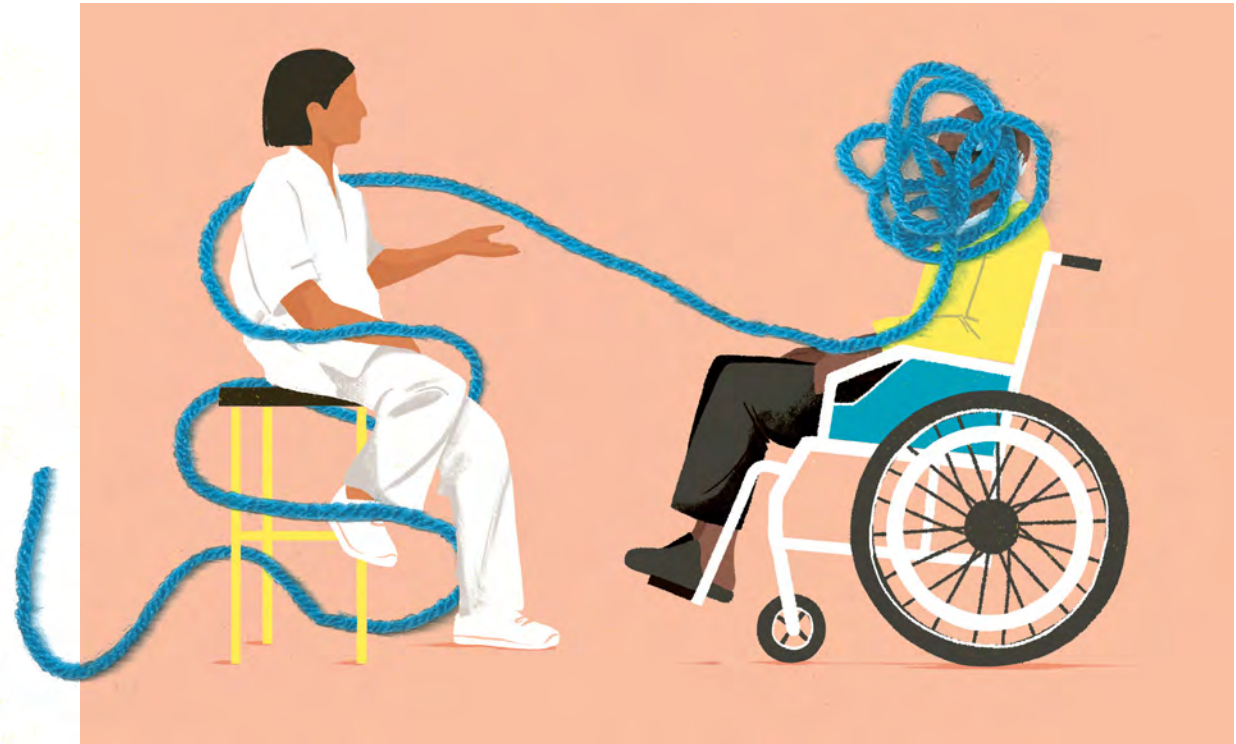
Een terugkerend thema tijdens het rondetafelgesprek is schaamte. Schaamte voor emoties, voor fouten, voor reacties. Renée Timmermans: 'Tijdens mijn eerste baan als arts werd ik geconfronteerd met het overlijden van veelal jonge patiënten. Wat mij dan vaak het meest raakte, waren niet mijn eigen emoties daarbij, maar mijn zelfverwijt over die emoties. Als ik bij een patiënt bijna in tranen was, dacht ik: dit mag niet, ik ben de dokter.' Dat zelfverwijt wordt vaak versterkt door de omgeving. 'Ook anderen zeiden: zet je daar overheen. Dat kwam vaak nog harder binnen dan de emotie zelf,' aldus Renée.

Toch zijn emoties juist een essentieel onderdeel van het doktersvak. Malaika: 'We moeten niet vergeten dat we een relatie hebben met de patiënt, en in die relatie mag onze menselijkheid gewoon doorklinken. Je kunt heel goed laten zien dat de situatie van een patiënt je raakt zonder jouw professionele houding te verliezen.'

Hierbij spelen ook onze eigen oordelen een rol, volgens Malaika. 'We hebben als mens en dokter allemaal oordelen – over onszelf, over collega's, over patiënten – en die kunnen soms in de weg zitten. Juist door die oordelen niet weg te duwen, maar te onderzoeken wat ze je willen vertellen, kun je ze gebruiken als leermoment.' Marieke beaamt dit. 'Als je je emoties wegdrukt, verlies je een deel van jezelf. Dat beïnvloedt je handelen als arts en dat hou je niet vol.'

De tafelgasten concluderen: 'Feedback op je medisch handelen kan je laten groeien. Maar feedback over emoties, feedback die raakt aan wie je bent als mens, kan beschadigen, zeker als dat in een onveilige context gebeurt.' Formele instrumenten, zoals 360 graden-feedback, zijn nuttig, maar de echte winst zit in open, veilige feedbackmomenten. Juist daar ligt voor aiossen veel groei en kwetsbaarheid.

Dorine illustreert hoe groot de impact kan zijn als



emoties genegeerd worden. 'Tijdens een overdracht bleef een collega maar doorpraten over slecht beleid, broddelwerk bij een patiënt. De betrokken collega was er niet bij, de aios moest alles incasseren. Ik zei er iets van. Later kwamen de aiossen naar me toe: "Zo fijn dat je er wat van zei". Ik had niet door dat het zó veel impact had. Iedereen zat daar met een stalen gezicht, maar vanbinnen gebeurde er van alles.'

Dit laat volgens de tafelgasten ook mooi zien dat emoties op de werkvloer en de impact daarvan alleen bespreekbaar worden door eerlijk te zijn en gevoels

met elkaar te delen. Karin probeert dit laatste door haar kwetsbaarheid te tonen. 'Ik probeer een voorbeeld te zijn door mijn eigen emoties te benoemen – of het nu verdriet is om een patiënt, gedrag op de werkvloer of het gevoel dat ik ergens heb gefaald.'

Veerkracht

Alle verhalen laten zien hoe zwaar emoties kunnen wegen, maar ook hoe artsen telkens weer doorgaan. En die veerkracht zit niet in verhard en emoties wegstoppen, maar juist in het erkennen ervan en jezelf toestaan mens te zijn. Maar ook in eerlijkheid, zelfzorg en het durven delen van wat je raakt. 'Blijf dicht bij jezelf,' zegt Karin hierover. 'En ga bij jezelf na of je een goede dokter bent, ook met die emoties.' Malaika vult aan: 'Uiteindelijk zijn we er allemaal bij gebaat als we de beste versie van onszelf mogen zijn – niet alleen met kennis en expertise, maar ook met onze menselijkheid.'

Wat vindt de NIV?

'Emoties horen bij ons werk als internist (i.o.), maar krijgen in de hectiek van de zorg nog lang niet altijd voldoende ruimte. Dit rondetafelgesprek laat zien hoe belangrijk het is dat we kwetsbaarheid normaliseren en oog houden voor elkaar. De NIV wil een cultuur stimuleren waarin wij ons veilig voelen om gevoelens, twijfels en grenzen te delen. Reflectie en

zelfzorg zijn geen zwakte, maar juist een teken van professionele kracht. Alleen als we goed zorgen voor onszelf en elkaar, kunnen we goed blijven zorgen voor onze patiënten.'

Harald Brulez, Internist-nefroloog OLVG en (tot eind november 2025) penningmeester Bestuur NIV

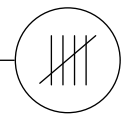


Tafelgasten Voor dit rondetafelgesprek schoven de volgende gesprekspartners aan: **Malaika Fuchs**, internist-intensivist, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen, **Marieke van Gastel**, voorzitter JNIV, aios interne geneeskunde (fellow hematologie), UMC Groningen, **Karin Kaasjager**, internist acute geneeskunde, UMC Utrecht, **Renée Timmermans**, aios interne geneeskunde, Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen en **Dorine de Vries-Sluijs**, internist-infectioloog, Erasmus MC, Rotterdam **Moderator Iris van Groenigen**, internist, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis, Dirksland, secretaris NIV-bestuur

Vijf tips voor het omgaan met emoties op de werkvloer

- 1 Blijf bij jezelf**
Karin: 'Je wordt nooit iemand anders. Juist met emoties en empathie kun je een uitstekende dokter zijn.'
- 2 Werk aan zelfbewustzijn**
Malaika: 'Leer jezelf kennen, reflecteer met een coach. Zelfzorg hoort bij je professionaliteit. En check af ten toe even: hoe gaat het met mij?'
- 3 Zoek waardevolle momenten**
Renée: 'Ik deel dagelijks een trots-momentje met een vriendin. Klein, maar het helpt enorm.'
- 4 Wees eerlijk en durf kwetsbaar te zijn**
Marieke: 'Eerlijkheid opent de deur naar verbinding.'
- 5 Stel jezelf open en deel**
Dorine: 'Zorg dat je het gevoel herkent dat er iets mis is, en negeer dat dan niet.'





In cijfers

De werkgelegenheidsenquête

Hoe vergaat het de artsen die de afgelopen vijf jaar internist geworden zijn? Dat onderzoekt de NIV iedere twee jaar. Hier vind je enkele van de opvallendste resultaten.



56%

van de jonge internisten die tussen 2019 en 2024 klaar waren met de opleiding hebben de werkgelegenheidsenquête ingevuld (was in 2023 57% en in 2021 59%).



65%

van de respondenten is vrouw (was in zowel 2023 als 2021 72%).

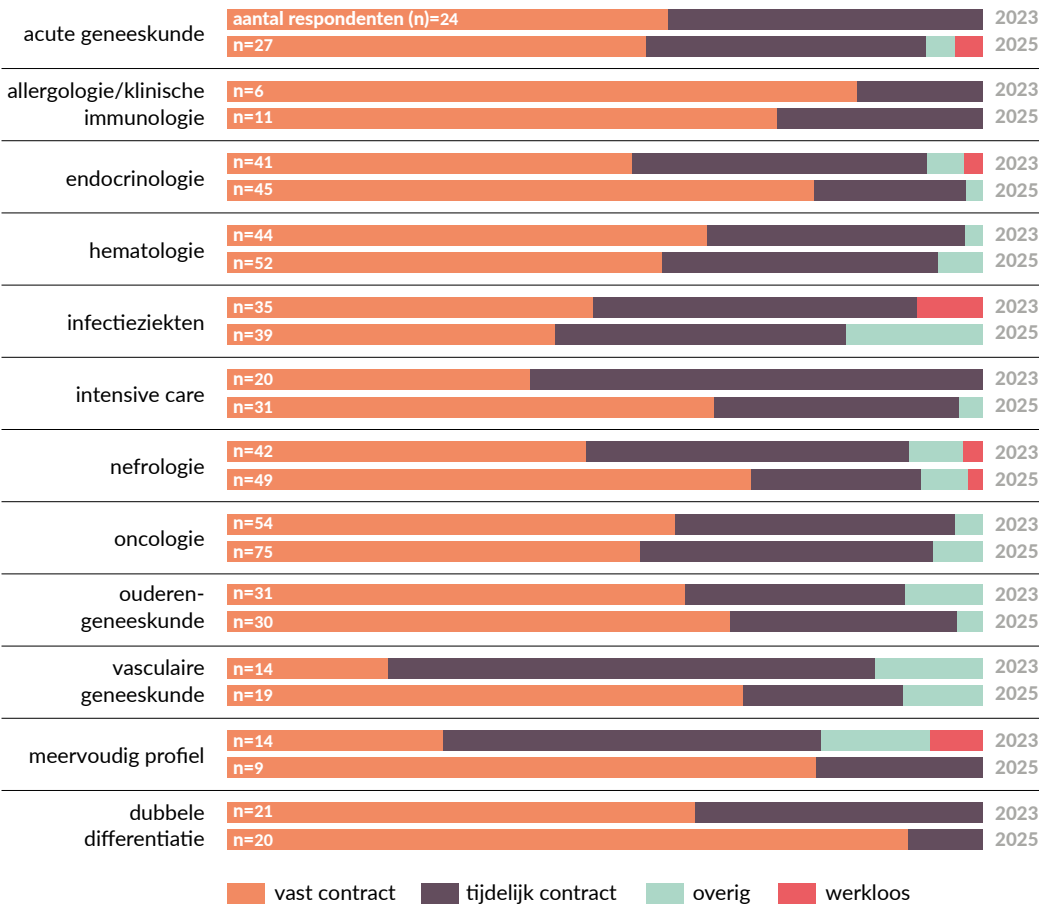


38

is de gemiddelde leeftijd van de respondenten (was in zowel 2023 als 2021 37 jaar).

Werkgelegenheid per differentiatie

Hier zie je grafisch weergegeven hoe het met de werkgelegenheid is per deelspecialisme, alle respondenten zijn hierin meegenomen. Er is in 2025 minder werkloosheid onder de respondenten (0,5% versus 1,5% in 2023). Tegelijkertijd werken er wel meer internisten elders: 5,9% in 2025 tegenover 3,7% in 2023.

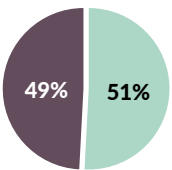


#1

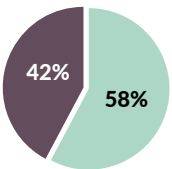
Uit de **JNIV-enquête onder aios** blijkt dat de werkgelegenheid als startende internist het meest urgente thema is. Maar liefst 60% van de aios geeft aan dit onderwerp als belangrijk te beschouwen, een zorg die in alle opleidingsjaren wordt ervaren.

Hoe worden tijdelijke contracten ervaren?

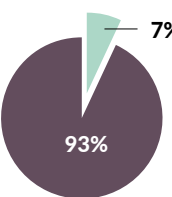
(n=123)



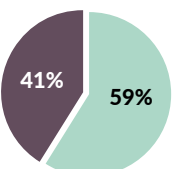
51% voelt zich **niet gelijkwaardig** aan collega met vaste aanstelling



58% doet **geen dienst** voor interne geneeskunde



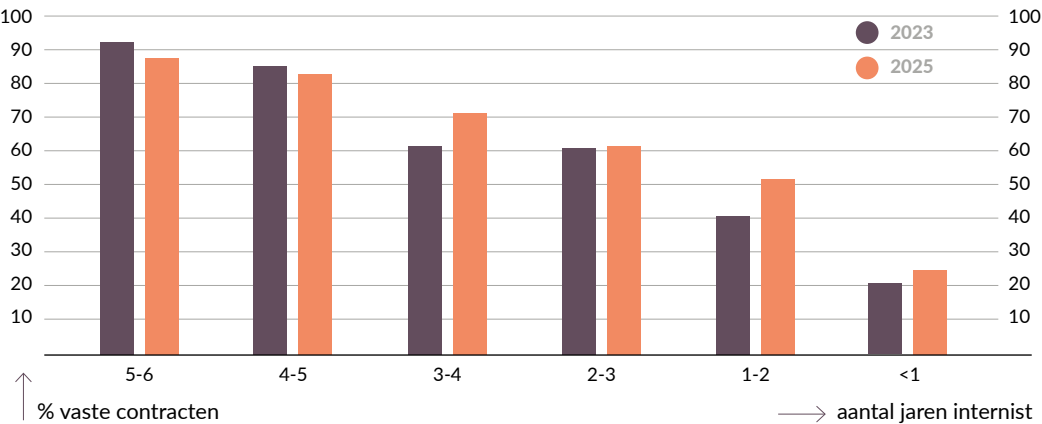
7% voldoet niet aan de **herregistratie-eisen** als internist in de huidige functie. Bij internisten met een vaste aanstelling is dat slechts 1%



59% **werkt meer** dan per contract is vastgesteld. Bij internisten met een vaste aanstelling is dat slechts 28%.

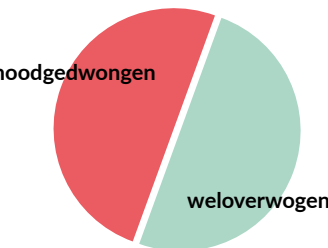
Een vast contract?

Een op de acht jonge internisten heeft ruim vijf jaar na het afronden van de opleiding nog geen vast contract. Het aantal internisten met een vaste aanstelling is juist hoger in de eerste jaren (3-4 jaar) na het afronden van de opleiding ten opzichte van 2023.



Werkzaam als internist

Percentage jonge internisten dat werkt als internist



Fiftyfifty

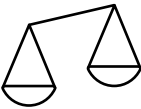
Van de 6% die niet werkzaam zijn als internist is dit voor 50% noodgedwongen en 50% een weloverwogen besluit.



Solliciteren

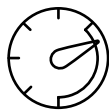
Van de 26 niet-werkzame internisten solliciteren er slechts 2 voor internist. De andere 24 niet. Voor 18 van hen is de reden een uitdagende baan buiten het ziekenhuis.

Hoe ervaren jonge internisten het werk?



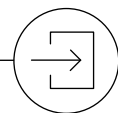
73%

van de respondenten die als internist werkt is tevreden over de werk-/privébalans.



57%

van de respondenten die als internist werkt ervaart een gelijke of zelfs lagere werkdruk dan tijdens de opleiding.



Komen

In deze rubriek komt een nieuwe collega aan het woord. Dit keer:
Sander Kuiper, sinds een jaar internist-infectioloog in Haaglanden MC in Den Haag.

‘Iedereen kijkt nu naar jou’

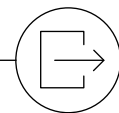


→
Sander Kuiper is
sinds een jaar
internist-infectioloog
in Haaglanden MC
in Den Haag.

‘Ik deed hier het laatste deel van mijn opleiding en kon daarna blijven. Dat was fijn, want de banen liggen niet voor het oprapen. De grootste verandering van aios naar specialist vond ik de verantwoordelijkheid die je krijgt: iedereen kijkt nu naar jou, in plaats van dat jij naar iemand anders kijkt. Maar het is goed en prettig om die verantwoordelijkheid te krijgen. Daar ben je aan het eind van de opleiding wel aan toe. Uiteraard kan ik met vragen nog steeds bij collega's terecht.

Minder documenteren

Binnen de infectieziekten vind ik vooral verscheidenheid aan pathologie en de populatie interessant, waarbij we patiënten met infecties echt kunnen helpen. De patiëntenpopulatie is heel gevarieerd, van jong tot oud. Dat vind ik uitdagend. Daarnaast is de toenemende resistentie voor antibiotica wereldwijd een groot probleem. Het is een van onze taken dat zo veel mogelijk te voorkomen. Mijn werk gaat dus niet alleen om mensen behandelen, maar ook om goede en efficiënte inzet van antibiotica. We proberen uit te dragen dat antibiotica soms in lagere doses gegeven kunnen worden, of soms zelfs achterwege kunnen blijven.’
‘Ik hoop dat de administratie rond het werk de komende jaren minder zal worden. Ik zie daar voor mijzelf als dokter een actieve rol weggelegd. Met bijvoorbeeld transmurale portalen kunnen we gegevens delen, wat bijdraagt aan minder documenteren. En het gebruik van AI in de spreekkamer zal een vlucht nemen. Er zijn al initiatieven op deze gebieden, maar het duurt vaak lang om die in de praktijk te brengen. De administratielast is immers al jarenlang een probleem in de zorg. Het wordt een uitdaging om die te verminderen.’



Gaan

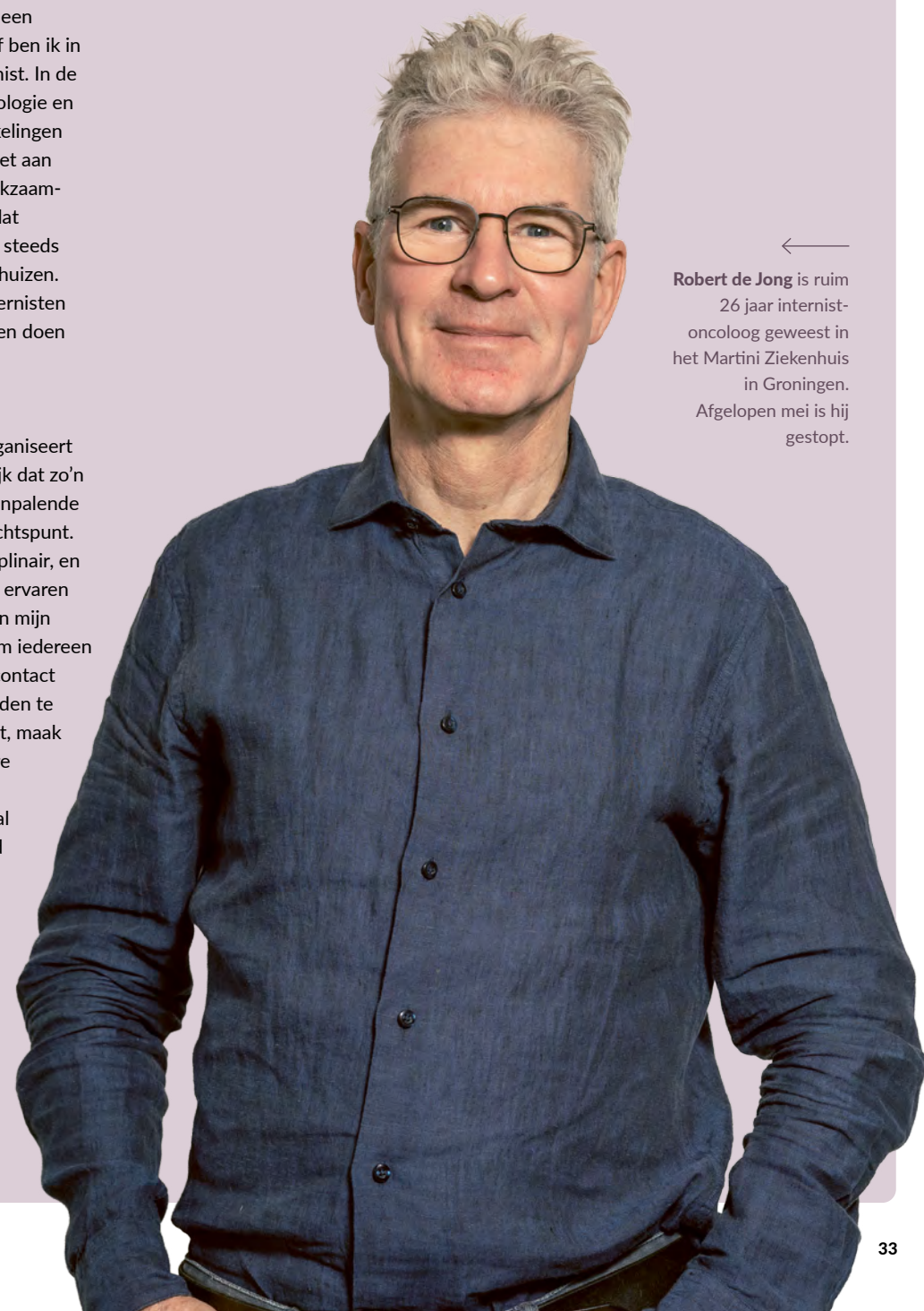
In deze rubriek komt een vertrekkende collega aan het woord. Dit keer:
Robert de Jong, internist-oncoloog in het Martini Ziekenhuis in Groningen.

‘Ik zal de grote verscheidenheid aan mensen missen’

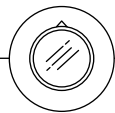
‘De afgelopen kwart eeuw maakte het Martini Ziekenhuis een grote ontwikkeling door qua vakgebied en formatie. Met als gevolg: ruimere behandel mogelijkheden, meer patiënten en een verdubbeling van de vakgroep. Zelf ben ik in de volle breedte opgeleid als internist. In de eerste jaren deed ik ook de hematologie en endoscopieën. Gezien alle ontwikkelingen binnen het vakgebied ontkom je niet aan differentiatie, waardoor je dan werkzaamheden moet loslaten. Ik denk wel dat internisten met een brede blik nog steeds een rol hebben in alle grote ziekenhuizen. Daarom vind ik het positief dat internisten een deel van hun nascholing moeten doen buiten hun eigen differentiatie.

Aanpalende specialismen

Goed dat de NIV nu nascholing organiseert via De Brede Basis. Het is belangrijk dat zo'n basis er blijft. De contacten met aanpalende specialismen zijn een ander aandachtspunt. De oncologie is sowieso multidisciplinair, en zelf heb ik die samenwerking altijd ervaren als een van de leukste aspecten van mijn werk. Bij mijn vertrek heb ik daarom iedereen op het hart gedrukt met elkaar in contact te blijven en elkaars eigenaardigheden te respecteren. En als je ergens begint, maak dan kennis met collega's van andere afdelingen. Verder: blijf gezond en pas goed op jezelf. Wat ik vooral zal missen is de grote verscheidenheid aan mensen die je als arts dagelijks tegenkomt. Maar daar staan genoeg dingen tegenover waar nu wel tijd voor is. Zo ben ik fanatiek wielrenner en heb de afgelopen jaren veel fietstochten door de bergen gemaakt. Mijn vrouw deelt die passie en we hopen de komende jaren dat samen te kunnen blijven doen.’



←
Robert de Jong is ruim
26 jaar internist-
oncoloog geweest in
het Martini Ziekenhuis
in Groningen.
Afgelopen mei is hij
gestopt.



Spiegeltje, spiegeltje

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

Mijn kijk op de internist? Vanuit de systemische blik, zoals ze dat bij coaching zo mooi zeggen. Coaching op dit vlak heeft de internist in ieder geval niet nodig. Want als internist kijk je altijd vanuit een systemische blik! Eigenlijk zijn internisten de coaches van het ziekenhuis. (Ik dacht altijd dat ik dat was als radioloog, maar dat klopt dus niet).

De internist als coach met wie je als collega-specialist een kopje koffie kan drinken als het even tegen zit en die naar je luistert. Zien, horen, steunen. Zien, horen, waarderen en als afsluiting een consult plus labonderzoek.

Humor met inhoud

Ik denk trouwens dat internisten veel humor met inhoud hebben! Hoe ik dit weet? Verschillende internisten geven aan dat hun kinderen mij volgen op Instagram en Tiktok en dat hun kinderen zich afvragen 'wat is dat precies: een radioloog?' (dat vragen ze zich blijkbaar niet af bij een internist). Die belangstelling voor humor met inhoud moet in het genetisch materiaal zitten! Dit zal ook weer samenhangen met de open systemische blik van de internist.

(Voor wie het gemist heeft: mijn werk als radioloog-hoogleraar-bestuurder met duizenden uren noeste arbeid is ondergesneeuwd door een *claim-to-fame* hype op social media over kleine contactmomenten met een lach onder het motto: 'volg mij voor humor met inhoud')

In mijn boekenclub (vast en zeker ook populair bij internisten?) heb ik deze week het boek *Working identity* gelezen van Herminia Ibarra (dat wil zeggen als radioloog ging ik vooral op zoek naar de illustraties...). Ik geloof dat we meerdere identiteiten kunnen hebben

Jeroen Hendrikse,
afdelingshoofd en radioloog
UMCU



‘We kunnen meerdere identiteiten hebben die overlappen’

die overlappen. Dus de identiteiten van radiologen, internisten en andere beroepsgroepen zullen deels overlappen en deels verschillen. Een stukje theorie? Mag dat? Ik geloof in 'overlappende vlakken' voor een leven lang leren. Overlappende vlakken is daarbij een beeldspraak voor een leven lang leren (als professional), als team en als organisatie. Door nieuwsgierig te blijven en overlap te creëren met andere kennisgebieden, teams en organisaties (met andere kennis en vaardigheden) word je uitgedaagd om te blijven leren.

Heerlijke mix

Als voorzitter van de zorgdivisie Beeld en Oncologie (de naam verwijst al naar de overlappende vlakken!) werk ik met een heerlijke mix van internisten, chirurgen, radiotherapeuten en radiologen. Al vijf jaar lang geniet ik van de messcherpe systemische analyses van internisten!

Tot slot een stukje systemische blik. Ik geloof er heel sterk in dat we als beroepsgroepen de overlappende vlakken groter kunnen maken en daardoor meer van elkaar kunnen leren. 🍷

Meer Jeroen

Volg mij (en de internist) voor humor met inhoud!

- www.instagram.com/hendriksejeroen
- www.linkedin.com/in/jeroen-hendrikse-

Colofon

De Internist | 16e jaargang, nummer 2, 2025 | **Redactie** Iris van Groeningen (hoofredacteur), Emilie van Lingen, Janine Nuver, Darius Soonawala, Art Vreugdenhil, Heleen de Wit | **Eindredactie en bladmanagement** Joke van Rooyen (Maters en Hermesen) | **Redactie-adres** info@internisten.nl | **Vormgeving** Annemarie Gorissen | **Beeld omslag** Marleen Kuipers | **Productiebegeleiding** Mailtraffic | © NIV, 2025
Website NIV: www.internisten.nl | De Internist is een uitgave van de Nederlandse Internistenvereniging (NIV) en verschijnt tweekeer per jaar in een oplage van 4.000 exemplaren. De Internist wordt kosteloos toegestuurd aan alle internisten in Nederland die aangesloten zijn bij de NIV en aan artsen in opleiding die lid zijn van de jNIV.

Niets uit deze uitgave mag geheel of gedeeltelijk worden veeveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze dan ook, zonder schriftelijke toestemming van de uitgever en de makers van het werk. De Internist is niet aansprakelijk voor eventuele onjuistheden in deze uitgave. De Internist is niet verantwoordelijk voor handelingen van derden die mogelijk voortvloeien uit het lezen van deze uitgave. De uitspraken van auteurs en geïnterviewden in artikelen in deze uitgave weerspiegelen niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NIV.



Yvo Smulders is hoogleraar interne geneeskunde
Amsterdam UMC

column

Verboden taal

Laast kwam bij ons ter sprake of het woord 'dame' voor een patiënte eigenlijk wel kon. Mijn eerste gedachte was typisch voor een witte, oudere man: je mag ook niks meer zeggen. Maar je wil openstaan voor de gevoeligheid van woordkeuzes. Zegt iemand 'deze dame had buikpijn', dan mag je daar iets van vinden. Hoe we een patiënt mogen noemen – of vooral: kwalificeren – is sowieso boeiend. Als co schrok ik toen een chirurg bij een zeer magere patiënte 'type Bergen-Belsen' opschreef. Ik heb, niet eens stiekem, gelachen toen we bij niet al te intelligente patiënten de afkorting BNU (*Buskruit Niet Uitgevonden*) gebruikten. Dat zijn de extremen. Recent ben ik op de tussencategorieën gaan letten. 'Oudje' is een bekende, die ik zelf niet helemaal oké vind. Ik denk maar aan hoe ik zou willen dat over mijn zeer oude moeder wordt gesproken. Recent

aan 'jongetje', niet aan 'jongen'. 'Meid' dan? Met afkomst heb je al helemaal een lastig onderwerp. Mag je iemand 'negroïde' noemen, als je bijvoorbeeld de DD van een anemie wil aanscherpen? Velen vinden van wel, maar letterlijk komt het van het n-woord en dát kan echt niet. Voor afkomst vanuit andere continenten ligt het meestal minder gevoelig, alsof ons besmet verleden alleen Afrika betreft. Of 'afkomst' überhaupt een geschikte term is, daar zijn ook boeken over vol geschreven. Vroeger onderscheidde we zonder nadenken de begrippen ras en etniciteit, maar van een antropoloog leerde ik recent meer over de uitbanning van ras uit de menselijke taxonomie. Biologische verschillen horen tegenwoordig in het begrip etniciteit thuis en heten daarin 'voorouderlijke achtergrond'.

Geén woordpolitie

Ik voel wat dingen bij dit onderwerp. Als eerste: verwarring. Niet erg hoor, verwarring kan zelfs een roeping zijn. Als tweede voel ik begrip. Je kunt er knorrig de tijdgeest bijhalen, maar daar is iederéén het product van. Dan is er soms ergernis, vooral als er heel beslist en veroordelend over wordt gedaan. Deze mores zijn veranderlijk en het nieuwe is vaak onmiddellijk dogma, waartegen zondigen heel ernstig is. Mijn suggestie: géén woordpolitie. Praat er normaal over als je vindt dat iemand verkeerde woorden gebruikt. Daarnaast denk ik dat de aandacht voor specifieke woorden het zoeken naar iemands bedoelingen of karakters weleens in de weg zit. Terwijl juist die laatste twee de wereld een betere plek maken. Woorden zijn daarin vooral gemankeerd instrumentarium. 🍷

Yvo

‘Mores zijn veranderlijk en het nieuwe is vaak onmiddellijk dogma, waartegen zondigen heel ernstig is’

vroeg een aios: 'hoe is het met dat besje van gisteren?' Persoonlijk zou ik 'besje' zeker afkeuren, maar desgevraagd vonden enkele collega's het juist respectvol en lieflijk. Veel zit gewoon *in the ear of the beholder*. 'Vent', hoorde ik vorige week ook nog. Hmm, niet fraai. 'Wijf' mag natuurlijk echt niet. 'Kerel' dan wel ...? En mag je een mannelijke patiënt van 18 een 'jongen' noemen? Ja, vinden de meesten. Maar 'meisje' is voor een even jonge vrouw volgens velen niet oké, want daar zit de verkleining '-je' in en dat staat alleen gelijk



Klare taal

In deze rubriek nemen we op speelse wijze ons vakjargon onder de loep.
Deze keer **de nieren liggen eruit**.

BEELD MARC-JAN JANSSEN



Denk je mee?

Medisch vakjargon zit vol met figuurlijk taalgebruik. Eerder behandelden we 'de ontwaterde patiënt' en 'de patiënt die door de CT werd getrokken'. Maar er zijn vast en zeker nog meer voorbeelden. Stuur je suggesties naar e.geijteman@erasmusmc.nl. Misschien staat jouw bijdrage als cartoon in een volgende editie.

