

3

DECEMBER 2024
JAARGANG 15

de internist

Cox van de Weg

'Intercollegiaal contact is cruciaal'

Ziekteverzuim
in de zorg

De medisch
specialist in 2035

Dossier
Innovatie



8

Rondetafelgesprek Ziekteverzuim in de zorg

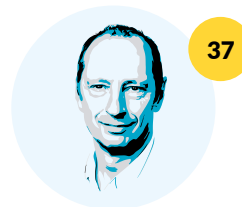
Vier internisten (in opleiding) schuiven aan



13

Dossier Innovatie

Innovatie in de zorg



37

Afdalen naar het hoogste

Column
Yvo Smulders



30

MS2035

Nieuwe visie biedt handvatten aan
internisten

- 4 Vooruitblik
- 5 Redactioneel
- 7 Ingezonden brief
- 12 Vakgroep uitgelicht
Vakgroep Interne Geneeskunde,
Meander Medisch Centrum,
Amersfoort
- 26 Persoonlijk leiderschap
Investeren in werkgeluk
- 34 Komen en Gaan
Foppie de Boer en Jan Willem
Cohen Tervaert

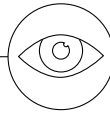
- 36 Knuppel
Administratielast
- 37 In cijfers
- 38 Boekbespreking
Better
- 39 Klare taal
- 40 Focusvraag
- 42 Agenda



33

Spiegeltje Spiegeltje

Psychiater Joeri Tijdink
over de internist



Vooruitblik

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

P08



Hoofdredacteur Iris van Groenigen gaat samen met vier collega's dieper in op ziekteverzuim in de zorg.



Sieneke Hiddink
Internist-oncoloog, Gelre ziekenhuizen, Apeldoorn

'Binnen onze vakgroep is ziekteverzuim een actueel onderwerp. De gezamenlijke vitaliteit van de vakgroep behouden is een uitdaging in een (werk)landschap met diverse ontwikkelingen, zoals bijvoorbeeld het huidige arts-assistententekort. Goede afspraken rondom verzuimbegeleiding zijn hierin erg belangrijk.'

P26



Persoonlijk leiderschap: Je geeft als individu altijd leiding, al is het maar aan jezelf.



Laurens Beerepoot
Internist-oncoloog, Elisabeth Tweesteden Ziekenhuis, Tilburg

'Binnen de vakgroep merkten we dat elkaar ontmoeten minder vanzelfsprekend werd. We hebben ons daarom tijdens heidagen bezig gehouden met effectief samenwerken en aanspreekcultuur. De veilige sfeer waarin dit plaatsvond heeft geleid tot een beter begrip voor elkaar, wat heeft geleid tot meer waardering en werkplezier.'

P30



Het nieuwe visiedocument Medisch Specialist 2035 biedt handvatten aan internisten.



Klaas Borst
Internist vasculaire geneeskunde en internist-ouderengeneeskunde, Isala, Zwolle

'Veel uitdagingen in de nabije toekomst zijn voorspelbaar en het is verstandig dat vooruit wordt gedacht. Minder artsen voor meer patiënten en multimorbiditeit maken dat generalisten weer belangrijker worden. Helaas ben ik in 2035 bijna met pensioen.'



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

Robotdokters

De term innovatie maakt heel wat los: waar het voor de een als muziek in de oren klinkt, krijgt de ander er spontaan jeuk of zelfs buikpijn van. Voor een redactie die graag iets teweegbrengt genoeg reden om in dit nummer mooie voorbeelden te laten zien. We hopen dat zelfs de meest afhoudende internist er innovatieve reflexen van krijgt. Neem artificiële intelligentie (AI). In de rubriek 'De Knuppel' onderzoeken we hoe we in patiëntendossiers met steeds meer AI de regie in handen kunnen houden. Daarmee voorkomen we dat we robotdokters worden. Innovatief denken kan ook iets heel anders

internist. In recent overleg van het NIV-bestuur met het netwerk vakgroep-vertegenwoordigers werd duidelijk hoe ingewikkeld het kan zijn om visie en verandering binnen de vakgroep bespreekbaar te maken. Hoe pak je dit aan? In het artikel over persoonlijk leiderschap lees je mooie ervaringsverhalen met adviezen van collega's. In de ronde tafel gaat het gesprek deze keer over ziekte, waarbij ook het nut van coaching aan de orde komt. Elke vakgroep krijgt hiermee ooit te maken en merkt dan hoe snel onuitgesproken aannames, misverstanden en andere vakgroepperikelen gedoe kunnen opleveren. De vraag is dan: hebben we eigenlijk wel voldoende oog voor de mens achter de internist? En waarom vinden we het toch zo lastig om zaken open met elkaar te bespreken? Terwijl we dondersgoed weten hoe verhelderend het werkt als je het lef hebt om die handschoen wèl op te pakken. Mijn oproep: laten we vaker lastige zaken aan elkaar voorleggen. En als dat nog een stap te ver is? Overweeg dan eens een coach. Want ook daarmee voorkom je dat we robotdokters worden.

Heb je zelf een idee voor een rondetafelgesprek of schuif je zelf graag een keer aan? Dan horen we dat graag. Mail naar eerde@internisten.nl.

Pak die handschoen wèl op

betekenen. We vroegen ernaar bij Eric van der Veer en Martijn Bauer, die hun eigen bedrijf hebben gestart. Lees in deze editie ook over het mooie tijdspad van de werkgroep innovatie. Wie laat zich inspireren om dit pad ook in te slaan? In dit nummer besteden we zoals elk nummer ook veel aandacht aan de mens achter de

Iris



Ingezonden brief

Complementaire zorg: een verrijking van het vak?

In het huisblad van de NIV wordt acupunctuur genoemd als behandeling bij neuropathie en opvliegers.¹ Acupunctuur, een 2500 jaar oude Chinese techniek, berust op het concept van levensenergie (Qi) die door 12 meridianen circuleert. Echter, noch Qi, noch meridianen zijn ooit wetenschappelijk aangetoond. Een paradigmashift die deze principes accepteert, vereist stevige evidence, en die ontbreekt. Meta-analyses tonen onvoldoende bewijs voor werkzaamheid.

Ik begrijp dat je je patiënt niet in de kou wil laten staan en wil voorkomen dat de alternatieve behandeling schade aanricht. Maar het propageren van complementaire zorg als evidence based is geen oplossing. Evidence moet gebaseerd zijn op wetenschappelijke principes. Petr Skrabanek stelde terecht dat 'buitengewone claims buitengewone bewijzen vereisen'. Het kritiekloos propageren van complementaire zorg in een wetenschappelijk blad als dat van

de NIV suggereert ten onrechte een wetenschappelijke basis en bekleedt deze behandelingen met autoriteit.

Complementaire zorg is een miljardenindustrie die valse hoop biedt en patiënten kan schaden. Als wetenschappelijke beroepsvereniging moet de NIV hier duidelijk afstand van nemen, om geen verkeerd signaal af te geven. Dit is immers niet zomaar een artikel in een glossy tijdschrift, maar in een blad dat de wetenschap hoog in het vaandel draagt en een grote reputatie heeft.

KEES KRAMERS, INTERNIST-KLINISCH FARMACOLOGOOG, RABBOUDUMC

1. Deze ingezonden brief is een reactie op het artikel:
Vermeer K. Complementaire zorg: een verrijking van het vak.
De internist 2024; 15(2): 26-7.

Reactie Art Vreugdenhil en Lieke Simkens

Collega Kramer bevestigt in zijn overigens goed doordachte en kritische reactie hoe het gesteld is met de visie op de waarde van complementaire (dus niet alternatieve) geneeskunde (CG) in Nederland. Je bent voor of tegen. Ons inziens jammer en onnodig. In België, Duitsland en de VS is een consultatiefunctie CG een reguliere en onbeladen mogelijkheid voor patiënten voor vragen hieromtrent, naast het ondergaan van reguliere behandelingen. Dat is exact wat wij beogen voor patiënten met kanker. Zij komen met vragen over complementaire behandelingen of interventies, die ze doen of willen gaan doen. Wij bespreken met hen wat ons inziens zinnig zou kunnen zijn en wat niet en wat schadelijk kan zijn, maar verwijzen patiënten niet actief. Mochten zij toch naar een complementaire zorgverlener willen, dan is er een netwerk van gekwalificeerde zorgverleners. Zo komt het regelmatig voor dat patiënten met tassen

vol supplementen op het spreekuur komen en na ons advies met al deze supplementen stoppen.

Het verrijkt ons vak omdat we het plezierig vinden om mensen die nergens goede informatie vinden, geen gehoor krijgen bij hulpverleners, of hun ideeën uit angst voor afwijzing niet met hun behandelaar willen bespreken, een beetje hierin te begeleiden, naast onze reguliere zorg als oncologen.

We delen collega Kramers visie dat behandelingen/interventies zoveel mogelijk evidence based moeten zijn en dat dat nogal eens ontbreekt. Nog veel werk te verrichten dus! Niettemin nodigen wij collega Kramer uit het pro-contra idee rondom CG wat te nuanceren en een keer met ons mee te kijken en vast te stellen wat het echt is en dat het zich uitstekend laat combineren met reguliere geneeskunde...



Goed om te zien dat onze artikelen gesprekken op gang brengen, dat is precies wat we met het magazine willen bereiken. We willen prikkelen, uitdagen en ruimte bieden voor kritische dialoog. Dank voor je reactie, Kees.



Rondetafelgesprek

Ziekteverzuim in de zorg

Als de dokter ziek is

Iedereen is wel eens ziek, de een soms vaker of langer dan de ander. Maar wanneer wordt ziekte lastig? Zijn er goede afspraken als collega's (langdurig) ziek worden? En is het niet altijd dezelfde collega die zich als eerste aanmeldt om een dienst op te vangen? In een rondetafelgesprek ging Iris van Groeningen samen met vier collega's dieper in op het onderwerp ziekte en ziekteverzuim in de zorg. 'Moeten we niet gewoon wat vaker tegen onze collega's zeggen: misschien is het verstandig dat jij nu lekker naar huis gaat?'

TEKST: BIANCA HAGENAARS | BEELD: ANNEMARIE GORISSEN

Op de vraag wat de ervaringen van de tafelgasten zijn met ziekte op de werkvloer schetst Evert-Jan de Kruijf een wellicht niet echt verrassend beeld: 'Het ziekteverzuim onder medisch specialisten is extreem laag. Het gemiddelde ziekteverzuim onder het personeel in ons ziekenhuis is ongeveer 7%, maar onder de medisch specialisten slechts ongeveer 2%. Hoe kan het dat dit percentage zo laag is? Worden we heel weinig ziek, of werken we gewoon door als we ziek zijn?' Marieke van Gastel vraagt zich af: 'Is er mogelijk al een bepaalde selectie aan de voorkant? Zijn het niet vooral gezonde mensen die ervoor kiezen internist te worden?'

Werkethos

Ook werkethos speelt volgens Evert-Jan een belangrijke rol bij het lage ziekteverzuim onder medisch specialisten. 'Je wil je patiënten en je collega's niet in de steek laten. En dan ga je wellicht toch met dat griepige gevoel aan de slag.' Hans van den Bout sluit zich hierbij aan en ook Ronne Mairuhu herkent het beeld dat mensen soms te lang doorgaan. Ronne: 'Denk bijvoorbeeld ook aan klachten van een burn-out. Soms zien we dit als relatieve buitenstaander al van ver aankomen en dan is toch de vraag: hadden we niet veel eerder in gesprek moeten gaan met deze personen? Dat blijft lastig.' Een belangrijke vraag die hieruit voortvloeit is: wanneer stuur je iemand naar huis? En vooral: wie doet dat? Goede afspraken hierover lijken te ontbreken. Uit ervaring weet Ronne dat het niet altijd eenvoudig is om het gesprek hierover te initiëren, maar doorgaans blijken dergelijke gesprekken wel goed te zijn, ook voor de betreffende collega's.

Te lang doorwerken?

Een interessante vraag is ook: die 2% ziekteverzuim onder medisch specialisten, is dat wel goed? Werken we niet te lang door? Marieke haakt hierop in met haar specifieke ervaringen bij aios. 'Het beeld altijd maar door te willen blijven gaan is erg herkenbaar. Uit eigen ervaring weet ik dat het lastig is om zelf tot het besef te komen dat je eigenlijk niet aan het werk kan. Dat heeft inderdaad te maken met je intrinsieke motivatie: je wil er zijn voor je patiënten en je collega's.' Iris: 'Moeten we dan niet vaker tegen onze collega's zeggen: "Misschien is het verstandig dat jij nu naar huis gaat"? Want kennelijk durven we ook zelf niet aan te geven dat we ons niet goed voelen.' Ronne zegt hierover: 'Persoonlijk vind ik het ook een van de lastigste klussen die ik

'Behandel een zieke collega zoals je zelf ook behandeld zou willen worden als je ziek bent'

heb als voorzitter van de medische staf: collega's erop aanspreken dat het misschien niet zo goed gaat, en ze eventueel vrijstellen van werk.' Marieke: 'Het blijft inderdaad lastig, maar het kan juist heel goed zijn dat een ander je een spiegel voorhoudt en aangeeft dat het beter is dat je met ziekteverlof gaat.'

Instortend kaartenhuis

Volgens Hans speelt ook mee dat we tegenwoordig ontzettend veel moeten van onszelf. 'Ik ben opgeleid in Zweden en ik merk dat er in Nederland veel meer haast is, vooral onder aios. Zij zijn erg bezig met het plannen →





van hun toekomst. Vaak heerst het sterke gevoel dat als een periode anders loopt dan gepland, bijvoorbeeld door uitval, die hele toekomst als een kaartenhuis in elkaar stort. Dat is natuurlijk niet zo, maar hoe krijgen we dat gevoel en die haast eruit?' Marieke: 'Ik herken het gevoel dat er altijd druk op staat. Het gevoel heerst dat we in een maakbare wereld leven, waarin je sterk je eigen succes bepaalt en het je eigen schuld is als je faalt. Die druk maakt de kans groter dat je niet vitaal aan het werk bent, wat ook weer een grotere kans op uitval geeft.' Volgens Evert-Jan ligt er bij vakgroepvoorzitters een duidelijke taak de vitaliteit van collega's te bewaken. Ook het mogelijk maken van bijvoorbeeld rouw- of mantelzorgverlof past daarin.

Kaartje sturen

Een ander belangrijk punt dat in het rondetafelgesprek aangekaart wordt, is dat er op de werkvloer weinig gespro-

ken wordt over en met zieke collega's. Marieke: 'Weinig mensen zijn goed op de hoogte van wat er aan de hand is als iemand uitvalt.' Het is natuurlijk niet de bedoeling alle details van iemands ziek-zijn wereldkundig te maken maar, zo zegt zij: 'Wij als aios weten vaak niet wie er binnen een vakgroep is uitgevallen en hoe daarmee wordt omgegaan. Iemand verdwijnt dan niet alleen van de werkvloer, maar raakt helemaal uit zicht.' Iris zegt hierover: 'Ik denk dat we het zelf ook fijn vinden om bij ziekte een kaartje te krijgen of een berichtje van iemand die vraagt hoe het gaat.' Evert-Jan: 'Behandel een zieke collega zoals je zelf ook behandeld zou willen worden als je ziek bent. Het is hierbij goed te vragen waar iemand behoefte aan heeft.' Alle tafelgasten vinden het belangrijk om te zorgen voor een vast aanspreekpunt voor een zieke collega en afspraken te maken over de manier en frequentie van contact gedurende de ziekteperiode.

Waarnemer

Ziekte kan ook zorgen voor spanningen op een afdeling of in een vakgroep, is de ervaring. Wanneer wordt ziek-zijn lastig? Ronne zegt hierover: 'Ziek-zijn wordt zeker lastig in kleine vakgroepen of vakgroepen met veel subspecialisaties. Dan zijn de extra diensten lastiger op te vangen.' En na de initiële schrik als blijkt dat iemand voor langere tijd afwezig is, merken de tafelgasten ook dat collega's na een paar weken hopen dat de afwezige persoon toch wat werkzaamheden op kan pakken, bijvoorbeeld teleconsulten vanuit huis. 'Dat maakt het voor degene die ziek is ook weer ingewikkeld', stelt Evert-Jan. Marieke zegt: 'En als we dit omdraaien, is ineens duidelijk waarom we zoveel moeite hebben ons ziek te melden. We weten namelijk dat deze gedachten gaan spelen in een groep.' Iris: Individuele grenzen stellen is hierbij belangrijk. Maar

‘Die 2% ziekteverzuim onder medisch specialisten, is dat wel goed?’

Tips voor ziekenhuizen Tips rond ziekteverzuim in de zorg

Voorkomen van uitval

- Bewaak de vitaliteit van jezelf en collega's.
- Denk aan het inzetten van een coach, individueel of als vakgroep.
- Neem je vakantiedagen op.
- Investeer in je vakgroep.
- Ga het gesprek aan met collega's over (dreigend) ziek-zijn.
- Houd de verbinding.

Bij ziekte

- Regel op tijd een waarnemer bij ziekte en hou deze liever wat langer aan indien mogelijk.
- Prioriteer de werkzaamheden van de vakgroep.
- Zorg dat een zieke collega binding houdt met de afdeling of vakgroep.
- Maak afspraken over wie contact heeft bij langduriger ziekteverlof, en hoe vaak er contact is.

tegelijkertijd zien we ook dat het vaak dezelfde collega's zijn die zich aanbieden een dienst over te nemen. Hebben jullie hier afspraken over met elkaar?' Evert-Jan geeft aan dat het secretariaat de uitgevallen diensten zo eerlijk mogelijk invult. Hij houdt hierbij een pleidooi voor goede afspraken bij langere uitval. 'Zoek dan bijvoorbeeld direct een waarnemer, dat geeft ook de zieke veel rust.' Hans en Ronne geven hierbij aan dat het stellen van prioriteiten juist de collega's kan helpen die de extra werkzaamheden moeten opvangen. 'Bespreek welke werkzaamheden van de vakgroep tijdelijk kunnen blijven liggen.'

Ruggespraak met coach

Ook de sfeer in een vakgroep speelt een belangrijke rol bij ziekteverzuim en het ontstaan van eventuele spanningen. Ronne: 'In een groep met een goede sfeer is het makkelijker om elkaar aan te spreken en die spiegel voor te houden. Maar als iemand ziek wordt in een disfunctionerende vakgroep, kan het snel akelig worden, is mijn ervaring.' Hij breekt daarbij een lans voor een

coach, iets waar meer tafelgasten positieve ervaringen mee hebben. 'En dat hoeft niet iedere week, maar het kan erg fijn zijn om met iemand ruggespraak te houden. Als je hier de tijd voor neemt en ervoor open staat, kan dat erg helpen.' Hoewel hij in eerste instantie sceptisch was, is ook Hans erg te spreken over het inzetten van een coach: 'In mijn ervaring kunnen gesprekken met een coach een hoop ellende voorkomen.'

Onderdeel identiteit

En wat als iemand na ziekte niet meer (volledig) terug kan komen? Hans: 'Voor veel artsen geldt, ook voor mij, dat het dokter-zijn een deel uitmaakt van wie je bent. Dus op het moment dat je door ziekte niet meer kan werken, staat je identiteit op het spel. Het is dan ongelofelijk ingewikkeld om toe te geven dat je je beroep niet meer goed (genoeg) kan uitoefenen. Ik heb dat meegemaakt met een collega. Uiteindelijk was iemand moedig genoeg om met die collega het gesprek over stoppen aan te gaan. Hoe moeilijk dat ook was, het bleek die collega erg te helpen. Na het gesprek ging daar toch de knop om.' En ook daaruit blijkt weer het belang van goede communicatie. In de woorden van Evert-Jan: 'Ziekte bij medisch specialisten: maak het bespreekbaar.' ●

Disgenoten

Voor dit rondetafelgesprek schoven de volgende gesprekspartners aan: **Hans van den Bout**, internist-intensivist/voorzitter MSB-bestuur, Maasstad ziekenhuis, Rotterdam.

Marieke van Gastel, aios interne geneeskunde, UMC Groningen, voorzitter JNIV.

Evert-Jan de Kruijf, internist-hematoloog/unitleider interne geneeskunde, OLVG, Amsterdam.

Ronne Mairuhu, internist-vasculair geneeskundige/voorzitter bestuur MSC HagaZiekenhuis, Haga Ziekenhuis, Den Haag.

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

‘Gesprekken met een coach kunnen een hoop ellende voorkomen’



Vakgroep uitgelicht

Elk nummer zetten wij een vakgroep in de spotlight. Dit keer is dit de vakgroep Interne Geneeskunde van het **Meander Medisch Centrum** in Amersfoort

‘Wars van hiërarchie’

Het team



Gemiddelde leeftijd
45 jaar



Samenstelling
11 man, 20 vrouw



Blinkt als groep uit in
sfeer maken, laag-drempeligheid



Extra
vitale dokters



Groepsmotto
‘werk hard, lach hard’

Een bijzondere sectie, een team wars van hiërarchie en een moderne kantoortuin als ‘thuisbasis’: zo maar wat kenmerken van de vakgroep IG in het Amersfoortse Meander MC. Uitdagingen zijn er ook, in de beste stad van Europa.

‘**W**e zijn een grote, diverse club, die samen met Geriatrie en MDL één sectie vormt’, vertelt internist-hematoloog Rob Fijnheer. ‘Er is veel aanvullende expertise, overleg gebeurt in een grote groep. Bij de overdracht is veel beschouwende expertise aanwezig, ook de longartsen. Daarnaast hebben we goede contacten met de academische centra om ons heen. Dat alles geeft onze zorg een bijzondere meerwaarde.’ ‘We werken hard, maar je kunt hier ook je hart verliezen in onderzoek en innovatie’, zegt internist-nefroloog Hilde Remmelts. ‘We participeren in veel studies, begeleiden promovendi en er zijn diverse expertisecentra die we hebben geïnitieerd of waarvan we deel uitmaken. Ons team is wars van hiërarchie, andere meningen worden gerespecteerd.’

Uitdagingen en werkplezier

Rob: ‘We willen graag vooruit, maar formatie-uitbreiding is ingewikkeld, dat vormt een flinke uitdaging.’ Hilde: ‘Dat geldt ook voor de toenemende zorgcomplexiteit, die een stevige stempel zet op de werkdruk. De meesten van ons werken vier lange dagen, vrije tijd moet je bewust plannen. Het werk is uitdagend en leuk, dus we blijven gemotiveerd. Meander is een jong, modern ziekenhuis, patiënten liggen op éénpersoonskamers, poli’s zijn ruim ingedeeld. In onze lichte kantoortuin ontmoeten we elkaar aan het begin en eind van de werkdag. Dat is heel



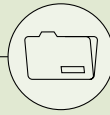
prettig, ook voor het groepsgevoel.’ Rob: ‘Amersfoort is uitgeroepen tot de beste stad van Europa, een fijne plek om te werken en wonen. Centraal in Nederland, steden en natuur binnen handbereik. Onze groep kent enthousiaste hardlopers en fietsers, die kunnen hun hart ophalen.’

Sushi

Rob: ‘Naast de ‘gebruikelijke’ groepsuitjes hebben wij de gewoonte om ‘in te eten’, thuis bij de medisch specialist die toetreedt tot ons team. Veel collega’s hebben bijzondere activiteiten naast hun werk, dat varieert van podcasts maken voor de NIV, voorzitterschap van oncologiecommissie en stafbestuur tot landelijk zitting hebben in bijvoorbeeld de NVMO.’ Hilde: ‘En vergeet de sushi niet. Na covid was het lastig om de sectie voor overleg fysiek weer bij elkaar te krijgen. Sinds de introductie van sushi bij vakgroepvergaderingen is het aanwezigheidspercentage weer helemaal op peil.’ ●



Rob Fijnheer en Hilde Remmelts



©123RF

Dossier
Innovatie

‘Innovaties moeten naadloos aansluiten op zorgprocessen en systemen’

Verbinden en versnellen: dat is het motto van de commissie Netwerk Innovatie van de NIV. Klinkt abstract, maar is vooral heel praktisch, vertelt commissievoorzitter Cox van de Weg. ‘Als je merkt dat een vernieuwing je werk echt prettiger maakt, kun je je enthousiasme delen. Collega’s in the lead zijn hierbij onmisbaar.’

TEKST: SACHA EIKENBOOM | BEELD: STIJN RADEMAKER

‘**Z**orgmanagement vond ik altijd al interessant, ik heb een jaar bedrijfskunde gestudeerd voordat ik met geneeskunde begon,’ zegt Cox van de Weg, als internist meervoudige differentiatie werkzaam bij het Erasmus MC. ‘Ik denk dat we de zorg echt kunnen verbeteren, maar dan zal het op sommige gebieden wel anders moeten. Echt geïnspireerd hierover

raakte ik bij de topclass Innovation in Care van de Radboudumc Health Academy, die ik volgde tijdens mijn opleiding tot internist. Hier werd duidelijk dat zorginnovatie kan bijdragen om als zorgverlener meer tijd te krijgen voor de arts-patiëntrelatie. Het stimuleren daarvan is inmiddels een grote ambitie van mij.’

Inspiratie bieden

Het vormgeven van deze ambitie doet Cox op verschillende fronten. Vanuit een duale aanstelling bij het Erasmus MC is ze per week 18 uur werkzaam als internist en 18 uur als projectmanager op de afdeling I&T. ‘In die hoedanigheid ben ik vanaf het begin betrokken bij Digizorg; ik ben daar hoofd van het klinisch team en actief in de regionale samenwerking. Toen de NIV aangaf zich als vereniging actiever te willen inzetten voor innovatie, ben

‘Het motiveert als je hoort hoe collega’s innovaties opgepakt of geïmplementeerd hebben’



Cox van de Weg

ik gevraagd om daaraan een bijdrage te leveren. Samen met Peter de Jager en Roos Boerman heb ik vorig jaar de commissie Netwerk Innovatie opgestart. We zijn net door de opstartfase, hebben inmiddels een visie geschreven en deze onlangs tijdens een netwerksessie aan de NIV-leden voorgelegd. Belangrijkste vraag daarbij: wat verwachten jullie van ons? Dat bleek vooral het bieden van inspiratie te zijn, inzake al dan niet succesvolle zorginnovaties van collega's. Daartoe proberen we te inventariseren met welke innovaties collega's in het land zoal bezig zijn. Achttien nieuwe initiatieven, op uiteenlopende gebieden, zijn inmiddels op onze website te vinden onder het kopje 'Innovaties'.

Uitnodigende voorbeelden

De voorbeelden op de website variëren van ideeën voor duurzame inzetbaar-

heid en het optimaliseren van zorgpaden tot gezondheidsapps en telemonitoring. Kopjes zoals 'Gezond door de nacht', 'DVT Zorgpad', 'Grote visite op zijn kop' of 'Thuismonitoring diabetes type 1, type 2' nodigen uit tot verder lezen. Bij elk initiatief staat een uitgebreide toelichting: wat is het project, wat is het doel, in welke fase bevindt het zich, wat waren uitdagingen tijdens de ontwikkeling en implementatie, is het innovatieproject gevalideerd en zo ja, hoe. Bij elke innovatie staat de naam van een contactpersoon. Wie meer over een innovatie wil weten, wordt via een mail naar innovatie@internisten.nl met die persoon in contact gebracht.

Cruciaal

Voor het welslagen van innovatie is juist dat intercollegiale contact cruciaal, meent Cox. 'Collega's staan open voor innovatie,

mits het in hun belang is. Een nieuwe toepassing moet het werk makkelijker of leuker maken en dat kan zeker: zorginnovaties kunnen veel problemen oplossen, denk aan het verminderen van administratielast. Maar hoe begin je zoiets? Het motiveert als je hoort hoe collega's zoiets opgepakt of geïmplementeerd hebben. Omgekeerd geldt dat je makkelijk je enthousiasme over een innovatie kunt delen als je zelf merkt hoe deze je werk prettiger maakt. Je hoeft voor een innovatie trouwens de lat niet altijd hoog te leggen, het simpelweg vervangen van een stap in een zorgpad - bijvoorbeeld door een vragenlijst - kan je werk al efficiënter maken. Het is super goed dat collega's daarover nadenken en ermee bezig zijn, wij bieden een podium om dat enthousiasme te delen. Mede daarom hebben we tijdens de afgelopen Internistendagen de sessie 'Meet the expert'

georganiseerd. Om innovatie te stimuleren, zijn we momenteel ook bezig met het ontwikkelen van een Innovatieprijs. Leden die aantrekkelijke en werkbare innovaties bedenken, verdienen de spotlight.'

Buzzwoord

Innovatie is in onze maatschappij – en dan met name in de zorg – wel een beetje een buzzwoord, beaamt Cox: iedereen praat erover, maar weten we waarover we praten? 'Innovatie is voor mij geen doel, maar een hulpmiddel om de kwaliteit van patiëntenzorg te verbeteren en het werkplezier te verhogen. Ik ben zelf bijvoorbeeld erg enthousiast over AI om de werklust te reduceren, zoals Large Language Models ofwel LLM's die het consult met de patiënt opnemen en voor de zorgverlener samenvatten. Het zou mooi zijn als er ook een samenvatting voor de patiënt kan worden gemaakt, inclusief conclusie en adviezen. Zo'n vernieuwing vermindert de administratieve last voor de zorgverlener daadwerkelijk, ik zie daarin echt potentie.'

Samen vormgeven

Tegelijkertijd is tot op heden gebleken dat niet alle innovatie even succesvol is. Sommige innovaties komen vooral bovenop het werk in plaats van dat ze het vergemakkelijken en zijn daardoor minder uitnodigend. Neem chatapps, laagdrempelig voor patiënten om contact met de zorgverlener op te nemen, maar tegelijkertijd voor de zorgverlener potentieel werkdrukverhogend. Telemonitoring biedt nuttige inzichten, maar kan dankzij de overvloed aan data en vragen juist extra werk opleveren. En applicaties die niet



zijn aangesloten op het EPD - en hierdoor aparte inlog of vrier vereisen - maken het werk omslachtiger.

'In de afgelopen jaren is veel ervaring opgedaan met diverse tools, met als gevolg losse portalen, apps en systemen die niet op elkaar aansluiten. Dat heeft geleid tot versnippering van ons zorgtechnologielandchap. Ik verwacht veel van de integratie van al die functionaliteiten in één applicatie. Innovaties moeten naadloos aansluiten op zorgprocessen of systemen, dan pas gaan we echt merken wat innovatie voor ons kan betekenen.

We moeten dus heel goed nadenken hoe we innovaties in ons werk inrichten. Dat vraagt zorgverleners in the lead die met elkaar bekijken hoe we vernieuwing kunnen vormgeven. Zorgverleners kunnen als geen ander de bottlenecks in hun zorgproces identificeren. Met hulp van experts op het gebied van bijvoorbeeld eHealth, service design en/of data kun je tot oplossingen komen die daadwerkelijk een positieve impact hebben op het zorgproces.'

Alert blijven

Hoe reageert Cox op collega's die innovatie met argwaan bekijken en zich afvragen

'waarom moet het anders?' 'We vinden vernieuwing soms nog spannend, maar in ons privéleven pakken we innovaties ook op. Neem de banksector of de online bestellingen, daarbij komt geen persoonlijk contact kijken, daaraan zijn we gewend. Natuurlijk, in ons beroep is honderd procent digitaal geen optie, de zorg moet voor alle patiëntengroepen goed toegankelijk zijn. We moeten erop alert blijven dat er geen gezondheidszorgkloof ontstaat. Tegelijkertijd weten we dat een grote groep patiënten vooral in moeilijke situaties het direct contact met de zorgverlener waardeert, bij minder dringende zaken kan een digitaal contact volstaan. Daar kunnen we op inzetten.'

Uitnodiging

Genoeg werk aan de winkel dus, ook voor de commissie Netwerk Innovatie. Cox tot slot: 'We zijn nu bezig om de informatie op ons deel van de NIV-website verder uit te werken. Wat is de potentie van de vermelde innovaties en in welke fase bevinden ze zich? Wat is bekend over de impact en hoe wordt iets door patiënten en/of zorgverleners ervaren? Zo krijgen wij zelf ook beter inzicht in innovaties die echt het verschil maken. En natuurlijk staan we altijd open voor collega's met vernieuwende ideeën. Op onze website nodigen we collega's uit om te reageren, om zo onderdeel te worden van het NIV Netwerk Innovatie. Reacties zijn welkom via innovatie@internisten.nl' ●

'Ik ben zelf erg enthousiast over AI om de werklust te reduceren'



Stamcellen en de internist

Toekomstmuziek, of gevestigde geneeskunde?



Siebe Spijker is internist-nefroloog in het LUMC. Hij onderzoekt het gebruik van human induced pluripotente stamcellen (iPSC) voor het modelleren en behandelen van nierziekten.

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Waarom moet een internist iets weten over stamcellen?

‘We staan aan de vooravond van het gebruik van stamcellen voor het genezen van chronische ziekten. In juni werden de eerste resultaten van een fase 1/2 studie bij mensen met type 1 diabetes wereldkundig gemaakt. Allogene, van stamcel afkomstige insulineproducerende cellen werden geïnfundeerd bij twaalf patiënten. Elf daarvan hadden geen of veel minder exogeen insuline nodig. Het tempo van de ontwikkeling is wonderbaarlijk. In 2006 werd ontdekt hoe fibroblasten met behulp van transcriptiefactoren geherprogrammeerd kunnen worden tot cellen met vergelijkbare karakteristieken als een embryonale stamcel, zogenaamde geïnduceerde pluripotente stamcellen (iPSC). Gurdon en Yamanaka kregen hiervoor in 2012 een Nobelprijs. Krap twintig jaar later bereiken de eerste succesvolle studies de kliniek, onder andere in de oogheelkunde, neurologie en cardiologie.’

Hoe ben jij als arts betrokken bij stamcelonderzoek?

‘Ik heb biomedische wetenschappen en geneeskunde gestudeerd. Mijn promotieonderzoek richtte zich op de biologie en transplantatie van eilandjes van Langerhans. Daarna ben ik naar Melbourne gegaan om in het lab van ontwikkelingsbioloog Melissa Little te leren over het kweken van nier-organoïden uit iPSC en over genebe-

werking met CRISPR Cas9. Ik werk nu in Leiden binnen een consortium van stamcelonderzoekers in samenwerking met onder andere Melbourne en Kopenhagen. Naast het klinische werk doe ik onderzoek naar het maken van organoïden uit cellen van patiënten om genetische nierziekten te modelleren, zoals de ziekte van Alport en cystenieren.’

Doe je ook onderzoek met patiënten?

‘Ik leid een klinische trial, die komende maand start. Het doel is om meer tolerantie voor een niertransplantaat te induceren. Dit is een vervolg op een veelbelovend onderzoek van mijn voorgangers. Mesenchymale Stromale Cellen (MSC) worden na 6 weken geïnfundeerd. Deze cellen kunnen stoffen uitscheiden die het immuunsysteem beïnvloeden. Een deel van de afweeronderdrukkende medicatie wordt daarna afgebouwd. MSC zijn een soort fibroblasten die je kan isoleren uit vetweefsel, beenmerg of bloed van de navelstreng. Het verschil met de vorige studie onder transplantatiepatiënten is dat de MSC nu als een gestandaardiseerd geneesmiddel worden gemaakt vanuit humane iPSC. Eerder werden deze uit het beenmerg van elke afzonderlijke patiënt verkregen.’

Hoe staat het met het kweken van een nieuwe nier uit stamcellen?

‘Hoewel de voortgang indrukwekkend is, is organogenese nog in de onderzoeksfase

en in die zin toekomstmuziek. Er kunnen al mini-niertjes worden gekweekt. Dat zijn klompjes nefronen, compleet met glomeruli en proximale en distale tubuli. Het verleden leert dat het sneller kan gaan dan we nu kunnen voorzien. Dus ik hoop dit tijdens mijn carrière nog bij patiënten te kunnen toepassen.’

Blijft het niche geneeskunde, voor de ‘happy few’?

‘Als we het helemaal aan bedrijven overlaten wordt het mogelijk onbetaalbaar. Er zijn niet-commerciële initiatieven, zoals die van het Netherlands Center for the Clinical Advancement of Stem Cell and Gene Therapies (NecstGen). Dat is een bedrijf zonder winstoogmerk met het doel om regeneratieve geneeskunde naar de patiënt te brengen.’

Wat wil je de internist meegeven?

‘Op stamcel gebaseerde behandelingen komen naar de kliniek. Maar er zijn ook een boel ‘kwakzalvers’ op de markt. Het is daarom belangrijk om de basis te begrijpen van hoe het werkt. Ook om te kunnen duiden wat het betekent voor de patiënt moeten dokters in de frontlinie staan. Voor artsen met interesse in fundamentele biologie is dit een geweldig onderzoeksveld. Ik raad aan het veld vrij vroeg in je carrière te betreden, omdat er zoveel valt te leren.’ ●

Artificiële intelligentie in het artsenvak

‘Iedereen is aan de beurt’

Tom van der Laan is KNO-arts in het UMCG en een enthousiaste verteller als het gaat over artificiële intelligentie (AI). De VR-brillen en 3D-printer bij hem thuis en zijn overweging ooit om informatica te gaan studeren verraden zijn voorliefde voor audiovisuele toepassingen. Dit komt nu goed van pas in zijn functie als *chief medical information officer* (CMIO), waarin hij adviseert over de inzet van informatietechnologie in de gezondheidszorg: ‘Ik hoop dat we het artsenvak weer kunnen terugbrengen naar wat het was in de jaren 80 zonder computer, waarbij je gewoon veel meer met mensen bezig was’.

TEKST: JANINE NUVER

Internisten houden van de ‘puzzel’ die een medisch probleem voor hen vormt. Zal AI hun werk minder uitdagend maken?

‘Het harde antwoord op die vraag is ja. Het is een onomkeerbaar proces dat is ingezet. Dit geldt overigens niet alleen voor internisten, maar ook voor bijvoorbeeld chirurgen. De ontwikkelingen in robotica, *motion control* en interpretatie van het perioperatieve veld met behulp van AI gaan net zo hard. Dus iedereen is aan de beurt.’

Wat zal AI verder veranderen aan het artsenvak?

‘Op korte termijn zal AI leiden tot administratieve lastenverlichting. Hetgeen wat overblijft als je de meeste

andere processen automatiseert, is de menselijke interactie; de mens begeleiden in het medische traject. De vraag is of mensen die voor het vak hebben gekozen om andere redenen zich dan nog thuis blijven voelen. Dat is een interessant vraagstuk. Als je de tijdlijn wat verder doorspoelt wordt het al gauw onduidelijk hoe de positie van de arts zal worden ten opzichte van technieken die geen duidelijk plafond hebben. Er wordt met argusogen naar gekeken, niet alleen vanuit de medische wereld. Er zijn mensen die zeggen dat creativiteit is voorbehouden aan de mens, maar dat is ook al bewezen niet waar.’

Hoe zou ons werk door AI op een positieve manier kunnen veranderen?

‘Ik ben gefascineerd door de techniek en hoe je er daadwerkelijk waarde aan ontleent. Mijn ambitie is dat ik tijdens mijn werkzaamheden geen fysieke interactie meer heb met een computer: ik praat en voer lichamelijk onderzoek uit en dit wordt getranscribeerd en automatisch verwerkt in het dossier. In de verdere toekomst zou de computer zich actief kunnen mengen in het consult in de vorm van een virtuele assistent die actief deelneemt aan het gesprek. Ondertussen neemt de virtuele assistent ook dingen voor zijn rekening als de financiële afhandeling, registratie, het invul-

‘Dit is niet alleen arbeidsbesparend, maar kan ook de kwaliteit van zorg verhogen’



Tom van der Laan

len van kwaliteitsregisters, de planning en het maken van een patiëntvriendelijke samenvatting met instructies. Dat zou voor mij een eerste mijlpaal zijn. En dan ben ik nog best bescheiden, als je kijkt naar de ontwikkelingen die we verwachten!’

Zou AI zich niet juist moeten richten op het beter voorlichten en ondersteunen van patiënten?

‘Je kunt heel makkelijk een medische notitie laten vertalen naar een voor de patiënt begrijpelijke notitie met uitleg. Je

kunt dit ook dynamisch maken, waarbij de patiënt vragen kan stellen en er een menselijke reactie wordt gegeven met kennis van het dossier. En daar wordt het spannend, want op dit moment werken we met AI-toepassingen met een *human in the loop*. Dat betekent dat een arts de uiteindelijke verantwoordelijkheid draagt voor de verstrekte informatie, maar dit gaat niet op bij dynamische interactie. Ben je dan voldoende gedekt met een disclaimer of wordt het een *medical device* dat je moet certificeren? Tegelijkertijd biedt een dynamisch

model allerlei nuttige mogelijkheden, zoals voor ‘samen beslissen’. Terwijl artsen niet de tijd hebben om de patiënt helemaal mee te nemen in diens ziektebeeld, de werking van het lichaam en verschillende behandelingen, kan dit met zo’n model wel. Dat kan eindeloos vragen beantwoorden op het niveau van de patiënt of een vraaggesprek aangaan om te helpen bij het maken van een behandelkeuze. Ik denk dus dat het gat van informatievoorziening tussen mensen met verschillend opleidingsniveau er kleiner door zal worden.’

Zijn AI-ontwikkelingen nog wel bij te benen voor laaggeletterden of ouderen?

‘Ja, want het kan zo simpel zijn als het bellen van een telefoonnummer, waarna je wordt doorverbonden met een virtuele assistent met wie je alles kan regelen via spraak, zoals het verzetten van een afspraak. Dan is het instapniveau juist lager dan nu, waarbij voor steeds meer diensten wordt verwezen naar het patiëntenportaal. Ik denk dat het juist de *great equalizer* is, omdat je eindeloos en meermaals kan doorvragen aan de virtuele assistent over je aandoening tot je voldoende informatie hebt gekregen op een niveau dat jij begrijpt. Dit is niet alleen arbeidsbesparend, maar kan ook de kwaliteit van zorg verhogen.’ ●

Martijn Bauer, internist-infectioloog, NIV Werkgroep Innovatie

Een AI-toepassing waarvan ik denk dat deze het leven van de dokter gemakkelijker kan maken, is Autoscriber. Disclaimer hierbij is echter dat ik het concept in 2017 samen met een IT-collega heb bedacht, betrokken ben geweest bij het oprichten van het bedrijf dat de software maakt, en er sinds kort ook zelf werk. Autoscriber is een webapplicatie die het gesprek tussen dokter en patiënt real-time omzet naar een transcript

en na afloop van het consult automatisch een samenvatting van het gesprek maakt. De dokter kan deze samenvatting overnemen in het EPD, zo nodig na redigeren, en de applicatie kan gekoppeld worden aan een EPD. Afhankelijk van de instellingen worden specifieke elementen uit het gesprek gehaald en op de juiste plaats in het dossier gezet. Denk aan bepaalde klachten, sociale anamnese, medicatie, maar ook bijvoor-

beeld hardop uitgesproken bevindingen tijdens het lichamelijk onderzoek. Naast het grotendeels uit handen nemen van het typewerk (met als bij-effect hopelijk beter contact met de patiënt, minder stress voor de arts en misschien zelfs betere verslaglegging), is de ambitie om gestructureerde data vast te leggen voor onder meer diagnostische beslissingsondersteuning en genereren van onderzoeksaanvragen.



RNA als virusremmer

‘Innovatie is ook toeval’

Eric van der Veer is wetenschapper en oprichter van het bedrijf Hybridize Therapeutics, dat tot doel heeft om met kleine RNA-moleculen BK-virus infecties te behandelen bij mensen met een niertransplantaat. ‘Samen met een internist bemande ik tijdens de jaarlijkse wetenschapsdag in Leiden een stand. Nieuwsgierig tuurden de passerende kinderen door de microscoop naar een niercoupe met bruine bolletjes; dat waren door BK-virus geïnfecteerde tubuluscellen. Ook mijn nieuwsgierigheid was gewekt’.

TEKST: DARIUS SOONAWALA

Welke rol speelt het toeval in jouw werk?

‘Innovatie hangt samen met toeval. Maar toeval wordt onder de juiste omstandigheden logisch, aldus Cruijff. Door kruisbestuiving tussen mensen met een verschillende achtergrond te stimuleren kan je het toeval een handje helpen. Ik werkte als wetenschapper bij de afdeling nierziekten aan projecten rondom RNA-biologie. Tijdens de wetenschapsdag hoorde ik per toeval voor het eerst over het BK-virus; een laag-

virulent virus dat wordt meegetransplanteerd met een nier. Bij een deel van de getransplanteerde patiënten veroorzaakt dat problemen. Ik vroeg me af of je het virus kan remmen door de transcriptie te verstoren. Ik heb toen meegelopen op de transplantatiepolikliniek om het klinische probleem beter te begrijpen. Een jaar vol puzzelwerk en proeven leidde tot een innovatiebeurs van de Nierstichting. Met vallen en opstaan kwamen we tot een techniek en een patent

Martijn Bauer, internist-infectioloog, NIV Werkgroep Innovatie

In 2017 had ik samen met een IT-collega het idee een software-applicatie te ontwikkelen die zowel het typewerk kon overnemen van de zorgverlener als gestructureerde data uit het gesprek tussen arts en patiënt halen. De app werd aanvankelijk in het LUMC ontwikkeld, maar uiteindelijk had de IT-afdeling meer geld nodig en werd ervoor gekozen om een nieuw bedrijf op te richten, met

de naam Autoscriber. Het LUMC koos ervoor om geen aandeel te houden in het bedrijf en het hele idee over te dragen, in ruil voor een periode gratis afname van het product. Aanvankelijk had ik wat moeite met deze constructie, vooral omdat ik daardoor geen enkele directe invloed meer zou houden. Uiteindelijk heb ik er, toen de gelegenheid zich voordeed, voor gekozen voor 0,5 fte in dienst te gaan

van Autoscriber. Inmiddels ben ik blij met deze commercialisatiestap, want ik zie in dat het LUMC niet de volledige benodigde expertise in huis had en het product niet had kunnen schalen. Er werken nu 17 mensen, van wie het grootste deel zich bezighoudt met aanpassen, beveiligen en integreren van de verschillende delen van de software-architectuur.





Eric van der Veer

RNA-interferentie

Bij transcriptie van DNA tot pre-mRNA wordt zowel coderend als niet-coderend RNA gemaakt. De niet-coderend informatie wordt eruit 'geknipt' door een complex van eiwitten, de spliceosoom. Zo wordt mRNA gemaakt dat de code bevat voor het maken van een eiwit.

Door kleine enkelstrengs RNA-moleculen, antisense oligonucleotiden, te laten binden aan specifieke knooppunten tussen coderend en niet-coderend sequenties op pre-mRNA kan je de spliceosoom in verwarring brengen, waardoor het mRNA patroon anders wordt. Van der Veer heeft de techniek gebruikt om de splicing van het genetische materiaal van het BK-virus te verstoren waardoor het benodigde eiwit voor virale replicatie niet meer aangemaakt kan worden. Het beïnvloeden van splicing kan destructief zijn, maar ook constructief. Bij de behandeling van spinale musculaire atrofie en de ziekte van Duchenne wordt met een antisense oligonucleotide het proces van splicing gemodificeerd om de expressie van een gen juist te bevorderen.

Een andere techniek om met oligonucleotiden genen te 'silencen' is doormiddel van siRNA, small interfering RNA. Deze techniek richt zich op mRNA en is succesvol toegepast voor de behandeling van ATTR amyloïdose (patisiran) en voor het remmen van de aanmaak van angiotensinogeen voor de behandeling van hypertensie (zilebesiran).

om met kleine RNA-moleculen de replicatie van het BK-virus te remmen.'

Waarom ben je een bedrijf begonnen? Kon het doorontwikkelen niet binnen de academie?

'Om een patent of geneesmiddel door te ontwikkelen is veel geld nodig. Dat gaat om miljoenen. Binnen de academie is dat moeilijk. Het alternatief is het verkopen of uitlicenseren van een patent. Ik had dat al eens gedaan met een eerdere ontdekking. Maar het bedrijf dat de rechten overnam, heeft de techniek toen op de plank laten verstoffen. Ik dacht: dat gebeurt mij nooit meer! Ik wil dat ons werk uiteindelijk een verschil maakt voor de patiënt.'

Zo is Hybridize Therapeutics ontstaan. Hoe werkt dat?

'Met initiële financiering van investeerders wilden we een product ontwikkelen dat de genexpressie en replicatie van het virus remt. Dat is gelukt. De volgende stap is om het product bij patiënten te testen. Dat vereist andere expertise en nog meer geld. AiCuris (Anti-Infective Cures), een spin-off bedrijf van Bayer, heeft de licentie overgenomen, maar het patent blijft eigendom van het LUMC. In november start een fase 1-studie.'

Hoe kijk je erop terug?

'Het was een achtbaan van dingen die lukken en niet lukken. Ik ben trots dat ons team het product tot een fase 1-studie heeft weten te brengen. Het sleutelen aan het proces is inspannend, maar iets waar ik als wetenschapper veel voldoening uit haal. We hebben de eerste rondjes in de achtbaan gehad. Maar de reis stopt niet.'

Een mooi moment om het toeval op te zoeken, zo besluiten we. De jaarlijkse wetenschapsdag staat weer voor de deur. ●

'Ik vroeg me af of je het virus kon remmen door de transcriptie te verstoren'

Zorginnovaties: oplossingen voor de uitdagingen van vandaag

1 Innovatieagenda

De innovatieagenda van de NIV richt zich op het stimuleren en versnellen van zorginnovaties binnen de interne geneeskunde om de zorg efficiënter, toegankelijker en duurzamer te maken.



We willen een **duidelijke visie ontwikkelen op innovatie en digitalisering**, gericht op betere zorg, samenwerking en duurzame inzetbaarheid van zorgverleners.



We gaan **randvoorwaarden inventariseren**: effectieve innovaties moeten (sc) haalbaar zijn, relevante problemen oplossen en zowel patiënten als zorgverleners ondersteunen.



Het **verzamelen van succesvolle initiatieven** versnelt het opschalen van zorginnovaties in diverse ziekenhuizen.



Op basis van visie, randvoorwaarden en praktijkvoorbeelden stellen we een **strategische innovatieagenda** vast voor de interne geneeskunde richting 2026.



2 Jaarcyclus



April - Internistendagen

- Aandacht voor innovatie door het organiseren van meet the expert-sessies en een podium te geven aan collega's met innovatieve ideeën.
- Uitreiking van de Innovatieprijs. *

Mei - Jaarlijkse interne evaluatie NIV Innovatie Netwerk

- Wisselen leden, evaluatie en eventuele wijzigingen jaarcyclus.

Oktober - Netwerkbijeenkomst

- Uitwisseling innovaties en ervaringen binnen het NIV Innovatie Netwerk.
- Tips & tricks van innovatiedeskundigen.

November

- Jaarlijkse uitvraag innovatieprojecten en behoeften leden.
- De behoefte en voortgang van innovaties inventariseren.



De druk op de zorg neemt steeds verder toe. De Nederlandse bevolking wordt ouder met meer chronische ziekten; de zorgkosten stijgen en personeelstekorten blijven groeien. Ziekenhuizen werken vaker naast elkaar dan samen, en digitalisering heeft de administratieve lasten nog niet volledig verlicht. Het goede nieuws: zorginnovaties bieden steeds meer mogelijkheden om deze problemen aan te pakken. Het NIV Netwerk Innovatie zet zich hier dan ook volop voor in!

TEKST: PAULA VAN EERDE | BEELD: ANNEMARIE GORISSEN

* 3 Innovatieprijs

Heb jij een briljant idee dat de zorg kan vernieuwen? Tijdens de Internistendagen 2025 reiken we drie innovatieprijzen uit aan de meest veelbelovende projecten. Grijp je kans en maak impact met jouw innovatie!

De prijzen zijn als volgt:

- 1e prijs: € 25.000
- 2e prijs: € 15.000
- 3e prijs: € 10.000

Deze prijzen geven je de kans om jouw inspirerende idee werkelijkheid te maken en bieden je een steun in de rug om de volgende relevante stap te zetten!



4 Netwerkbijeenkomst



Op dinsdag 15 oktober 2024 vond in Utrecht de eerste *Netwerkbijeenkomst Innovatie: van visie naar praktijk* plaats. Dit jaarlijks terugkerende evenement draait om inspiratie en innovatie binnen de interne geneeskunde, met een focus op het delen van kennis en ervaringen.

De avond begon met een gezamenlijk diner, gevolgd door een plenaire opening door Peter de Jager, NIV-bestuurslid en internist. Huisarts en innovator Bernard Leenstra deelde daarna zijn ervaringen met innoveren, wat de aanwezigen nieuwe inzichten gaf. Centraal stond de vraag: hoe begin je met innoveren? Aansluitend vonden diverse workshops plaats, waar de deelnemers kennis konden maken met de diverse aspecten van innovatie in de zorg, en mee konden denken over de visie op innovatie en de rol van de NIV hierin.

Vijf vragen over het e-consult

TEKST: HELEEN DE WIT

Wat is een e-consult?

Wellicht gebruik je het al: het elektronisch consult (e-consult) binnen het EPD. In plaats van mondelinge informatiedeling (zoals bij een telefonisch of fysiek consult), stel je vragen en bespreek je het beleid schriftelijk. Je stuurt een bericht aan de patiënt binnen het EPD, of via een app als BeterDichtbij. De patiënt reageert daar vervolgens ook digitaal op. E-consulten zijn net als andere consultvormen planbaar binnen een spreekuur. Het zijn dus niet alle berichten die patiënten ongevraagd sturen. Al is het wel verstandig om, als de patiënt een bericht stuurt waarop je (re)actie zodanig is dat het voldoet aan de eisen voor facturatie, dit te registreren binnen een e-consult. Alleen dan is er een vergoeding.

Hoe pak je het aan als je e-consulten wil gaan doen?

Laat e-consulten inplannen in de spreekuuragenda. Afgezien van het patiëntbericht verschillen de registratie en benodigde handelingen in principe niet van andere consulten. De patiënt moet reageren, anders is het e-consult niet declarabel.

Wat zijn de voordelen van een e-consult ten opzichte van een belconsult?

Een e-consult is asynchroon en kan worden gedaan op elk gewenst tijdstip. Je hoeft geen moeite te doen om de patiënt te bereiken

en kunt het voorlopig afronden na het versturen van het patiëntbericht. Daardoor kan het sneller zijn dan een telefonisch consult en geeft het meer flexibiliteit. Door hybride spreekuurplanning (afwisselend fysiek en digitaal) komt er meer tijd beschikbaar voor fysieke consulten.

Hoe zit het met de vergoeding?

Voor een e-consult staat dezelfde vergoeding als voor andere consulten, de consultvorm heeft geen invloed op de DBC-afleiding. Voorwaarden voor vergoeding zijn gelijk voor alle consulten op afstand.¹ Er moet inhoudelijke verslaglegging zijn in het EPD, de patiënt moet reageren en alleen het doorgeven van uitslagen is onvoldoende.

Zijn er tips en tricks?

Ik hoor soms collega's zeggen dat e-consulten meer tijd kosten, doordat patiënten vragen terugstellen. In mijn ervaring is dat juist niet het geval, reacties van patiënten zijn meestal relatief kort en de vragen beperkt.

Tip 1: Uitleg is essentieel. Bespreek alle consultvormen (fysiek, telefonisch, e-consult of videoconsult) en hoe ze werken. Vraag bij elke afspraak naar de voorkeur en geef de patiënt de optie om

Charles Blijdorp, aios interne geneeskunde Reinier de Graaf ziekenhuis, lid NIV Werkgroep Innovatie

Dit artikel is een mooie gids voor het starten met E-consulting. Los van alle voordelen die het E-consult biedt voor de aankomende generaties patiënten, die gewoon even hun app 's avonds willen checken of de dokter al iets heeft gestuurd, is het E-consult het ideale platform als basis voor andere

innovaties die ons leven (en dat van de patiënt) een stuk makkelijker maken. Ik denk aan automatisch gegenereerde berichten door AI die je na een korte check kan versturen, tot integratie met patiëntenagenda's (minder vergeten afspraken!) en het meesturen van voorlichtingsfilmpjes. Voor

de ene patiënt zal het E-consult vooral ondersteunend blijven aan het vertrouwde doktersbezoek; voor de ander wordt chronische zorgverlening het liefst zoals mobiel bankieren. Kortom, internisten (in opleiding), grijp met dit artikel je kans om vast kennis te maken met het E-consult.





de consultvorm zelf te wijzigen. Een e-consult is geschikt voor digitaal vaardige patiënten, als er geen onverwachte of sterk afwijkende uitslagen zijn en als je weinig (nieuwe) klachten of vragen verwacht. Ook is het een uitkomst voor mensen die slecht telefonisch bereikbaar zijn of als de patiënt zelf digitaal gegevens heeft ingevoerd (zoals bloeddruk metingen) waarop je wilt reageren. Mondeling contact is doorgaans geschikter bij veel vragen of onvoorziene omstandigheden. Zet het e-consult in dat geval om in een telefonisch of fysiek consult. Leg dat ook uit aan mensen die je digitaal blijven bestoken met vragen, dan stopt het vanzelf.

Tip 2: De snelheid zit in het patiëntbericht. Zorg voor een persoonlijke standaardtekst waarin alle te bespreken uitslagen automatisch worden ingevoegd. Investeer hierin of kopieer het van een digitaal vaardige collega. Zo ben je binnen enkele minuten klaar.

Tip 3: Zorg voor notificatie bij een ongelezen patiëntbericht, dan weet je zeker dat alle informatie is overgekomen.

Succes!

Referentie

1. www.nza.nl/documenten/vragen-en-antwoorden/wanneer-registreer-je-een-consult-op-afstand

Dr. C. J. Roosprijs 2025

De dr. C. J. Roosstichting reikt in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging de Dr. C. J. Roosprijs uit voor de drie beste klinische proefschriften op het gebied van de Interne Geneeskunde. De stichting wil met deze prijs klinisch wetenschappelijk, patiëntgebonden onderzoek in Nederland te bevorderen.

Prijsuitreiking

De eerste prijs van € 2000 en de tweede en derde prijs van € 500 zullen tijdens de Internistendagen in Maastricht in april 2025 worden uitgereikt na afloop van de sessie Topproefschriften, samen met een gekalligrafeerde oorkonde. De drie laureaten zullen hun werk presenteren tijdens de sessie Topproefschriften.

Voorwaarden

De dr. C. J. Roosprijs is bedoeld voor klinisch, patiëntgebonden onderzoek, waaronder verstaan wordt zowel onderzoek door de promovendus zelf verricht aan patiënten of proefpersonen, als onderzoek bij grotere groepen patiënten zoals gerandomiseerde studies, in een proefopstelling of een protocol waar de promovendus een belangrijk aandeel in heeft gehad. Moleculair, genetisch en basaal wetenschappelijk onderzoek kan hierbij additioneel zijn. Uitgesloten zijn proefschriften waarvan de aard en de opzet geheel bepaald zijn door de farmaceutische industrie.

In aanmerking komen

Om in aanmerking te komen voor de dr. C. J. Roosprijs wordt het volgende gevraagd:

1. Een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen tussen 1 februari 2024 en 1 februari 2025.

2. De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Meedingen

1. Stuur een digitale versie van het proefschrift aan niv@eventex.nl onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2025.
2. Stuur één gedrukt exemplaar van het proefschrift aan dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
3. Stuur als bijlage (bij de digitale versie en bij het gedrukte exemplaar) uw curriculum vitae mee en een korte motivatie waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen. Voeg ook een kort overzicht toe van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

De uiterste inzendingsdatum is 1 februari 2025.

Jury

De jury wordt bestaat uit de vaste leden prof. dr. Karin Kaasjager (voorzitter), prof. dr. Marcel Levi, dr. Julius Roos, prof. dr. Jan Smit, en de eersteprisijswinnaar in 2024, dr. Moritz Warmbrunn.

Contactadres: roosjulius@gmail.com

Overige informatie: zie www.roosstichting.nl

Persoonlijk leiderschap

Investeer in je werkgeluk

TEKST: SACHA EIKENBOOM

Opkomen voor jezelf of weten waar je kracht zit en deze optimaal benutten: zulke zaken leer je niet tijdens de opleiding tot medisch specialist. Maar zelfinzicht geeft ruimte en lucht. Je geeft als individu altijd leiding, al is het maar aan jezelf. En jouw gedrag beïnvloedt altijd anderen. Hoe mooi is het dan als je daarvoor de beste versie van jezelf mag benutten?

‘**D**okters leren tijdens de opleiding veel, maar veel ook niet’, zegt Ilse Ganzeboom. ‘Dokters moeten efficiënt werken in een complexe en sterk veranderende omgeving. Dit vereist meer dan uitsluitend medisch-inhoudelijke kundigheid en goede communicatieve vaardigheden. Het vraagt om kwaliteiten die samenhangen met het begrip persoonlijk leiderschap. Daardoor ben je beter toegerust om keuzes te maken die passen bij wie je bent en ontstaat meer innerlijke rust, zelfvertrouwen en autonomie. De kans op frustraties, conflicten en uitval neemt af.’

Topsport

Evert Schaftenaar: ‘Artsen bedrijven topsport. Ze geven het beste van zichzelf als het gaat om patiëntenzorg. Maar in de onderlinge samenwerking lukt

dat niet altijd. Als je kijkt naar bijvoorbeeld topsporters, zie je dat die een duidelijke missie hebben. Wat drijft je, hoe kun je je potentieel optimaal benutten, wat streef je na als individu of groep? Kortom: hoe geef je het beste van jezelf, zodat je het beste bereikt voor jezelf, maar ook voor je omgeving - niet alleen je

‘De ervaring leert dat iedereen grote stappen zet’

patiënt, maar ook je collega vakgroep en ziekenhuis? Persoonlijk leiderschap in het werk is het vermogen om jezelf effectief te leiden in het bereiken van je doelen. Het gaat om zelfbewustzijn, verantwoordelijkheid nemen en proactief richting geven aan je persoonlijke en professionele groei. Investeren in persoonlijk leiderschap maakt je gelukkiger en succesvoller.'

Ego Scan

Ilse en Evert hebben beiden veel ervaring in het trainen van medisch specialisten en vakgroepen op dit gebied, ieder vanuit hun eigen organisatie.

Evert: 'Wij starten de trainingen in persoonlijk leiderschap met een vraag of uitdaging. De juiste diagnosestelling is hierbij belangrijk. In vertrouwelijke intakegesprekken gaan we op zoek naar de rode draad. Daarna zijn diverse interventies mogelijk, zoals individuele coaching, teamdagen of coaching on-the-job. Via een zogeheten Ego Scan kunnen deelnemers achterhalen over welke ego's – ook wel subpersoonlijkheden genoemd – ze beschikken. Dit geeft weer welk gedrag hun eigen authenticiteit versterkt of belemmert. De Ego Scan maakt inzichtelijk hoe iemand zich het liefst positioneert in verschillende omgevingen. Als je bijvoorbeeld altijd aardig wilt zijn, kun je doorschieten in een conflictvermijdende allemansvriend die moeilijk voor zichzelf durft op te komen. Maar je hebt meerdere subpersoonlijkheden, die allemaal iets waardevols te



Ilse Ganzeboom, oprichter De Hele Dokter

bieden hebben. De Ego Scan helpt om de eigen authenticiteit beter te sturen.'

Geaccrediteerde leergang

Ilse: 'Wij bieden onder meer een ééndaagse masterclass De Vitale Dokter en teamcoaching op maat.

Daarnaast bieden we een geaccrediteerde leergang →

Gedwongen kwetsbaar opstellen

Marieke Henstra, internist-ouderengeneeskunde, Amsterdam UMC



'Na de afronding mijn promotie begon het te knagen. Wat wordt de volgende stap in mijn carrière? Wordt het niet eens tijd om buiten de muren van het ziekenhuis te kijken? Voor mijn gevoel kon ik vroeger nog alle kanten op, maar nu was ik voor het eerst bang om bij het maken van bepaald keuzes andere deuren definitief te sluiten.

En daar kreeg ik een onrustig gevoel van. Een vriendin van mij raadde mij de leergang Persoonlijk Leiderschap aan. Het was een intensief traject waarbij ik gedwongen werd me kwetsbaar op te stellen, het-

geen soms ongemakkelijk was. Desalniettemin kan ik het iedereen aanraden. Ik leerde veel over mijzelf: bijvoorbeeld waarom ik altijd in dezelfde valkuilen stap (zowel in mijn werk als thuis), welke talenten ik heb en welke rol ik vervul binnen mijn vakgroep. En nog interessanter: waar ligt de ruimte voor ontwikkeling? Ik vond het ook heel waardevol om dit proces bij de collega's uit mijn groepje te zien. Ik voelde herkenning, omdat ik niet de enige bleek met dergelijke vraagstukken en onzekerheden. En niet onbelangrijk: ik leerde ook dat het gras bij andere ziekenhuizen soms, maar zeker niet altijd groener is! Kortom, een waardevolle ervaring waarbij ik inzichten heb opgedaan waar ik de rest van zowel mijn werkende als privéleven profijt van zal hebben.' ●

‘Investeren in persoonlijk leiderschap maakt je gelukkiger en succesvoller’

Persoonlijk Leiderschap. Deze duurt ongeveer een half jaar en heeft maximaal zes deelnemers. De leergang begint met een intakegesprek plus een autobiografische opdracht, gevolgd door vier bijeenkomsten. Hierin doorlopen deelnemers een persoonlijk en dynamisch programma. Je hebt een vaste leercoach en verschillende gastdocenten. Die houden je een spiegel voor: wat zijn jouw patronen, wat is het effect daarvan? Hoe hebben jouw houding en gedrag effect op anderen? Waarvan krijg je wel of juist geen energie? Je merkt hierdoor hoe belangrijk het is om meer van jezelf te laten zien, hoe je nieuwe keuzes kunt maken en waartoe dat kan leiden.’

Periodieke vakgroep-coaching **Sjoerd Thijssen en Suzanne van Rijswijk,** **anesthesioloog-intensivisten, Maasstad ziekenhuis,** **Rotterdam**

‘Ook onze vakgroep heeft deelgenomen aan de verplichte IFMS-trajecten. Hier kwamen bij tijd en wijle wel issues in de samenwerking naar voren, maar we voelden ook dat de verdieping en de oplossing vervolgens ontbrak.

De medisch specialist is over het algemeen individueel opgeleid; de opleiding focust niet op optimaal teambreed functioneren. Binnen de vakgroep is er

Onderstromen bespreekbaar maken

Op zoek naar je missie, je diepste kern, dagelijks werkge-
luk: is dat niet een beetje zweverig? Ilse weerspreekt dat: ‘In de spreekkamer weet je heel goed hoe je op emotioneel niveau met mensen moet omgaan: luisteren, inleven, troosten. Diezelfde mechanismen gelden ook in gesprekken met collega’s, alleen dat is spannend. Je hebt geleerd om op een inhoudelijke manier met elkaar te spreken. Je denkwijze bepaalt je gevoel en gedrag én: dokters leiden dokters op, dus zo blijft dat gedrag in stand.

Mensen onderschatten vaak wat een werkcultuur met ze doet. Ik spreek dikwijls vakgroepen waar onenigheid is over taakverdeling of waar men elkaar geen feedback durft te geven. Dat zijn verschijnselen aan de oppervlakte; daaronder liggen zaken als gebrek aan vertrouwen, elkaar niet echt kennen of oud zeer. Als je zulke onderstromen bespreekbaar durft te maken, kunnen dokters hun energie, voldoening en werkplezier weer terugvinden. Daar is niets zweverigs aan.’

Spannend

Het kan spannend zijn om met elkaar in gesprek te gaan en dingen op tafel te durven leggen. *Evert*: ‘Het ontdekken van je missie kan nieuwe inzichten geven die ‘groeipijn’ kunnen veroorzaken. Handelen vanuit persoonlijk leiderschap is niet altijd eenvoudig, het vergt moed en doorzettingsvermogen. Maar zelfin-

bovendien vaak sprake van sterke en uitgesproken persoonlijkheden. Daarnaast lijken we niet gewend te zijn om elkaar aan te spreken, uit angst om problemen op te blazen en de groep kapot te maken. Om zo goed mogelijk als een team te blijven functioneren, hebben wij besloten om periodiek en intensiever de groepsdynamiek te onderhouden. Dit jaar starten we daarmee. Wij willen zo de meer en de nog minder zichtbare problemen in de samenwerking bespreken. Het doel is om deze zaken uit te leren spreken en om nieuwe werkafspraken te maken, onder het mom van: ‘je moet het dak repareren als de zon nog schijnt’! ●



Evert Schaftenaar, coach/partner
Authentiek Leiderschap

zicht geeft ruimte en lucht. Ik heb de meest gereserveerde, terughoudende deelnemers zien veranderen in enthousiaste en participerende collega's. En vakgroepen meegemaakt die 'skyhigh' gingen nadat ze hun missie ontdekt hadden en gingen 'leven'. Als je het lef hebt om meer te gaan leven vanuit datgene wat jou

werkelijk drijft, dan is er flow, verbinding, inspiratie en vrijheid.'

De beste versie van jezelf

'Je moet inderdaad willen en durven', beaamt Ilse.

'Onze coaches en docenten zijn warm en uitnodigend, maar ook persoonlijk en confronterend. De ervaring leert echter dat iedereen grote stappen zet, altijd. Het is zó waardevol om de regie te voelen en voeren over je leven en werk. Het gevoel dat je de touwtjes in handen hebt, dat dóet iets met je. Het beïnvloedt hoe je je voelt en hoe je je manifesteert. Je wordt een completere dokter en een gelukkiger mens.'

Evert: 'Je geeft als individu altijd leiding, al is het maar aan jezelf. En jouw gedrag beïnvloedt altijd anderen. Hoe mooi is het dan als je daarvoor de beste versie van jezelf mag benutten?'

Het taboe is er wel af

Ilse besluit: 'In het bedrijfsleven is het pro-actief verstevigen van persoonlijke en professionele performance al heel vanzelfsprekend. Gelukkig is de medische wereld met een inhaalslag bezig. Zoals een medisch specialist onlangs treffend opmerkte: "Het hoort bij het palet van de medisch specialist om emoties uit te kunnen schakelen, dat is ook een kwaliteit. In het uiten van onze emoties zijn we niet opgeleid, maar het taboe is er inmiddels wel af." Gelukkig maar.' ●

Mijn ervaringen

Bea Tanis, internist, Erasmus MC, Rotterdam

In 2018-2019 volgde ik de leergang Persoonlijk

Leiderschap. Ik kreeg daarin echt een spiegel voorgehouden. Daardoor kreeg ik weer scherp wat mijn kernwaarden zijn en welke aspecten in mijn werk me het meest dierbaar zijn, zoals patiëntcontacten en de meer complexe casuïstiek. Dit betekende ook dingen loslaten, waarna nieuwe uitdagingen op mijn pad kwamen in



het onderwijs en wetenschap. Ik kan mijn collega's zo'n coachingstraject aanraden. Doe het bijvoorbeeld als je een nieuwe stap in je carrière wilt maken of als je niet lekker in je werk zit. Of als je moeite hebt om balans te vinden tussen werk en privé; je leert beter luisteren naar signalen van je lichaam. Zo kun je het beste uit jezelf halen en komen je kwaliteiten het beste tot hun recht. En je wordt uitgedaagd om naar de toekomst te kijken, zodat je met bevolegenheid kan blijven werken. ●

De visie als kompas naar 2035

De (toekomstige) medisch specialist werkt in een veranderend zorglandschap. Daarom ontwikkelt de Federatie Medisch Specialisten een nieuw visiedocument die in het voorjaar van 2025 wordt opgeleverd: *Medisch Specialist 2035* (MS2035). De visie biedt handvatten om met alle veranderingen in de gezondheidszorg om te gaan en de rol van de medisch specialist richting 2035 vorm te geven.

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Net als voor andere zorgprofessionals brengt het veranderende zorglandschap ook voor de internist uitdagingen met zich mee. Annika Berends (internist) en Robin Peeters (internist en voorzitter van de NIV) spelen beiden een rol in de ontwikkeling van MS2035.

Het visietraject is gebaseerd op de ingrijpende veranderingen in de gezondheidszorg, zoals technologische innovaties, demografische verschuivingen, macro-economische invloeden en klimaatproblemen. 'Daarbij opgeteld natuurlijk ook de arbeidsmarktproblematiek en de beschikbare financiële ruimte in de zorg,' zegt Robin. 'Deze veranderingen vragen om directe actie.' Annika vult aan: 'Een visie kan niet alles oplossen, maar met een duidelijke visie kunnen we richting geven aan hoe wij als medisch specialisten ons vak in de toekomst willen vormgeven. Deze nieuwe visie is dan ook meer dan een voortzetting van MS2025. Natuurlijk zijn er overeenkomsten, maar er zijn ook nieuwe thema's die we nu in de praktijk moeten brengen.'

'Een belangrijk nieuw thema is onze maatschappelijke rol als medisch specialisten. Zorg moet niet

alleen gaan over de beste behandeling van ziekte, maar ook over het bevorderen van gezondheid en welzijn. Zeker na covid-19 is er meer ontvankelijkheid ontstaan voor de stem van de dokter. In de huidige, toch wel individualistische maatschappij, kunnen artsen ook de stem zijn van de meest kwetsbaren. Daarnaast staat nu ook het *human capital*



Annika Berends



van de medisch specialist centraal. De technologische ontwikkelingen gaan snel, maar zorg blijft in essentie mensenwerk. Het is daarom essentieel dat de menselijke factor meer aandacht krijgt.’

Toekomstbestendig en praktisch toepasbaar

Robin benadrukt dat de focus ligt op een toekomstbestendige zorg. ‘Deze visie is echt anders. Het gaat nu veel meer over hoe we de zorg duurzaam maken. Werkplezier behouden en jonge mensen meenemen in de veranderingen binnen het vak zijn hierbij essentieel. Dit raakt ook de strategische visie van de NIV, waarin we interne geneeskunde positioneren als de basis voor gezonde zorg. Als NIV richten we ons onder andere op het behoud van personeel en het terugdringen van de administratieve lasten.’ Robin heeft een rol in het bestuursteam dat zich richt op de grote lijnen van de visie. Annika is onderdeel van het inhoudsteam, samen met vijftien andere medisch specialisten uit diverse wetenschappelijke verenigingen. ‘Als inhoudsteam zijn we actief

betrokken bij alle fasen van het proces. We gingen proactief in gesprek met medisch specialisten, maar ook met andere spelers in het zorglandschap, zoals huisartsen, geneeskundestudenten, verpleegkundigen, paramedici, beleidsmakers en bestuurders. We wilden een breed gedragen visie ontwikkelen, niet alleen vanuit onze eigen bubbel, maar ook met input van anderen en uiteraard van de patiënt. Er zijn groepen in de samenleving die minder goed de weg naar de zorg weten te vinden. Juist daarom wilden we iets ontwikkelen dat werkbaar is voor de toekomst.’

Zeven thema’s met concrete handvatten

De uitgangsprincipes van de visie worden uitgewerkt in zeven thema’s (zie kader). Annika erkent dat er met scepsis naar deze thema’s gekeken kan worden, gezien de grote uitdagingen in de zorg. ‘Die uitdagingen onderschat ik niet,’ zegt ze. ‘Maar ik kies liever voor een optimistische benadering. Deze visie moet inspireren en een praktische handleiding zijn om

De zeven thema’s in de Visie MS2035

- Werkplezier en duurzame inzetbaarheid
- Schaarste (inclusief het bevorderen van gelijke toegang en solidariteit)
- Vergroening van de zorg
- Preventieve en geïntegreerde zorg (zorg op maat)
- Nieuwe technologieën
- Diversiteit en inclusie
- Kennis en vaardigheden van de toekomst (waaronder generalisme)

Drie uitgangspunten

De thema’s van de visie worden langs drie hoofdlijnen uitgewerkt:

- Wij zorgen voor onze patiënten: In onze zorg staat de mens centraal.
- Onze verantwoordelijkheid reikt verder dan de spreekkamer: Wij zetten ons ook in voor de maatschappij en de wereld.
- Zorg voor jezelf en elkaar: We kunnen goede zorg blijven leveren als we fysiek en mentaal gezond zijn.



**Esther Cornegé-
Blokland**

Voorzitter inhoudsteam
Medisch Specialist 2035

Volgend voorjaar ligt er een visie op de rol en werkwijze van (toekomstige) medisch specialisten in 2035. De ontwikkelingen die op ons afkomen vereisen moed van zowel huidige als toekomstige medisch specialisten, als ook van samenwerkende partners. Alleen door gezamenlijk te innoveren en te veranderen kunnen we de zorg toekomstbestendig maken.

zorgpersoneel te behouden en zorg toegankelijk te houden. Een concreet voorbeeld is de nadruk op werkplezier. Het gaat erom dat je aan het einde van de dag het gevoel hebt dat je goede zorg hebt geleverd, in een team dat goed samenwerkt. Die menselijke aspecten moeten we blijven koesteren en versterken.'

Beide internisten zijn blij dat juist deze zeven thema's naar voren zijn gekomen. 'Als internisten denken wij hier al langer over na,' zegt Annika. 'Dat is ook logisch, want deze thema's passen bij onze rol als schakel in de zorg en ons vermogen om te reflecteren op bredere maatschappelijke ontwikkelingen.' Robin voegt toe: 'Vanuit het bestuursteam hebben we steeds gekeken of we geen belangrijke onderwerpen misten. Het gaat immers niet alleen om het perspectief van de medisch specialisten, maar om de bredere beweging in het zorgveld. Daar liggen de uitdagingen én de kansen.'

Kansen voor de internist

Welke kansen spelen specifiek voor de internisten? 'Een belangrijke is de dubbele vergrijzing,' zegt Robin. 'Acute zorg wordt steeds meer chronische zorg. Het feit dat we steeds ouder worden, betekent dat patiënten vaker meerdere ziektes tegelijk hebben. Het huidige zorgsysteem is hier niet goed op ingericht. Juist de internist kan hierin een sleutelrol spelen.' Annika vult aan: 'Medisch specialisten moeten ervoor zorgen dat de zorg voor iedereen toegankelijk blijft. Dat vraagt om bewuste keuzes. Veel mensen hebben minder toegang tot de zorg en lagere gezondheidsvaardigheden. Als NIV pakken we deze handschoen op door ons actief in te zetten voor preventie en palliatieve zorg, en door kritisch te kijken naar het zorgaanbod.'

Een andere belangrijke vraag is hoe we het werkplezier behouden en zorgen dat toekomstige generaties voor ons vak blijven kiezen. 'Wat hiervoor nodig is, is een flexibeler carrièreperspectief,' zegt Robin. 'Ook meer samenwerking tussen subspecialisaties kan helpen. Subspecialisatie heeft veel gebracht, maar is niet altijd wat de patiënt nodig heeft en kan leiden tot gefragmenteerde en dure zorg.' Annika voegt toe: 'Ook toegepaste artificiële intelligentie zal een grote rol spelen. Als we dit goed weten te integreren, kan dit het werkplezier bevorderen door administratieve



Robin Peeters

lasten te verlichten en zorgprocessen efficiënter te maken.'

De toekomst in actie

Annika concludeert: 'Dit visietraject onderstreept de noodzaak voor een gezamenlijke aanpak om de uitdagingen van de toekomst aan te gaan. De komende jaren zetten we concrete stappen om de zorg patiëntgericht én duurzaam te maken. Deze visie is het startpunt, maar het zijn de gezamenlijke acties die ons in lijn met deze visie naar de zorg van 2035 zullen leiden.' ●



Spiegeltje, spiegeltje

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



Joeri Tijdink

is psychiater en onderzoeker aan het AmsterdamUMC op de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora

Mijn eerste aan- en ervaring met een internist was tijdens mijn eerste coschap; interne geneeskunde. Ik was net 20 en moest nog volwassen worden. De begeleider was een serieuze internist in opleiding die mij op een dag apart nam. Ik maakte teveel 'dolletjes' met patiënten. Hij verwachtte van mij dat ik als ik in het ziekenhuis was 'mijn masker' opzette. 'Geiten doe je maar thuis.' En nog voordat ik kon antwoorden, verzocht hij me geen sportschoenen aan te doen. 'Nette schoenen dragen we bij de interne.' Ik was flabbergasted. Mocht ik echt alleen maar thuis geiten?

Pas tijdens mijn opleiding psychiatrie in het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis kreeg ik weer te maken met internisten. Het bleek een innige en fijne samenwerking. Niet alleen zagen we elkaar voortdurend op de eerste hulp bij patiënten die een suïcidepoging hadden gedaan, ook werden we voor iedere delirante uitspraak van een patiënt opgepiept. Omdat dit nu eenmaal protocol was en omdat patiënten die in de war zijn paniek

men. Een grote rijzige gestalte stak zijn serieuze hoofd om de hoek van de assistentenkamer, zijn witte jas tot het bovenste knoopje dichtgesnoerd en met natuurlijk de nette, degelijke schoenen die ieder weldenkend mens nooit aan zou durven doen. Hij ging dan met een ietwat stijve motoriek zijdelings op een bureautafel zitten en bladerde door de papieren dossiers. Hij bleef vaak dralen om ons van gevraagde en ongevraagde internistische adviezen te voorzien (later bleek dat dat dralen alles te maken had met mijn charmante collega-assistente).

Mijn liefde voor de interne was gevestigd; na mijn specialisatie tot psychiater rondde ik zelfs mijn promotie op de afdeling interne af bij mijn favoriete internist Yvo Smulders.

En nu dus als kers op mijn carrière een bijdrage voor deze rubriek, die naar ik begreep als doel heeft om feedback te krijgen op jullie functioneren. Ik moet zeggen, ik ben heel tevreden over jullie. Jullie zijn altijd bereikbaar, betrouwbaar, bescheiden en beschouwend en willen constructief meedenken. Bijvoorbeeld door een ingewikkelde geïntoxiceerde patiënt even op een internistisch bedje te leggen om zijn roes uit te slapen zodat wij hem de volgende dag kunnen beoordelen. Er zijn eigenlijk maar twee verbeterpunten: de ernst in jullie voorkomen en jullie kledingkeuze.

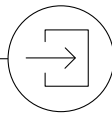
Daarom een aantal vragen. Vragen zijn immers hét instrument van de psychiater, om een ander te kunnen spiegelen om te motiveren tot zelfreflectie en gedragsverandering. Daar gaat 'ie: 1) Als jullie onder elkaar zijn, maakt er iemand weleens een grapje? 2) Mogen jullie alleen maar thuis geiten? 3) Waarom moet die witte jas tot aan het bovenste knoopje dicht? 4) Wat hebben jullie te verbergen onder die dichte witte jas? 5) Is dat omdat alle internisten hun kleding kopen bij dezelfde kledingzaak?

Ik hoop dat ik met vragen stellen enige introspectie kan bewerkstelligen. Vanzelfsprekend staat deze geitenwollensok open voor feedback en kijk ik uit naar de antwoorden. ●

'Ik ben heel tevreden over jullie'

opriepen (waarbij we meestal een haldolletje voorschreven om de ietwat angstige internist te kalmeren).

Op onze eigen PAAZ (waarom heet jullie afdeling eigenlijk geen IAAZ?) werden we bijna dagelijks gefrequenteerd door een assistent interne die ons adviseerde hoe we met alle ontregelde suikers, hypertensies, hartritmestoornissen en bloedverdunders moesten omgaan. Hij nam uitgebreid de tijd en na een tijdje mochten we onder zijn auspiciën veel van die behandelingen zelf uitvoeren. Wij noemden hem liefkozend 'de consul' en dat had alles te maken met zijn voorko-



Komen

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

‘Kijk ook eens mee in een klein ziekenhuis’

Hoe was het om een baan te zoeken als oncoloog?

‘Ik ben internist-oncoloog sinds november 2022 en kon gelukkig direct een baan vinden. Eerst heb ik een half jaar als chef de clinique in Isala in Zwolle gewerkt. Er waren daarna verschillende baanopties in het noorden van het land. Ik had het geluk dat ik daar ook woon en via een bestuursfunctie al een netwerk had opgebouwd. Sinds juni 2023 werk ik met veel plezier in Nij Smellinghe.’

Hoe was de start als medisch specialist in Isala?

‘Dat was heel fijn. Ik heb daar een deel van mijn opleiding gedaan en ik wilde graag een tijdelijke functie om ervaring op te doen in een groot perifeer ziekenhuis. Omdat ik de collega's en manier van werken al kende was het een warm bad om daar te beginnen.’

Waar moest je aan wennen?

‘Vooral aan het reizen, dat was meer dan drie uur per dag. Ik ben daarom bewust drie dagen per week gaan werken om zo een gezonde balans tussen werk, mijn gezin en hobby's te houden. Tijdens de diensten kon ik in het hotel naast het ziekenhuis overnachten.’



Foppie is internist-oncoloog in ziekenhuis Nij Smellinghe in Drachten. Werken in een klein ziekenhuis bevalt haar heel goed.



En toen de overstap naar Drachten?

‘Ja! Toen mijn collega uit Nij Smellinghe belde of ik interesse had om te werken in een kleiner perifeer ziekenhuis, ben ik gaan meelopen om dit te ervaren. Ik ben er heel hartelijk ontvangen en voelde me meteen thuis. Het is voor mij ook vlakbij huis, waardoor de werk-privé balans goed is.’

Wat vond je de grootste verandering bij die overstap?

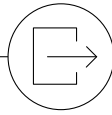
‘Het combineren van de oncologie met de algemene interne geneeskunde, met name tijdens de diensten en deels op de polikliniek. Ik was bang dat mijn algemene kennis in de afgelopen jaren weggezakt zou zijn, maar dat is gelukkig niet zo. En ik denk dat ik nu een betere oncoloog ben doordat ik ook een brede internist ben.’

Wat is het leukste aan je werk?

‘Oncologie is een prachtig vak wat betreft communicatie, diepgang en samenwerking. Ik mag mensen op hun meest kwetsbare momenten begeleiden. Ik vind het prettig werken in Drachten door de korte lijnen. Onderzoeken en andere zaken zijn snel geregeld en iedereen helpt elkaar. Er wordt veel gedaan voor een goede werksfeer. Zo luncht de gehele medische staf wekelijks samen. Er is voldoende aandacht voor de werk-privé-balans; bijna alle internisten werken inmiddels parttime. Dat draagt bij aan duurzame inzetbaarheid.’

Heb je een boodschap voor collega's?

‘Probeer niet te veel stress te hebben of je een baan vindt. Er komt altijd wel iets op je pad. En probeer tijdens je opleiding ook eens mee te kijken in een klein ziekenhuis. Dat kan een eye-opener zijn!’ ●



Gaan

In deze rubriek komt elke keer een vertrekken collega aan het woord. Dit keer is dit **immunoloog en vasculitis-expert Jan Willem Cohen Tervaert**.

‘Geef niet op!’

Vanwaar de overstap naar Canada?

‘Ik hou van onderzoek doen, onderwijs geven en patiënten zien. In Canada is daarvoor geen leeftijdsgrens. Men vond het aantrekkelijk om mij als reumatoloog aan te trekken. Ook vanwege mijn ervaring met translationeel onderzoek. Niet veel dokters in Canada hebben dat. Ik heb hier samen met een andere reumatoloog een lab opgezet en dat loopt heel goed.’

Je hebt in mei de Lifetime Contribution to Autoimmunity Award 2024 ontvangen. Wat betekent dat voor je?

‘Het is bijzonder dat ik als eerste Nederlander deze award krijg. Ik ben al meer dan veertig jaar bezig met auto-immuunziekten. Destijds ontdekten we in Groningen ANCA, antistoffen bij patiënten met vasculitis. De ANCA-test wordt nu wereldwijd heel veel gebruikt, niet alleen diagnostisch maar ook voorspellend voor recidieven. Mijn huidige onderzoek is gericht op de kwaliteit van leven van patiënten, die vaak erg moe zijn door of ondanks hun behandeling.’

Hoe was je betrokken bij de vereniging?

‘Ik ben jarenlang voorzitter geweest van de sectie Klinische Immunologie. Maar het belangrijkste was het organiseren van de Internistendagen, doordat ik hoogleraar was in Maastricht.’

Wat was een mooie of bijzondere ervaring als medisch specialist?

‘Medio jaren ’80 werden patiënten met GPA behandeld met cyclofosfamide, maar toen ik een patiënt met het antibioticum Bactrimel behandelde zei hij: “Dokter, U heeft hét middel voor GPA gevonden!”. Dat was een doorbraak in de behandeling en leidde tot verder onderzoek met Bactrimel. Dat was een heel positieve invloed van een patiënt op mijn verdere carrière.’

Wat is een belangrijke les uit je carrière als internist?

‘Begin jaren ’80 startte ik met een onderwijssprekkuur met dia’s van lichamelijke verschijnselen bij patiënten. De studenten moesten onbevooroordeeld zeggen wat ze zagen, waarna we een differentiaaldiagnose opstelden. Ik moest dat goed voorbereiden door allerlei informatie op te zoeken. Dat heeft mij geholpen om een goede internist te worden en leerde mij het belang van praktisch onderwijs.’

Wat wil je meegeven aan andere internisten en jonge medisch specialisten?

‘Geef niet op! Toen ik begon met ANCA-onderzoek waren er tientallen namen voor allerlei nierziekten die allemaal ANCA-geassocieerd bleken te zijn. Ik wilde stoppen met al die namen, maar daar heb ik erg voor moeten vechten. Want niemand geloofde mij. Ik heb geleerd: hou vast aan je eigen ideeën en laat je niet weerhouden door de algemene mening. Zorg dat je overeind blijft en werk je eigen plan uit.’

Wat doe je buiten je werk als internist?

‘We houden van dieren en van de natuur. Dat is allemaal gelukkig voldoende te vinden in Canada.’

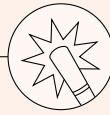
Hoe kijk je terug op je loopbaan?

Ik ben heel dankbaar dat ik in verschillende landen heb kunnen werken, ook op Aruba en in Amerika. Ook ben ik dankbaar voor alle fijne collega’s met wie ik heb mogen samenwerken. En ik hoop dat nog een tijd te kunnen doen. ●



Jan Willem werkt sinds 2017 in het academisch ziekenhuis van Alberta in Canada. Daar hoopt hij nog een tijd te kunnen doorgaan met zijn werk.





De knuppel

In deze rubriek gooit een collega de knuppel in het internistenhok



Stelling



'Stop met klagen over administratielast'

Regelmatig klagen collega's over administratielast. Meestal gaat dat over wat er allemaal ingevuld moet worden in het EPD. De NIV hield er zelfs een flasmob-studie naar, 'want zo kan het niet langer'. Internisten in opleiding zouden nog maar 15% van hun tijd besteden aan patiëntenzorg. Maar komt de tijd die we doorbrengen achter een beeldscherm dan niet ten behoeve aan de patiënt? Of is patiëntenzorg nu eenmaal meer digitaal geworden? En zeg eens eerlijk, als je je ergert aan het aantal klikken, een traag lopend EPD-proces, of velden die bij elk patiëntcontact opnieuw ingevuld moeten worden maar die niet veranderen of onzinnig zijn; wat doe je dan?' Precies, we klagen erover bij de koffieautomaat.

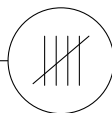
Ik wil dringend verzoeken daarmee te stoppen. Natuurlijk, klagen lucht altijd op. Maar doe jezelf een plezier en neem contact op met je EPD-bouwer/superuser/CMIO met de boodschap: 'Hé, dat proces is niet handig ingericht'; 'ik wil graag stoppen met het invullen van een onzinnig veld'; of 'kan het aantal klikken niet omlaag?'

De disclaimer bij deze knuppel is dat ik alleen ervaring heb met Epic. Ik heb gemerkt dat de administratielast met Epic in verschillende ziekenhuizen gigantisch kan verschillen. Dus

houd op met: 'Het moet van Epic/HiX/...', want dat is onzin. Als er één ding is waarover wij zelf de regie hebben, dan is het wel de inrichting van het EPD.

Laat het EPD voor je werken en geef ieder zijn/haar rol. Het is een patiëntendossier, dus geef de patiënt de regie in de consultvoorbereiding en het updaten van gegevens. Personaliseer veelgebruikte teksten, links, dossiers en orders. Medicatieverificatie kan (ook poliklinisch) worden gedaan door apothekersassistenten. Verpleegkundigen en medisch assistenten kunnen zelf orders plaatsen, dat bevordert ieders werkplezier. Hoe vervelend is het om voor elke paracetamol, verwacht te starten antibioticum, of te plannen consult een arts te moeten bellen? Richt het EPD zo in dat kwaliteitsregistraties passen binnen het normale werkproces zonder extra handelingen. Laat een data-ondersteuner dit versturen. Bel de

betreffende registratie-contactpersoon als je iets moet registreren wat nutteloos lijkt, dat kan verrassende inzichten geven. Toen ik diabetesregistratie DPARD meedeelde dat wij geen HbA1c bij diagnose en trombocyten aanleveren leerden we dat je met trombocyten een NAFLD-score (leververvetting) kan berekenen. Waarop we die nu toch bepalen. Helaas kan ik niet zeggen dat ik geen administratielast ervaar, maar de grootste paarse krokodillen liggen buiten mijn bereik. Machtigingen voor geneesmiddelen; gebrekkige gegevensuitwisseling; DBC-registraties (zoals zorgactiviteiten); contacten met apothekers omdat medicatie niet leverbaar is of door preferentiebeleid niet wordt verstrekt. Laten we de handen ineen slaan om op beleidsniveau deze zaken aan te pakken. Internisten kunnen anno 2024 niet meer zonder computer. Dus geef elke internist (i.o.) een goede, niet-vrijblijvende, terugkerende EPD-training. EPD-optimalisatie is een continu proces, geef een collega tijd voor deze essentiële taak. En laten we vooral van elkaar leren in plaats van overal opnieuw het wiel uitvinden. Landelijke EPD-bijeenkomsten zijn ontzettend inspirerend. Hoe fijn is het als AI een samenvatting maakt van je consult? Dat is geen toekomstmuziek, maar werkelijkheid. Doe er je voordeel mee! ●



In cijfers

De Brede Basis

We zijn trots om te vermelden dat er inmiddels al veel succesvolle webinars van "De Brede Basis!" zijn uitgebracht, met een overweldigende deelname! Van vier afleveringen alleen al hebben **2500** deelnemers hun kennis vergroot, waaronder ruim **1600** internisten en bijna **900** professionals uit andere specialismen. De reeks heeft belangrijke mijlpalen bereikt met onderwerpen die ertoe doen, zoals Intoxicaties, toxidromen en verslaving, Klinische Farmacologie, Palliatieve zorg en Oncologie.

Uit een enquête die wij onder onze deelnemers hebben verspreid blijkt dat zij de reeks een 8,1 als gemiddeld cijfer geven!

Wie namen er deel?

Totaal aantal deelnemers van afgelopen 5 webinars

Internisten: **2326**

AIOS: **948**

Andere specialismen: **226**

**BREDE
DE BASIS**

Met deze webinars hebben we een stevige basis gelegd voor het delen van essentiële kennis en het ondersteunen van de medische gemeenschap. We zijn dankbaar voor de enthousiaste reacties en kijken ernaar uit om samen nog meer te bereiken.

Ervaring vanuit de internist:

Een van onze deelnemers benadrukt zijn positieve ervaring met De Brede Basis!: "Als internist en al bijna 20 jaar intensivist merk ik dat ik kennis tekortkom. De Brede Basis! inspireert tot meer verdieping, en ik heb veel geleerd."

De Grote Visite

De Grote Visite blijft groeien en impact maken: we zijn trots om te melden dat er recent nieuwe opnames voor nieuwe afleveringen van **seizoen 6** zijn geweest! Wij zijn daarnaast blij ontzettend veel enthousiaste reacties vanuit de luisteraars ontvangen te hebben.

De meest beluisterde aflevering van alle seizoenen bij elkaar? Dat is "Dienstperikelen, twee kanten van de diensttelefoon deel 1" door Goda Choi, Annika Berends en Louise van Galen!

Wist je dat...

De Grote Visite gemiddeld een 4.7 uit 5 scoort op streamingdiensten Castos en Spotify?

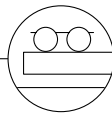


Met De Grote Visite zetten we de volgende stap in het delen van diepgaande inzichten en het versterken van de kennisuitwisseling binnen de interne geneeskunde.

Internist en podcastmaker

Anna Verhulst over het succes:

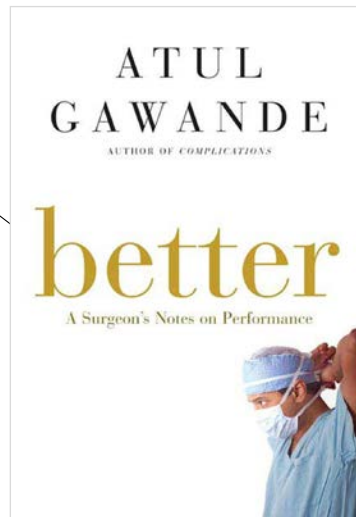
Podcast De Grote Visite is in de afgelopen jaren echt een project vóór en dóór de vereniging geworden. De redactie van de podcast is nu een mooie mix tussen aios en internisten en barst van de ideeën voor toekomstige afleveringen!



Uitgelezen

Better
A Surgeon's
Notes on
Performance

Atul
Gawande



Oordeel



A tul Gawande is een Amerikaanse chirurg en auteur. In zijn boek *Better* (2007) verkennt hij in een aantal essays hoe medisch professionals hun werk beter kunnen doen in een wereld vol beperkingen en onzekerheden. Kernprincipes in het boek zijn aandacht voor zorgvuldigheid, ethiek en systeemdenken. Dit gedachtengoed wordt ook weerspiegeld in Gawandes werk bij Ariadne Labs, een organisatie die hij in 2012 mede oprichtte. Deze organisatie ontwikkelt innovatieve en schaalbare oplossingen om de gezondheidszorg wereldwijd te verbeteren.

Better is georganiseerd rond drie thema's: *diligence* (toewijding en zorgvuldigheid), *doing right* (het juiste doen) en *ingenuity* (vindingrijkheid). Gawande brengt medische ethiek en zorgsystemen tot leven met menselijke verhalen en maakt de lezer ook deelgenoot van zijn eigen ervaringen en twijfels.

Toewijding en zorgvuldigheid

In het eerste deel illustreert Gawande hoe goede zorg veelal niet afhangt van geavanceerde technologie, maar van toewijding. Zo vertelt hij hoe in India een polio-uitbraak in de kiem werd gesmoord dankzij zorgvuldig en vlijtig handelen. Razendsnel wordt een vaccinatiecampagne gestart, waarbij alle stappen en personen in de keten nauwgezet worden aangestuurd en gemonitord. Interessant is ook het hoofdstuk over initiatieven om zorgverleners ertoe te brengen de handen te

'Gawande durft moeilijke vragen te stellen'

wassen. Pas als men gaat kijken naar wat wel goed gaat en de betreffende mensen daarbij betreft, ontstaat een verschuiving. Men begint elkaar aan te spreken op de handhygiëne, waarna het aantal ziekenhuisinfecties navenant daalt.

Toewijding stond ook aan de basis van een grote verbetering in overleving onder Amerikaanse soldaten in oorlogsgebied. De observatie dat er geen 'Golden hour' is maar 'a Golden five minutes' leidde tot het meereizen van mobiele veldhospitals met soldaten tijdens missies, zodat direct levensreddend geopereerd kan worden. Het doel is om alleen het hoognodige te doen, schadebeheersing. Het kan voor een chirurgisch team

tegennatuurlijk voelen om de patiënt met een open buik en fractures aan collega's over te dragen. Maar het succes ligt in het optimale gebruik van de keten. Ook het gebruik van preventieve middelen werd tegen het licht gehouden. Een bril om de ogen te beschermen was niet stoer. Het leek op iets dat ouderen in Florida dragen. Een modieuze ontwerp zorgde voor een daling van het aantal oogletsels.

Het juiste doen

In het tweede deel richt Gawande zich op het morele kompas en de fijngevoeligheid om het juiste te doen. Hoe ga je om met het lichamelijk onderzoek en met financiële prikkels? Hoe weten we wanneer te vechten voor de patiënt en wanneer te stoppen? Wat zou de standaardmodus moeten zijn, doorgaan of terughoudend zijn? Hoe gaan we om met complicaties en medische fouten? Gawande durft moeilijke vragen te stellen over verantwoordelijkheid en ethiek, zonder eenvoudige antwoorden te geven.

In zijn latere werk schrijft hij over coaching en zijn persoonlijke ervaring daarmee. Topsporters hebben een coach. Waarom wordt van zorgprofessionals verwacht dat ze zonder externe blik beter worden en optimaal presteren? Dit onderwerp snijdt hij in dit boek nog niet aan. ●



Klare taal

Gehoord bij de dokter

Ontwateren

TEKST: ERIC GEIJTEMAN | BEELD: MARC-JAN JANSSEN

In de vorige editie van dit tijdschrift hebben we de aftrap gedaan van de rubriek 'Gehoord bij de dokter'. In deze rubriek willen we veelvoorkomende medische stijl- en taalfouten aan bod laten komen. Hierbij hebben we als doel om de lezer bewust te maken van deze fouten, maar altijd met een dikke knipoog.

We hebben veel reacties ontvangen op de oproep om medische stijl- en taalfouten die zijn opgevallen te delen. Hartelijk dank hiervoor! Blijf jouw suggesties vooral indienen, per mail naar e.geijteman@erasmusmc.nl. Maak hierbij kans dat jouw inzending in één van de volgende edities terechtkomt, mogelijk ondersteund met een prachtige spotprent.

In deze editie is de suggestie weergegeven van Remco Molenaar, werkzaam als internist-hematoloog in het Amsterdam UMC. De spotprent spreekt voor zich. Onze suggestie voor deze situatie zou zijn: 'Bij deze patiënt is vocht onttrokken met behulp van ... [specifiek medicijn of niet-medicamenteuze behandeling].' ●





Focusvraag

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

Waar kun jij je écht aan storen?



Liselore Janssen
Beleidsadviseur NIV
(voorheen: anios
Interne Geneeskunde)

'Tijdens mijn werk als arts bij de interne geneeskunde ergerde ik me vaak aan het gebrek aan autonomie en de grote administratieve last. Het leuke aan mijn werk nu is dat ik me erop kan richten deze ergernissen aan te pakken. Zo kan ik eraan bijdragen bevlogenheid van de internist (i.o.) te behouden!'



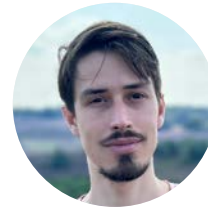
Ab Loualidi
Internist-vasculaire
geneeskunde
Ommelander
Ziekenhuis, Groningen

'Het is zeer frustrerend wanneer ICT-systemen traag werken of regelmatig vastlopen, vooral tijdens drukke spreekuren. Onlogische menu's, moeizame koppelingen tussen systemen, en constant opnieuw moeten inloggen verstoren de efficiëntie en verhogen de werkdruk, wat direct ten koste gaat van de tijd en aandacht voor patiënten.'



Harald Brulez
Internist-nefroloog
OLVG, Amsterdam &
bestuurslid NIV

'Er is weinig wat mij echt hindert. Natuurlijk stoor ik me soms aan dingen, zoals vergeten laboratoriumonderzoek, wat extra afspraken veroorzaakt. Maar mij realiserend dat dit waarschijnlijk een uiting is van bredere zelfzorgproblemen - wat uiteindelijk de reden is dat zij bij mij zijn terechtgekomen - helpt dat mij om dit weer te relativeren.'



Daan Viering
Aios Interne
Geneeskunde Rijnstate,
Amsterdam

'Met alleen zeuren gaat het niet gebeuren. Als we vinden dat iets hinderlijk is, laten we het dan ook anders doen. Wijzen naar de politiek, zorgverzekeraar of farmaceut lost weinig op. Vragen stellen is een goed begin. Wat ga jij dit jaar doen om jouw grootste ergernis op te lossen?'



Hilde Wesselius
Internist-acute
geneeskunde
Alrijne ziekenhuis
Leiderdorp

'Wat is het fijn om af en toe even te mopperen om iets echt hinderlijks, zoals hondenpoep op het schoolplein van mijn kinderen, een 'computer says no' momentje, de enige regenbui van de dag als je net op de fiets stapt, of een stagnerende doorstroom op de verpleegafdeling door op nazorg wachtende patiënten. Toch besluit ik hier altijd snel een positieve draai aan te geven. Hinderlijk, nee heerlijk!'



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

column

Afdalen naar het hoogste

Het is nu half augustus. Over precies twee weken ben ik totaal onbelangrijk. Geen opleider meer of afdelingsbestuurder, geen conciliumvoorzitter, geen NIV-bestuurslid... niets meer, eigenlijk. Wat commissies en soms een column of een opiniestukje, zoiets als dit... that's all.

Wat ga ik doen? Meer patiënten zien... *'Dag mevrouw, ik ben dokter Smulders. Ik zie dat het niet goed gaat met u. Misschien kan ik helpen.'* Meer supervisie geven... *'Wat denk jij? Wat denk ik? Wat brouwen we daarvan?'* Meer thuis zijn in de avonden en dan nieuwe muziek ontdekken, of nieuwe schrijvers ontmoeten (tip: James Baldwin!)

'Heerlijk om voorlopig compleet statusloos te zijn'

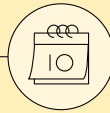
Verreweg de meest gestelde vraag is: 'Wat is je volgende stap?' Als ik dan antwoord in de stijl van de vorige alinea kijken ze me onbegrijpend tot zelfs wantrouwend aan. Hij voert iets in zijn schild. Zijn next move blijft strategisch onder de pet.

Gisteren had ik een oude promovendus thuis op bezoek. We spraken over de definitie van ambitie en kwamen tot de conclusie dat die tweeledig is. Wat je 'status-ambitie' zou kunnen noemen is wát je wil zijn; welke formele

positie je in de niet al te verre toekomst zou willen bereiken. Bijvoorbeeld hoogleraar worden, afdelingshoofd, lid van de raad van bestuur etc. Wat je 'inhoudelijke ambitie' zou kunnen noemen is wíe je wil zijn; bijvoorbeeld iemand met een gerust gemoed, een hoofd dat letters leest en muziek hoort, iemand die wat waarde toevoegt aan de mensen rondom. Ik worstel een beetje met beide vormen van ambitie, met wát versus wíe. Zoals het er nu naar uitziet lijkt het me heerlijk om, tenminste voorlopig, compleet statusloos te zijn. Het effect daarvan zal me benieuwen. Ik sluit niet uit dat de statusbehoefte groter blijft dan ie zich nu doet voelen. Sowieso kun je maar beter niet te stellig zijn over wat je (on) gelukkig maakt. Verder ben ik van mening dat de beste bekleders van statusrijke posities vaak degenen zijn die dat eigenlijk helemaal niet hadden gewild. Ik ken er zo een handvol en die doen het gemiddeld oneindig veel beter dan degenen die al jaren riepen dat ze bijvoorbeeld professor of bestuurder wilden worden. Zij die iets niet willen zouden dat dus soms toch moeten nastreven.

Voorlopig koester ik die andere ambitie, die van wíe. Noem me een romanticus, maar dokter zijn voor zieke mensen is toch echt een bijzonder voorrecht. Ik heb verder een ontzagwekkend ontzag voor hen die dat goed kunnen en wil daar graag bij horen. Als je je dan ook nog kan identificeren met mensen die soms een goed boek lezen en daar ook iets van vinden, dan weet ik niet wat je nog meer zou moeten wensen. Dus ik daal af, naar het hoogste.

Yvo



Agenda

→ Januari 2025 Webinarreeks De Brede Basis – Passende zorg op de Intensive Care

8 januari 2025, online

Diabetes Update

9 & 10 januari 2025, Hotel de Keizerskroon, Apeldoorn
Neem deel aan de jaarlijkse nascholing over Diabetes met een focus op obesitas. Tijdens dit evenement bespreken diverse sprekers actuele ontwikkelingen in de pathogenese, complicaties en behandeling van diabetes. Het programma legt de nadruk op praktische toepasbaarheid, zodat je er direct van kunt profiteren in je dagelijkse werk.

Echocursus

22 t/m 24 januari 2025, Akoesticum, Ede
Leer de essentiële technieken van (spoed)echografie voor internisten, met aandacht voor longechografie en echocardiografie. De cursus richt zich op hands-on oefenen en biedt een uitgebreide leerervaring in de toepassing van echografie in acute situaties en tijdens poliklinische bezoeken.

Dutch Hematology Congress 2025

22 t/m 24 januari 2025, Papendal, Arnhem
Dit jaar organiseert Hematologisch Nederland het 17e

Nederlands Hematologie Congres. Het congres richt zich op het educatieve en verbindende karakter, met veel mogelijkheden voor interactie en discussie tussen hematologen en onderzoekers.

Snapperdagen 2025

29 t/m 31 januari 2025, Novotel, Amsterdam
Het Snapper-instituut biedt een breed nascholingsprogramma voor internisten, met nadruk op praktische kennis en vaardigheden. Dit evenement bevordert kwaliteitsverbetering binnen de Interne Geneeskunde.

→ Februari 2025 Dutch Endocrine Meeting 2025

6 & 7 februari 2025, Koningshof, Veldhoven

Echocursus

19 t/m 21 februari 2025, Akoesticum, Ede

→ Maart 2025 ECIM 2025

5 t/m 8 maart 2025, Florence, Italië
Het 23e Europese Congres van de Interne Geneeskunde vindt plaats in Florence. Dit congres biedt een platform voor kennisuitwisseling en samenwerking, met een uitgebreid wetenschap-

pelijk programma en netwerk-mogelijkheden.

Echocursus

12 t/m 14 maart 2025, Akoesticum, Ede

DESG Diabetes Arts-Assistentencursus

13 maart 2025, MeetUp, Utrecht
Deze eendaagse cursus voor arts-assistenten in opleiding bevat e-learning, een webinar en een praktijkbijeenkomst.

Webinarreeks De Brede Basis – Vasculaire geneeskunde

26 maart 2025, online

Symposium Multimorbiditeit

27 maart 2025, de Driehoek, Utrecht
Ontdek oplossingen voor de zorgvraag van patiënten met multimorbiditeit. Dit symposium biedt de kans om obstakels te

bespreken en succesvolle voorbeelden te delen.

→ April 2025 Echocursus

2 t/m 4 april 2025, Akoesticum, Ede

Internistendagen 2025: Zorg voor Actie

16 t/m 18 april 2025, MECC, Maastricht
Het thema van de Internistendagen 2025 is "Zorg voor Actie." Tijdens dit jaarlijkse congres bespreken we hoe we als internisten effectief kunnen inspelen op de groeiende zorgvraag en complexe uitdagingen. Verwacht weer inspirerende sprekers, interactieve workshops en praktische strategieën om de zorg te verbeteren en een toekomstbestendig systeem te creëren. Dit is jouw kans om bij te dragen aan de oplossingen van morgen!



Colofon

de *internist* | 15e jaargang, nummer 3, december 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