

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3
JAARGANG 12
SEPTEMBER 2021

Magazine voor de internist

Spanningsveld

Mustafa Bulut over de verschillen in communicatie tussen culturen

Vrouwen aan de top

De succesvolle weg naar een topfunctie

Covid-19

Twee internisten met een verschillende mening

Vaccinatiekloof

Hoe beïnvloed je vaccinatiebereidheid

Opleiding

Een gezond en veilig opleidingsklimaat



SPANNINGSVELD

9

Geestelijk verzorger Mustafa Bulut over de verschillen in communicatie tussen culturen



Vrouwen aan de top

De succesvolle weg naar een topfunctie

6



Covid-19

Twee internisten met een verschillende mening

12



Vaccinatiekloof

Hoe beïnvloed je vaccinatiebereidheid

14

Multimorbiditeit – een **complex vraagstuk**

16

DPARD – diabeteszorg naar een **hoger niveau**

18

Een **gezond en veilig** opleidingsklimaat

22

ABCDE-training voor internisten

25

RUBRIEKEN

Cartoon 20

Interne aangelegenheden 21
JPOJP

Ingezonden 26

De medicus in de literatuur 30
Louis-Ferdinand Céline

Boekbespreking 33
Antidotum

Column Yvo Smulders 34
Haal je neus niet op voor 'de zaal'





Dit valt niet uit te leggen

In een vergrijzende samenleving met een forse toename van patiënten met meerdere chronische aandoeningen tegelijk, wordt de rol van de internist in de gezondheidszorg steeds belangrijker. We zien dat terug in de toenemende druk op de zorg die van ons wordt gevraagd en ook in de berekeningen van de benodigde capaciteit door het capaciteitsorgaan. Het is dan ook erg cru om te zien dat de internisten die nu hun hun specialisatie hebben afgerond en vol ambitie aan de slag willen gaan, door een gemaximeerd budget van de medisch specialistische zorg geen baan kunnen krijgen ondanks deze toenemende zorgvraag. Zo dreigen we een generatie medisch specialisten te hebben opgeleid voor werkloosheid. Dit doet me denken aan iets wat Johan Cruijff ooit zei: 'als ik zou willen dat je het begreep, had ik het beter uitgelegd'. Helaas valt dit niet uit te leggen. Wat de situatie nog bijzonderder maakt is dat dezelfde berekeningen laten zien dat door een lagere instroom van de afgelopen jaren we vanaf 2026/2027 afsteveneren op een tekort aan internisten.

Met andere woorden: als het niet lukt om de huidige generatie jonge klaren te behouden voor de Interne Geneeskunde, hebben we over enkele jaren een tekort aan internisten. Waardoor in een vergrijzende samenleving de zorg voor patiënten nog meer onder druk zal komen te staan en we snel alsnog nieuwe internisten zullen moeten opleiden. Dat is niet uit te leggen. Als maatschappij zullen we daarom een oplossing moeten vinden om deze 'brain drain' te voorkomen. Hierbij valt te denken aan uitbreiding van onze taken om de zorg bestendig en betaalbaar te houden (anderhalvelijns zorg, regievorming bij multimorbiditeit in de chronische en acute zorg (pag 16 en 25), etc.). Als NIV doen we samen met de FMS ons uiterste best om dit onderwerp hoog op de agenda te krijgen en te houden in Den Haag. Daarnaast zijn ook tijdelijke oplossingen essentieel om deze periode op collegiale wijze te overbruggen en zo de nieuwe generatie internisten te behouden voor ons mooie vak. Hierbij is het van belang om met elkaar best practices te delen zodat we elkaar kunnen inspireren om tot oplossingen te komen. De NIV TaskForce werkgelegenheid zal deze goede voorbeelden opnemen in de toolbox die binnenkort met het rapport van de Taskforce zal verschijnen.

Er staan in dit magazine weer een aantal mooie voorbeelden van waar internisten toe in staat zijn. Extra inspirerend is het artikel op pagina 6, waarin Annelies Verbon, Saskia Middeldorp, Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit en Monique Valentijn een inkijkje geven in hun succesvolle carrières. Daarnaast zijn er mooie voorbeelden op het vlak van verbeteren van zorg door DPARD (pag. 18), verbeteren van de opleiding (pag. 22) en verkleinen van de vaccinatieloof (pag. 14). Tenslotte is het interview met Mustafa Bulut over verschillen in communicatie tussen culturen zeer de moeite waard.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
12e jaargang, nummer 3, september 2021

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Marianne Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Coco Opheij, Harriët Teijen

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Bart Versteeg

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2021

Website NIV: www.internisten.nl

Vrouwen aan de top

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Annelies Verbon, Saskia Middeldorp, Stephanie Klein Nagelvoort-Schuit en Monique Valentijn hebben twee dingen gemeen. Ze kozen alle vier voor de specialisatie Interne Geneeskunde en ze hebben met succes de weg afgelegd naar een topfunctie.

‘Het is opvallend dat mannen vaak bewust bedenken waar ze naartoe willen in hun carrière en vrouwen niet’, zegt Verbon. ‘Ik heb dat ook niet gedaan. Ik wilde gewoon werk doen dat ik leuk en betekenisvol

vind.’ Middeldorp en Valentijn zeggen allebei dat de groei naar de huidige functie een proces is dat zich gaandeweg voltrok. ‘Het is organisch’, zegt de eerste. ‘Er lukt iets, je kunt iets en je raakt geïnspireerd.’ En Valentijn zegt: ‘Ik had volstrekt niet kunnen bedenken dat ik op deze stoel terecht zou komen, want ik heb een atypische weg gehad van internist naar het ziekenhuisbestuur. Ik was immers in de tussentijd directeur specialistische zorg in de vvt (verpleeg-, verzorgingshuizen & thuiszorg).’ Klein Nagelvoort-Schuit is de enige die zegt al vanaf het eerste jaar van haar opleiding tot internist interesse te hebben gehad in de organisatiekant van de zorg. ‘Mijn vader is econoom en vervulde bestuursfuncties bij bedrijven’, vertelt ze. ‘Het is me dus met de paplepel ingegoten. Ik wil de zorg beter en innovatiever maken voor patiënt en collega’s, en ambieerde bewust eerst een rol als opleider en afdelingshoofd en later een bestuurlijke functie.’

De weg omhoog

Organisch proces of niet, de weg omhoog is natuurlijk niet willekeurig. Alle vier melden coaching te hebben of te hebben gehad. Middeldorp volgde een training

authentiek leiderschap voor topvrouwen. Valentijn schoolde zich in *value based health care*, waarmee het St. Antonius Ziekenhuis al jaren actief is, en volgde ook cursussen leiderschap voor vrouwen en reflectief en verbindend leiderschap. Verbon volgde een training bij De Baak en een cursus over leiderschap en intervisie. En Klein Nagelvoort volgde een leiderschapsprogramma van het Erasmus MC. ‘Dat dwingt je om na te denken over de vraag waar je over vijf of tien jaar wilt staan’, zegt ze. ‘Ik maakte de bewuste keuze niet het klassieke academische carrièrepad te volgen, maar keuzes te maken op basis van waar ik plezier in heb en waar ik denk een verschil te kunnen maken.’ Zo werd ze hoogleraar Zorg van de toekomst en kwam ze uiteindelijk tot de functie die ze nu bekleedt als bestuurslid van het UMC Groningen.

Zo bewust was de route van de andere drie niet. ‘Je moet openstaan voor verandering, want zonder verandering zet je geen stappen’, zegt Verbon. ‘Dus moet je kansen grijpen als ze zich voordoen.’ Zo werd zij dus hoogleraar Infectieziekten en hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde van UMC Utrecht.

‘Al tien jaar voordat ik mijn huidige functie ging bekleden als afdelingshoofd Interne Geneeskunde van het Radboudumc hoorde ik van mensen dat ik geschikt zou zijn voor een dergelijke functie,’ vertelt Middeldorp, ‘maar toen was ik er nog niet klaar



© ALFRED OOSTERMAN

Stefanie Klein Nagelvoort-Schuit Lid Raad van Bestuur UMCg

voor. Ik was net benoemd als hoogleraar Interne Geneeskunde en bezig met wetenschappelijk trombose-onderzoek. En toen ik eenmaal werd gevraagd te solliciteren was het nog steeds geen gelopen race. De vraag overviel me – in positieve zin – maar je moet vervolgens wel gewoon solliciteren. Gevraagd worden maakt overigens wel een verschil vind ik. Het verplicht je om bij jezelf te rade te gaan of het bij je past en of je bereid bent ervoor te doen en laten wat nodig is.’

Voor Valentijn kwam de bestuursfunctie bij het St. Antonius Ziekenhuis op een moment waarop ze nog niet nadacht over een volgende stap. ‘Ik voelde me overvallen toen ik werd opgebeld’, zegt ze, ‘maar ik belde na een kwartier al terug.’

Vrouwelijk en mannelijk leiderschap

Beschikken vrouwen over specifieke kenmerken die hen tot goede leiders maken? Klein Nagelvoort wil hier niet zwart-wit in zijn. ‘Mannen en vrouwen hebben allebei goede leiderschapseigenschappen’, zegt ze. ‘Wel denk ik dat vrouwen iets sensitiever zijn voor persoonlijke aspecten van mensen en dit dan ook uitspreken. Maar ik denk niet dat het goed zou zijn alleen maar vrouwelijke sensitiviteit in een bestuur te hebben. Je moet ook andere kenmerken in één bestuur hebben vind ik. Introverte en extraverte bestuurders bijvoorbeeld, jongere en oudere bestuurders en verschillende culturele achtergronden.’

Valentijn zegt het bijzonder te vinden dat bij het woord leider nog vaak snel aan mannelijke eigenschappen wordt gedacht. ‘Ik denk dat de man-vrouwdiscussie niet gaat over het vergelijken van eigenschappen maar over het bewust worden van de verschillen’, zegt ze. ‘Word je bewust van die verschillen. Daarin word je als vrouw op weg naar de top niet altijd begeleid of voorzien van feedback.’

Verbon ziet een duidelijk verschil en maakte daar soms ook gebruik van. ‘Vrouwen zijn in vergaderingen efficiënter en meer *to the point* dan mannen’, vindt Verbon. ‘Maar

hier past wel een anekdote bij. ‘Het viel me op een gegeven moment op dat mannen in een vergadering iets doen wat vrouwen niet doen. Als alles is gezegd over een onderwerp, zegt een man hetzelfde nog een keer, maar dan in andere bewoordingen. Ik heb mezelf toen gedwongen dat ook te gaan doen. En ik heb gemerkt dat het werkt, want je wordt gehoord als je dat doet. Ik weet het, het is conformeren aan een andere dan je eigen stijl. Maar het kan je wel verder brengen.’

Ook Middeldorp ziet verschillen en duidt die als feminiene versus masculiene eigenschappen. ‘Goed luisteren, kijken waar de schoen wringt, waar je kunt meebewegen en waar je streng moet zijn, zijn de feminiene’, zegt ze. ‘Daar zijn wij vrouwen sterk in. Masculiene eigenschappen passen ook bij ouderwets, autoritair leiderschap en dit wordt van vrouwen niet altijd geaccepteerd. Al heb ik natuurlijk wel masculiene eigenschappen, ik ben competitief en direct. In het competitieve veld van de medische wetenschap heb je die eigenschappen ook nodig.’

Ik leg het je wel even uit...

Van *mansplaining*, het op een bevoogdende manier door een man iets uitleggen aan een vrouw, hebben de vier geen last. ‘Ik heb er mijn voordeel mee gedaan gedrag aan een vergadertafel goed te observeren’, zegt Valentijn. ‘Ik heb daaruit de tactiek ontwikkeld vooral te luisteren – heel veel voorbij te laten gaan dus – en voordat ik iets ga zeggen al heel goed na te denken over het punt dat ik wil maken. Dan word ik nooit geïnterrupteerd.’

Verbon schrikt er niet voor terug om te zeggen: ‘Goh, wat fijn dat je er niet achteraan zegt: “Snap je het

‘Je moet kansen grijpen als ze zich voordoen’

vrouwtje?’. ‘Maar ik ben bang dat ik het zelf misschien ook wel eens doe’, zegt ze. ‘Ik kan vrij kort door de bocht zijn en als ik denk dat mensen iets niet snappen, dan ga ik het nog een keer uitleggen.’

Middeldorp zegt te hebben geleerd patronen te herkennen. ‘Ik weet van mezelf dat ik soms geneigd ben me dingen persoonlijk aan te trekken’, zegt ze. ‘Maar doordat ik mezelf heb aangeleerd meer uit te gaan van het resultaat en *mansplaining* te herkennen voor wat het is, doe ik dat nu veel minder. Ik maak bewuster keuzes wanneer ik wel en niet mijn *credits* wil opeisen.’

Klein Nagelvoort is wat stilliger. ‘Ik fiets er zo doorheen door te zeggen:



Saskia Middeldorp Afdelingshoofd Interne Geneeskunde Radboudumc



Monique Valentijn Lid Raad van Bestuur
St. Antonius Ziekenhuis



Annelies Verbon Afdelingshoofd Interne
Geneeskunde UMC Utrecht

“Prima, leg het me maar uit”. De grap is dat er dan vaak goede dingen in zitten en dat je de dingen waarmee je het niet eens bent kunt laten voor wat ze zijn, omdat die ander zich toch in ieder geval gehoord voelt.

collega's over te praten, want ik herken het dilemma.’

Valentijn vertelt: ‘Je hebt een keuze: je hebt kinderen en je werkt niet of je hebt kinderen en je werkt wel. Niet werken is voor mij nooit een

‘Vrouwen zijn in vergaderingen efficiënter en meer *to the point* dan mannen’

Maar afgezien daarvan: ik heb juist veel mannen gehad die me hebben geholpen in mijn carrière en van wie ik heel veel heb geleerd.’

‘Hoe doe je dat toch?’

‘Wat gaat er van jullie kinderen terechtkomen?’, kreeg Verbon ooit te horen toen ze ergens solliciteerde naar de functie van medisch specialist. ‘Die baan werd het dus niet voor mij’, zegt ze. Maar tegelijkertijd: als ik te horen krijg: “Ik snap niet hoe je het doet”, betrap ik mezelf erop dat ik mezelf die vraag ook wel eens stel. Ik erger me er dus niet aan.’ Middeldorp doet dat ook niet. ‘Niet meer tenminste’, zegt ze. ‘Vroeger vond ik het superstom, nu denk ik: dat doen ze nu eenmaal. Soms neem ik de moeite om uit te leggen hoe wij – dus niet ik – het doen. Tegenwoordig werk ik trouwens structureel een dag in de week thuis. Vroeger dacht ik: wat zullen ze er wel niet van denken, maar dat doe ik nu niet meer.’

Klein Nagelvoort weet nog precies hoe haar man reageerde toen zij bij het aanvaarden van haar huidige functie de vraag ‘Hoe ga je dat doen?’ kreeg. Ze zegt: ‘Zijn reactie lag voor de hand: “Dat hadden ze niet gevraagd als ik het was geweest”. Maar ik heb het nooit een vervelende vraag gevonden. Ik vind het ook niet lastig om er met jonge

optie geweest, dus toen dacht ik: dan ook een hoge functie, want dan heb je meer autonomie over je agenda en dus ook over je leven. En je kunt natuurlijk heel veel taken uitbesteden.’

Advies voor jonge collega's

Hebben de vier tot slot nog een advies voor hun jonge vrouwelijke collega's die ook de carrière ladder willen beklimmen? ‘Kijk steeds ongeveer vijf jaar vooruit’, zegt Middeldorp direct. ‘Verder kun je toch niet kijken.’ Verbon: ‘Niet te bescheiden zijn als je kansen krijgt, ze vragen je niet voor niets. Als je er drie keer nee tegen zegt, vragen ze je niet meer.’ Valentijn: ‘*Follow your gut*. Een opleider zei me ooit: “Zit overal bij met het idee dat je na alles gehoord te hebben één vraag stelt. Dat geeft je focus”. Die heb ik onthouden. Je moet altijd vragen durven stellen en je durven uitspreken.’ Klein Nagelvoort voegt hier aan toe: ‘Geneer je niet om ambitieus te zijn als je echt iets wilt bereiken. Durf het voor jezelf uit te spreken en durf dan ook de stappen te zetten die nodig zijn om je doel te bereiken. Zoek mensen die je kunnen helpen. Doe de dingen die je interessant vindt en waarin je impact kunt creëren en niet de dingen die je denkt dat nodig zijn om je verder te helpen. Volg je hart.’ ■



Communicatie en de hete brij

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: BART VERSTEEG

Er bestaat een spanningsveld tussen de westerse geneeskunde en de islamitische cultuur. Waar moeten we als zorgverlener rekening mee houden en wat zijn de valkuilen? In een tweegesprek met geestelijk verzorger Mustafa Bulut probeert Hans Ablij antwoorden te vinden op deze vragen. In dit tweede deel: de verschillende manieren van communiceren. Het blijkt dat alles om de context draait.

Mustafa Bulut is geestelijk verzorger in het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis en het Jeroen Bosch ziekenhuis. Hij heeft een islamitische achtergrond. Zijn ervaring is dat de Westerse dokter algauw buiten zijn of haar *comfortzone* komt wanneer een patiënt en zijn of haar familie een islamitische achtergrond hebben, door de andere religieuze over-

tuigingen en culturele achtergronden. Het kan nog lastiger worden als behandelbeperkingen besproken moeten worden: wel of niet reanimeren, naar de intensive care of beademen; het blijken keer op keer lastige onderwerpen om met patiënt en familie te bespreken. Helemaal als de beslissing genomen moet worden om een lopende behandeling te sta-

ken. De fundamentele moeilijkheid zit hem al in het pessimisme van de boodschap om beperkingen in het behandeltraject op te nemen. Dokters zijn optimisten, geen pessimisten. De verschillende manieren van communiceren binnen verschillende culturen bemoeilijken de zaak nog verder.

Lage context en hoge context

De Amerikaanse antropoloog Edward T. Hall (1914-2009) was de bedenker van het concept van lage-context- en hoge-contextculturen. In zijn boek *The Silent Language* (1959) beschreef hij de verschillen

in communicatie tussen culturen. In landen met een lage-contextcultuur draait het bij de communicatie om de feiten. Informatie wordt verzameld, geanalyseerd en gecontroleerd op juistheid, om vervolgens te worden gecategoriseerd en geformaliseerd. Na vastlegging van de feitelijke informatie wordt deze in hapklare brokken gecommuniceerd met de wederpartij/gesprekspartner, mondeling of schriftelijk, de laatste bij voorkeur ondertekend. Nederland is zo'n land waar laag-context wordt gecommuniceerd. Andere landen met een lage-contextcultuur zijn bijvoorbeeld Zwitserland, Duitsland, de Scandinavische landen, Australië en de VS. Gaan we de grens over bij België en reizen we verder richting Zuid-Europa, dan wordt de expliciete informatievoorziening zoals die wordt gebezigd in lage-contextlanden steeds minder prevalent en zien we dat hoog-contextcommunicatie de boventoon gaat voeren. In de Arabische landen en Azië komt expliciete informatievoorziening vrijwel niet meer voor. Kort gezegd kun je het verschil tussen laag-context en hoog-context communiceren als volgt samenvatten: bij lage context draait het om de feiten (ofwel: de context is niet of nauwelijks belang) en bij hoge context draait het om de relatie (ofwel: alles, of vrijwel alles, draait om de context). Daarbij gaat het in hoge-contextculturen bovendien niet alleen om wát je zegt, maar ook hóe je het zegt, waarin non-verbale communicatie een prominente rol speelt. En hoewel gebaren, pauzes, lichaamshouding, intonatie en oogopslag in elk gesprek belangrijk zijn, dus ook in lage context culturen, zijn deze lichamelijke signalen in een hoge-contextcultuur cruciaal voor een goed gesprek. Je mag nog zo gelijk hebben, maar feiten

zijn bijzaak, zeker in de opbouw naar een goede relatie met je gesprekspartner. Expliciete informatie wordt in dit geval zelfs als bot, onpersoonlijk en onnodig beschouwd. De informatie-uitwisseling in hoge-contextculturen is impliciet, indirect en met veel achtergrondinformatie. In lage-contextculturen zou hoog-context communicatie kunnen worden opgevat als 'omslachtig'. Dit is binnen de laag-context referentiekaders een nogal negatieve connotatie, maar binnen hoge-contextculturen wordt 'om de hete brij heen draaien' geenszins als omslachtig opgevat.

De omstandigheden

Wat we niet kunnen veranderen zijn de omstandigheden waarin gesprekken gevoerd moeten worden. Vaak is dit tijdens een (acute) opname. Niet zelden is er door de huisarts of andere behandelaars nooit gesproken over behandelbeperkingen. Dan moet je als arts van goeden huize komen om op de SEH, aan het bed van een (dood)zieke patiënt en omringd door zijn of haar naasten, het gesprek over existentiële onderwerpen als ziekte, leven en dood in goede banen te leiden. Dat het gesprek vaak wordt uitgesteld naar de volgende dag is heel begrijpelijk, en niet alleen omdat de dienstdoende arts-assistent de ervaring in deze moeilijke materie ontbeert. Het is voor veel patiënten en familieleden confronterend om te horen dat de situatie zodanig ernstig is dat overlijden tot de mogelijkheden behoort. Soms moet je dan maar het risico nemen om de avond en nacht te overbruggen, om de volgende dag het gesprek in alle rust op de afdeling te voeren. Bij een directe laag-context benadering op de SEH is het risico groot dat de familie overvallen wordt en in het defensief gaat.

Het weer terugwinnen van vertrouwen zal vervolgens veel tijd en energie vergen.

Veiligheid, vertrouwen en de WGBO

Uiteindelijk streven we naar twee wezenlijke voorwaarden bij de zorg voor onze patiënten, ongeacht de culturele achtergrond of religieuze overtuiging: veiligheid en vertrouwen. Een nuchtere Fries – om maar eens een uiterste te nemen – zal vaak willen weten waar hij of zij aan toe is. Een gesprek over de ziekte, de ernst van de ziekte en de (on)mogelijkheden van behandeling zal doorgaans soepel verlopen. Behandelperkingen, het staken van een zinloze behandeling, het stervensproces en de dood zijn onderwerpen die niet uit de weg worden gegaan. Na wat wikken en wegen in een lage-contextmodus wordt naar tevredenheid van patiënt en behandelaar een plan van aanpak gekozen. Soms met de mededeling van de patiënt dat hij 'geen lijdensweg wil, want dan moet het maar snel afgelopen zijn'.

Voor onze patiënt en familie met een islamitische achtergrond zijn 'laag-context begrippen' als behandelbeperkingen, ziekte, onmogelijkheden, ongeneeslijk, stoppen, sterven en dood, termen die te confronterend zijn en het gevoel geven dat alle hoop de bodem wordt ingeslagen. En hoewel er soms echt geen hoop meer is, dan nog is er behoefte aan het 'idee van hoop'. Er is echter een grens: patiënt en familie kunnen nooit een (zinloze) behandeling afdwingen waar de arts niet achter staat. In De Wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) zijn de juridische kaders geschetst waarbinnen gehandeld mag worden, en waarin voor de zorgverlener én de patiënt – of diens wettelijke vertegenwoordiger – de waarden, rechten en plichten voor goede zorg vastgelegd zijn. Kort gezegd: de Nederlandse arts (gewend aan lage context) moet communiceren met de patiënt en familie (gewend aan hoge context) binnen de WGBO (een wet is lage context). Het grootste spanningsveld binnen deze driehoek

Binnen hoge-contextculturen wordt **'om de hete brij heen draaien'** geenszins als omslachtig opgevat

Patiënt en familie kunnen nooit een (zinloze) behandeling afdwingen waar de arts niet achter staat

ontstaat meestal tijdens de laatste levensuren- of dagen van de patiënt, als het einde echt nabij is.

Comfortgerichte behandeling in de stervensfase

Lijden is subjectief. Als de patiënt zelf het lijden aangeeft kan er in het algemeen laagdrempelig gestart worden met morfine bij pijn en kortademigheid en midazolam bij angst en onrust. Als de patiënt dit niet meer zelf kan aangeven, kunnen we als zorgverleners wel enige houvast bieden door observaties bij de patiënt te objectiveren. Kreunen, motorische onrust en een verhoogde ademhaling kunnen bijvoorbeeld tekenen zijn dat de patiënt niet comfortabel is. Als dit objectieve lijden ook door de familie als zodanig

wordt ervaren is de beslissing tot symptoombestrijding snel gemaakt. Bij de patiënt met een islamitische achtergrond wordt de 'beslissing van de dokter' om de behandeling te staken en over te gaan op een comfortgerichte behandeling een stuk moeilijker geaccepteerd. Immers, God beslist over leven en dood en kiest het tijdstip van sterven. Hoewel symptoombestrijding met morfine en midazolam in de islamitische theologie is toegestaan, zijn er ook groepen die daar anders over denken en het zelfs ontoelaatbaar vinden. In deze gevallen is het raadzaam om voor het gebruik van morfine en midazolam duidelijk uit te leggen dat deze middelen geen effect hebben op de duur van de stervensfase en dat een verminderd bewustzijn

ook zal optreden zonder de morfine en midazolam.

Grenzen

Er is geen vak waar de professional dagelijks met zoveel verschillende mensen moet communiceren als in de geneeskunde. Op de poli en de kliniek wisselen we vrijwel elke 10 tot 20 minuten van gesprekspartner (lees: patiënt), vrijwel zonder uitzondering in aanwezigheid van partner, familieleden of vrienden. Alle lagen van de samenleving krijgen we tegenover ons, van hoog opgeleid tot laag opgeleid, van dociel tot extreem kritisch, en alles wat ertussenin zit. We passen onze communicatievaardigheden daar – meestal en ongeschijnlijk moeiteloos – op aan. Ons inleven in een niet-Westerse cultuur gaat ons moeilijker af. Logisch. Zoals we – terecht – verwachten dat iedereen zich aanpast aan de Nederlandse normen en waarden, kunnen we als zorgverleners ook de grenzen van onze comfortzone verleggen door een poging te wagen om wat vaker hoog-context te communiceren. Zonder onze medisch-ethische grenzen te overschrijden. ■

Wegens pensionering van één van onze redactieleden zijn wij op zoek naar een nieuw

Redactielid

De redactieraad van het *Magazine voor internisten* bestaat uit vijf leden, waarvan één lid afgevaardigd is vanuit de JNIV. De kracht van ons blad zit in de diversiteit van de onderwerpen die aan bod komen. Veel, maar niet alles draait om de interne geneeskunde in het magazine. Daarom is het werk uitdagend en verfrissend.

Wij zoeken een internist met affiniteit voor de Nederlandse taal die mee wil denken over de inhoud van ons blad. Als u bovendien de ambitie en de kunde heeft om zo nu en dan een schriftelijke bijdrage te leveren aan ons magazine, zou dat onze voorkeur hebben.

Elke drie maanden wordt er vergaderd. En tussen deze vergaderingen door kunt u rustig nadenken over leuke onderwerpen voor ons blad.

Als u interesse heeft of nog nadere informatie wenst, kunt u contact opnemen met Coco Opheij:
Opheij@internisten.nl

Als we niks vernemen, wijzen we iemand aan middels loting.
De Redactie



‘Belangrijk dat verschillende meningen over corona worden gehoord’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: 123RF

De coronapandemie en de aanpak ervan hebben vanaf het begin geleid tot veel discussie, visies en standpunten. Hoe ga je daar als medisch specialist mee om? Wanneer laat je je eigen stem horen? Doe je dat vanuit jezelf, of namens het ziekenhuis of de beroepsgroep? En hoe ga je om met negatieve reacties? Internisten Hans Westgeest en Evelien Peeters, met verschillende meningen over coronastandpunten, vertellen daarover vanuit hun eigen ervaringen.

Westgeest plaatste vanaf het uitbreken van de crisis berichten op LinkedIn omdat hij als Brabantse arts zijn ervaringen en zorgen over het virus wilde delen. De berichten werden veel geliket, met positieve en negatieve reacties. ‘Ik realiseerde me ineens dat ik iets kan schrijven wat tienduizenden mensen lezen en waar heel veel feedback op komt. Positieve feedback is mooi, maar zeker over

corona komt er ook negatieve feedback. Het is natuurlijk aan jezelf of je daarop ingaat, maar sommige mensen kunnen je erg op de huid gaan zitten. Ik vind dat iedereen iets mag zeggen en dat we met elkaar in gesprek moeten blijven. Maar een paar extreme personen heb ik toch geblokkeerd. Dan stopt de discussie en daarmee de negatieve energie die dat kan meebrengen.’

Peeters is vanaf het begin kritisch op het overheidsbeleid. Zij schreef medio vorig jaar een brandbrief over haar zorgen om de proportionaliteit van de maatregelen en de snelle juridische veranderingen daarbij. In de media gebeurde er weinig mee, maar ze kreeg vanuit de medische wereld wel heel veel reacties via onder andere LinkedIn. De actie resulteerde in de Stichting Artsen Covid Collectief, een groeiende groep van momenteel 1670 medici die zich zorgen maken over de vele negatieve gevolgen van het coronabeleid. ‘Veel mensen herkennen mijn vragen en zorgen, maar nog niemand heeft me kunnen geruststellen. En er is niets veranderd in het beleid.’

Ander perspectief

Peeters kon het beleid niet rijmen met de eed die zij als arts heeft afgelegd. Zij wilde daarover niet stil blijven: 'Ziekenhuizen en organisaties hebben uiteraard woordvoerders, maar je kunt als arts een ander perspectief hebben. Ik had sterke behoefte om me uit te spreken, maar dat doe ik niet namens mijn ziekenhuis. Ik breng mijn eigen mening en zorgen naar buiten. Inmiddels niet meer als individu, maar vanuit het Artsen Collectief. Ik sla uitnodigingen voor praatprogramma's op televisie af, want daar draait het vaak om sensatie. Ik zoek niet zelf de media op en weeg zorgvuldig af waar ik aan deelneem, zoals een podcast. Zo kan ik toch onze zorgen kenbaar maken, waardoor mensen er hopelijk over gaan praten. Ik vind ook dat we als artsen meer het gesprek moeten aangaan. Vanuit de stichting is er mediatraining, waarbij we artsen ook adviseren om met hun ziekenhuis af te stemmen als zij iets gaan doen in de media.'

Ook Westgeest is kritisch over deelname aan discussieprogramma's: 'Ik ben geen deskundige over corona, dus ik ga niet in een praatprogramma vertellen wat ik daarvan vind. Ik zeg in de media alleen iets over onderwerpen waarover ik iets te vertellen heb. Ik stem dit overigens altijd goed af met onze communicatieafdeling en zo nodig het MSB. Voor artsen is LinkedIn een goed medium om zich te uiten, met als voordeel dat goed is te achterhalen wie iets zegt. Discussies en gesprekken zijn openbaar mee te lezen en dat kan nuttig en informatief zijn. Maar ik ben wel geschrokken van sommige negatieve reacties. Ook van mensen van wie je die niet verwacht. De nuance verdwijnt snel in de discussies.'

Censuur

Peeters onderschrijft dat laatste. Er zijn twee kampen ontstaan, met nauwelijks 'grijs' daartussen. Maar de vraagstukken zijn niet zwart-wit: 'Het is belangrijk om je te verdiepen in de verschillende standpunten. Ik kan me in beide kanten inleven, maar zie een sterke polarisatie. Ik wil niemand overhalen naar mijn standpunt, maar wil wel

'Veel mensen herkennen mijn vragen en zorgen, maar nog **niemand heeft me kunnen geruststellen**'

dat we met elkaar over de inhoud praten. Helaas is echte discussie lastig. Helemaal vanwege toenemende censuur, met name op sociale media. LinkedIn heeft het artsencollectief inmiddels verwijderd en op Facebook en YouTube worden veel van onze berichten geblokkeerd. Persbureau ANP stuurde een bericht van ons terug, ondanks bronvermelding van wetenschappelijke artikelen. Daarnaast hebben enkele artsen van het collectief een zwijgcontract of staan op non-actief. En ik ken virologen en microbiologen van wie wetenschappelijke artikelen niet worden geplaatst. Het brengen van een afwijkende mening is erg moeilijk. Maar waarom is dat? Er zijn vérgaande beperkingen en verplichtingen vanwege corona, terwijl de onderbouwing daarvan heel smal is. Want de wetenschap is leidend, maar veel wetenschappelijke artikelen over corona zijn kwalitatief slecht. Reden temeer om met elkaar in gesprek te gaan. Waarom kan dat niet? Wat is de bedreiging daarvan?'

Middenweg vinden

Westgeest vindt het eveneens jammer dat discussies te weinig worden gevoerd. Lastig punt is dat er inmiddels verschillende groeperingen zijn, ook van artsen. Groepen en individuele artsen worden omwille van hun mening of uitspraken soms 'ingelijfd' in een kamp, waardoor hun informatie vooral in bepaalde kanalen wordt verspreid. 'Vervolgens gaan mensen aan de haal met informatie die in hun straatje past. Dat vind ik gevaarlijk. Daardoor verdwijnt de nuance.' Het blijkt al met al lastig om met verschillende meningen over corona en de pandemie om te gaan en daarin een middenweg te vinden. Westgeest vindt dat alle partijen mogen

meepraten. 'Ook als ik het inhoudelijk totaal oneens ben met een groepering. De keerzijde kan wel zijn dat dan de schijnwerper wordt gericht op standpunten waar ik me totaal niet in kan vinden. Soms hoor ik best goede punten van anderen, maar het is moeilijker dat te erkennen en te steunen als je het over heel veel andere zaken oneens bent.'

Ook Peeters vindt het belangrijk dat verschillende meningen worden gehoord in de discussies. 'Want als bijvoorbeeld artsen zich niet uitspreken, lijkt het of de hele medische wereld pal achter het overheidsbeleid staat. Terwijl dat niet de werkelijkheid is.'

Mediaspel

Ondanks de mogelijke stortvloed aan reacties, is het wel mogelijk om een boodschap over te brengen door de media op te zoeken. Zo heeft IC-arts Diederik Gommers juist veel jongeren weten te bereiken door met vlogger/zangeres Famke Louise in gesprek te gaan en een Instagram-account te starten waarmee hij in de publiciteit kwam. 'Mediatechnisch was dat een slimme zet', vindt Westgeest. 'Zijn boodschap was natuurlijk in lijn met het overheidsbeleid. En hij kreeg deze kans in het mediaspel. Of dat lukt, hangt vermoedelijk wel af van je standpunt en welk podium je krijgt. Je zit aan een tafel, je krijgt een voorzet en je kopt 'm in. Zo werkt dat. Toch hoort het wel bij het in gesprek blijven met elkaar. Ik merk dat het veel voldoening kan geven als je op bijvoorbeeld LinkedIn een nette discussie hebt of met elkaar in gesprek raakt. Groepen kunnen tegenover elkaar staan, maar in een goed gesprek kun je merken dat je minder ver van elkaar staat dan je dacht.' ■



TEKST: MAHDI SALIH, SHAKIB SANA, SEMIHA DENKTAŞ & ROBIN PEETERS

De WHO bestempelde het in 2019 al als een wereldwijd volksgezondheidsrisico: *vaccination hesitancy*, ofwel vaccinatie-aarzeling. Aanleiding was een toenemend aantal besmettingen met mazelen, een ziekte die tot dan toe in veel landen zo goed als geëlimineerd was. Recent is de discussie rondom vaccineren weer aangewakkerd door de covid-19-pandemie. Hoe beïnvloed je de vaccinatiebereidheid, welke (lokale) interventies worden ingezet en wat zijn de resultaten hiervan?

Peilingen laten zien dat de vaccinatiebereidheid in Nederland over het algemeen hoog is. De bereidheid is hoger dan in onze buurlanden en stijgt met de leeftijd.¹ Evenwel is onder sommige groepen – met uiteenlopende argumenten – de vaccinatiebereidheid laag. Zo is de vaccinatiebereidheid lager in zogenoemde kwetsbare wijken, waar veel mensen een lagere sociaaleconomische status en/of een migratie-achtergrond hebben. Ze hebben bovendien meer risicofactoren en laten een ernstiger beloop van een coronavirusinfectie zien.² Ze hebben niet alleen een twee keer zo hoog risico om covid-19 op te lopen, maar ook een twee keer zo grote kans om aan de infectie te overlijden als ze besmet zijn.³ Aan het begin van de pandemie werd gesproken over corona als de *great equalizer*, omdat iedereen door het virus besmet kon raken. Inmiddels weten we dat dit niet klopt en dat de ongelijkheid als gevolg van de pandemie alleen maar groter is geworden.

Het is cruciaal om je als zorgprofessional in deze discussie te mengen, aangezien je een belangrijke taak en verantwoordelijkheid hebt in het zorgproces.

Determinanten van vaccinatiebereidheid

Onder vaccinatiebereidheid verstaan we de intentie van een persoon om zichzelf wel of niet te laten vaccineren.³ Verschillende factoren spelen hierbij een rol, o.a. persoonsgerelateerde factoren (algemene houding tegenover vaccineren, ervaring met vaccins, geloofsovertuiging, kennis, vertrouwen in wetenschap/zorgorganisaties/overheid), niet-persoonsgerelateerde factoren (historische invloeden, regionale perceptie, politiek) en vaccinatiegerelateerde factoren (risico's/voordelen, introductie van een nieuw vaccin, kosten). Het is daarom lastig te voorspellen hoeveel mensen zich laten vaccineren, omdat dit afhankelijk is van tijd, regio en vaccin. In Nederland

is de covid-19-vaccinatiebereidheid, mede dankzij de verschillende campagnes, toegenomen van het laagste niveau van 58% in november 2020 naar 95% voor de algehele populatie.⁴ Systematische monitoring is en blijft belangrijk, ook om subgroepen te identificeren met een disproportioneel lagere vaccinatiebereidheid, omdat je daar specifieke interventies voor kunt doen. Tijdens deze pandemie is gebleken dat er een veel lagere vaccinatiebereidheid is onder mensen met een lage sociaaleconomische status en/of mensen met een niet-Westerse migratie-achtergrond.⁴ Deze groepen worden ook meer blootgesteld aan het coronavirus, omdat ze dichter op elkaar leven, vaker banen hebben waarbij thuiswerken onmogelijk is en meer risico hebben op comorbiditeit. Dat maakt de kans om met het coronavirus besmet te raken groter, waarbij bovendien het risico op een ernstig beloop van de ziekte hoger is. Oververtegenwoordiging van mensen met een niet-Westerse migratieachtergrond op de covid-IC's en hogere sterftcijfers voor deze groep in Nederland werd al vroeg in de pandemie vastgesteld. Opvallend is dat het risico op oversterfte van 1,5 vooral te zien was in de drie grote steden Amsterdam, Den Haag en Rotterdam, maar niet daarbuiten.⁵ De HELIUS-cohortstudie uit mei 2021 liet zien dat maar 28-50% van de mensen met een migratieachtergrond een hoge intentie had om zich te laten vaccineren, tegenover 79% van de ondervraagden zonder migratieachtergrond.⁵ In verschillende landen zien we hetzelfde beeld: de vaccinatiebereidheid in de Verenigde Staten is veel lager onder Afro-Amerikanen dan onder de witte bevolkingsgroep (47% vs. 79%).⁶ Ook is er een lagere vaccinatiebereidheid onder degenen met een laag inkomen en/of die onverzekerd zijn. Verder heeft de mate van vaccinatiebereidheid mogelijk te maken met tegenstrijdige informatie uit de eigen omgeving of vanuit het thuisland. Bovendien speelt de grote hoeveelheid aan misinformatie die in omloop is, veelal op sociale media, een rol.⁷ Daarnaast

zien we, wereldwijd, dat het aantal besmettingen in het land en het vertrouwen in de overheid en zorgorganisaties van invloed is op de vaccinatiebereidheid.

De dagelijkse praktijk

Ten tijde van de landelijke vaccinatieronde door huisartsen in april 2021 werd voor de tweede keer het vaccineren met AstraZeneca tijdelijk stopgezet. Huisartsen in de regio Delfshaven in Rotterdam, een kwetsbare wijk met relatief veel inwoners met een lage sociaaleconomische status en een migratieachtergrond, constateerden in die periode een lage vaccinatiebereidheid. Van de opgeroepen patiënten kwam ongeveer 30-40% opdagen voor een vaccinatie, vergeleken met een veel hogere opkomst van ongeveer 80-90% in de welvarende wijken van Rotterdam. Terwijl op dat moment de druk op de ziekenhuizen enorm was, en juist bewoners uit deze wijken oververtegenwoordigd waren in de ziekenhuizen. Wij (Shakib Sana en Robin Peeters) wilden voorkomen dat een informatiekloof over de veiligheid van vaccins zou kunnen leiden tot een vaccinatieloof. Daardoor zou de al bestaande gezondheidskloof in deze wijken nog verder vergroot worden. Daarom zijn we een petitie gestart voor snelle en toegankelijke informatievoorziening. De petitie werd breed ondersteund door de medische beroepsverenigingen. Dit was de aanleiding tot het opzetten van www.gezondheidskloof.nl en de daaruit voortvloeiende lokale interventies.

Interventies

De WHO heeft handvatten opgesteld om vaccinatie-aarzeling vast te stellen, de barrières van mensen om zich te laten vaccineren te begrijpen en doelgerichte interventies op te stellen. Dit 7-punts-model is gebaseerd op sociale marketingmodellen en is eerder succesvol toegepast om bijvoorbeeld condoomgebruik te stimuleren in derdewereldlanden. In het verlengde hiervan hanteert het RIVM drie pijlers: informeren, kiezen en faciliteren. Daarbij is het voor de eerdergenoemde specifieke

bevolkingsgroepen noodzakelijk om extra maatregelen te nemen. Denk aan het betrekken van de lokale gemeenschap/artsen/voorbeeldfiguren en het verbeteren van de praktische toegankelijkheid. Ook is het belangrijk de communicatie begrijpelijk te maken, soms in de eigen voertaal. Het effect van deze interventies is goed onderzocht en blijkt ook effectief, onder meer in het Verenigd Koninkrijk.⁸

Voorlichting in eigen taal en op locatie

Om de juiste doelgroepen te bereiken is het nodig om met heldere en toegankelijke informatie over vaccins, zo nodig in de eigen voertaal, naar de locaties te gaan waar deze doelgroepen laagdrempelig zijn te bereiken. Denk aan buurtverenigingen, kerken, moskeeën, klaslokalen en (lokale) radiostations.

De website (www.gezondheidskloof.nl) is bedoeld als platform om het aanvragen van informatievoorziening door de zorgprofessionals te faciliteren. Inmiddels hebben ruim dertig informatiesessies plaatsgevonden in Rotterdam en omstreken, zowel online als fysiek. De informatiesessies werden veelal verzorgd door medisch studenten en artsen.

Vaccinaties op de markt

Tijdens lokale campagnes hebben geneeskundestudenten, huisartsen, specialisten, apothekers, doktersassistenten, verpleegkundigen en GGD-medewerkers samen met de buurtverenigingen, moskeeën en andere vrijwilligers op de lokale markten in Rotterdam informatiesessies gehouden. Zeven zaterdagen op rij werd op drie verschillende markten heldere en toegankelijke informatie gegeven. Ook bestond de mogelijkheid om direct een vaccin naar keuze te krijgen. In totaal zijn ruim 2200 mensen tijdens deze sessies gevaccineerd.

Op twee locaties hebben wij op vier zaterdagen 120 marktbezoekers geïnterviewd die zich na een informatiesessie hebben laten vaccineren. Een eerste blik op de resultaten laat zien dat de meerderheid ouder is dan 50 jaar, een laag onderwijsniveau en/

of een chronische ziekte heeft. Iets meer dan de helft is man en bijna driekwart heeft een migratieachtergrond. Er zijn aanwijzingen dat de informatie door de arts een positieve rol speelt in de beslissing om gevaccineerd te worden. De uitkomsten van deze interviews zullen verder worden uitgewerkt om meer inzicht te krijgen in de precieze kenmerken, de barrières die mensen ervaren en wat de rol is van informatievoorziening op het besluit om gevaccineerd te worden.

Conclusie

De keuze om je te laten vaccineren is een complex proces waarin zowel persoons-, niet-persoons- als vaccinatiegerelateerde factoren een rol spelen. Er blijkt een lagere vaccinatiebereidheid onder de kwetsbare groepen in Nederland, terwijl deze groep zowel meer risico loopt op een covid-19-infectie als op een ernstig ziektebeloop. Onder deze groep is er behoefte aan heldere en duidelijke informatie, maar de reguliere informatiekanalen bereiken deze mensen slecht. Artsen en medisch studenten spelen een belangrijke rol in de adequate informatievoorziening. Lokale, toegankelijke informatiecampagnes zijn hard nodig en blijken effectief te zijn om de vaccinatiebereidheid onder deze kwetsbare groepen te vergroten. ■

Referenties

1. www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/vaccinatiebereidheid
2. Hanif W, e.a. Cultural competence in covid-19 vaccine rollout BMJ 2020;371:m4845.
3. www.rivm.nl/documenten/vaccinatiebereidheid-covid-19-onder-groepen-met-migratieachtergrond
4. www.rivm.nl/gedragsonderzoek/maatregelen-welbevinden/resultaten-11e-ronde-gedragsonderzoek/vaccinatiebereidheid
5. www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2021/sociaal-demografische-verschillen-in-covid-19-sterfte-tijdens-de-eerstegolf-van-de-corona-epidemie?onepage=true
6. Kelly BJ, e.a. Predictors of willingness to get a COVID-19 vaccine in the U.S. BMC Infect Dis 2021; 21, 338.
7. Cornwall W. Just 50% of Americans plan to get a COVID-19 vaccine. Here's how to win over the rest. Science 2021; 30 juni.
8. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/952716/s0979-factors-influencing-vaccine-uptake-minority-ethnic-groups.pdf

Multimorbiditeit: een complex vraagstuk

TEKST: RIKJE RUITER, BARBARA VAN MUNSTER, JOOP VAN DER WILLIK, JAKO BURGERS & SILVAN LICHER

Het is één van de grote uitdagingen in de zorg: hoe gaan we antwoord geven op de steeds complexere zorgvraag van de snel vergrijzende samenleving, bij de voorwaarde van de in het hoofdlijnenakkoord gestelde 0% groei? Dit complexe vraagstuk voor de volksgezondheid laat zich niet in een dag beantwoorden, maar op 1 november 2021 komt een grote interdisciplinaire groep van zorgprofessionals, patiënten en beleidsmakers bijeen om kennis en *best practices* te delen om zo ziekte-overstijgende uitdagingen aan te gaan en mogelijke oplossingsrichtingen te bespreken.

Er is sprake van een dubbele vergrijzing: het aantal ouderen in de samenleving neemt toe én de mensen bereiken steeds vaker een hogere leeftijd. Vooruitgang in diagnostische en therapeutische mogelijkheden hebben geleid tot een langer leven: aandoeningen waar men vroeger aan overleed zijn chronische ziektes geworden. Met de stijgende levensverwachting stapelen de chronische ziektes zich op. Een derde deel van de mensen met een niet-overdraagbare ziekte (bijvoorbeeld chronische obstructieve longziekten, kanker, dementie of hart- en vaatziekten) wordt tijdens hun leven gediagnosticeerd met een tweede niet-overdraagbare ziekte. Van de mensen van 75 jaar en ouder met een chronische ziekte heeft 63% twee of meer chronische aandoeningen (multimorbiditeit) en 32% drie of meer. Naar verwachting zal in 2030 38% van de mensen ouder dan 75 jaar meer dan drie chronische aandoeningen hebben.

Ziektelast en kwetsbaarheid

Zoals beschreven in een recentelijk artikel van Olde Rikkert e.a. in het *NTvG* kan er sprake zijn van toevallige, synergistische, complicerende of causale multimorbiditeit. De ziektebelasting is meer dan de som

der aandoeningen. Voor elke vorm van multimorbiditeit geldt echter dat de patiënten met de meeste chronische ziekten de meeste functionele beperkingen hebben en de laagste kwaliteit van leven ervaren. Multimorbiditeit is daarnaast geassocieerd met een verhoogd risico op kwetsbaarheid, ook op jongere leeftijd. Kwetsbaarheid wordt gedefinieerd als een opeenstapeling van problemen in verschillende domeinen, wat het risico verhoogt op negatieve uitkomsten in de zorg, zoals een hogere mortaliteit.

Andere aanpak

Deze verontrustende trend vraagt om een andere aanpak. De focus van de gezondheidszorg, inclusief onderzoek en de ontwikkeling van richtlijnen, moet verlegd worden van een ziektespecifieke naar een overkoepelende aanpak die meer gericht is op de huidige complexere patiëntenpopulatie. Vergelijkbaar met de huisarts in de eerste lijn speelt de

internist als generalist in de tweede lijn een belangrijke rol: niet alleen in de directe patiëntenzorg, maar ook in de organisatie van zorg voor deze ziekte-overstijgende vraagstukken.

Multimorbiditeit in de klinische praktijk

Patiënten met multimorbiditeit kunnen (tegelijkertijd) meerdere medisch specialisten bezoeken die allen volgens de vigerende richtlijnen hun eigen behandeling inzetten. De behandelingen worden echter niet altijd op elkaar afgestemd. In het huidige zorgsysteem kan een patiënt met benauwdheid, diabetes mellitus en hart- en vaatziekten gelijktijdig door de longarts, de cardioloog en de internist gecontroleerd worden. Multimorbiditeit resulteert dus, naast een hogere ziektelast, ook in frequente ziekenhuisbezoeken, zowel poliklinisch als klinisch, met een verhoogd risico op complicaties tijdens een opname. Van alle opgenomen 70-plussers in het ziekenhuis is 20% na drie maanden overleden. Daarnaast ervaart 47% functieverlies na opname, waardoor zelfstandig functioneren niet meer mogelijk is.

Polyfarmacie

Multimorbiditeit leidt tot frequent en gelijktijdig gebruik van verschillende medicijnen. Polyfarmacie staat niet altijd gelijk aan overbehandeling,

‘Complexere zorg vraagt om een regiebehandelaar’

omdat de behandeling van ziektes het gebruik van meerdere medicijnen vaak rechtvaardigt. Interacties en ongewenste bijwerkingen die zich voordoen bij polyfarmacie kunnen echter wel leiden tot nadelige gezondheidsuitkomsten, en resulteren in frequentere ziekenhuisopnames. Daarnaast bestaat er een negatieve relatie tussen het aantal voorgeschreven medicijnen en de therapietrouw.

Gebrek aan regie

In de tweede lijn ontbreekt vaak de regie over de patiënt met multimorbiditeit bij een veelvoud aan gelijkwaardige poliklinische behandelingen. Deze regie zou in principe bij de eerste lijn moeten liggen, maar de huisarts heeft niet altijd het overzicht over alle geleverde en nog lopende ziekenhuiszorg, dus ook niet over het actuele gebruik van medicatie. Daarnaast ervaart de huisarts gebrek aan zeggenschap bij de door specialisten ingezette behandelingen. Complexere zorg vraagt om een regiebehandelaar. Een regiebehandelaar ziet toe op continuïteit en samenhang in de zorgverlening aan de patiënt, zorgt voor een adequate informatie-uitwisseling en voldoende overleg tussen de betrokken zorgverleners en is aanspreekpunt bij eventuele knelpunten en vragen.

Aanpassing van richtlijnen

Er komt steeds meer bewijs dat functionele en cognitieve beperkingen bij bijvoorbeeld patiënten met kanker, geassocieerd zijn met een hogere mortaliteit, verdere functionele of cognitieve achteruitgang, het aantal bijwerkingen van medicijnen, langdurigere ziekenhuisopnames en een afname van kwaliteit van leven. De richtlijnen voor oncologische ziektebeelden worden daarom aangepast aan de huidige omstandigheden. Een goed voorbeeld hiervan is de richtlijn colorectale tumoren, waarin bij alle patiënten van 70 jaar en ouder een geriatrische risicoschatting wordt geadviseerd. Ook voor patiënten met eindstadium nierfalen geldt dat zij vaak uitgebreide multimorbiditeit hebben, leidend tot een verminderde functionele status en cognitieve stoornissen.

Advanced care planning

Multimorbiditeit of een ernstige, progressieve aandoening vraagt om *advanced care planning* (ACP). Het doel van ACP is dat er tijdig gesproken wordt over de behandelwensen en gezondheidsdoelen van de patiënt, zodat de gewenste en ontvangen zorg op elkaar aansluiten. Ook – en vooral – tijdens de laatste levensfase. Het belang van ACP bij patiënten met chronische ziekten, zoals long- of hartfalen en demantie, krijgt gelukkig meer aandacht en draagt ertoe bij dat ook zij passende zorg krijgen. Ook bij kwetsbare oudere patiënten leidt ACP tot gepastere zorg.

Doelen bij multimorbiditeit

Het is belangrijk om samen met de patiënt na te gaan wat de patiënt zelf belangrijk vindt met betrekking tot kwaliteit van leven. Vooral gezondheid en vitaliteit lijken bepalend te zijn voor de kwaliteit van leven; daarnaast zijn sociale contacten en autonomie belangrijk. De meeste patiënten willen zeggenschap hebben over de zorg die ze ontvangen en de regie voeren over hun leven met een aandoening. Hiervoor is goede voorlichting essentieel, omdat dit bijdraagt aan weloverwogen keuzes in de behandeling, zowel voor de patiënt als voor de behandelaar. Dit proces wordt ‘gedeelde besluitvorming’ of ‘samen beslissen’ genoemd, en is gericht op het bevorderen van zelfmanagement.

Als de samenwerking in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit beter afgestemd wordt door het toepassen van ACP, een multidisciplinaire benadering en gedeelde besluitvorming, kan daarmee ook de juiste zorg op de juiste plek gerealiseerd worden en onnodige behandelingen worden voorkomen. Andere potentiële voordelen zijn het beter in kaart kunnen brengen van polyfarmacie, om zo interacties en ernstige bijwerkingen van medicijnen te voorkomen. Ook voor patiënt en huisarts zou een laagdrempelig bereikbaar aanspreekpunt – een regiebehandelaar – in het ziekenhuis van meerwaarde zijn.

Conclusie

De huidige ziektespecifieke en steeds specialistischer georiënteerde ziekenhuiszorg maakt het steeds moeilijk om overzicht te houden over de zorg aan patiënten met multimorbiditeit. Niet in de laatste plaats voor de patiënten zelf. De kwaliteit van zorg kan verder verbeterd worden. Enerzijds door overzicht te creëren en de behandelingen van patiënten via gedeelde besluitvorming af te stemmen op de individuele situatie. Anderzijds door het vormgeven van regieondersteuning voor de tweede lijn. Als generalist in de tweede lijn is de internist aan zet om de focus binnen de gezondheidszorg te verleggen van ziektespecifiek naar overkoepelend en zich meer te richten op de huidige complexere patiëntenpopulatie. De internist speelt niet alleen in de directe patiëntenzorg een belangrijke rol, maar ook in de organisatie van zorg voor deze ziekte-overstijgende vraagstukken. Het Adviesrapport Multimorbiditeit en Regie in het Ziekenhuis heeft als doel een eerste stap te zetten in het beschrijven van een werkwijze voor het verbeteren van de regie over patiënten die meerdere behandelingen in het ziekenhuis hebben. ■

MULTIMORBIDITY
A COMPLEX TRUTH FOR PATIENTS,
PHYSICIANS AND POLICYMAKERS

CYNTHIA BOYD
BARBARA VAN MUNSTER
MAUREEN VAN MOLKEN
LUCY STIRLING
JUDY CHEN
MARIJKE VERHOEFF
JOOP VAN WELLEK

MULTIMORBIDITY SYMPOSIUM, MONDAY NOVEMBER 1ST 2021
TRIPPENHUIS / HYBRID
AMSTERDAM / ONLINE
CHAIRMAN OF THE DAY: JAKO BURGERS
SIGN UP: NIV MEMBER
SIGN UP: NO NIV MEMBER
nhg ZonMw KNAW

Meer informatie en inschrijving voor het symposium? Kijk op: <https://www.internisten.nl/symposiumMM>

Diabeteszorg naar een hoger niveau

TEKST: SILVIA DE VRIES, JESSICA BAK & CARIANNE VERHEUGT

In 2017 werd DPARD (Dutch Pediatric and Adult Registry of Diabetes) gelanceerd: de kwaliteitsregistratie voor diabetes in de tweede en derde lijn. Dit is een initiatief van stichting BIDON (Basisstructuur Innovatief Diabetes Onderzoek Nederland), een landelijk consortium van internisten, kinderartsen en diabetespatiënten. De informatie uit deze registratie is van groot belang om de diabeteszorg hoogwaardig, betaalbaar en toegankelijk te houden. Dit artikel gaat in op de stappen die zijn gezet, hoe de registratie eruitziet en wat de registratie betekent voor de toekomst.

Waarom een diabetesregistratie?

In Nederland leven ongeveer 1,2 miljoen mensen met diabetes mellitus.¹ Geschat wordt dat 185.000 van deze patiënten behandeld worden in de tweede en derde lijn.² Het exacte aantal patiënten en hun profiel is echter niet bekend. De prevalentie van patiënten met diabetes zal de komende decennia blijven toenemen, door overgewicht en vergrijzing.³ Het is daarom van groot belang om de diabeteszorg hoogwaardig, betaalbaar en toegankelijk te houden. Hiervoor is meer kennis nodig. Om welke aantallen gaat het?

Wat zijn de patiëntkarakteristieken? Hoe vaak zien we complicaties en



wat zijn de uitkomsten van behandeling? Om deze vragen te beantwoorden is de DPARD opgericht.

Prof. dr. Mark Kramer, internist en lid van de raad van bestuur van het Amsterdam UMC: 'Twijfel is het begin van wijsheid, sprak Aristoteles. DPARD is hét instrument waarmee elke internist twijfels over de eigen diabeteszorg kan spiegelen met alle collega's.'

Wat wordt geregistreerd?

Het primaire doel is om op lokaal, regionaal en landelijk niveau beter inzicht te krijgen in de zorg voor alle poliklinisch langdurig behandelde patiënten met diabetes mellitus. Hiertoe worden in DPARD relevante patiëntkenmerken, diagnostiek, behandeling en uitkomst geregistreerd van alle patiënten met diabetes mellitus type 1, type 2, monogenetisch of secundair.

Naar internationaal voorbeeld

Diabetesregistraties in onder andere Zweden, Finland en Duitsland hebben laten zien hoe het bijhouden van patiëntgegevens kan helpen om de zorg te verbeteren. Zo is het mogelijk om te beoordelen of (inter) nationale behandeldoelen behaald worden, maar ook om te achterhalen of er specifieke groepen of uitkomsten zijn waarbij dat niet het geval is.⁴

Eglantine Barents van Diabetes Vereniging Nederland: 'DVN heeft met gezonde jaloezie gekeken naar het Zweeds Diabetes Register. We zijn blij dat DPARD meer en meer wind in de zeilen krijgt. Met het inzicht dat

Voorbeeld Codman dashboard HbA1c





DPARD zal geven in de diabeteszorg in de tweede en derde lijn, kan de zorg echt verder verbeterd worden. Daar plukken wij als mensen met diabetes de vruchten van.'

Wat levert het de internist op?

Specialisten krijgen via DPARD inzicht in hun eigen diabeteszorg. Aangeleverde data worden weergegeven in een interactief dashboard, dat alle klinische variabelen weer geeft over de jaren. De variabelen kunnen naar wens gefilterd worden, mede voor *informed decision making* in de spreekkamer. Ook kunnen uitkomsten worden vergeleken met de benchmark van alle deelnemende centra. Deze informatie geeft handvatten om de eigen diabeteszorg te optimaliseren. Tot slot leveren deelnemende centra een belangrijke bijdrage aan het inzicht in de Nederlandse diabetespopulatie.

Joint effort

Ciaranne Verheugt, internist in het Amsterdam UMC en voorzitter van DPARD en stichting BIDON: 'Veel partijen hebben samengewerkt om dit mogelijk te maken. De Nederlandse



Diabetes Federatie (NDF) heeft veel voorwerk verricht voordat wij DPARD in 2017 lanceerden, en is nog steeds nauw betrokken. Het feit dat de patiëntenvereniging als volwaardige gesprekspartner aanzit vinden wij zeer waardevol voor het uitstippelen van de koers van DPARD. Ook de verschillende invalshoeken van kinderartsen en internisten houden het verfrissend. Bijzonder is bovendien dat wij goed contact hebben met tientallen ziekenhuizen in het hele land. Zo weet je waar behoefte aan is en wat er speelt. De uitdaging is het samensmelten van de soms tegenstrijdige belangen en om iedereen doordrongen te houden van het gemeenschappelijke doel: de zorg voor en rondom diabetespatiënten naar een hoger niveau tillen. Ons besluit om samen te gaan werken met de stichting DICA (Dutch Institute for Clinical Auditing), bleek een gouden zet.'

In 2018 ging DPARD verder onder de vleugels van DICA, die 22 landelijke kwaliteitsregistraties van meerdere disciplines beheert om de kwaliteit van zorg in kaart te brengen.

Wat gebeurt er met de gegevens?

In het elektronisch patiëntendossier (EPD) wordt een schat aan informatie over het zorgproces vastgelegd. In DPARD wordt deze informatie samengevoegd en inzichtelijk gemaakt. Belangrijke klinische parameters zoals het HbA1c, het optreden van diabetes-gerelateerde complicaties en onderdelen van het cardiovasculaire risicoprofiel, worden veelal verzameld door medewerkers van de ICT- of EPD-afdeling van lokale zorginstellingen en gebundeld in een groot databestand. Dit bestand wordt verstuurd naar databewerker Medical Research Data Management (MRDM). De bewerking en opslag van data, waarbij data niet meer herleidbaar zijn tot de individuele patiënt, gebeurt op een veilige manier in lijn met de huidige privacywetgeving. Zorgverleners krijgen voor DPARD dus niet te maken met extra registratielast.

Hoeveel patiënten bevat DPARD?

Tussen november 2017 en mei 2021 zijn er 22.692 diabetespatiënten



geïnccludeerd in DPARD. Een klein aandeel hiervan betreft kinderen. Theo Sas, kinderarts-endocrinoloog bij Diabeter en ErasmusMC: 'Patiënten die op jonge leeftijd type 1 diabetes krijgen hebben een grotere kans op complicaties. Dit gebeurt jaren nadat patiënten uit beeld zijn van de kinderarts. DPARD zal inzicht geven in welke mate de huidige behandeling helpt om complicaties op volwassen leeftijd te voorkomen.'

Rol van EPD-leveranciers

De afgelopen jaren is de DPARD-database verder geoptimaliseerd. Recent is door een samenwerking met Chipsoft de aanlevering vereenvoudigd. Er wordt gebruikgemaakt van het diabetesformulier in HiX, waarin de benodigde gegevens voor DPARD automatisch worden ingevuld. Ziekenhuizen die EPIC gebrui-



ken in plaats van Chipsoft helpen elkaar met de aanlevering van data door het delen van een sleutel.

Arianne van Bon, internist Rijnstate: 'De gebruikersgroep diabetes van ChipSoft heeft DPARD als actiepunt genomen voor een verbeterde

aanlevering in HiX. Gezamenlijk wordt gekeken hoe de aanlevering het best vorm gegeven kan worden in HiX.'

Kansen en mogelijkheden

De behandelmogelijkheden van diabetes breiden zich steeds verder uit. Voorbeelden zijn het gebruik van Realtime Continuous Glucose monitoring (RT-CGM), *closed loops* en nieuwe diabetesmedicatie. Het is van groot belang om de effecten hiervan te evalueren op lokaal en landelijk



niveau. Ook kan DPARD worden gekoppeld aan andere databronnen. Prof. dr. Max Nieuwdorp, internist-endocrinoloog in het Amsterdam UMC: 'Deze registratie maakt het mogelijk om nieuwe behandelmogelijkheden snel en effectief te beoordelen.'

Wat beperkt de groei van DPARD?

Het grote aantal geïncludeerde patiënten betreft nog een beperkt deel van de patiënten in Nederland. Er is hiervoor een aantal terugkerende redenen aan te wijzen. De capaciteit van de EPD-afdelingen, upgrades of verandering van EPD, en prioritering van verplichte registraties worden vaak genoemd. Om DPARD daadwerkelijk te kunnen gebruiken voor het verbeteren van de Nederlandse diabeteszorg, is toename van de inclusie noodzakelijk.

Wat is de bijdrage van de internist?

In de ALV van de NIV in december 2020 is besloten dat elke internist

vanaf 2022 de mogelijkheid moet hebben via DPARD inzicht te krijgen in eigen informatie, zodat het mogelijk is om de kwaliteit van hun diabeteszorg te beoordelen en te vergelijken met andere centra. Zo dragen alle internisten gezamenlijk bij aan het ultieme doel: landelijk inzicht in de diabeteszorg. ■

Referenties

1. Nivel Zorgregistraties eerste lijn. Diabetes mellitus, Cijfers & Context (2019). www.volksgezondheidenzorg.info.
2. BIDON. Diabetes-Toetsingskader Kwaliteitsregistraties (2017).
3. Saeedi, P., e.a. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Res. Clin. Pract.* 2019;157,107843.
4. Bak, J.C.G., e.a. National diabetes registries: do they make a difference? *Acta Diabetol* 2021;58,267-278.

Voor aanmelding of voor vragen over DPARD kan contact worden opgenomen met Silvia de Vries, a.devries2@amsterdamumc.nl

Cartoon

Dr Punt hoofd... Schaamt zichzelf
nergens meer voor





Interne aangelegenheden

JPOJP

TEKST: DOKTER DULCAMARA • BEELD: MARIA USEINOVA

We hadden als vakgroep interne geneeskunde enkele weken geleden een stevig gesprek met de raad van bestuur. Op de agenda stond de voortgang van de juiste productie op de juiste plek (JPOJP). Andere vakgroepen waren al goed op weg, alleen de interne geneeskunde bleef nog achter. “Jullie zijn te beschouwend en dat leidt tot vertraging in dit belangrijke dossier”, was de stellige overtuiging van de voorzitter. Volgens de financiële man van het bestuur was er haast geboden, want “een dag niet geproduceerd, is een dag niet geleefd”.

De vakgroep KNO is inderdaad aan het sloederen geslagen als ware de tonsillen goudklompen. De chirurgen nemen bij pijn in de rechteronderbuik, naast de appendix (bij PA-onderzoek blijkt steevast dat het aanhangsel hoogstens een beetje verkouden was) ook meteen de galblaas mee, op voorwaarde dat er géén stenen in zitten. Als er per operatief wél stenen worden geconstateerd, dan wordt de patiënt zes weken later opnieuw ingepland om alsnog de galblaas te laten verwijderen. De oogartsen doen nu standaard een ooglidcorrectie tijdens een cataractoperatie. De orthopeden hebben een meniscusstraat opgezet waar je je waant in een Engelse fabriek tijdens de industriële revolutie. De MDL-artsen gaan colonoscopieën nu ook standaard doen bij een verlaagd calprotectine in de feces. De pathologen gaan op alle basaalcelcarcinomen immunofluorescentie verrichten en de dermatologen gaan via hun wetenschappelijke vereniging de DBC ‘acute wrat’ in elkaar sleutelen. Dit is nog maar een greep uit de vele initiatieven die in ons ziekenhuis zijn ontplooid.

Het ziekenhuis heeft ook verregaande plannen om de IC en SEH op te heffen. Volgens het driekoppige bestuur waren

deze takken van sport “te veel gedoe en te inefficiënt”. “De patiënten zijn er uiteindelijk ook niet bij gebaat als de motivatie van de zorgverleners op deze afdelingen onder het nulpunt daalt wanneer zij te horen krijgen dat ze verlies draaien. Van deze *bleeders* willen we al jaren af. En dan kan het nieuwe Kwaliteitskader Spoedzorg ook meteen de la in. Drie vliegen in één klap!” Dus onze vakgroep is aan de slag gegaan met een stuurgroep, een klankbordgroep en nog een groep. Na meerdere vergaderingen tot in de late uurtjes waren we eruit. Het heeft heel wat discussie opgeleverd. Ieder vakgroep lid had wel een paar goede ideeën om de productie op te schroeven. Nadat alle ideeën SMART geformuleerd waren, werd er een longlist en vervolgens een shortlist samengesteld, die we met enige trots konden presenteren aan de raad van bestuur.

Een paar voorbeelden uit de lijst. De nefrologen kwamen met het briljante idee een predialystraject te starten bij een klaring 60 ml/min en patiënten te gaan dialyseren bij een klaring van 30 ml/min. De acute internisten – niet meer nodig na het opdoeken van de SEH – laten zich omscholen tot orale diabetologen. Zij gaan diabetespatiënten

behandelen die uitstekend gereguleerd zijn op tabletten. De infectiologen gaan zich storten op de lange- en ultralange termijneffecten na een EBV-infectie. Er komt een poli ‘reumatologie sine reuma’, voor alle spier- en gewrichtsklachten enzovoort.

Alle bovenstaande initiatieven zullen zeker vette en rijpe vruchten afwerpen. Er is echter één niet onaanzienlijk probleem dat door iedereen over het hoofd is gezien. En wie anders dan de internist heeft dit probleem gesignaleerd... én komt meteen met de oplossing. De grote uitdaging is namelijk de volgende: hoe krijgen we zoveel mogelijk klanten binnen de muren van het ziekenhuis? Kijk, als ze eenmaal binnen zijn is het kassa. Maar weten de patiënten ons te vinden? Om dit te bereiken gaan twee vakgroepleden van de interne geneeskunde twee dagdelen per week flyeren. Eerst binnen ons adherentiegebied, daarna erbuiten. In de maandelijkse huis-aan-huis-folder leggen we onze ‘patiënten’ uit wat ze allemaal van ons kunnen verwachten, en hoe ze dat kunnen regelen via hun huisarts. Dat laatste is niet onbelangrijk, want er is wel een verwijzing nodig. Deze moeder aller *best practices* wordt nu door alle vakgroepen omarmd. De schoorsteen van ons ziekenhuis rookt als nooit tevoren.

De zorgverzekeraars zijn dolenthousiast over onze initiatieven en komen graag over de brug met een zak geld. Nu de overheid nog, die nog steeds bij hoog en laag durft te beweren dat medisch specialisten niks aan hun productie willen doen.



Een gezond en veilig opleidingsklimaat

TEKST: MARIANNE HENDRIKS & CAROLINE CANTÉ • BEELD: 123RF

Samen streven we er dagelijks naar en zijn we er medeverantwoordelijk voor: een gezond en veilig opleidingsklimaat. Volgens het meest recente opleidingsplan is een goed opleidingsklimaat een basisvoorwaarde voor een succesvolle opleiding. Dit kenmerkt zich onder andere door een stimulerende en veilige omgeving. Maar wat betekent dit dan concreet voor de dagelijks praktijk, naast de gebruikelijke vinkjes en richtlijnen? En hoe bereik je een goed opleidingsklimaat met elkaar? Juist in een tijd die gedictieerd wordt door de covid-19-pandemie is het belangrijk om hier weer eens bij stil te staan. We lieten ons inspireren door opleiders en aios uit periferie en academie en bieden zo een handreiking voor de dagelijkse praktijk.

Een veilig opleidingsklimaat kenmerkt zich volgens Judith Branger, opleider in het Flevoziekenhuis, door een sterk gemeenschapsgevoel, vertrouwen hebben in elkaar en een sfeer van inclusiviteit, waarbinnen iedereen zich comfortabel genoeg voelt om vragen te stellen, voorstellen te doen en actief te participeren. Gerald Vervoort en Edith Klappe, beiden opleiders in het Radboud

UMC beamen dit. En, stellen zij: opleiders kunnen hier actief aan bijdragen door te laten zien dat ook zij niet alles (kunnen) weten en niet onfeilbaar zijn. Door aios regelmatig mee te nemen naar overleggen en vergaderingen zien ze dat je ook goed kunt samenwerken zonder dat je het altijd met elkaar eens hoeft te zijn.

Veiligheid en ruimte

Bij een veilig opleidingsklimaat past een sfeer die gepaard gaat met zo min mogelijk hiërarchie. Er moet ruimte zijn voor het maken van fouten en het durven zeggen dat je iets niet weet, aldus Vervoort en Klappe. Ook de begeleiding om verder te leren en je te ontwikkelen zijn aanwezig in een goed opleidingsklimaat. De afstand tussen supervisor en aios speelt hierin een bepalende rol. Concreet merk je dit als aios bijvoorbeeld als een opleider uit zichzelf aanbiedt om je te helpen als je overloopt met werk, of spontaan feedback geeft.

Ook werkdruk en organisatiestructuur beïnvloeden de ruimte die er is om te leren en binnen een veilige omgeving fouten te kunnen maken. Dit geldt voor zowel aios als supervisors. Laagdrempelig overleg is de basis voor een goede samenwerking. En in die samenwerking moeten zo veel mogelijk leermomenten zitten. Een veilig klimaat ontstaat als een supervisor uit zichzelf in huis komt als het druk is en als die naast de aios van dienst zit tijdens het ochtendrapport. Ook het maken van praktische afspraken en regels kunnen de aios beschermen tegen onveilige situaties. Denk hierbij aan buddysystemen, peer support of een vertrouwenspersoon.

Maar niet alleen de opstelling van de leden van de opleidingsgroep

is van belang. Hoe de aios zich bewegen binnen een opleidingsgroep is van minstens even groot belang. Vervoort en Klappe geven aan dat in een veilige omgeving de aios voor zichzelf kan én mag opkomen, zonder dat dit consequenties heeft. Als de aios supervisie durft te vragen over de taken waarin deze zich onvoldoende bekwaam voelt, dan is er sprake van een veilig opleidingsklimaat.

Het komt eigenlijk steeds op hetzelfde neer: genoeg ruimte hebben om er gewoon te zijn, zodat je je verder kan ontwikkelen. Het steeds beoordeeld worden draagt bij aan het ervaren van druk en aan het gevoel constant te moeten voldoen aan eisen die buiten je macht liggen. De taak van de opleiders is volgens prof.dr. Edward Nieuwenhuis, opleider kindergeneeskunde in het UMCU, dan ook om de druk weg te halen bij de aios. Want, zo vertelt hij in de podcastserie *Humanizing Healthcare*, over het meeste hoeft je helemaal geen oordeel te vellen. Het kan de aios helpen om te kijken naar intrinsieke motivatie, om er zo achter te komen hoe je iets het beste kunt doen en waar je dat het beste kunt doen. Wat dat dan precies is, maakt niet eens zoveel uit, stelt hij. Je intrinsieke motivatie brengt je er wel. Opleiders dienen ruimte te geven aan aios om zich verder te ontwikkelen en niet te snel te oordelen, en een lijstje af te vinken waar de aios aan moet voldoen.

Ook brengt Nieuwenhuis naar voren dat feedback niet hetzelfde is als een oordeel, iets wat we in de ziekenhuiswereld vaak uit het oog dreigen te verliezen. Belangrijk is om de aios ruimte te geven tijdens gesprekken door goed te luisteren, er te zijn, en niet meteen tips te gaan geven over

hoe de aios het probleem zou moeten oplossen. Door feedback wederzijds te maken kan de feedback bovendien ‘milder’ worden, zodat verdere ontwikkeling wordt gestimuleerd.

Maar, brengen de aios in, niet alleen de sfeer is van belang. Ook het actief betrokken worden bij en ruimte krijgen voor niet-klinische taken passen bij een goed opleidingsklimaat. Denk bijvoorbeeld aan het meeschrijven aan een lokaal opleidingsplan, de persoonlijke inbreng bij een stage of aanwezig zijn bij een afdelingsoverleg. Branger benadrukt het belang van mogelijkheden en voorzieningen die een opleidingsziekenhuis zou moeten bieden. Er moet ruimte zijn om het opleidingstraject te individualiseren, zowel binnen als buiten de stage, bijvoorbeeld door het houden van specifieke gesprekken, te werken aan netwerkgeneeskunde of door je te ontwikkelen in medisch leiderschap. Dit beamen ook Vervoort en Klappe; een goed opleidingsklimaat kenmerkt zich niet alleen door de mogelijkheid tot medisch-inhoudelijke ontplooiing, maar ook door mogelijkheden te bieden voor persoonlijke ontwikkeling in een goede werksfeer.

Signaleren

Een goed opleidingsklimaat kenmerkt zich door een gelijkwaardige deelname van aios en opleiders aan discussies, waarbij er ook ruimte is voor spontane initiatieven. En als er knelpunten zijn op de werkvloer worden deze vervolgens samen opgepakt en opgelost. Maar het zit ook in andere zaken, die lastiger te meten zijn in een SetQ, zoals borrels en andere sociale activiteiten die door de huidige coronaregels helaas lastiger te organiseren zijn. Signalen dat het opleidingsklimaat niet goed zou zijn (of voor verbetering vatbaar) zijn vaak subtiel. Bijvoorbeeld het weinig of nauwelijks stellen van vragen tijdens een overdracht, een supervisor die pas laat wordt betrokken bij een zieke patiënt, onderwijsroosters die niet lopen of uitval van aios/supervisors. Het is belangrijk, geeft Branger aan, om als opleiders een goed beeld te houden van de aios; hoe is de persoonlijke situatie van

‘Bij een veilig opleidingsklimaat past een sfeer die gepaard gaat met zo min mogelijk hiërarchie’

de aios? Welke ballen worden door de aios hooggehouden? En vraag ook eens actief naar het werkplezier en hoe de aios zich ontspant, brengen Vervoort en Klappe naar voren. Dit alles vereist natuurlijk voldoende scholing van de opleiders; praktische feedback geven of concrete leerdoelen opstellen kan in de praktijk lastig zijn. Een andere tip geven de aios zelf: omdat aios dagelijks samenwerken met verpleegkundigen krijgen die vaak als een van de eersten signalen dat er iets niet goed gaat met de aios, of bijvoorbeeld dat de werkdruk te hoog is. Ook kan afwezigheid (zowel letterlijk als figuurlijk) van een aios een eerste signaal zijn dat er iets speelt.

Oplossingen

Hoe kijken de opleiders en aios aan tegen een aios die dreigt uit te vallen? Door de werk-privébalans als vast onderwerp tijdens gesprekken terug te laten komen kun je hier soms op anticiperen. Maar, merken de aios op, bedenk ook dat het door een aios niet altijd als veilig

CONCRETE STAPPEN

1. Geef/neem de ruimte, door er te zijn, zonder steeds te moeten voldoen aan een bepaalde eis of norm, zonder constant een oordeel te vellen.
2. Pas wederzijdse feedback toe.
3. Laat als supervisor zien dat je niet onfeilbaar bent.
4. Volg scholing over feedback en het opstellen van leerdoelen.
5. Herken dreigende uitval van een aios. Vraag ook eens verpleegkundigen naar de aios.

en weer los te laten. Soms kan coaching of een training hierbij helpen. Want aios zijn net mensen; ze zien zelf de dreigende uitval of overbelasting vaak niet aankomen. De taak van de opleiders is om hier goed op te letten en tijdig in te grijpen. In een veilig opleidingsklimaat zijn de omstandigheden zo dat de aios zelf laagdrempelig durft aan te geven als er bepaalde gebeurtenissen spelen in het privéleven die impact hebben, stellen Vervoort en Klappe.

Een simpel, maar toch belangrijk onderdeel brengen de aios nog in: het hebben van een comfortabele

te zijn, zegt Branger. Een collega die niet houdt van het geven van onderwijs voor een groep, kan juist een goed voorbeeld zijn in de kliniek, waar de aios leert van diens goede gesprekstechnieken, klinische kennis en werkplezier. Zo draagt iedereen een steentje bij, en dit valt niet altijd te meten met bepaalde hokjes of vinkjes. Voor aios is het ook belangrijk dat alle stafleden zichtbaar zijn op de werkvloer, zowel voor aios als voor de rest van de vakgroep. Dus niet meteen na de overdracht naar de poli rennen, maar af en toe ook even blijven napraten. Een wat minder actieve opleider kan aan een actievere opleider worden gekoppeld tijdens een grote visite. En wellicht dat supervisoren ook weer eens met elkaar kunnen meekijken. Je bent nooit te oud om te leren. ■

‘Aios zijn net mensen; ze zien zelf de dreigende uitval of overbelasting vaak niet aankomen’

wordt ervaren om zijn of haar hart te luchten. Bespreek dan de mogelijkheden van een vertrouwenspersoon, een buddy of zelfs een andere supervisor. Branger merkt dat de aios doorgaans een hoog ambitieniveau hebben, wat gepaard gaat met een groot verantwoordelijkheidsgevoel. Prachtige eigenschappen, maar deze kunnen de aios wel gevoeliger maken voor uitval. Geef de aios mee dat niet alles perfect hoeft te zijn en dat dingen niet altijd vandaag opgelost of geregeld moeten worden. Het is belangrijk om te kunnen prioriteren, delegeren, grenzen te stellen

artsenkamer waar alle aios elkaar kunnen ontmoeten. Waar ruimte is om even te ontladen, maar ook om te overleggen en van elkaar te leren. Hier kunnen bovendien ook de eerste signalen van een aios waar het niet goed mee gaat worden opgevangen.

Samen

Opleiden is een breed begrip, waarbij het ene staflid wellicht meer gemotiveerd zal zijn dan het andere. Maar is dit eigenlijk wel een probleem? Bij visitaties wordt natuurlijk de opleidingsgroep als geheel beoordeeld. Niet elke opleider hoeft even fanatiek

Verder lezen/luisteren?

Podcast serie: Humanizing Healthcare (met meer onderwerpen dan alleen opleiding).

Teaching on the run tips: 13: Being a good supervisor - Preventing problems, 10: Giving feedback, The Medical journal of Australia.

Aan dit artikel werkten mee:

Dr. Judith Branger, internist-infectioloog en opleider Flevoziekenhuis

Dr. Gerald Vervoort, internist-nefroloog en opleider Radboud UMC

Dr. Edith Klappe, internist-vasculair geneeskundige Radboud UMC en plaatsvervangend opleider Radboud UMC

Shantal Meulenberg, 3e jaars aios UMCG

Loes Schepers, 4e jaars aios Catharina ziekenhuis Eindhoven

ABCDE-training voor internisten

De NIV-ALS is de internistenversie van de bekende, internationale ALS-training. Deze ABCDE-training is specifiek gericht op internisten en wordt verzorgd door internisten. Afgelopen juni zijn de pilots van de NIV-ALS van start gegaan in achtereenvolgens het UMC Utrecht, het Maastricht Ziekenhuis Rotterdam en het Maastricht UMC+.

De pilot is ontwikkeld met het doel internisten te bekwalen in de opvang van acute patiënten volgens de ABCDE-methode en om de trainingsvorm hiervan te optimaliseren. Dit sluit aan bij de strategische visie van de NIV om de internist hét aanspreekpunt voor de acute zorg van de multimorbide patiënt te laten (en kunnen) zijn. Vanuit de NIV-werkgroep Spoedzorg werd dit initiatief uitgewerkt door Marjolein Kremers, Jan Baars en Karin Kaasjager.

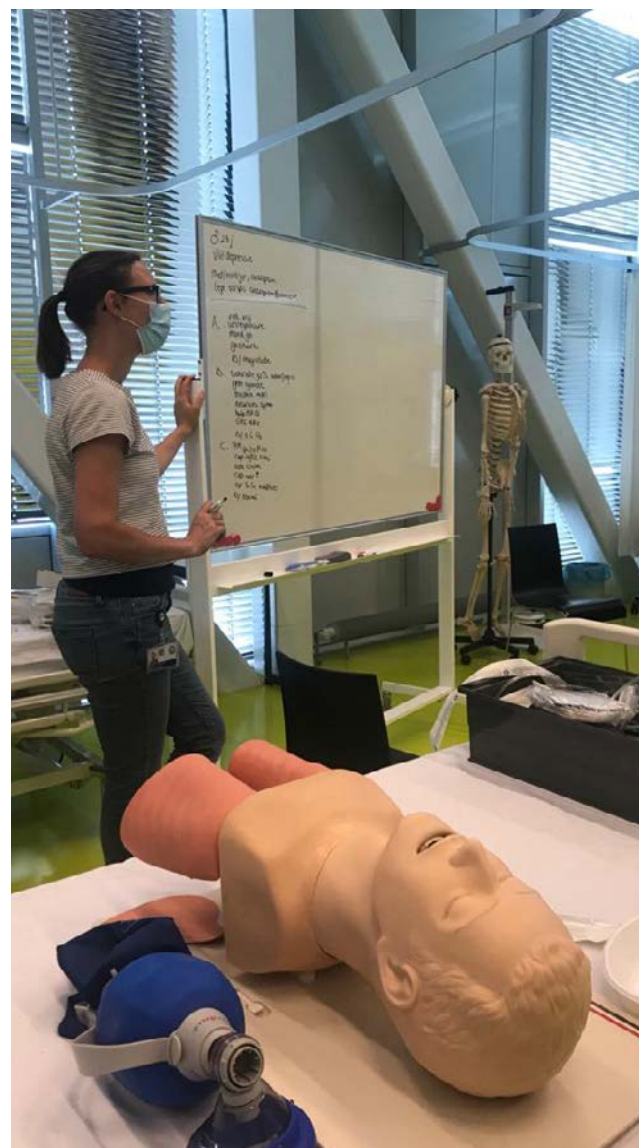
Programma NIV-ALS

De training was verdeeld over 2 dagdelen. In groepen van 3 tot 4 personen oefen je de ABCDE-systematiek in verschillende scenario's, onder de bezielende leiding van instructeur-internisten en fellows. De casuïstiek was illustratief voor acute presentaties binnen de verschillende differentiaties en afdelingen, en geleverd door de NIV-werkgroep. Daarnaast

werden enkele skills geoefend, zoals het inbrengen van de botnaald en het gebruik van de masker-ballon. Voorafgaand aan de trainingsdag volgden de deelnemers de e-learning NIV-ALS.

NIV-ALS in het UMC Utrecht

In het UMC Utrecht startte de NIV-ALS met een groep van 12 enthousiaste internisten van diverse plui-mage. Er heerste een gezonde combinatie van spanning en ontspanning. De hele dag waren de internisten enthousiast met elkaar aan het trainen in een veilige sfeer. De groei in de uitvoering van de ABCDE-methodiek was duidelijk zichtbaar. De eerlijkheid gebiedt te zeggen dat men wel moest wennen aan het feit dat de D niet stond voor – een uitgebreide – differenti-aaldiagnose. De eerste reacties van de deelnemers waren echter positief. Een reactie van een deelnemer: 'In de training wordt hardop denken



gestimuleerd. Dit is ook in de praktijk van belang om iedereen in de kamer mee te nemen in het beleid'. Een andere enthousiast deelnemer: 'Ervaren trainers, nuttige hands-on training, met voldoende tijd voor interactie en contact met collegae'.

Vervolg van de NIV-ALS

De opzet en inhoud van de training is aan de hand van deze drie pilots geëvalueerd en wordt nu verder geoptimaliseerd. Inmiddels zijn er plannen gemaakt om de NIV-ALS door het hele land uit te rollen. Zo kunnen alle internisten die dienst doen en/of een superviserende rol op de SEH hebben, zich verder bekwalen in de ABCDE-systematiek. Dit alles onder het motto: 'Spoedzorg doen we samen en door de hele zorgketen, met internisten in the lead!' ■





8-tot-6-mentaliteit

TEKST: HELEEN DE WIT • BEELD: 123RF

De tijden zijn veranderd en daarmee ook de internist als persoon, ons werk en de patiënten die wij behandelen. Dat vereist verandering, zowel ten aanzien van werkcultuur en werktijden, alsook de inhoud van ons werk. Goed nieuws: er is 100 fte aan collega-internisten beschikbaar om ons hierbij te helpen.

Een recent onderzoek door De Jonge Specialist laat zien dat een kwart van de jonge dokters overweegt te stoppen met de opleiding. Dit is niet nieuw. Al jaren blijkt uit onderzoeken dat veel jonge artsen een hoge werkdruk ervaren. In de krant las ik een ingezonden brief van een gepensioneerd specialist die de huidige generatie verwend vond: 'In mijn tijd maakten wij werkweken van 100 uur'. Dit werd gevolgd door repliek van een jonge collega met de mededeling dat de tijden dat de vrouw thuis voor de kinderen en de piepers zorgde nu toch echt voorbij is.

Geen 9-tot-5 baan

Maar zijn wij wel zo modern? Afgelopen week zat ik bij een sollicitatiegesprek voor een anios waar ik mijn collega hoorde zeggen dat 'overuren uiteraard niet gedeclareerd kunnen worden, want dat hoort er nu eenmaal bij.' Tijdens mijn eigen opleiding had ik een contract voor 38 uur, maar je moest wel 50 uur aanwezig zijn, voor 'onderwijs'. Dit is nog steeds de standaard. Ik hoor vaak als structurele overuren ter sprake komen: 'Je hebt nu eenmaal geen

9-tot-5-baan.' Ik denk niet dat iemand dit tegenspreekt als het gaat om directe patiëntenzorg. Maar waarom zou dit ook moeten gelden voor alle overige werkzaamheden? In mijn ziekenhuis zijn alle bijeenkomsten van de medische staf in de avonduren. Ook de NIV houdt vaak haar vergaderingen en bijeenkomsten in de avond. Helemaal in deze coronatijd lijkt bijna elke online nascholing in de avonduren gepland te worden. Waarom eigenlijk? Als je kijkt naar andere vakgebieden met professionals, zoals de advocatuur en consultancy, zijn de uren tussen 18 en 20 uur vaak heilig. Werknemers worden dan niet gestoord of ingezet voor vergaderingen, zodat zij tijd kunnen doorbrengen met hun partner of gezin.

Voor mij zijn avondbijeenkomsten in deze levensfase met een jong gezin moeilijk te regelen. Mijn partner vangt zonder gemor mijn diensten op, maar we moeten het wel samen doen. Het model van de medisch specialist die 24/7 beschikbaar is en waar de partner en kinderen zich naar moeten voegen gaat voor de meesten onder ons niet meer op. Als ik met collega's uit het hele land spreek, dan zeggen

de meesten dat ze best wat minder hard zouden willen werken. Het werk is leuk, maar ook intensief en veeleisend.

100 fte

Toch zit het aannemen van extra collega's er vaak niet in. Dat ligt niet aan het aanbod aan werkzoekende internisten. In de recente jongeklaren-enquête van de JNIV, die ik bijna vier jaar na het beëindigen van mijn opleiding nog net mocht invullen, las ik dat we in 2024 naar schatting 100 fte aan internisten te veel hebben. Ik moest dit even op mij laten inwerken: 100 fte...! Dat zijn zo'n 125 collega's die 12 jaar van hun leven en gemeenschapsgeld aan een opleiding hebben besteed. Maar niet om uiteindelijk als internist te kunnen werken. Dat valt toch niet te rijmen met de hoge werkdruk die velen van ons ervaren?

De olifant in de kamer

Misschien moeten we het toch eens hebben over de olifant in de kamer. Het aannemen van extra collega's zonder dat dit tot meer productie leidt kost geld. En er is nu eenmaal een verschil tussen specialisten in loondienst en in een MSB.

Wellicht heb ik gemakkelijk praten als specialist in loondienst. Volgens mijn AMS-contract moet ik al mijn taken (ook de niet-patiëntgebonden) af krijgen binnen de uren van mijn contract. Lukt dat niet, dan moet het ziekenhuis dit oplossen door structurele uitbreiding. Helaas krijgen de collega's waarmee onze vakgroep is uitgebreid vooralsnog geen vast contract, als gevolg van de coronapandemie en een achterblijvende productie. Onze productie bungelt onderaan de Logex benchmark, zoals bij veel vakgroepen in loondienst het geval is.

Collega's werkzaam in een MSB hoor ik klagen dat uitbreiding van de vakgroep niet mag van het MSB. Men houdt elkaar in een wurggreep. 'Vaste' tijdelijke contracten mogen soms wel. Dat resulteert weer in situaties waarbij er, ondanks een tomeloze inzet, elke één tot twee jaar een nieuwe chef de clinique wordt aangenomen.

Het hoofdlijnenakkoord, zinnige en zuinige zorg

De komende jaren zal de zorgvraag voor de interne geneeskunde fors toenemen, maar mogen we volgens het hoofdlijnenakkoord niet groeien. Daarnaast worden er (terecht) steeds hogere eisen gesteld aan de kwaliteit van zorg en is de complexiteit van de zorgvraag sterk toegenomen. Hoe

gaan we hiermee om? Ik ken collega's die hun controlepatiënten nog steeds in 10 minuten zien. Dat is wellicht kostenefficiënt, maar als het probleem van de patiënt zo weinig complex is dat een consult in 10 minuten kan, hoort die patiënt dan nog wel thuis in de tweede lijn – of kan de controlefrequentie niet omlaag? Om niet te groeien zullen we de komende jaren maximaal moeten inzetten op transitieprojecten en anderhalvelijnszorg. In onze vakgroep doen we de triage zelf en bij onnodige verwijzingen bellen we de huisarts met adviezen. Elke verwijzing komt direct op de juiste plek, bij voorkeur met aanvullend onderzoek vooraf, zodat het aantal consulten beperkt kan worden. Onze diabetespatiënten die goed zijn ingesteld komen alleen nog voor een jaarcontrole bij de internist en diabetesverpleegkundige. Patiënten met type 2 diabetes worden terugverwezen naar de eerste lijn. Ik neem aan – en ik hoop – dat onze werkwijze niet uniek is. Toch is het frustrerend als je je elke keer moet verantwoorden voor de productie die je levert.

Doe toekomst

Hoe gaan we deze zaken aanpakken? Ik denk dat we binnen de NIV op meerdere fronten samen moeten optrekken en met elkaar het gesprek moeten aangaan. Alleen samen kunnen we ons onttrekken aan de greep van de benchmark. Dit vraagt om een herdefiniëring van hoe de internistische zorg er in de toekomst uit moet zien, en hoe we die willen gaan meten. Ik denk dat we gezamenlijk moeten zorgen voor meer focus op kwaliteit, de juiste zorg op de juiste plek en kostenbesparing, in plaats van op productie. Als vakgroepen in loondienst beginnen we hierin voorzichtig stappen te maken door *best practices* uit te wisselen. Maar als we echt iets willen bereiken zullen we over de grenzen van ons financieringsmodel heen moeten kijken. Daarnaast zou ik graag een lans breken voor een beetje meer 9-tot-5-, of beter gezegd, 8-tot-6-mentaliteit in ons werk. Gaan we weer wachten op het volgende onderzoek waaruit blijkt dat een groot deel van de jonge dokters wil stoppen? Of gaan we zelf het goede voorbeeld geven door te laten zien dat het heel goed mogelijk is om ons werk te organiseren binnen de normale werkuren van de dag, met een gezonde werkdruk?

Dit alles is alleen mogelijk als we ruimte maken voor onze jonge collega's zonder baanperspectief. We hebben het beschikbare fte aan internisten hard nodig! In 2013 maakten zittende urologen ruimte voor hun jonge vakgenoten, zodat er in dat vakgebied geen werkloosheid meer was. Financieel kunnen we het gemakkelijk aan. Want als je nou eens echt eerlijk bent naar jezelf: word je dan gelukkiger van meer tijd voor je werk en je familie of van meer geld? Ik heb er in elk geval een deel van mijn salaris voor over als dit ertoe leidt dat mijn collega's met een tijdelijk contract kunnen blijven en dat het een keuze wordt in plaats van de norm om na 18.00 uur nog in het ziekenhuis te zijn. ■

*Beste collega's, ik doe een oproep aan jullie! We moeten hierover nú samen in gesprek.
Ik meld me bij deze aan. Wel graag vóór 18.00 uur.*

‘Alleen samen
kunnen we ons
onttrekken aan
de greep van de
benchmark’

Werkloosheid onder medisch specialisten

Hoe is het mogelijk (op te lossen)?

TEKST: HANS ABLIJ

Het is weer een periode van laagconjunctuur in de werkgelegenheid van medisch specialisten. De goed bezette busjes met internisten-nefrologen, internisten-endocrinologen, MVP-internisten en vele andere specialismen, rijden af en aan naar sollicitatiegesprekken. En dat is nog maar een klein deel van degenen wiens brieven en curricula vitae – de een nog fraaier dan de ander – de papieren selectie heeft doorstaan. Er wordt door jonge klaren, bijna-jongeklaren en juniorverenigingen een dringende oproep gedaan aan collega's en ziekenhuisbestuurders om plaatsen voor onze werkloze medisch specialisten te creëren. Een begrijpelijke oproep, maar is dit wel terecht?

Het is schrijnend dat jonge collega's werkloos thuiszitten of uit noodzaak van het ene tijdelijk contract naar het andere *jobhoppen*. Een verspilling van forse investeringen in tijd en geld. Dat we samen naar een oplossing moeten zoeken staat buiten kijf. Maar de oplossing is minder eenvoudig dan menigeneen denkt. Die ligt in ieder geval niet in het zomaar even creëren van nieuwe plekken in ziekenhuizen en vakgroepen.

Productie

Het idee dat vakgroepen en MSB's de deur dichthouden voor nieuwe collega's voor uitbreiding van formatie, zoals Heleen de Wit in haar stuk stelt, is niet alleen kort door de bocht, maar ook onjuist. In de tijd van de maatschappen, vóór 2015, zal dit marktmechanisme op micro-niveau zeker hebben bestaan. In het oude systeem met het individuele declaratierecht speelden productieprikkels nog een grote rol. Er werd gestreefd naar behoud en groei van honorarium, wat leidde tot controle en regulatie van de maatschapsformatie. Sinds de integrale bekostiging en de komst van MSB's spelen dit soort productieprikkels echter een ondergeschikte rol. De productieafspraken die MSB's met ziekenhuizen maken liggen vast in de collectieve samenwerkings- en toelatingsovereenkomsten en worden jaarlijks bijgesteld. Afhankelijk van het verdeelmodel dat binnen MSB's gehanteerd wordt is de incentive om te produceren nog wel aanwezig. En dat is maar goed ook. Productie is namelijk geen vies woord, niet in de laatste plaats voor de ziekenhuizen zelf. Allereerst is het streven naar efficiënte productie een instrument om je bedrijfsvoering binnen de ziekenhuisorganisatie te optimaliseren. Daarnaast is het met een gemiddelde winstmarge van maximaal 1,5% die ziekenhuizen kunnen genereren van belang dat plafondatafspraken die ziekenhuizen met de zorgverzekeraars maken zo veel mogelijk gevuld

worden. Blijf je daaronder, dan heeft dat direct effect op de financiële positie van het ziekenhuis, met alle risico's die daarbij horen: kostenreducties in personeel en apparatuur, banken die moeilijk gaan doen over leningen en investeringsstops. Bovendien verzwakt onderproductie de onderhandelingspositie van het ziekenhuis in de gesprekken met de zorgverzekeraars over productieafspraken voor de volgende jaren. Kortom, we moeten van het idee af dat productie per definitie een 'perverse' lading heeft.

Verdunning

Bij de pensionering of vertrek van een MSB-lid zal bij de raad van bestuur getoetst worden of het lid vervangen moet worden. Deze beslissing is afhankelijk van bijvoorbeeld de strategische keuzes die het ziekenhuis maakt. Welke zorg wil het ziekenhuis behouden en welke zorg wil het afstoten in de komende jaren? Waar wordt groei verwacht (acute zorg, vergrijzing) en waar krimp? Mijn ervaring tot nu toe is dat er altijd vervanging is geweest van vertrekkende specialisten. In de laatste twee decennia zijn vakgroepen zonder uitzondering zelfs uitgebreid. Dat laatste kan tot een zogenaamde verdunning leiden als de productie van de betreffende vakgroep gelijk blijft. Formatiekrimp, oftewel indikking binnen een vakgroep heb ik nog niet meegemaakt. Feitelijk is er dus de wens uit het veld tot verdunning van de vakgroepen, om zo banen te creëren voor jonge collega's. Hierbij wordt soms ook uitgegaan dat de huidige formatie het werk niet aankan. Dat is maar gedeeltelijk waar. Bij sommige specialismen zijn bijvoorbeeld de wachtlijsten historisch lang en wordt dit als 'werkdruk' ervaren door de betreffende specialisten/vakgroepen. Ik denk dat lange wachtlijsten inderdaad een bepaalde druk geven bij de vakgroepen, maar dat wil niet zeggen dat er patiëntenzorg wordt geleverd tot ver buiten de werktijden. De poli's eindigen nog steeds op dezelfde

tijd en de overdrachten voor de kliniek zijn ook niet naar later opgeschoven.

De juiste zorg op de juiste plek (JZOJP)

Het is niet onbelangrijk om ons te realiseren dat lange wachttijden bij bepaalde specialismen voor een aanzienlijk deel veroorzaakt worden door onnodige verwijzingen uit de eerste lijn. Hier ligt een belangrijke taak in het kader van de juiste zorg op de juiste plek: hoe werk je samen met de eerste lijn om zoveel mogelijk patiënten buiten de muren van het ziekenhuis te houden die geen tweedelijnszorg nodig hebben? Dit kan bijvoorbeeld door teleconsultatie, onderwijs aan huisartsen, anderhalvelijnszorg en nuldelijnszorg. Efficiëntere organisatie van de poliklinische en klinische zorg staat in elk ziekenhuis al hoog op de agenda. Denk aan telefonische consulten, minder herhaalbezoeken, eerder terugverwijzen naar de huisarts, voorkomen van onnodige verwijzingen, snelle doorstroom van patiënten naar andere zorginstellingen, korte ligduur enzovoort. Er wordt hard gewerkt aan de implementatie hiervan, niet alleen in het Sint Jansdal. Optimale invoering van de JZOJP zal vrijwel zeker leiden tot krimp van

bedden die gevuld zijn met patiënten die op de wachtlijst staan voor een verzorgingshuis, somatisch verpleeghuis, of psycho-geriatriesch verpleeghuis. Deze zorg op de onjuiste plaats zal echter niet gedaan hoeven te worden door specialisten, dus daar zit ook geen ruimte om de werkloosheid onder jonge collega's op te lossen. De grootste verliezers zijn de 'patiënten' die een heel leven achter de rug hebben en de juiste zorg op de juiste plek zó verdienen.

Andere tijden

Heleen de Wit stelt in haar stuk dat de werkdruk onder onze jonge collega's als hoog wordt ervaren. Ik denk niet dat de werkdruk in de huidige tijd hoger is dan in de decennia hiervoor. En er zijn ook collega's die geen hoge werkdruk ervaren, en dat zijn niet allemaal specialisten van de 'oude stempel' die 100 uur per week werken en wiens partner de piepers op tafel zet, want die tijden zijn immers al lang vervlogen. Wat wel is veranderd zijn de omstandigheden, de wereld om precies te zijn. Allereerst is er een breed maatschappelijk probleem dat de prestatiedruk in het algemeen is verhoogd: iedereen lijkt alles goed te moeten doen, niet zelden 'onder toezicht' vanuit een scala aan

'We moeten **van het idee af** dat productie per definitie **een 'perverse' lading** heeft'

formatie bij bepaalde vakgroepen, ondanks dat er complexere zorg in de ziekenhuizen achterblijft. De krimp in het aantal medisch specialisten moet natuurlijk wel opgevangen worden door de eerste lijn, een logistieke en financiële uitdaging van jewelste.

Hoofdlijnenakkoord en de nullijn

Het onzalige hoofdlijnenakkoord en het streven naar 0% groei van ziekenhuiszorg in 2022 is een utopie. De bevolkingsgroei laat dat niet toe en onze oudere medemens, met al zijn bijkomende ongemakken en ziektes, zal toch ergens behandeld moeten worden. Of de overheid moet een masterplan in de kast hebben om de chronische zorg op een andere manier te organiseren. Ik heb daar echter weinig fiducia in. Als we blijven streven naar 0% groei, zal uitbreiding van vakgroepen sowieso lastig zijn om te realiseren. Maar ook als de nullijn niet houdbaar is en we laten deze los, voorspel ik dat de gevolgen van de vergrijzing voor een groot deel door de ziekenhuizen zal moeten worden opgevangen. De klinieken zullen uit hun voegen barsten, met

sociale media. Ten tweede wil de nieuwe generatie dokters, van wie de partner vaak ook een fulltimebaan heeft, een andere, gezondere balans tussen privé en werk. En deze wens is heel begrijpelijk en terecht.

De oplossing

Voor het huidige probleem van de werkloosheid onder medisch specialisten zijn er mijns inziens drie mogelijke oplossingen: iedereen gaat maximaal 3 dagen per week werken, en/of we laten de nullijn los en staan groei toe (op voorwaarde dat er een fors aantal vierkante meters ziekenhuis wordt bijgebouwd), en/of we schaffen de JZOJP af. Ik zou voor de tweede optie kiezen.

En voor de toekomst moeten we ons de volgende vraag stellen: waar en wanneer is het mis gegaan? Laten we die vraag maar neerleggen bij de overheid en het capaciteitsorgaan. Een gedegen analyse, waarbij ook de wetenschappelijke verenigingen zijn betrokken, kan de huidige en toekomstige studenten geneeskunde en arts-assistenten wellicht behoeden voor een zwart gat. ■

Louis-Ferdinand Céline

Vergeten als arts, bewonderd als schrijver,
verguisd als antisemitisch pamflettist

HANS ABLIJ • BEELD: © AGENCE DE PRESSE MEURISSE

Louis-Ferdinand Céline wordt in Frankrijk, naast Marcel Proust, beschouwd als een van de grootste schrijvers van de twintigste eeuw. Hij had aanvankelijk een plek op de in 2011 gepubliceerde lijst *Le Plus Grand Français de tout les temps*, ergens tussen Charles de Gaulle, Brigitte Bardot en Napoleon Bonaparte. Na hevige protesten werd hij echter van de lijst van 100 grootste Fransen geschrapt. Zijn uitgesproken antisemitische opvattingen en literaire collaboratie met Nazi-Duitsland wogen voor veel Fransen zwaarder dan de rest van zijn literaire nalatenschap. Frankrijk blijft worstelen met de omstreken schrijver, waarbij voorstanders en tegenstanders het over een ding eens zijn: over de kwaliteit en grootsheid van zijn schrijverschap is weinig discussie.

Voorbestemd voor de handel...

Louis-Ferdinand Céline werd in 1894 geboren als Louis Ferdinand Auguste Destouches. Zijn pseudoniem Céline was de meisjesnaam aan moederszijde. Hij was enig kind in een middenstandsgesin en zijn ouders (vooral zijn vader) zagen voor de jonge Louis een toekomst in het bedrijfsleven. Om zijn kansen op de arbeidsmarkt te vergroten stuurden ze hem een jaar naar Duitsland en aansluitend een jaar naar Engeland om de vreemde talen te leren. Dat deze buitenlandse stages zijn middelbare school doorkruisten was voor de ouders geen probleem. In de handel was een schooldiploma toch niet nodig en kon hij zijn tijd beter besteden door ervaring op te doen in het bedrijfsleven. Maar de handel bleek niets voor hem. Toen hij op zijn zestiende terugkwam en enkele baantjes had gehad als klerk, winkelbediende en loopjongen, besloot hij op zijn achttiende alsnog zijn middelbare school in de avonduren voort te zetten. Dat hij zich vrijwillig aanmeldde bij het Franse leger was niet omdat hij grootse militaire plannen had. Dit deed hij puur uit protest. Hij dwarsboomde hiermee de plaatsvervangende ambities van zijn ouders, maar het had ook andere gevolgen.

De Grote Oorlog

In 1912 werd Céline ingelijfd in het 12e kurassiers regiment. Al snel na het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog bood sergeant Céline zich vrijwillig aan om als boodschapper de Duitse linies te trotseren. Dat kwam hem duur te staan. Nabij Ypres werd hij in zijn rechterarm geraakt, waarschijnlijk door een fragment van een inslaande granaat. Wat hij naast de médaille militaire voor zijn courage en een veteranenpensioen ook overhield aan de inslag, was een partieel verlamde rechteronderarm en een levenslange luide tinnitus, volgens de schrijver een 'kakafonie van fluiten, slagwerk, trombones,

klaroenen, triangels, én de natuurgeluiden van 2527 zingende vogels en de watervallen van de Niagara'. Hij noemde zichzelf 'het orgel van het universum'. De Eerste Wereldoorlog kan beschouwd worden als het eerste scharnierpunt in Célines denken en werk.

Céline, de nihilist

In 1918 ontmoette Céline professor Athanase Follet, arts en directeur van de *École de Médecine* in Rennes, die hem motiveerde om geneeskunde te gaan studeren. Zijn ambitie om arts te worden werd mogelijk ook gestimuleerd omdat hij nogal gecharmeerd was van Folletts dochter Edith. Een maand nadat Céline in juli 1919 zijn middelbareschooldiploma haalde, trouwde hij met haar. In 1920 werd zijn dochter Colette geboren en begon hij aan zijn studie geneeskunde aan de Universiteit van Rennes. Hij had een gezin, promoveerde in 1924 op het werk en leven van de Hongaarse grondlegger van de antiseptische methode, Ignác Fülöp Semmelweis en ging vervolgens aan het werk als arts. De vooruitzichten waren niet slecht. Desondanks zou zijn denken toenemend overheerst worden door nihilisme en cynisme. Dat had ook zijn neerslag in de literaire werken die nog geschreven moesten worden. Om zijn geloof in de mensheid nog enigszins te behouden omarmde hij het pacifistische gedachtengoed, maar optimistischer werd hij er niet van. In 1926 scheidde Edith Follet van Céline. Toen de schrijver enkele maanden later de Amerikaanse balletdanseres Elizabeth Craig ontmoette en een onstuimige liefdesrelatie met haar kreeg, schudde hij zijn gitzwarte kijk op de mensheid grotendeels, maar tijdelijk, van zich af.

Debuut als romanschrijver

In 1932 verscheen zijn autobiografische debuutroman *Voyage au bout de la nuit* (Reis naar het einde van de

nacht), waarin hij de ellende en zinloosheid van de oorlog beschreef. De Grote Oorlog lag al 14 jaar achter hem, maar zijn ervaringen hadden hem nooit losgelaten en de lichamelijke en geestelijke schade (mogelijk als gevolg van shellshock) die hij opliep in 1914 begonnen hem in de loop der jaren steeds meer parten te spelen. Zijn relatie met Elizabeth Craig kwam tot overmaat van ramp in 1933 ook nog tot een onverkwikkelijk einde. Elizabeth was dat jaar teruggekeerd naar de VS om een erfenis te regelen. Toen Céline haar achterna was gereisd, bleek ze getrouwd te zijn met de joodse rechter die de uitspraak had gedaan in de nalatenschap. Céline keerde diep terneergeslagen terug naar Frankrijk. In 1936 volgde zijn tweede – en voorlopig laatste – roman, *Mort à Credit* (Dood op krediet). Het waren de jaren van de opkomst van nazi-Duitsland onder Adolf Hitler. En het waren de decennia van de ervaring van het antisemitisme in Europa, een sluimerend kwaad dat nooit was weggeweest.

Antisemitisme, een ultrakort historisch perspectief

Hoewel de term antisemitisme pas in 1860 voor het eerst werd gedocumenteerd, bestaat anti-judaïsme feitelijk al sinds de Exodus. Sinds het begin van de jaartelling vlamde anti-judaïsme regelmatig op, vaak resulterend in verbanningen van de gehele joodse gemeenschap uit een stad of gebied. Na mislukte pogingen om de Joden te laten assimileren met het vroege christendom – in de kern ging het om een concurrentiestrijd – was anti-judaïsme als het ware geïnstitutionaliseerd. De vroege kerkvaders (Tertullianus, Chrysostomus en Augustinus) hebben daar tussen de derde en de vierde eeuw een belangrijke bijdrage aan geleverd door de Joden van allerlei zaken te beschuldigen, waaronder de moord op de Heiland. Anti-Joodse sentimenten werden in deze tijd gemeengoed en vooroordelen tierden welig. Dat een handjevol joden bankier werd – één van de bekendste en hardnekkigste stereotyperingen – was omdat het voor christenen verboden was om van (woeker)winsten te profiteren. Jezus was hier tegenover de Joodse tollenaars en op de markt duidelijk over geweest. Na de katholieke kerk deed Luther er nog een schepje bovenop met zijn protestantse bekeerwoede: nadat hij de Katholieke Kerk de rug toekeerde, keerde hij ook het joodse geloof de rug toe. Er volgden eeuwen van verbanningen en pogroms. In de tweede helft van de negentiende eeuw werd daarom openlijk antisemitisme in Europa niet met fronsende wenkbrauwen gadeslagen. Hetzelfde gold voor de eerste helft van de twintigste eeuw. Antisemitisme leek ingebed in de samenleving. De Dreyfusaffaire (ca. 1900) in Frankrijk was hier een exemplarisch voorbeeld van. Dit was het Frankrijk waar Céline opgroeide.

Céline, de antisemiet

Na zijn tweede roman probeerde Céline in 1936 nog zijn heil te zoeken bij het communisme, maar na een verblijf



in Moskou keerde hij gedesillusioneerd terug. Hij publiceerde nog hetzelfde jaar zijn eerste pamflet, *Mea culpa*, een werk van 20 pagina's waarin hij afrekende met de Sovjet-Unie. Hoewel in zijn werk altijd enig antisemitisme te vinden is, bleek 1937 het jaar te zijn van een nog niet ingeslagen weg: radicaal antisemitisme. In ditzelfde jaar publiceerde hij zijn lijvige, 200 pagina's tellende, tweede pamflet, *Bagatelle pour un massacre*. Inhoudelijk is de Bagatelle een polemieek over antikolonialisme, pacifisme en wat andere onderwerpen, maar staat ook bol van Jodenhaat. Openlijk antisemitisme was dus in deze jaren in Europa geen schande, althans, niet bij een aanzienlijk deel van de bevolking (én openbare instanties). Wat hem heeft bewogen naar zijn rabiaat antisemitische opvattingen heeft mogelijk ook andere oorzaken. Volgens Estelle Reed, een Amerikaanse balletdanseres en echtgenote van de Nederlandse arts, schrijver en diplomaat Cola Debrot, was het huwelijk van zijn grote liefde Elizabeth Craig met een joodse rechter één van de redenen dat

de Franse schrijver zo openlijk antisemitisch werd – en bleef. Volgens het echtpaar Debrot zou Céline zich tegen hen nooit antisemitisch hebben uitgelaten, hoewel het contact werd verbroken omstreeks 1935, toen Debrot en Craig Parijs verlieten. Céline flirtte in geschriften openlijk met het nationaalsocialisme en zag geen enkel gevaar in de persoon Adolf Hitler en de opkomst van het Duitse fascisme. In 1938 en 1941 volgden respectievelijk de twee pamfletten *L'école des cadavres* en *Les beaux draps*, beide geschreven in dezelfde toonsoort, waarin ook de vrijmet-selarij het moest ontgelden.

De vlucht van de *collaborateur littéraire*

Na de bevrijding van Frankrijk had Céline nog maar één optie om arrestatie en gevangenschap te voorkomen: vluchten. En dat deed hij, samen met zijn tweede echtgenote Lucette Almansor, een Franse balletdanseres die hij in 1935 ontmoette. Eerst nam hij de wijk naar Duitsland en na de officiële nederlaag van het Derde Rijk vluchtte hij naar Denemarken. Bij verstek werd hij in 1951 door een Franse rechtbank veroordeeld tot een gevangenisstraf van 1 jaar, een boete van 50.000 Francs en de confiscatie van de helft van al zijn bezittingen. De straffen zijn nooit ten uitvoer gebracht... dankzij de Eerste Wereldoorlog. Zijn heldhaftige optreden in 1918 was voor het tribunaal genoeg reden om hem amnestie te verlenen. Hij keerde in 1951 terug naar Frankrijk en pakte de draad als romancier weer op. Aan het genre pamfletten heeft hij zich nooit meer gewaagd, noch aan duidelijk antisemitische uitspraken.

Medische carrière

Hoewel Céline op latere leeftijd beweerde dat hij van jongs af aan al arts wilde worden, zijn hier nooit aanwijzingen voor gevonden. Na zijn verwondingen in 1914 waardoor hij ongeschikt werd verklaard voor actieve dienst aan het front, werkte hij een jaar op het Franse consulaat in London. In 1915 kreeg hij de kans om in de op Duitsland veroverde kolonie Kameroen als ambtenaar aan de slag te gaan. Hij verbleef er bijna twee jaar. Een ellendige twee jaar, aldus de schrijver, niet in de laatste plaats omdat hij de grootse angsten uitstond om tropische ziekten op te lopen of om zelfs vermoord te worden. En hij was terug bij af, want hij belandde in de bedrijfstak waar zijn ouders hem zo graag in gezien hadden. Zijn belangrijkste taak was namelijk handeldrijven, ruilhandel drijven met de lokale bevolking welteverstaan, want het kwam vooral neer op het ruilen van prullaria (kraaltjes en kettinkjes) voor ivoren slag tanden en andere Afrikaanse kostbaarheden. In verband met een nooit opgeklarde somatische ziekte keerde hij voor het einde van zijn contract terug naar Frankrijk. Waar hij in ieder geval ziek van was, was het kolonialisme, waarvan hij vol walging afstand nam in zijn eerste pamflet. Direct na het einde van de oorlog werkte hij enkele jaren voor het Amerikaanse *Rockefeller Institute*, met als doel om de kennis van hygiëne en de andere voorzorgsmaatregelen ter voorkoming van tuberculose te verspreiden. Wellicht is tijdens, of net vóór deze periode zijn interesse voor de geneeskunde gewekt. Pas

in 1920, na zijn ontmoeting met Follet en diens dochter, kregen zijn ambities echt vorm en schreef hij zich in aan de Universiteit van Rennes. Na zijn afstuderen in 1924 werkte hij enkele jaren op een gezondheidsinstituut in Geneve, tot hij in 1927 een eigen praktijk opende in Parijs. Dat bleek geen goede beslissing, want in 1929 gingen de deuren alweer dicht als gevolg van te weinig clientèle. Hij bleef echter zijn vak als medicus uitoefenen bij verschillende farmaceutische bedrijven en in een gemeenteziekenhuis in Clichy. Het einde van de Tweede Wereldoorlog was ook het einde van Célines medische loopbaan.

Een lichtpuntje in de alomtegenwoordige misantropie

Er zijn veel rode draden te vinden in de werken van Céline, waaronder het antisemitisme de dikste en de roodste is. Naast de terugkerende thema's als antikolonialisme, seks, oorlog en pacifisme, waarin de teleurstelling in de mensheid stevast de boventoon voert, blijkt dat er ook een menslievend 'pro'-thema in zijn werken te vinden is: ballet. Dat Elizabeth Craig en zijn laatste levensgezel Lucette Almansor beiden balletdanseres waren, was geen toeval. Ballet was voor Céline de enige kunstvorm die nog enige hoop gaf op schoonheid in het leven. Ballet is ook een onderwerp dat uitgebreid aan bod komt in de *Bagatelle*, als een consonant tussen alle dissonanten.

Céline, de schrijver

Naast het onderwerp ballet, was de schrijfstijl zelf het tweede lichtpuntje in het leven en werk van de grote Franse schrijver. Dat hij zichzelf één van de grootste literaire stilisten noemde was dan wel hooghartig, maar volgens connaisseurs en lezers niet onterecht. Het argot – het Parijse Bargoens – dat hij in zijn werk als voertaal gebruikte, was eeuwenoud en van de straat, maar volstrekt nieuw en revolutionair in de Franse literatuur. Het argot leende zich natuurlijk uitstekend om in dienst te staan van Célines onderwerpen die, naast zwartgallig, soms uitermate obsceen waren.

Zijn antisemitische opvattingen waren en zijn nog steeds een groot obstakel voor Céline als schrijver. Maar misschien wel het grootste obstakel is dat hij nooit afstand heeft genomen van zijn racistische uitlatingen en geschriften. Wel had hij vanaf zijn terugkomst in Frankrijk altijd de publicaties van zijn pamfletten verboden. Zijn weduwe Lucette Almansor heeft tot haar dood – zij overleed in 2019 op 107-jarige leeftijd – deze lijn voortgezet. Waarschijnlijk niet omdat ze tot nieuwe en menselijkere inzichten waren gekomen, maar ter bescherming van de geestelijke en literaire nalatenschap van de meest omstreden schrijver van Frankrijk.

Saillant recent nieuws: op 5 augustus jl. meldde *Le Monde* dat er enkele boodschappentassen vol met gestolen en verloren gewaande manuscripten van de schrijver zijn opgedoken. Onder de manuscripten bevindt zich ook een roman. Maar in de lijn van één van Célines uitspraken, 'Hoe meer ze je haten, hoe rustiger je het hebt', zal dit waarschijnlijk niet tot nieuwe inzichten leiden. ■

Antidotum

Liefde, vriendschap en vuil spel op de afdeling MDL

TEKST: CHARLOTTE KROL

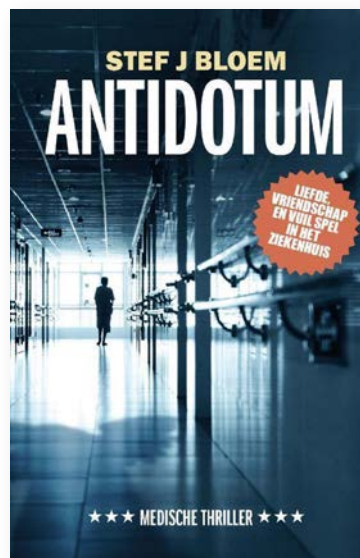
Alexander is anios op de afdeling Maag-Darm-Leverziekten in een groot opleidingsziekenhuis. Hij draait dienst op de verpleegafdeling, probeert een opleidingsplek te bemachtigen en drinkt 's avonds bierjes met zijn studievrienden. Dan overlijden er patiënten onder dubieuze omstandigheden. Was het die ene collega? Of heeft hij het verkeerd, en riskeert hij zijn opleidingsplek door zijn vermoedens bij de opleider uit te spreken?

Auteur Stef Bloem is een veelzijdige arts met een indrukwekkend curriculum vitae, waarop onder andere een heuse tenniscarrière prijkt en een *Honours Programme*, inclusief wetenschappelijke publicaties over diabetes en migraine. Na het lezen van een bestseller had hij tegen vrienden geroepen dat hij een beter boek kon schrijven. En zo ontstond *Antidotum*. Deze debuutroman schreef hij tijdens zijn (summa cum laude) afstuderen: een vermakelijke thriller, waarvan de eerste druk inmiddels is uitverkocht. Op dit moment is hij werkzaam als anios MDL in Den Haag. Hij laat zich bovendien inhuren als spreker.

Dat Stef hands-on ervaring heeft in de zorg is duidelijk merkbaar. Het boek zit bomvol heerlijk herkenbare situaties voor de internist (i.o.). Zo waan ik me weer even arts-assistent als ik lees over verlaten gangen tijdens nachtdiensten en een piketkamer in een zusterflat. En wie heeft er geen brommende supervisor gehad, die je het liefst ontliet? Ook de obligate romances ontbreken niet en we dokteren mee als Alexander bij een instabiele patiënt op de SEH wordt geroepen. Door al deze gedetailleerde beschrijvingen komt het boek wel wat traag op gang en duurt het lang voordat het verhaal spannend wordt, al is dit niet erg hinderlijk omdat de gebeurtenissen (voor ons) wel vermakelijk zijn. Taalkundig is er wel wat op aan te merken en ook medisch-inhoudelijk trek je hier en daar je wenkbrauwen op, maar dat wordt makkelijk vergeven bij een boek in deze categorie. Ook voor niet-medici is het boek overigens goed te volgen, want de medische termen en gang van zaken worden goed toegelicht.

Kortom, *Antidotum* is een leuke, smeugige debuutroman, uitermate geschikt voor aan het zwembad of tijdens een regenachtige zondagmiddag. Een taalkundig of literair hoogstandje moet je niet verwachten, maar wel een vermakelijke *whodunnit*, zeker voor ons internisten. En wie weet... wellicht inspireert het collega's onder ons om ook zelf in de pen te klimmen. ■

Waardering:  (3/5)



Yvo Smulders



Haal je neus niet op voor 'de zaal'

In het zesde jaar van mijn opleiding was ik gedurende 4 maanden ingedeeld op de afdeling. Ik had er zin in, om dezelfde redenen als waarom ik het ook daadwerkelijk leuk bleek te vinden. In het eerste jaar van de opleiding is je overzicht maar matig en ben je vooral bezig met logistieke uitdagingen en geen fouten maken. Daardoor ontbreekt de rust om echt plezier te hebben van de geneeskunde die je bedrijft. Als ouderejaars is dit allemaal heel anders.

Van het enthousiasme waarmee ik zelf destijds 'zaal deed' bespeur ik niets meer. Tuurlijk, in het eerste jaar wordt niet geklaagd; iedereen is blij om in opleiding te zijn en is helemaal ingesteld op werken op de klinische afdeling. Maar al snel daarna, helemaal in de tweede helft van de opleiding, wordt 'zaalwerk' toenemend populair.

Vaak als ik zeg iets niet te snappen doe ik een beetje alsof, maar dit begrijp ik écht niet. 'Ik wil geen zaalslaaf meer zijn'. Huh? Je rol is toch totaal anders? Je bepaalt als ouderejaars grotendeels zelf het beleid. Je danst niet meer naar pijpen van supervisoren en consultants, maar bent een volwaardige partner. Voor het argument: 'Dan ben ik alleen maar logistiek aan het regelen', ben ik iets gevoeliger, maar ik geloof niet dat bijvoorbeeld de polikliniek zoveel anders is en consultants zie ik ook continue regelen. Zeker, we kunnen hierin beter ondersteund worden, maar regelen is en blijft overal en altijd een deel van ons werk (is dus ook niet 'oneigenlijk'). 'Als ik terugga naar zaal dan wil ik superviseren.' Ik denk dat hier een kernprobleem zit: teruggaan naar waar je begon voelt als een degradatie. Ik ben het er oprecht niet mee eens. In de andere gedaante die je hebt, vervul je ook je rol op heel andere wijze. De kernvraag is niet of je al eerder op die plek bent geweest, maar of het leerzaam is. Ja, supervisie moet je leren en ook dat zal komen. Bijvoorbeeld in het laatste half jaar, en dan graag niet alleen op zaal, maar ook op de poli, SEH, consulten, etc.

Bekijk het nou eens anders. Je bent waar de ziekste mensen zijn, je sleept ze door hun moeilijkste periode. Het contact met patiënten en hun familie is minder vluchtig en veel intensiever dan op de poli. Veel meer dan elders in het ziekenhuis werk je continue in een hecht teamverband met collega's en verpleegkundigen. En, niet onbelangrijk, als je wat vergeten bent, dan loop je gewoon nog even terug. En dat alles doe je met veel meer zelfstandigheid en rust dan jaren geleden. Hoe fijn is het ergens met een pols van rond de 70 te werken waar die eerst nauwelijks onder de 100 kwam?

Heus, dit is geen opmaat om nog een standaardjaar 'zaal' in de laatste 2 jaar te introduceren, maar ik geloof werkelijk dat aios zichzelf tekort doet door hun neus op te halen voor dit werk.