

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 9
DECEMBER 2018

Magazine voor de internist



Elsken van der Wall

“Goed management vraagt betrokkenheid en enthousiasme”

Sectie meervoudige differentiatie

De sectie Meervoudige Differentiatie is een nieuwe sectie binnen de NIV

Concentratie van zorg op één locatie

De omslag van discipline-gecentreerd naar thematisch werken

De internist en de oudere patiënt

Geef de internist de regie in de behandeling van de oudere multimorbide patiënt

CMyLife

Digitaal platform voor de CML-patiënt



INTERVIEW 6

Goed management vereist goede communicatie en een goed team om je heen. Voor jezelf betekent het vaak keuzes maken in het werk. Internist-oncoloog prof. Elsken van der Wall van het UMC Utrecht heeft het allemaal zelf ervaren. Ze zet haar jarenlange ervaring als opleider, arts en onderzoeker nu in bij haar managementtaken



Sectie meervoudige differentiatie 12
De sectie Meervoudige Differentiatie is een nieuwe sectie binnen de NIV



Concentratie van zorg op één locatie 22
Bestuurder Renee Barge maakt zich hard voor de omslag van discipline-gecentreerd naar thematisch werken



Leefstijl als medicijn 30
Andrea Evers belicht de achtergronden van "leefstijl als medicijn"

CMyLife, digitaal platform voor de CML-patiënt 14

De internist en de oudere patiënt 16

De internist van de toekomst: alleskunner, die niet alles hoeft 18



Verbindende zorg: waarom moeilijk doen als het samen kan 24

RFA-techniek interessante behandeloptie 26



RUBRIEKEN

Opinie 10
Integrale bekostiging: geen Doos van Pandora

De medicus in de literatuur 28
Jan Jacob Slauerhoff, scheepsarts, dichter en wereldreiziger

De knuppel in het internistenhok 32
Oververhikt, de nieuwe systeemziekte

Cartoon 33

Reactie op knuppel 33

Column Yvo Smulders 34
Berichten van de andere kant



Dr. C. J. Roosprijs 2019

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

Prijzen

Ook in 2019 zal de prijs worden uitgereikt tijdens de Internistendagen in Maastricht. De auteurs van de drie beste proefschriften krijgen dan de gelegenheid krijgen hun werk te presenteren tijdens de speciaal hieraan gewijde sessie Topproefschriften. De hoofdprijs bedraagt € 2000, voor de op de tweede en derde plaats eindigende laureaten heeft de Stichting een bedrag van € 500 ter beschikking gesteld. De drie laureaten ontvangen tevens een gekalligrafeerde oorkonde.

Voorwaarden

Om in aanmerking te komen voor de prijs moet het proefschrift een klinisch, patiëntgebonden onderzoek zijn dat het inzicht in de pathogenese, diagnostiek en/of de behandeling van ziektes vergroot. Daarbij kan cellulair, moleculair, genetisch, zuiver epidemiologisch of ander basaal wetenschappelijk onderzoek additioneel zijn, maar dit vormt niet de hoofdzaak. Niet in aanmerking komen proefschriften waarvan de aard en opzet van het onderzoek is bepaald door de farmaceutische industrie.

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

- Een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen in 2018, of begin 2019.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Aanmelden

Aanmelden gaat als volgt:

- Stuur een digitale versie van het proefschrift aan info@congresscompany.com onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2019.
- Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift aan de juryvoorzitter: dr. J. C. Roos, J. W. Brouwersstraat 22, 1071 LK Amsterdam.
- Zend bij zowel de digitale versie als bij het gedrukte exemplaar een curriculum vitae mee als bijlage. Voeg een korte motivatie toe waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen en een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden: prof. dr. H.A.H. Kaasjager, prof. dr. M.M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. J.C. Roos, voorzitter, prof. dr. J.W.A. Smit, aangevuld met de voorzitter van de NIV dr. E.J. de Kruijf, de voorzitter van de commissie Internistendagen dr. P. M. Stassen en de eersteprisenwinnaar van 2018, dr. D.J. Stenvers.

**De uiterste inzendingsdatum is
1 februari 2019**

NIV

Win jij de JNIV innovatieprijs 2019?

Op 7 februari 2019 wordt de JNIV opleidingsprijs uitgereikt voor het beste lokale initiatief ter stimulering en verbetering van de kwaliteit en duurzaamheid van de opleiding tot internist. Ideeën insturen kan nog tot 5 januari 2019. Dus heb je al een tijdje een idee, maar komt het er maar niet van er iets mee te doen, dan is dit het moment om actie te ondernemen!

De opleiding tot internist verbeteren kan op verschillende manieren. Behalve de introductie van het nieuwe opleidingsplan in 2019 blijken juist lokale initiatieven vaak een groot succes. Denk bijvoorbeeld aan het opzetten van een lokale onderwijsstage, projecten van internisten in opleiding met huisartsen in opleiding ter verbetering van de anderhalvelijnszorg of het koppelen van aios aan een coach tijdens de opleiding. Daarom wil de JNIV **lokale initiatieven** aanmoedigen om de opleiding te verbeteren.

We zijn op zoek naar:

- **praktische, innovatieve en originele ideeën** om de **kwaliteit en duurzaamheid van de opleiding** tot internist te verbeteren;
- de ideeën zullen worden beoordeeld op praktische **haalbaarheid, originaliteit** en de mate waarin het de **opleiding** tot internist kan verbeteren;

- de prijs is een aanmoediging om het plan verder uit te werken, zodat de winnaar volgend jaar op de LOIG de eerste **uitkomsten** kan presenteren.

Uit de inzendingen stelt de jury een top drie samen. De drie genomineerden mogen hun plan presenteren tijdens de Landelijke Opleidingsdag Interne geneeskunde (LOIG) 2019. Met een korte pitch mogen zij proberen de zaal te overrompelen met het beste idee om de opleiding te verbeteren.

De winnaar wint de JNIV opleidingsprijs van 1000 euro! Vervolgens werkt zij of hij met het prijzengeld het idee verder uit. De uitwerking daarvan presenteert hij of zij vervolgens op de LOIG van 2020. Het in te sturen idee of concept hoeft dus nog niet uitgewerkt te zijn: het prijzengeld kan een verdere aanmoediging zijn om het plan verder uit te werken in de praktijk.

Meedoen?

Nominaties kunnen worden ingestuurd op maximaal 1 A4-tje door aios (of opleider).

**Mail je idee vóór 5 januari 2019 naar
knape@internisten.nl.**



Leefstijl

Ik heb altijd veel bewondering voor de collega's die met engelengeduld die obese, rokende patiënt met diabetes nog eens uitleggen wat nou echt gezond leven is. Misschien kent u die Gouden Gidsreclame nog waarin een garnalenpelster gezeten achter een enorme berg te pellen garnalen een volgeladen vloot over zee ziet aankomen. Dat gevoel bekruipt mij altijd als ik de cijfers zie over de "obesitas-tsunami" en de "dubbele vergrijzing".

In dit nummer van het magazine worden u gelukkig door hoogleraar gezondheidspsychologie Andrea Evers enkele handvatten geboden hoe hier mee om te gaan. Leefstijl als medicijn en preventie in bredere zin zijn een belangrijk onderdeel van de strategische visie van de NIV. Als internist zijn wij bij uitstek geschikt om ook te voorkomen dat onze patiënten ziek(er) worden. De NIV heeft dan ook van harte het manifest Leefstijlgeneeskunde ondertekend. Daarnaast is het goed dat er nu op landelijk niveau een Preventie-akkoord gesloten is, waarbij overheid en producenten overgewicht en roken aanpakken.

Er zijn meer artikelen in dit Magazine die mooi aansluiten op onze visie.

In het dubbelinterview met Harald Verhaar en Simon Mooijaart over de internist en de oudere patiënt wordt duidelijk hoe belangrijk kennis over de specifieke gezondheidsproblematiek van ouderen is voor elke internist. Hier sluit de longitudinale leerlijn ouderengeneeskunde in het vernieuwde opleidingsplan interne geneeskunde ook goed op aan. Dit plan zal in het nieuwe jaar geïntroduceerd worden en is een gezamenlijke inspanning geweest van velen. Dank is hier op zijn plaats aan Jacqueline de Graaf, die als voorzitter van het Concilium ontelbare uren in dit plan gestoken heeft. Aangezien zij vanaf januari een nieuwe functie in het Radboud UMC heeft en hoofdopleider af is, nemen wij helaas afscheid van haar in het NIV-bestuur.

Een van haar geesteskinderen, de meervoudige differentiatie, krijgt ook in dit magazine aandacht. In lijn met de strategische visie (daar is 'ie weer) zijn deze internisten breed inzetbaar in de dagelijkse praktijk. Denk daar eens aan bij de volgende vacature in uw vakgroep.

Tot slot een goed voorbeeld van de internist die zorg levert buiten de muren van het ziekenhuis. In een artikel over "verbindende zorg" met als motto "waarom moeilijk doen als het samen kan", laten internisten en huisartsen uit de regio Alkmaar zien hoe succesvol de inbreng van de internist in de eerstelijns kan zijn. Een voorbeeld dat navolging verdient. Ik wens u allen namens het NIV-bestuur een goed en vooral gezond 2019 toe.

Evert-Jan de Kruijf

Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
9e jaargang, nummer 4, december 2018

Redactie

Hans Ablij, Caroline Canté, Gysèle Bleumink (hoofdredacteur),
Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Bas Oude Elberink,
Harriët Teijen, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2018

Website NIV: www.internisten.nl



“Goed management vraagt betrokkenheid en enthousiasme”

Goed management vereist goede communicatie en een goed team om je heen. En voor jezelf betekent het vaak keuzes maken in het werk. Internist-oncoloog prof. Elsken van der Wall van het UMC Utrecht heeft het allemaal zelf ervaren. Ze zet haar jarenlange ervaring als opleider, arts en onderzoeker nu in bij haar managementtaken. “De rode draad bij management? Mensen enthousiast maken om samen iets voor elkaar te krijgen.”

Elsken van der Wall maakte in 2003 de overstap van het VUmc naar het UMCU, waar zij opleider interne geneeskunde werd. Het vereist goed management om te zorgen dat de opleiding goed loopt en om te voldoen aan de gestelde eisen. “Als opleider moet je mensen motiveren om mee te doen en met elkaar een mooi opleidingsplan te maken”, vertelt Van der Wall. “Maar dat geldt ook voor bijvoorbeeld nieuw researchbeleid of de ontwikkeling van een nieuw centrum. Management is vooral enthousiasmeren tot samenwerking. Voor de opleiding had ik een

heel goed en fijn team, mensen met wie ik nog steeds contacten heb.”

In 2007 werd haar gevraagd om voorzitter te worden voor het UMCU-brede strategisch onderzoeksprogramma Cancer. Van der Wall deed dat omdat ze daarmee weer inhoudelijk met het vak bezig kon zijn. “Ik kon mijn oncologische kennis gebruiken om vorm te geven aan het researchprogramma. Ook dat vereiste managementvaardigheden. Want de insteek van het programma is dat alle onderzoekers met elkaar samenwerken, ervaringen delen, samen aanvragen doen voor studies en ook met externe en internationale partners samenwerken. Ook daarin had ik het geluk dat ik een goed team had.”

Altijd klaarstaan

Wat is eigenlijk management? Dat is moeilijk te omschrijven. Management is niet te kaderen of te plannen. “Je kunt niet kiezen om het alleen maandag, dinsdag en woensdag te doen. Want er kan altijd plotseling iets gebeuren, bijvoorbeeld een medewerker die hulp nodig heeft of ontwikkelingen die snel reactie

vragen. Ik vind dat leidinggevendenden altijd klaar moeten staan voor hun medewerkers, of in ieder geval toegankelijk moeten zijn.”

Bovendien heeft management verschillende lagen: van zaken die op een afdeling of ziekenhuisbreed spelen tot aan regionale en landelijke onderwerpen. Hoe ver gaan we met e-health? Welke zorg kan bij de patiënt thuis gegeven worden? Hoe ver mengen we ons in landelijke debatten over zorg of vergoedingen? Dat vraagt verschillende competenties van managers. Van der Wall: “In het UMCU zijn enkele jaren geleden cursussen opgezet voor leidinggevendenden op allerlei lagen, van teamleiders tot bestuurders. Er vinden onder andere feedbackgesprekken plaats over het functioneren en er wordt coaching en mentorschap aangeboden. Het is belangrijk om mensen ondersteuning te bieden, op verschillende niveaus en in de hele organisatie.”

Als knelpunt in het geheel noemt Van der Wall wel de tijdsdruk in de zorg: er wordt veel beroep gedaan op mensen om bijdragen te leveren aan allerlei ontwikkelingen. Vaak moet

“Ik merkte soms dat ik **aan mijn fysieke grenzen kwam**”

dat in extra uren, naast de normale drukke werkzaamheden. “Het vereist veel inzet en denkkracht van mensen om bijvoorbeeld het onderzoeksprogramma voor kanker neer te zetten. Het is dan de uitdaging om iedereen zo te enthousiasmeren dat zij het kunnen en er tijd voor willen vrijmaken.”

Kritische vragen

Een leidinggevende staat nooit op zichzelf, maar werkt altijd in een team. De leidinggevende is weliswaar eindverantwoordelijk, maar werkt met het hele team aan het vormgeven van ideeën. Daarom moeten mensen in een managementfunctie anderen vragen om mee te denken en feedback te geven, en daarbij niemand vergeten. “Een kenmerk van een goed team is dat mensen niet alleen enthousiast en positief zijn, maar ook kritische vragen durven te stellen: ‘Waarom wil je dit eigenlijk, kunnen we het ook anders doen, ik vind het geen goed idee, kunnen we niet terug naar de tekentafel?’ Zo’n kritische massa is nodig. Het is belangrijk om een sfeer te creëren waarin je elkaar kunt aanspreken op wat je doet. Ik heb daar veel aan gehad, want ik heb ook wel eens mijn neus gestoten omdat ik veel te hard van stapel liep. Ik dacht altijd dat mensen wel begrepen waar ik naar toe wilde. Maar je moet zorgen dat dat inderdaad zo is, door je ideeën goed uit te leggen en na te vragen of iedereen het heeft begrepen. En er voor openstaan als iemand een andere kant op wil.”

Valkuil

Goede communicatie is dus cruciaal in het management. Dat is een van de belangrijkste lessen die Van der Wall in de loop der jaren heeft geleerd. Het is van groot belang om goede uitleg te geven. Dat klinkt als een open deur, maar dat is het niet: “Ik had zelf het gevoel dat ik veel communiceerde en uitlegde, maar ik hoorde vaak dat

mensen een gebrek aan informatievoorziening ervaarden. Kennelijk was er behoefte aan nog meer uitleg over het hoe en waarom van wat je wilt gaan doen. Ik ben er misschien te veel van uitgegaan dat mensen de informatie wel aan elkaar zouden doorvertellen. Dat is een valkuil, heb ik gemerkt. Vaak wordt een bepaalde groep mensen geïnformeerd, met de gedachte dat zij hun achterban wel zullen informeren. Maar dat gebeurt niet vanzelfsprekend. Het moet dus nadrukkelijk worden gevraagd om de informatie door te geven. Anders blijft een groep betrokkenen verstoken van informatie.”

En veranderingen gaan iedereen aan. Voor Van der Wall draagt iedereen in het ziekenhuis bij aan de zorg: van zorgprofessionals tot secretaresses, laboranten en schoonmakers. “Bij veranderingen moet je je constant bewust zijn van wat het voor al die mensen betekent. Want iedereen vraagt zich dan af: hoe verandert mijn werk, hoe vind ik daar mijn plek in?”

Profijt van samenwerking

In 2011 ontstond het idee voor intensieve samenwerking tussen

het UMCU en het Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis. Dat moest zorgen voor een zelfstandig gespecialiseerd kankerziekenhuis, met de bestaande locatie in Amsterdam en een nieuwe locatie in Utrecht. Daar was een UMC Utrecht Cancer Center voor nodig, waarin de zorg voor alle kankerpatiënten zou worden ondergebracht om de samenwerking te vergemakkelijken. “Op bestuurlijk niveau is het helaas niet doorgegaan, maar er is wel mooie samenwerking uit voortgekomen”, laat Van der Wall weten. “En daar gaat het feitelijk om. Wij als professionals hebben nog steeds profijt van die inhoudelijke samenwerking. En ook de patiënten, wat natuurlijk het belangrijkste is. Ik ben zelf als medisch manager verbonden geweest aan dat Cancer Center. Ik was eindverantwoordelijk in een team van vier mensen. Dat heb ik tot begin dit jaar gedaan, en in die tijd zijn mooie samenwerkingen tot stand gekomen.” Een voorbeeld van samenwerking tussen de twee centra is het gezamenlijk neuro-endocriene tumoren (NET) centrum, dat in 2015 het keurmerk Center of Excellence ontving van de Europese Neuro-Endocriene vereniging (ENETS).

Het management moet in zulke fusieprocessen medewerkers en professionals enthousiast maken en zoeken naar punten waar de par-

“Ik vind dat leidinggevenden **altijd klaar moeten staan voor hun medewerkers**”

ONRUSTIGE TIJDEN

Sinds begin van dit jaar is Elsken van der Wall weer voorzitter van het strategisch onderzoeksprogramma Cancer. Haar managementtaken richten zich nu op het vormgeven van het onderzoeksprogramma. Daarin helpt het dat zij zelf onderzoek doet, ook met internationale partners. “In de zorg zijn het onrustige tijden door personeelsgebrek, veranderingen in zorgaanbod, kosten enzovoort. Maar ook in het onderzoek spelen bezuinigingen waardoor onderzoekers het moeilijk hebben. Ook hier speelt de vraag: hoe houd je professionals enthousiast?” Wederom heeft zij veel steun van een goed team, dat ook kritische vragen durft te stellen. “Ik heb nu zelf weer meer tijd om onderzoek te doen en promovendi te begeleiden. Het is heerlijk om bezig te zijn met de volgende generatie en hen enthousiast te maken voor ons mooie vak.”



CURRICULUM VITAE

Naam: Elsken van der Wall

Leeftijd: 58 jaar

Opleidingen:

- 1986 Artsexamen (cum laude), Universiteit Utrecht
- 1986-1992 Specialisatie interne geneeskunde, Universiteit Utrecht
- 1992-1995 Aanvullende specialisatie medische oncologie, NKI/AvL

Promotie: 1995, Universiteit Utrecht

Proefschrift: High-dose chemotherapy in solid tumors

Loopbaan:

- 1995-2003: Stafid afdeling medische oncologie VUmc
- 1999-heden: Associate Professor Johns Hopkins Medical Institutions Baltimore, USA
- 2003-heden: Hoogleraar interne geneeskunde Universiteit Utrecht
- 2005-heden: Universiteitshoogleraar Universiteit Utrecht
- 2003-2007: Opleider interne geneeskunde regio Utrecht
- 2007-2013: Voorzitter strategisch onderzoeksprogramma Cancer, UMC Utrecht
- 2013-2018: Voorzitter UMC Utrecht Cancer Center

Huidige functie: Voorzitter strategisch onderzoeksprogramma Cancer, UMC Utrecht

tijen elkaar kunnen aanvullen. “Met altijd als belangrijkste vraag: wordt de patiënt er beter van als we onze krachten bundelen?”, vult Van der Wall aan. “De beoogde fusie heeft heel veel gevraagd van professionals, zowel aan bed als in de ondersteunende zorg. Ik heb enorme bewondering voor hen. Iedereen dacht mee over de vormgeving van het centrum. Alles in extra tijd en onder grote druk. Maar als mensen mogen meedenken over iets nieuws en ook het gevoel hebben dat zij worden gehoord, is men tot veel bereid.”

Niet altijd makkelijk

Ook voor haarzelf geldt dat zij veel werk in ‘extra tijd’ doet. Zij combineert managementtaken met onderzoek en poliklinisch werk. Hoe is dat voor haar? “Bij tijden moeilijk”, erkent zij. “Met name in zo’n periode als de oprichting van het Cancer Center merkte ik dat ik aan mijn fysieke grenzen kwam. Terwijl ik vind dat een leidinggevende moet uitstralen dat het goed gaat, ook om mensen mee te krijgen. Ik kan niet laten merken dat het mij veel kost. Want veel werken hoort bij mijn functie, en ik vraag ook veel van anderen. Maar het is niet altijd makkelijk. Daarnaast wilde ik inhoudelijk betrokken blijven bij mijn patiëntenzorg en bij mijn onderzoek.”

Door haar werk als manager werd het belangrijk om keuzes te maken. Van der Wall doet nu vooral poliklinisch werk, met veel tweedemening-gesprekken. Haar onderzoek heeft een periode op een lager pitje gestaan. “Het wringt wel als je een goede manager wil zijn en daarnaast ook patiëntenzorg en onderzoek wilt doen. Er zijn denk ik weinig mensen die, zonder keuzes te maken, dat allemaal naast elkaar kunnen doen”. De ervaring in de zorg en het onderzoek heeft haar wel geholpen in haar managementtaken. “Bij bijvoorbeeld de vorming van het Cancer Center helpt het dat ik na zoveel jaren weet wat patiëntenzorg is, waar je tegenaan loopt in de organisatie van de zorg, en wat de ontwikkelingen zijn met behandelingen. Dat is een belangrijke basis om met zorgprofessionals in gesprek te gaan.” ■



Integrale bekostiging: geen Doos van Pandora

Een permanent verblijf op de vluchtheuvel

Met de invoering van de integrale bekostiging in 2015 waren er bij meerdere partijen zorgen. Men was bang voor de mogelijke vorming van machtsblokken van Medisch Specialistische bedrijven (MSB's) binnen de ziekenhuisorganisaties. Recent is de derde *NZa Monitor Integrale bekostiging medisch-specialistische zorg 2018* gepubliceerd. We zijn nu bijna vier jaar verder en de balans kan worden opgemaakt. Goed nieuws.

Toenmalig minister Edith Schippers zag het MSB als vluchtheuvel, een tussenstop op weg naar een participatiemodel of loondienstmodel. De term vluchtheuvel geeft een lading aan met een pessimistische connotatie, want blijkbaar was het beoogde – lees: gewenste – effect van de integrale bekostiging om de medisch specialist te dwingen te kiezen: óf participeren/investeren in het ziekenhuis en mede-eigenaar worden, óf in loondienst gaan. Voor

het tweede model lag voor elke vrijgevestigde die in loondienst wilde gaan €100.000 klaar aan subsidie om hem of haar over de streep te trekken. Het overgrote deel van de vrijgevestigden koos echter voor behoud van de eigen autonomie. Daarbij werd vooral gekozen voor een coöperatie, een MSB dus.

Het machtsblok

Het feit dat bij verschillende partijen zorgen waren over het potentiële machtsblok dat MSB's zouden kunnen vormen, zegt iets over het imago van de medisch specialist dat bij de verschillende stakeholders blijkbaar leefde: de medisch specialist die uit is op macht. In wezen

gaat het hier om een vooroordeel over de intenties van de positie van de medisch specialist binnen de ziekenhuisorganisatie. MSB's als machtsfactor tegenover de raden van bestuur, ik kon me er van meet af aan niets bij voorstellen. We wilden toch hetzelfde, namelijk goed voor onze patiënten zorgen? Streven naar gelijkgerichtheid is een morele plicht van elk bestuur in het ziekenhuis, of dat nu de raad van bestuur, de VMS, de VMSD of het MSB is. Natuurlijk, de medische staf kan een machtsfactor zijn binnen het ziekenhuis, daar is geen twijfel over. Een ziekenhuis is nu eenmaal geen koekjesfabriek. De verhoudingen in het ziekenhuis zijn een stuk complexer dan

“De vrijgevestigde als graaier? (...) Het is allemaal niet uitgekomen”

“Dat MSB’s streven naar behoud van inkomen is wat mij betreft een prima drijfveer”

in menige onderneming en van hiërarchie tussen de raden van bestuur en het vrijgevestigd MSB-lid is geen sprake. Maar de vraag is of medici hun positie zouden misbruiken in het beleid dat in de ziekenhuizen wordt gemaakt, in financiële en strategische dossiers. Overduidelijk niet. Dat was ook helemaal niet te verwachten. En waarom niet? Omdat het eenvoudigweg niet in ons zit. De medisch specialist genereert de omzet en is de motor van het ziekenhuis. Parallel aan deze omzet worden de kosten voor ondersteunend personeel en infrastructuur gemaakt. De dokter wil de patiënt behandelen en het ziekenhuis faciliteert dit, duidelijker kan het niet. Het is de plicht van de besturen – en óók van de vakgroepen en de individuele medisch specialisten – om te streven naar de meest doelmatige randvoorwaarden om de kwalitatief hoogst haalbare patiëntenzorg te leveren. Dat betekent dat dokters mee moeten denken en hun verantwoordelijkheid moeten nemen om zo efficiënt mogelijk met de middelen om te gaan. Willen ze dat ook? Zeker. Dat wil niet zeggen dat de ideeën over doelmatige zorg altijd parallel lopen. Maar daar waar het niet schuurt, zal het nooit glad worden.

Het honorarium

Een andere zorg was dat de integrale bekostiging zou kunnen leiden tot een onverwachte stijging van omzetten van ziekenhuizen, maar vooral tot een onevenredige stijging van het honorarium van de vrijgevestigde. De Monitor concludeert dat daar geen sprake van is. De gegevens zijn overigens wel lastig te controleren en te vergelijken, maar van een significante stijging is zeker geen sprake. Waren deze zorgen terecht? De vrijgevestigde als graaier? MSB-besturen die hun monopolie-

positie als grootleverancier van de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis zouden gebruiken om het onderste uit de kan te halen, en mogelijk nog meer dan dat? Het is allemaal niet uitgekomen. Vrijwel zonder uitzondering hebben MSB's en ziekenhuizen afspraken gemaakt die kortweg op het volgende neerkomen: MSB en ziekenhuis mogen niet beter of slechter worden van de integrale bekostiging, althans, niet voor de eerste jaren. Er is dus gestreefd naar een financiële status quo en dat blijkt een goede strategie te zijn geweest. Deze afspraak is natuurlijk niet toekomstbestendig, maar dat lijkt me niet meer dan logisch en zelfs noodzakelijk. De zorg binnen de ziekenhuisorganisaties zal de komende jaren sterk veranderen. Denk aan de juiste zorg op de juiste plek, meer electieve zorg buiten het ziekenhuis, ZBC's, afbuiging van groei en zelfs krimp van het ziekenhuis, en ga zo maar door. Dan kom je er met in marmer gebeitelde afspraken van een status quo niet meer uit. Dat MSB's streven naar behoud van inkomen is wat mij betreft een prima drijfveer en daar hoeven we ons niet voor te schamen. In elke laag van de maatschappij is er een streven naar behoud van alles wat ons dierbaar is, dus ook ons inkomen.

Het participatiemodel

De medisch specialist die investeert in het ziekenhuis en mede-eigenaar wordt, je moet het maar durven. De medisch specialist als ondernemer dus, investeren in een organisatie die aan handen en voeten gebonden is door andere stakeholders, waarbij rendementen historisch rond de 1% liggen en waar krimp de komende jaren op de loer ligt. Het is bijna durfkapitaal. Zelfs je geld in de huidige tijd op een spaarrekening zetten geeft minder risico. Laten we vooral

het volgende duidelijk stellen: op een enkele uitzondering na zijn medisch specialisten géén ondernemers. Het zit er gewoon niet in, punt. We zijn hoogopgeleide professionals met een ongebreidelde drijfveer en passie om voor onze patiënten te zorgen. Dáár moet dus vooral tijd en energie van de dokter in gestoken worden. Zeker, meedenken, meepraten en meebeslissen over de randvoorwaarden om binnen de instelling de zorg voor onze patiënten te optimaliseren, zijn ook kerntaken van de medicus. Maar dat laatste is beslist geen ondernemen *an sich*.

De aanbeveling in de Monitor laat niets aan onduidelijkheid over: overheid, maak geen beleid om de vrijgevestigde in een participatiemodel te dwingen en geef vooral ruimte en tijd om de huidige modellen verder te ontwikkelen. De ingeslagen weg blijkt de juiste en niemand is gebaat bij een nieuw kruispunt dat, of je nou linksom of rechtsom gaat, zal leiden tot enorme tijdsinvesteringen en onrust die alleen maar verliezers kent. En niet in de laatste plaats de patiënt. Het wordt hoog tijd voor een langer en duidelijker perspectief.

De laatste Monitor?

De laatste aanbeveling in de Monitor is wel de meest opvallende. Het samenstellen van de jaarlijkse Monitor doet een groot beroep op tijd en personeel van het NZa. Data-analyses, het samenstellen van vragenlijsten, het houden van interviews met alle stakeholders, het verwerken van alle gegevens en uiteindelijk het samenstellen van het rapport. Het waren majeure en noodzakelijke inspanningen van de kant van het NZa om het kabinet en de tweede kamer van de juiste informatie te voorzien sinds de integrale bekostiging. Nu de rampscenario's zijn uitgebleven en de zaken zich in goede zin ontwikkelen, concludeert het NZa dat een jaarlijkse Monitor overbodig is geworden. Zij adviseert om alleen bij knelpunten ad hoc onderzoek te doen. Mijn collega's kennende en wetende hoe zij in het leven en hun vak staan, ben ik niet verbaasd dat het zo is gelopen. De vlag mag best een beetje uit. ■

Sectie meervoudige differentiatie van start

De Sectie Meervoudige Differentiatie is een nieuwe sectie binnen de NIV. Aios kunnen in de laatste 2 jaar van hun internistenopleiding twee stages van 12 maanden of drie stages van 8 maanden doen om meervoudig gedifferentieerd internist te worden. Daar is steeds meer vraag naar, vertellen dr. Paul Krediet (Opleider Meervoudige Differentiatie, Amsterdam UMC locatie AMC) en Pascal Franssen (meervoudig gedifferentieerd internist, Beatrixziekenhuis Gorinchem).

Meervoudige Differentiatie is een opleidingsvorm die zo'n 10 jaar geleden mogelijk is geworden. "De afgelopen jaren zijn al zo'n 15 internisten op deze manier opgeleid", vertelt Krediet. "Dit is begonnen in Nijmegen en heeft zich verspreid naar een aantal andere centra. Tot nu toe was er geen aanleiding om dit verder te formaliseren, maar steeds meer ziekenhuizen vragen om meervoudig gedifferentieerde internisten. Ook het aantal aios in de meervoudige differentiatie neemt toe. Daarom heeft het NIV-bestuur besloten om een register in te stellen van meervoudig gedifferentieerd internisten, en om verdere kwaliteitseisen te ontwikkelen voor de opleiding en de herregistratie."

Meer dan som der delen

De afgelopen tijd heeft de sectie criteria opgesteld waar de opleiding en de herregistratie minimaal aan moeten voldoen. De komende tijd worden deze beoordeeld door het Concilium en zal de meervoudige differentiatie verder vorm krijgen.

"De kwaliteitseisen zijn zowel stage-specifiek als stage-overstijgend", zegt Krediet. "Meervoudige differentiatie is niet alleen maar een opsomming van verschillende stages; het totaal is meer dan de som der delen. De rode lijn in de meervoudige differentiatie zal per differentiatiepakket verschillen, maar chronische zorg voor patiënten met complexe comorbiditeit zit er altijd bij."

Pascal Franssen was een van de eersten die zo is opgeleid in Nijmegen. Haar differentiatiepakket omvat vasculaire geneeskunde, endocrinologie/diabeteszorg en nefrologie. Inmiddels is ze ruim zes jaar internist. Zij ziet dat er steeds meer eisen en kwaliteitscriteria worden gesteld aan specialistische zorg. "Kleine en middelgrote ziekenhuizen kunnen hier, vanwege de beperkte grootte van vakgroepen, niet altijd met alleen enkelvoudig gedifferentieerde internisten aan voldoen. Als een internist geregistreerd kan worden met meervoudige differentiatie, is het voor vakgroepen en ziekenhuizen eenvoudiger om aan de kwaliteitscriteria te voldoen."

Krediet vult aan: "Hoogspecialistische zorg verschuift steeds meer naar topreferente en academische ziekenhuizen, met kortdurende en intensieve behandeltrajecten. Daar moet een sterke interne geneeskunde in de middelgrote en kleine ziekenhuizen tegenover blijven staan, die pal staat voor chronische zorg voor complexe patiënten. Ik zou bijvoorbeeld zelf niet in een klein ziekenhuis zonder dialyse kunnen werken, want dan raak ik mijn registratie als nefroloog kwijt. Dat bete-

kent dus een enorme uitdaging om de diagnostiek en chronische zorg rond nierziekten in zo'n ziekenhuis toch te blijven waarborgen."

Franssen heeft in haar ziekenhuis lang de nefrologische zorg alleen gedaan, zonder nefroloog. Zij had daarbij wel de grotere ziekenhuizen in de regio nodig. "Dus het leggen en onderhouden van goede connecties is essentieel. Daarom is dat onderdeel van het werk."

Regiefunctie

De keuze van Franssen voor meervoudige differentiatie is ontstaan in de academie. Zij zag dat patiënten met meerdere interne chronische aandoeningen langdurig bij verschillende internisten onder behandeling waren. "Deze kwetsbare patiëntengroep heeft behoefte aan een specialist die de multiproblematiek overziet en een regiefunctie voor de patiënt vervult. Daarom vind ik een meervoudig profiel zeer waardevol. Overigens heb ik bij mijn keuze wel enige weerstand ervaren. Ik begrijp dat wel, want het was toen iets nieuws."

Krediet herkent die 'koudwatervrees' bij sommige collega's met een enkelvoudige differentiatie: "Men is soms bang dat de meervoudig differentianten hun werk zullen ontnemen. Daarom is een goede opleidings- en functiebeschrijving van groot belang om de onderlinge taakverdeling duidelijk te houden. Zo is voor de infectiologie vastgelegd dat de meervoudig differentiant de algemene infectieziekten en de organisatorische aspecten van het antibiotica-team beheerst. Maar de behandeling



Pascal Franssen en Paul Krediet

“Dit zijn aios die goed hebben nagedacht over wat ze willen”

van hepatitis of HIV is zorg die geen deel uitmaakt van de meervoudige differentiatie. Voor de infectiologie is dit dus geen bedreiging, maar juist een aanvulling. Het kan de impact van infectiologische innovaties in Nederland vergroten.”

Als ander voorbeeld noemt Krediet de acute geneeskunde. De meervoudig gedifferentieerde internisten met acute geneeskunde richten zich primair op de opvang van acute patiënten en toxicologie, maar de organisatorische en bestuurlijke aspecten van de acute zorgketen vallen buiten het takenpakket.

Behoefte en motivatie

Aios die een meervoudige differentiatie willen, kunnen bij hun opleider aangeven welke differentiaties zij willen volgen. De differentiatiemogelijkheden zijn afhankelijk van het stageaanbod in de enkelvoudige differentiaties. Krediet: “Ik merk dat

alle vakgroepen heel bereidwillig zijn om hun bijdrage te leveren aan de meervoudige differentiatie. Ze leveren kwalitatief hoogwaardige stages, op hun taak toegesneden en met een goede mix van academische en perifere stageonderdelen. En ik zie ook een bovengemiddeld grote motivatie bij de aios. Dit zijn aios die goed hebben nagedacht over wat ze willen.” Krediet denkt dat meervoudige differentiatie in de eerste plaats geschikt is voor aios die als internist in de periferie willen gaan werken. Maar het is zeer waarschijnlijk dat er ook in academische ziekenhuizen vraag naar komt. “Zo doe ik als nefroloog ook werkzaamheden binnen de acute geneeskunde. Zodra de retrograde registratie opengaat, zal ik een aanvraag indienen voor de meervoudige differentiatie acute geneeskunde. Ik ben benieuwd of andere enkelvoudig gedifferentieerde collega's dat ook zullen doen.”

Meervoudige differentiatie vergroot volgens Krediet en Franssen de aandacht voor het generalisme in de interne geneeskunde. Die aandacht leek naar de achtergrond verschoven, onder andere door concentratie van zorg en door superspecialisatie. “De meervoudige differentiatie geeft nieuw elan aan de algemene interne geneeskunde. De patiënt plukt daar de vruchten van: zorgzame dokters met een brede klinische ‘comfortzone’ die handelen volgens de kwaliteitsnormen van de NIV. En voor internisten zelf is dit gewoon leuk, afwisselend en interessant werk.” ■

De sectie Meervoudige Differentiatie is recent opgericht binnen de NIV en bestaat uit:
Paul Krediet, voorzitter, Amsterdam UMC/AMC
Evelien Bodar, Groene Hart Ziekenhuis
Pascal Franssen, Beatrixziekenhuis
Lianne de Kleijn, Radboud UMC
Françoise Klessens-Godfroy, Sint Franciscus Gasthuis
Nienke Verheijden, Van Weel-Bethesda Ziekenhuis
Gerald Vervoort, Radboud UMC
Caroline Canté, Amsterdam UMC/AMC

De sectie is bereikbaar via
differentiaties@internisten.nl

CMyLife

Digitaal platform voor de CML-patiënt

Chronische myeloïde leukemie (CML) is een zeldzame, maar ernstige chronische ziekte. De zorg is sterk versnipperd en daardoor niet optimaal, zowel in medisch opzicht als in de ervaring van de patiënt. Die wil meer regie en meer ziekenhuisloze zorg. Het digitale platform CMyLife voorziet hierin. Het wordt dan ook aanbevolen in de recent vernieuwde CML-richtlijn.

Chronische myeloïde leukemie (CML) is een zeldzame, maar ernstige ziekte, die elk jaar ongeveer 170 nieuwe patiënten treft in Nederland. Het merendeel daarvan, ongeveer 160 patiënten, bevindt zich in een chronische fase. Tot voor kort was dit een ziekte met een lagere levens-

verwachting, maar sinds de komst van de tyrosine-kinaseremmers kunnen patiënten in de chronische fase relatief eenvoudig – dat wil zeggen, in vergelijking met de stamceltransplantatie van vroeger – en goed behandeld worden. Zij moeten de remmers dagelijks en (vooralsnog) levenslang slikken en kunnen dan een normale levensverwachting bereiken. Wel moet het ziektebeloop ten minste vier keer per jaar gecontroleerd worden via moleculaire monitoring (BCR-ABL-waarde). Dit om tijdig de medicatie te kunnen aanpassen. Er kan bijvoorbeeld resistentie tegen een remmer zijn ontwikkeld, of patiënten ervaren te veel bijwerkingen en nemen de medicatie niet altijd in. Met de komst van de kinaseremmers blijft CML ook echt

levenslang chronisch. De prevalentie zal daarmee de komende jaren stijgen van 1700 patiënten in 2016 naar een geschatte 2700 in 2026.

Versnipperde, dure zorg

Het voorschrijven van de kinaseremmers kost gemiddeld 40.000 euro per patiënt per jaar. Het valt onder de exclusief medisch-specialistische zorg en uitgifte is voorbehouden aan de ziekenhuisapotheken. Diagnose en behandeling vindt plaats in meer dan 70 ziekenhuizen, waardoor kennis en kunde gefragmenteerd is. Niet alle hematologen zijn gespecialiseerd in CML. Hierdoor komen de meeste patiënten terecht bij specialisten die slechts enkele patiënten met CML behandelen. Bekend is dat kennis en juiste toepassing van de richt-



TEKST: KEES VERMEER • BEELD: 123RF

lijnen (richtlijnadherentie) groter is in centra waar meerdere patiënten worden behandeld. Nederlands onderzoek wijst ook in die richting: de controle van het ziektebeloop volgens een minimum standaard werd in 90% van de ziekenhuizen met een hoog volume gehaald, vergeleken met 67% in de intermediaire en 50% in de ziekenhuizen met een laag volume. In 44% van 61 ziekenhuizen worden jaarlijks maar 1 tot 2 nieuwe CML-patiënten gediagnosticeerd. Dit staat een geprotocolleerde behandeling in de weg. Zo rapporteert bijvoorbeeld 25% van de betrokken laboratoria de belangrijkste bloedwaarde, de BCR-ABL-waarde, niet op een gestandaardiseerde manier. Terwijl de Nederlandse richtlijn duidelijke behandeldoelen koppelt aan zulke gestandaardiseerde BCR-ABL-waardes. Het suboptimaal monitoren blijkt gerelateerd aan een lagere overleving.

Patiënt wil regie

In de zorg voor CML ervaren patiënten weinig autonomie. Hun prioriteit: meer regie over hun ziekteproces en zo veel mogelijk ziekenhuisloze zorg. Daarbij vinden ze deze zaken belangrijk:

- Meer inzicht in de behandelrichtlijn en mogelijkheden voor behandeling: hoe slaat mijn behandeling aan ten opzichte van de behandelrichtlijn, waar sta ik?
- Meer inzicht in de BCR-ABL-bloedwaarde en het beloop daarvan.
- Meer betrokken kunnen zijn bij het eigen zorgproces.
- Meer aandacht voor bijwerkingen en de invloed daarvan op het dagelijks leven.
- Weten hoe belangrijk goede inname van de medicatie is.
- Medicatie op kunnen halen en bloed kunnen laten prikken in de buurt of thuis, daarvoor niet naar het ziekenhuis hoeven komen.
- Consultatie van artsen op afstand, via videoverbinding.

“Suboptimaal monitoren blijkt gerelateerd aan een lagere overleving”

CMyLife

Het initiatief CMyLife is ontwikkeld samen met de patiëntenvereniging Hematon, RShape Radboudumc center voor innovatie en hematologen uit drie ziekenhuizen (Radboudumc, Albert Schweitzer en VUmc). Het is een digitaal platform dat de patiënt de regie geeft over zijn ziekte. Daarmee maakt het de transitie naar ziekenhuisloze zorg en zorg op maat mogelijk. Dit gebeurt door de patiënt goed te informeren over de ziekte en behandeling en door zorgmogelijkheden aan te bieden buiten het ziekenhuis. In eerste instantie via *blended care* – zorg waarin *e-health* is verweven met reguliere zorg – en in de toekomst 100% digitaal. Concreet bestaat CMyLife uit drie bouwstenen:

1. De website www.CMyLife.nl met informatie, de mogelijkheid om vragen te stellen en een forum voor contact met lotgenoten.
2. Digitale registratietools die de patiënt helpen meer inzicht en regie te krijgen in het eigen zorgproces. De registraties die de patiënt zelf doet worden opgeslagen in een Persoonlijke Gezondheidsomgeving (PGO). Deze data kan de patiënt delen met zijn zorgverlener of met onderzoekers. Daarnaast maakt CMyLife van deze data een overzichtelijke grafiek voor de patiënt met zijn BCR-ABL-waarden. Via een app kan de patiënt zien waar hij/zij staat ten opzichte van het behandeldoel in de richtlijn. Ook kan de patiënt bijwerkingen van medicatie en innamesucces bijhouden en delen met zijn zorgverlener. Dat gebeurt via een beveiligde verbinding met het medisch dossier van het ziekenhuis.
3. Zorgprocessen onafhankelijk van de ziekenhuismuren. Bijvoorbeeld

het videoconsult, thuis bloedprikken, medicatie thuisbezorgen en laagdrempelig contact met een verpleegkundig specialist, al dan niet met behulp van beveiligde digitale tools.

Implementatie en adaptatie

Op de landelijke Hematon-dag in 2016 ging het eerste prototype van het platform live voor patiënten, betrokkenen en zorgverleners. Op dit moment zijn er ruim 450 geregistreerde leden en zo'n 600 bezoekers op www.cmylife.nl en gebruiken meer dan 230 patiënten de medicatie-app. Ook beschikken 74 patiënten (voornamelijk van het Radboudumc) over hun eigen PGO. Dat moet hen in de toekomst in staat stellen ook met andere zorgverleners (bijvoorbeeld de huisarts) hun gegevens te delen, in een beveiligde omgeving.

De adaptatie door medisch-specialisten verloopt trager, maar inmiddels zijn 15 ziekenhuizen actief bezig CMyLife in hun organisatie te implementeren. Het gebruik van CMyLife wordt dan ook aanbevolen in de recent vernieuwde CML-richtlijn.

Evaluatie en actieonderzoek

De effectiviteit van het CMyLife-initiatief wordt nu onderzocht, dankzij subsidie van ZonMw. Gekeken wordt naar het effect van CMyLife op de informatiebehoefte, therapietrouw en kwaliteit van leven van de patiënt met CML. Daarnaast loopt een actieonderzoek naar verbetering en doorontwikkeling van CMyLife. Dit gebeurt in nauwe samenwerking met de gebruikers: patiënten en hun naasten, zorgprofessionals (zowel individueel als de beroepsgroep), verzekeraars, apothekers en laboratoriumspecialisten. Dit onderzoek zal ook resulteren in een adviesrapport voor invoering van andere e-healthinnovaties in het Nederlandse zorgsysteem. ■

“CMyLife wordt aanbevolen in de recent vernieuwde CML-richtlijn”

De internist en de oudere patiënt

Volgens haar *Strategische Visie 2018-2022* wil de NIV de internist de regie geven in de behandeling van de oudere multimorbide patiënt. De Kerngroep Ouderengeneeskunde gaat invulling geven aan deze doelstelling. In een dubbelinterview schetsen dr. Simon Mooijaart (internist-ouderengeneeskunde LUMC) en dr. Harald Verhaar (internist en geriatr UMCU) hoe de Kerngroep en de Sectie Ouderengeneeskunde denken deze doelstelling de komende jaren te realiseren.

Patiënten met multimorbiditeit vormen een sterk groeiende groep. Vaak, maar niet altijd, betreft het ouderen. Internisten willen meer geriatrie zorg voor deze patiënten gaan leveren, stelt Simon Mooijaart, voorzitter van de Kerngroep Ouderengeneeskunde. “Ons Jaarplan 2018-2019 gaat over de vraag hoe we onderwijs, opleiding, richtlijnen en wetenschappelijk onderzoek

zo kunnen organiseren dat over een aantal jaren alle internisten deze zorg op een goede manier kunnen leveren. Het oude model kent zowel binnen als buiten de interne geneeskunde in toenemende mate specialistische silo's. We willen naar een situatie waarin de generalistische zorg voor de oudere patiënt ziekenhuisbreed een dwarsverband vormt tussen al die silo's. Een groot deel

van die zorg kan in de toekomst worden geleverd door internisten, die van oudsher al op alle afdelingen van het ziekenhuis generalistische zorg leveren.”

Onderwijs en opleiding

Harald Verhaar is voorzitter van de Sectie Ouderengeneeskunde en in deze hoedanigheid lid van de Kerngroep. Hij schetst een longitudinale leerlijn, die zowel de studie geneeskunde als de opleiding tot internist omvat. “Competenties van de ouderengeneeskunde moeten al vroeg in het curriculum geneeskunde aangeboden worden aan onze studenten, nog voordat ze de opleiding tot internist ingaan. In de opleiding tot internist worden alle aios gedurende de eerste vier jaar wegwijds gemaakt in de ouderengeneeskunde. In jaar 5 en 6 van de opleiding kun je specifiek de ouderengeneeskunde in gaan.” Verhaar signaleert een toenemende vraag, ook vanuit de periferie, naar internisten-ouderengeneeskunde die de opleiding hebben afgemaakt. Ze worden gezien als een toegevoegde waarde voor de vakgroep interne geneeskunde, die de rest van de vakgroep ‘ouderenijs’ kunnen maken.

Regierol

Internisten-ouderengeneeskunde moeten, als het aan de NIV en de Kerngroep ligt, in het ziekenhuis de regie bij de zorg voor de oudere, multimorbide patiënt helpen vormgeven. Zowel Mooijaart als Verhaar benadrukt dat dit niet betekent dat andere internistische disciplines zich niet in de ouderengeneeskunde hoeven te verdiepen. Mooijaart: “Waar het om gaat is dat we straks de zorg voor de oudere multimorbide patiënt in het



Harald Verhaar

hele ziekenhuis beter kunnen organiseren en dat wij als internisten daar een belangrijke rol in kunnen spelen.” Verhaar verduidelijkt: “De internist-ouderengeneeskunde kijkt mee, maar neemt in principe de patiënt niet over; die blijft waar hij zit. Wij ondersteunen de collega’s, komen in consult, kijken en denken mee. We gaan niet in competitie met andere specialismen, maar proberen elkaar te versterken.” Mooijaart vervolgt: “Zo zijn de klinisch gerieters belangrijke partners voor ons. We zijn samen tot de conclusie gekomen dat er de komende decennia zoveel ouderen op ons afkomen dat klinisch gerieters en internisten-ouderengeneeskunde alleen het niet gaan redden om de zorg voor alle ouderen te leveren. En dat is ook niet wenselijk. Waar we naar toe willen is dat internisten meer kennis en competenties van ouderengeneeskunde krijgen om zo de zorg op een standaardafdeling goed te kunnen runnen, rekening houdend met de geriatrische kenmerken van de patiënt en diens persoonlijke behoeften en wensen. Dat past goed bij ‘de internist’, want we zijn allemaal generalisten met oog voor de hele patiënt. Maar er blijft altijd een groep echt complexe patiënten of problemen over voor de klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde, bijvoorbeeld als er een diagnose dementie gesteld moet worden, als iemand bijzondere vormen van comorbiditeit heeft of als er een valanalyse gemaakt moet worden. Ook een uitgebreid geriatrisch assessment (*comprehensive geriatric assessment*) met bijbehorend behandelplan, blijft in onze visie voorbehouden aan deze specialismen. Maar wij willen wel dat iedere internist, dus ook een nefroloog of een oncoloog, een geheugentestje kan afnemen en daaruit conclusies kan trekken. Hoe dat er in de praktijk precies uit gaat zien, wordt momenteel uitgewerkt in de nieuwe richtlijn *Comprehensive Geriatric Assessment*.”

Richtlijnen

De Werkgroep Kwaliteit van de Kerngroep denkt na over richtlijnen specifiek over ouderen, die goede zorg garanderen, aangepast op de individuele patiënt. Mooijaart: “We

hechten eraan dat in elke nieuwe richtlijn komt te staan wat daarvan wel of niet geldt voor de kwetsbare oudere patiënt met co-morbiditeit. Er is daarom al een richtlijn die voorschrijft dat in alle andere richtlijnen iets moet staan over ouderen. Je moet aangeven of iets voor ouderen ook relevant is of dat je het bij hen anders zou moeten doen.” Er komt nog een update van de richtlijn over het *comprehensive geriatric assessment* waarin staat welke instrumenten artsen moeten kunnen gebruiken om zelf een beperkt geriatrisch onderzoek te kunnen doen, om mede daarop een behandelbeslissing te baseren. Deze richtlijn beschrijft de competenties die artsen in het geriatrisch domein moeten hebben. De verschillende elementen uit het Jaarplan, in dit geval opleiding en richtlijnen, staan dus niet los van elkaar. “Daarom is het goed dat de Kerngroep er is die samen met de Sectie zaken op elkaar afstemt en zo in samenhang kan bijdragen aan de strategie van de NIV met betrekking tot ouderen”, vindt Mooijaart.

Wetenschappelijk onderzoek

Er bestaan grote kennislacunes op het gebied van ouderengeneeskunde. Om die op te vullen denkt de Werkgroep Wetenschap na over onderzoek, dat de gegevens gaat leveren die de internist straks in de spreekkamer kan gebruiken. Uitgangspunt is de Kennisagenda van de NIV waarin een aantal vragen zijn opgenomen over de oudere patiënt. De werkgroep gaat niet zelf onderzoek uitvoeren, maar samenwerken met bestaande onderzoekers en deze met elkaar verbinden. De focus ligt op het zorgen voor de benodigde mankracht en financiering. Mooijaart noemt als voorbeeld de landelijke *Pathway for OLder patients reaching End stage Renal disease* (POLDER-)



Simon Mooijaart

studie onder leiding van o.a. nefrologen en internisten-ouderengeneeskunde. “We kijken bij 70-plussers met eindstadium nierfalen via een geriatrische screening of er sprake is van verminderde mobiliteit of verminderde cognitieve vermogens. We weten dat die voorspellend zijn voor een slechte uitkomst, maar niet hoe voorspellend. We screenen nu al die mensen en nemen dat mee in de beslissing om wel of niet te dialyseren. Zo hopen we over een paar jaar de individuele patiënt veel gedetailleerder te kunnen informeren over de behandeling op basis van zijn mobiliteit of cognitieve status.” ■

Noot: Het Jaarplan 2018-2019 en het nieuwe Opleidingsplan Ouderengeneeskunde zijn voor NIV-leden in te zien op de website van de vereniging.

“In alle richtlijnen moet iets staan over ouderen”

De internist van de toekomst: alleskunner, die niet alles hoeft

De cijfers van de recente enquête van De Jonge Specialist liegen er niet om: 1 op de 5 arts-assistenten heeft klachten die horen bij een burn-out. Ook eerdere studies van Nederlandse bodem (zoals die van Prins et al. in 2010) laten deze cijfers zien.¹ Ongeveer 10% heeft al eens een burn-out gehad of zit thuis met een burn-out.² Hoe moeten we hier als internisten, aios en opleiders mee verder? De JNIV gaat in dit artikel op zoek naar oplossingen. Op zoek naar de internist van de toekomst: de alleskunner, die niet per se alles hoeft.

Professor Max Nieuwdorp, internist-endocrinoloog in het AMC, organiseerde onlangs samen met huisartsen, internisten en arts-assistenten inwendige geneeskunde een drukbezochte nascholing in de Alpen over leefstijlgeneeskunde en Integrative

Medicine. Hij ziet een belangrijke oplossing in een betere match tussen aios en supervisor. Nog dikwijls komt het argument van de generatiekloof naar voren tijdens discussies over burn-out en werktijden. Toch ligt hier juist een oplossing in verschoenen tijdens de dagelijkse supervisie, denkt Nieuwdorp.

Meester en gezel

Niet zelden wordt de aios gesuperviseerd door een wat oudere 'super'-internist. Iemand die niet alleen klinische werkzaamheden verricht, maar ook een heel onderzoeksteam onder zijn of haar hoede heeft, of dit combineert met forse managementtaken. En die er bovendien enorm van geniet om 24/7 met het ziekenhuis bezig te zijn. De aios staat (vooral in deze fase) vaak met hele andere verwachtingen in het leven: hoe kom ik de dag door, ben ik op tijd thuis om mijn kind van de crèche te

halen, terwijl mijn partner in een ander ziekenhuis dienst heeft? Dit voorbeeld is wellicht wat zwart-wit, de praktijk ligt natuurlijk ergens in het midden. Maar het illustreert wel hoe het tot frustraties kan leiden, als je met andere verwachtingen in een team werkt. Over het onderwerp generatieverschillen en daarbij passende managementstijlen is het zeer lezenswaardige boek *Nieuwe generaties in vergrijzende organisaties* geschreven.³

Persoonlijke eigenschappen

Niet alleen de omstandigheden, maar ook de persoonlijke eigenschappen van de aios en supervisor spelen een belangrijke rol. En dit zijn juist de eigenschappen waarop we de aios aan de poort (onbewust) selecteren: perfectionisme, gedrevenheid, teamspirit en verantwoordelijkheidsgevoel. Hier komt de 'perfecte' combinatie samen die kan leiden tot burn-out: prestatiedruk, alles tegelijk willen doen en niet mogen falen. Nieuwdorp kwam dit zelf tijdens zijn eigen opleiding ook tegen tijdens de supervisie. Toen hij later als supervisor aan de slag ging stuitte hij op een simpele online vragenlijst.⁴ De vragenlijst, gebaseerd op het gedachtegoed van Carl Jung, bekijkt op basis van vier grote gebieden hoe je in het leven staat: extravert/introvert, extrovert/introvert, ratio/gevoel en

“Als beiden met andere verwachtingen aan de dag beginnen, **leidt dit onherroepelijk tot frustratie**”

beoordelend/ observerend. Zo kan een globale indruk van je type persoonlijkheid worden gegeven. Dit kan een opstapje voor zowel aios als supervisor zijn om zich bewust te worden van de eigen persoonlijkheid, zodat een betere match kan worden gemaakt tussen beide partijen. Als beiden met andere verwachtingen aan de dag beginnen, leidt dit onherroepelijk tot frustratie. De perfectionistische aios die een team vormt met een supervisor, die verwacht dat de aios alles wel op orde heeft en alleen wil overleggen als het echt niet meer gaat, kan zich verliezen in een web van onzekerheden. Een betere match van persoonlijke eigenschappen van aios en supervisor voor aanvang van de stage zal het werkplezier ten goede komen.

In sommige ziekenhuizen krijgen aios een vaste mentor toebedeeld voor het bespreken van problemen. De praktijk leert echter dat men veel lastiger aan de bel trekt als deze mentor op persoonlijk vlak te ver van je af staat, en dan met name als het niet goed gaat.

Verwachtingspatroon

Een ander belangrijk aspect is het verwachtingspatroon, dat opleiders naar aios (of collega's), soms onbewust, kunnen uitdragen. Niet iedereen is geschikt om constant bezig te kunnen zijn met werk en het ziekenhuis. Veel internisten genieten van het hoge arbeidsethos, maar dit is zeker niet uniform. Als beroepsgroep zouden we meer rekening moeten houden met de verschillende verwachtingspatronen.

Coaching is een van de manieren om na te gaan wat er echt bij je past: wat is je intrinsieke motivatie? Hoe kan jij ervoor zorgen dat je plezier houdt in je werk? En welke manier van werken past het beste bij jou? Internist zijn is niet zomaar een baan, maar te vergelijken met topsport en gaat samen met een leven lang leren.

'Alle ziekte begint in de darmen'

Een belangrijk aspect van het zorgen voor een vitaal werkleven ligt vol-



Max Nieuwdorp (1977) studeerde geneeskunde in Utrecht en deed zijn promotie-onderzoek aan de UVA onder Prof. Joost Hoekstra en Prof. John Kastelein. Hierna begon hij met zijn opleiding tot internist-endocrinoloog in het AMC. De opleiding tot internist onderbrak hij in 2007-2008 voor een postdoctoraal fellowship in San Diego.

Op dit moment is hij hoofd van de Diabetes-onderzoeksgroep en superviseert een groep van (arts) onderzoekers en postdocs op het onderzoeksgebied van darmbacteriën, metabolisme en het brein. Afgelopen jaar organiseerde hij samen met huisartsen en internisten een nascholing in de Italiaanse Alpen over de recente ontwikkelingen op het gebied van leefstijlgeneeskunde en burn-out; niet alleen gericht op patiëntenzorg maar ook vooral gericht op het werkplezier van de artsen zelf.

“Internist zijn is te vergelijken met topsport”

gens Nieuwdorp ook verscholen in de zogenaamde *leefstijlgeneeskunde*: rust, reinheid en regelmaat. Oftewel goede slaap, voeding en ontspanning (en dat laatste niet alleen door genotsmiddelen verkregen). Onlangs werd door TNO en het LUMC het manifest *Leefstijlgeneeskunde* aangeboden aan minister Bruno Bruins. Daarin scharen verschillende partijen uit het zorglandschap zich

achter het gedachtegoed van leefstijlgeneeskunde. In de praktijk blijkt er echter nog weinig aandacht voor dit onderwerp in de spreekkamers. Ook in de meeste curricula geneeskunde zijn voeding en preventie nog geen vaste onderdelen.

En wat voor de patiënt geldt, geldt in dit geval ook voor de arts: we zullen ons er meer voor moeten inzetten om deze topsport (gecombi-



Michiel Westerman (1983) volgde zijn opleiding tot internist-nefroloog in het voormalig Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (nu OLVG-West) en het VUmc in Amsterdam. In 2012 heeft hij zijn proefschrift *Mind the gap; the transition to hospital consultant* afgerond en vervulde hij tijdens zijn opleiding nog een postdoc-aanstelling bij het VUmc. Zijn onderzoek richt zich binnen het medisch onderwijs met name op transitie binnen het medisch curriculum. Hiervoor is hij betrokken bij verschillende nationale en internationale projecten. Michiel start in januari 2019 als internist-nefroloog in het Franciscus Gasthuis & Vlietland ziekenhuis te Rotterdam.

“Door het toenemend wantrouwen in de zorg ontstaat **een doorgeschoten administratielast**”

neerd met een privéleven) een leven lang vol te houden. We leven in een snelle maatschappij waar eten altijd en overal beschikbaar is en instant ontspanning via drugs en alcohol voor velen voorhanden is. Daarom is het juist belangrijk om naar manieren te zoeken om op een gezonde en dus meer duurzame manier ontspanning te zoeken. Dit kan bijvoorbeeld door vast te houden aan goede slaaphygiëne en te doen aan hardlopen, yoga, mindfulness of ademhalingsoefeningen.

Hippocrates zei het al: “Alle ziekte begint in de darmen”. De samenstelling van deels door darmbacteriën geproduceerde plasmametaboliën afkomstig uit onze dagelijkse voeding, in combinatie met sympatichustonus door (dunne) darminnervatie van de nervus vagus, hebben een direct effect op onze hersenen en psychisch welzijn via de zogenaamde darm-cerebrum.⁵ Het is dan ook niet verbazingwekkend dat de eerste data over veranderde darmflora na jetlag of na nachtdienst,

maar ook na periode van chronische stress en slechte voedingsintake reeds hun toegang tot de medisch-wetenschappelijke literatuur gevonden hebben.^{6,7}

Transitie naar jonge klare

De eerdergenoemde cijfers over burn-out betreffen met name aios. Maar het probleem lijkt zeker niet alleen de aios aan te gaan. Al in 2012 publiceerde Michiel Westerman (inmiddels internist-nefroloog) zijn proefschrift *Mind the gap; the transition to hospital consultant*, over zijn onderzoek naar de overgang van aios naar specialist.⁸ In de groep die Westerman onderzocht bleek 11% van de jonge specialisten daadwerkelijk een zware burn-out te hebben en bij 18% was er sprake van emotionele uitputting. Hij deed een interviewstudie met specialisten uit de interne geneeskunde en gynaecologie en stuurde vragenlijsten naar specialisten uit 27 disciplines (behalve huisartsen) die allen in de afgelopen twee jaar hun opleiding hadden afgerond. De stap naar zelfstandigheid bleek voor velen een grote impact te hebben. Verder bleek dat de jonge klaren op medisch inhoudelijk vlak zich goed staande konden houden. De meesten waren echter onvoldoende voorbereid op de niet medisch-inhoudelijke competenties en verwachtingen, zoals supervisie in de nacht, leiderschap, medisch management en financiële kwesties. Uit de studie bleek dat dit duidelijk gecorreleerd was met het ontwikkelen van een burn-out. Met name diegenen met een persoonlijkheid die neigt naar perfectionisme bleken een grotere kans te hebben op burn-out.

Life events, zoals het (niet) krijgen van kinderen of het verhuizen naar een nieuwe omgeving horen bij het leven. Iets waar je als aios zelf aan zou kunnen werken, stelt Westerman, is het ontwikkelen van een probleemgerichte copingstrategie. Westerman beschrijft twee strategieën om met stress om te gaan: de emotiegerichte en de probleemgerichte strategie. De emotiegerichte strategie (bijvoorbeeld de stress thuis afreageren door naar je part-

ner te schreeuwen of uit te barsten in een huilbui) lucht natuurlijk erg op, maar helpt maar even. Een meer probleemgerichte strategie (zoals als achterwacht eerst even koffie drinken met de aios die je de komende nachten gaat superviseren) helpt veel beter voor de lange termijn. Een toenemende mate van onafhankelijkheid tijdens de opleiding tot specialist is essentieel voor een soepele overgang. Net als het trainen van niet-medische competenties.

Maatschappelijke ontwikkelingen

Niet alleen persoonlijke eigenschappen en bepaalde copingstrategieën zijn een risicofactor voor burn-out. Ook de recente ontwikkelingen in de maatschappij vormen een bedreiging voor de perfectionist. Denk bijvoorbeeld aan de huidige ideeën over de maakbaarheid en snelheid van het dagelijks leven, het contact met de patiënt en de opkomst van social media.

Door de komst van nieuwe EPD's met 'postvak-functie' en laagdrempelige e-mail is er enerzijds veel verbeterd in transparantie en communicatie. Anderzijds ontstaat hierdoor de verwachting dat een patiënt 24/7 zijn of haar arts kan spreken. Ook tussen collega's onderling ontstaat door de nieuwe vormen van communicatie het verwachtingspatroon direct te reageren. Dit kan sommigen boven het hoofd groeien. Een praktische manier om hiermee om te gaan is het gezamenlijk instellen van onderlinge e-mailetiquette: bijvoorbeeld door af te spreken tussen 20.00 uur en 8.00 uur niet op e-mails te reageren.

Verder ontstaat door het toenemend wantrouwen in de zorg een doorgeschoten administratielast. Indekken, controleren en notuleren lijkt de norm.

Ook is de paternalistische houding van arts tot patiënt in de afgelopen decennia afgenomen. Aandacht voor open, heldere communicatie en *shared decision making* zorgen voor een andere arts-patiëntrelatie. De arts staat minder op een voetstuk, grenzen verdwijnen en de afstand tussen arts en patiënt wordt kleiner. Veelal komt dit de patiëntenzorg ten

"Jonge klaren zijn onvoldoende voorbereid op de niet medisch-inhoudelijke competenties en verwachtingen"

goede, maar dit kan wel grote individuele gevolgen hebben voor de arts. In het geval van een medische fout of complicatie brengt deze nieuwe relatie bijvoorbeeld een toegenomen kwetsbaarheid met zich mee. Tegen het online plaatsen van arts-beoordelingen door patiënten (zorgkaart Nederland) valt meestal weinig te doen. Toch laten de beroepsbeoefenaars gelukkig ook soms een tegengeduld horen. Initiatieven als *Het roer moet om* en *Laat de dokter weer dokteren* zorgen ervoor dat de wijzer niet verder doorslaat.

Een andere belangrijke ontwikkeling op dit gebied is ook de discussie over het afschaffen van de publicaties van tuchtrechtzaken in het lokale suffertje. De KNMG speelt daarin een belangrijke rol.⁹

Samen werken aan oplossingen

Om straks ook nog met voldoende plezier te blijven leren en werken, vindt de JNIV het belangrijk om zich in te zetten voor een goed opleidings- en toekomstig werkklimaat. Dit is juist nu belangrijk, omdat er steeds minder aios komen en de opleidingsduur afneemt. Hetzelfde werk moet door minder aios in kortere tijd gedaan worden.

Dit wil de JNIV onder andere bereiken door:

- Aios en internisten te stimuleren in een duobaan te werken, danwel vakgroepen te motiveren jonge klaren in een duobaan-constructie aan te nemen.
- Aios te stimuleren deel te nemen aan proactieve coaching en opleiders te stimuleren om dit te faciliteren.
- Aios te stimuleren niet-medische competenties te ontwikkelen (denk bijvoorbeeld aan deelname

aan het JNIV-congres Medisch leiderschap op 24 januari 2019).

- Actieve deelname aan de schrap- en ontregel-initiatieven op landelijk niveau om zo de oneigenlijke taken en administratiedruk van aios te verlichten.

Verder gaan we ons verder verdiepen in de uitval onder jonge klaren en onze bevindingen in verschillende gremia toelichten. Daarmee maken we inzichtelijk hoe groot dit probleem is, hoe we dit het beste kunnen aanpakken en wat dit betekent voor de komende jaren.

Op naar de internist van de toekomst: de alleskunner, die niet per se alles ook altijd hoeft. ■

Referenties

1. Prins J.T. et al. Burnout and engagement among resident doctors in the Netherlands: a national study, Medical Education 2010
2. Nationale aios-enquête 2018 gezond en veilig werken, De Jonge Specialist
3. Nieuwe generaties in vergrijzende organisaties, dr. Aart Bontekoning, Mediawerf, 1e druk 2014
4. Myers-Briggs type indicator, gebaseerd op het gedachtegoed van Carl Jung
5. Groen R.N. et al. Gut microbiota, metabolism and psychopathology: a critical review and novel perspectives, Critical Reviews in Clinical Laboratory Sciences, 2018
6. Voigt R.M. et al. Circadian disorganization alters intestinal microbiota, PLoS One, 2014
7. Househam A.M. et al. The effects of stress and meditation on the immune system, human microbiota and epigenetics. Advances in Mind-Body medicine
8. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/knmg-blij-met-afschaffen-publicatieplicht-berispingen-en-boetes.htm>
9. Westerman, M. Mind the gap; the transition to hospital consultant, 2012

“Je moet bereiken dat anderen je verhaal gaan vertellen”

Bestuurder Renee Barge maakt zich in Haaglanden Medisch Centrum hard voor de omslag van discipline-gecentreerd naar thematisch werken. Een omslag die stapsgewijs vormgegeven wordt. Het eerste concrete resultaat: de concentratie van de oncologische zorg op één locatie.

Negen jaar geleden besloot Barge om een streep te zetten onder haar werk als hematoloog en nam ze plaats in de raad van bestuur van het Bronovo Ziekenhuis in Den Haag (nu met het MC Haaglanden gefuseerd tot Haaglanden Medisch Centrum). “Een bewuste keuze”, zegt ze. “Ik wilde me inzetten voor een breder doel dan alleen de individuele patiëntenzorg. Als praktiserend medisch specialist is het moeilijk om de verbanden te leggen tussen de problematiek van de patiënt en de ontwikkelingen in de zorg, waarmee zowel de patiënt als de zorgaanbieders te maken hebben. Als bestuurder heb je meer ruimte om dat te doen. Bovendien werk je onder de streep natuurlijk nog steeds aan hetzelfde doel: de zorg voor de patiënt beter maken. Wat dat betreft is het dus niet eens zo’n grote stap die ik heb gezet. Al is

het wel een proces voor me geweest om te accepteren dat mijn registratie als arts zou verlopen.”

Groeiend inzicht

Had Barge op het moment van haar overstap al het idee dat het goed zou zijn om de organisatie van de zorg te kantelen van discipline-gecentreerd naar thematisch werken? “Nee, zo visionair was ik nu ook weer niet,” zegt ze, “dat is iets wat gaandeweg is ontstaan. Als beginnende dokter heb je geen last van hoe de zorg georganiseerd is. En als hematoloog onderzocht ik eigenlijk ook geen beperkingen van dat discipline-gecentreerd werken. Hematologie is toch een vakgebied dat grotendeels zelf zijn diagnostiek en behandeling regelt. Wel had ik last van het feit dat allerlei organisatorische vraagstukken per vakgroep ter discussie werden gesteld. De vraag hoe je een effectieve poli organiseert bijvoorbeeld. Het is natuurlijk veel logischer om zo’n vraagstuk discipline-overstijgend te bespreken.”

Internationale trend

Als beginnend bestuurder nam Barge eerst de tijd om – zoals ze het zelf zegt – te leren begrijpen

wat een bestuursfunctie inhoudt en wat een bestuurder kan bereiken. “Gaandeweg krijg je scherper op je netvlies dat de voortschrijdende superspecialisatie je dwingt om na te denken hoe je als ziekenhuis financieel gezond blijft”, vertelt ze. “Je hebt op een gegeven moment bijna geen algemeen internisten of chirurgen meer. Tegelijkertijd zie je dat internationaal thematisch werken een trend wordt.

De achterliggende gedachte hierbij is dat vermenging van de acute en electieve zorg ertoe leidt dat die twee elkaar in de weg gaan zitten. “Je wilt niet dat je je electieve programma moet onderbreken omdat er ineens een acute zorgvraag tussen door komt”, legt Barge uit. “Wat we als eerste hebben gedaan, is de oncologische zorg helemaal losmaken van de rest van de zorg en concentreren op één locatie, HMC Antoniushove in Leidschendam-Voorburg. De beschouwende en snijdende oncologische specialisten samenbrengen, met één verantwoordelijke leidinggevende, geeft meerwaarde in het aansturen van de oncologische zorg. Je maakt dat de zorg leidend wordt. Hiermee zijn we echt wel vooruitstrevend in Nederland.”

Het was een proces waarin de patiënten een grote rol hebben gespeeld. “We boden de oncologische zorg op drie locaties aan, naar tevredenheid van de patiënten”, vertelt Barge. “Als je dat wilt concentreren op één locatie moet je dus wel de patiënten betrekken bij de discussie over de vraag of je daarmee de juiste beslis-

“Kritiek krijg je altijd: als je iets doet en ook als je niets doet”



“Banen en omzet verliezen is geen gevolg van thematisch werken”

sing neemt. Je moet goed weten wat zij belangrijk vinden.”

Weerstand

De omslag maken van discipline-gecentreerd naar thematisch werken kan tot weerstand van de medisch specialisten leiden. Niet alleen omdat ze hun gebruikelijke omgeving moeten verlaten, maar ook omdat ze discipline-gedeelde belangen hebben op terreinen als oplei-

ding, diensten en inkomen. “Kritiek krijg je altijd: als je iets doet en ook als je niets doet”, zegt Barge nuchter. “De kracht is samen met de leidinggevende specialisten de weg te kiezen waarin je allemaal gelooft. Natuurlijk is het veel zendingswerk om uit te leggen waarom je dat belangrijk vindt, maar als je dat niet kunt uitleggen is het misschien gewoon geen goed idee. Het stafbestuur speelt een belangrijke rol om

de beoogde verandering mee vorm te geven. Die draagt deze beweging gelukkig ook enorm uit. Natuurlijk zijn er artsen die zeggen: “Het gaat toch goed?”, maar die hebben misschien niet zo’n helder beeld van hoe de ziekenhuiswereld verandert en waarom het belangrijk is dat dit gebeurt. Maar dan ben ik in ieder geval blij als ze zich uitspreken, want dan weet ik tenminste dat ik wat uit te leggen heb aan ze om ze mee te krijgen.”

Anderen laten vertellen

Helpt het in de discussie met de medisch specialisten dat ze zelf een van hen is geweest, of is het juist een hindernis dat ze dat nu niet meer is? Barge denkt even na en zegt dan: “Allebei denk ik, ik heb daar eigenlijk steeds minder een mening over. In het begin dacht ik dat het een enorm voordeel was, maar dat is misschien vooral voor mijn eigen gemoedsrust geweest. Je spreekt de taal, dat helpt. Maar het komt toch vooral aan op je persoonlijk leiderschap of je mensen kunt meenemen in een proces. De kern is dat je anderen zo ver krijgt dat ze je verhaal gaan vertellen. En dat lukt, thematisch werken is inmiddels echt wel een onderwerp dat in ons huis geaccepteerd wordt. Dat helpt om stappen te zetten.”

Tijdens het DICA-congres van juni 2017 vertelde bestuurder Melvin Samsom van het Karolinska Instituut, de medische universiteit in Stockholm, dat het veranderproces naar thematisch werken in zijn organisatie leidde tot banen- en omzetverlies. Ziet Barge dit ook gebeuren? “Banen en omzet verliezen is geen gevolg van thematisch werken, maar van het kabinetsbeleid om de ziekenhuiszorg te laten krimpen en meer zorg in de eerste lijn te brengen”, zegt ze. “Daar hebben we niet voor gekozen, maar we hebben er wel mee te maken. In lijn hiermee willen we bereiken dat het aandeel chronische zorg in het ziekenhuis kleiner wordt. Maar op oncologie en acute zorg daarentegen willen we groot blijven. En medewerkers hebben we hard genoeg nodig.” ■

Verbindende zorg

Waarom moeilijk doen als het samen kan



Frank Stam, Bastiaan van Dam en Suat Simsek

Intensievere samenwerking tussen (kader)huisartsen en internisten kan zorgen voor kwaliteitsverbetering én kostenvermindering. Bijvoorbeeld bij de behandeling van patiënten met diabetes mellitus en de preventie van hart- en vaatziekten. Een praktijkvoorbeeld van anderhalvelijnszorg uit Noord-Kennemerland.

Op 1 oktober 2014 startte op de Huisartsenpost Alkmaar (HAPA) in samenwerking met de Huisartsenzorg Noord-Kennemerland (HZNK) een eerstelijns specialistisch spreekuur voor patiënten met diabetes mellitus. De HZNK is een onderdeel van Huisartsen Organisatie Noord-Kennemerland (HONK). Hier vallen ook de huisartsenpost van Alkmaar (HAPA) en Vicino (eerstelijns GGZ) onder.

Later is het spreekuur uitgebreid voor patiënten in het kader van cardiovasculair risicomanagement (CVRM). Afwisselend elke eerste en/of derde woensdagmiddag van de maand

houden dr. Bastiaan van Dam (internist-nefroloog), dr. Suat Simsek (internist-endocrinoloog) en dr. Frank Stam (internist-vasculair geneeskundige) spreekuur op de locatie van de HAPA.

Nascholingsavonden

Ook vóór deze periode was er al een intensieve samenwerking tussen de kaderhuisartsen en de internisten. Landelijke verwijsafspraken werden afgestemd, knelpunten in de organisatie van eerste- en tweedelijns zorg werden besproken en afspraken werden gemaakt over voorkeursmedicatie bij de behandeling van diabetes mellitus. Ook organiseer-

den de kaderhuisartsen nascholingsavonden voor huisartsen en praktijkondersteuners huisartsenzorg (POH's), waarbij internisten hun expertise inbrachten. Op één zo'n avond was het onderwerp 'Wat te doen met het geïnfecteerde voetulcus?'. Onze internist-infectioloog Willemijn Kortmann heeft dit samen met vaatchirurg dr. Çağdaş Ünlü opgepakt. Het resulteerde in een diabetisch voetensprekuur: de patiënt met diabetes mellitus en voetproblemen wordt hier multidisciplinair gezien door de internist, (vaat)chirurg, revalidatiearts en een podotherapeut.

Internist op de HAPA

Tijdens één van de besprekingen met de kaderhuisartsen ontstond het idee om de HAPA, die overdag grotendeels leeg staat, te gebruiken om patiënten te laten zien door de internisten. Deze patiënten moesten anders naar de tweedelijns doorgestuurd worden. Belangrijk onderscheid met veel andere anderhalvelijns-initiatieven is dat de internist per dagdeel wordt ingehuurd door de huisartsen. Hij opent dus geen internistische DOT. Verder schrijft de internist geen medicatie voor, maar geeft hij adviezen aan de huisarts. Zo blijft er sprake van eerstelijnszorg, waardoor patiënten hun eigen risico niet aan hoeven te spreken. Ook kan de eigen huisarts zo beter de regie houden: niet ieder advies hoeft te worden opgevolgd.

Expertteam

Dit eerstelijnsprekeur blijkt van nut te zijn om lokaal invulling te geven aan de Landelijke Transmurale Afspraken (LTA) diabetes mellitus type 2, CVRM en chronische nierschade. De categorie patiënten voor wie consultatie van een specialist geadviseerd wordt kan vaak geholpen worden door consultatie van een expertteam. Dit expertteam bestaat uit kaderhuisartsen diabetes en hart- en vaatziekten, een diabetesverpleegkundige, een coördinator van ketenzorg en internisten. De triage wordt gedaan door de kaderhuisartsen, waarbij of direct advies aan de eerste lijn gegeven kan worden, of geadviseerd wordt direct te verwijzen naar de tweedelijns of naar een eerstelijns internistisch spreekuur. Primair wordt behandeld conform de NHG-standaard, maar bij gecompliceerde patiënten is een behandeling op maat noodzakelijk.

Verwijsindicaties

Aanvankelijk ging het vooral om patiënten met moeilijk te reguleren type 2 diabetes mellitus. Inmiddels hebben we de verwijsindicaties voor het eerstelijns specialistisch spreekuur diabetes mellitus en cardiovasculair risicomanagement uitgebreid: moeilijk te reguleren type 2 diabetes mellitus;

“Deze patiënten moesten anders naar de tweedelijns doorgestuurd worden”

- aanwijzingen voor ander type diabetes dan type 2;
- (ernstige) obesitas met sterk verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico;
- overweging te starten met een GLP-1 analoog (is niet meer strikt noodzakelijk);
- therapieresistente hypertensie: systolische bloeddruk >140 mmHg ondanks triple therapie bij <80 jaar en >160 mmHg bij >80 jaar;
- persisterend LDL >2,5 mmol/l bij hoog risicoprofiel (>20%) >1 jaar en andere lipidenproblemen (o.a. triglyceriden nuchter >6mmol/l);
- overweging te starten met PCSK9-remmer;
- toename microalbuminurie;
- leeftijd <65 jaar en een eGFR van 45-60 ml/min;
- leeftijd >65 jaar en een eGFR van 30-45 ml/min.

De cijfers

Inmiddels hebben bijna alle 120 bij de HONK aangesloten huisartsen en POH's gebruikgemaakt van het expertteam. Er zijn inmiddels meer dan duizend vragen binnen gekomen bij het expertteam. Meer dan de helft van de vragen heeft geresulteerd in een direct advies aan de huisarts/POH. Ruim 10% leidde tot het advies direct door te verwijzen naar de tweedelijns. In meer dan een derde van de gevallen werd geadviseerd de patiënten in te plannen in het eerstelijns internistsprekeur.

De belangrijkste reden om het expertteam te consulteren was diabetesregulatie (48% van de consultaties), gevolgd door nefropathie (28%), (vermoeden op therapieresistente) hypertensie (13%) en problemen gerelateerd aan dislipidemie (10%). Bij slechts 9% van de patiënten werd alsnog geadviseerd door te verwijzen naar de tweedelijns. Bij 91% van de patiënten werden adviezen aan de huisarts/POH gegeven over de verdere behandeling

van patiënten, bijvoorbeeld in het geval van een juiste indicatie voor een behandeling met een GLP-1 receptor-agonist, werd het eerste recept door de internist voorgeschreven. Overigens is het per 10 juli 2018 niet meer verplicht dat een eerste recept voor een GLP-1 receptor agonist door een internist voorgeschreven wordt en kan een artsenverklaring om een GLP-1 receptor-agonist, al of niet met insuline, voor te schrijven ook door een huisarts ingevuld worden. Ook werden in het spreekuur patiënten geïdentificeerd met diabetes mellitus type 1, LADA (latent autoimmune diabetes in adults) of MODY (maturity onset diabetes of the young).

Zinnige zorg

Door afspraken tussen de eerste lijn, het ziekenhuis en de zorgverzekeraar wordt het eerstelijnsinternistsprekeur gedaan vanuit een eerstelijns DBC voor diabetes mellitus type 2, chronische nierschade of voor CVRM. Het ziekenhuis en de grootste zorgverzekeraar in de regio hebben zorgafspraken gemaakt, zodat optimale zorg geleverd kan worden zonder dat de betrokken partijen financieel hier last van hebben. Dit spreekuur kan met recht een voorbeeld genoemd worden van zinnige zorg: zorg die toegankelijk en beter is voor de patiënt en die ook duurzaam is. De systolische bloeddruk, LDL-cholesterol en HbA1c bleken na de consultatie verbeterd te zijn. Hierbij moet aangetekend worden dat er geen vergelijking is geweest met een controlegroep. We hebben nog geen gegevens over de patiënttevredenheid. Deze manier van verbindende zorg kan ons inziens ook toegepast worden op andere gebieden, bijvoorbeeld als zinnige zorg voor patiënten met osteoporose. ■

RFA-techniek

blijkt interessante behandeloptie bij benigne schildkliernodus

Ziekenhuis Rijnstate startte er in 2015 als eerste in Nederland mee: radio frequentie ablatie (RFA) bij patiënten met benigne schildkliernodi. Na goede resultaten, gebruiken nu ook vier andere centra deze techniek. Een multidisciplinaire aanpak is een voorwaarde om dit succesvol en veilig te kunnen doen.

Internist-endocrinoloog Hans de Boer had nog nooit patiënten meegemaakt die zo gedwee zijn. Maar in Zuid-Korea zijn ze dat dus wel. Dat hij daar samen met collega Ramon van Eekeren (oncologisch chirurg), en Ernst Bom (interventieradioloog) op werkbezoek ging, was het gevolg van een mailtje dat hij van de Zuid-Koreaanse ontwikkelaar van een RFA-techniek voor schildkliertumoren had gekregen. “Er bleek een goed verhaal achter te zitten”, vertelt hij. “RFA kende al andere toepassingen, maar deze was nieuw.” Prof. Jung Hwan Baek bleek niet alleen bereid uitleg te geven over de techniek, maar kon ook literatuur overleggen over de effectiviteit en veiligheid van de behandeling, op basis van tien jaar ervaring. Ook oncologisch chirurg Ramon van Eekeren was positief. “Mijn eerste indruk was dat dit een mooie techniek is die geselecteerde patiënten een operatie kan besparen”, zegt hij. “En dat past

helemaal in de trend in de chirurgie om een stap terug te doen van de grote ingrepen die we eerder gewoon waren om te doen.”

Bij terugkomst in Rijnstate besloten Bom, van Eekeren en De Boer dat een zorgvuldige introductie van de techniek nodig was. “Het vraagt om samenwerking”, zegt De Boer. “De interventieradioloog is vertrouwd met RFA, dus we waren het er meteen over eens dat hij degene was die de techniek moest gaan toepassen. Maar wel op basis van multidisciplinair overleg, waarin ook de chirurg, de endocrinoloog en de radioloog een rol spelen.” Van Eekeren is dit met hem eens. “Schildklierbehandeling kun je überhaupt niet monodisciplinair benaderen”, zegt hij.

Succesvolle introductie

Met dit samenwerkingsverband als uitgangspunt startte Rijnstate in januari 2015 met de RFA-techniek voor de behandeling van volwassen patiënten met benigne, symptomatische schildkliernodi met een grootte van twee tot vijf centimeter.

“We waren de eersten in Nederland, dus we wilden zorgvuldig te werk gaan”, vertelt radioloog Frank Joosten. “Inmiddels hebben we zo’n 150 patiënten behandeld met deze techniek en kiezen we deze behandeling steeds vaker in plaats van jodium therapie¹³¹ of een operatie. We hebben inmiddels een half jaar follow-up van 75 patiënten en een éénjaars follow-up van 50. Klinisch belangrijke complicaties deden zich niet voor. Wel kan door het aanprikken in de hals een blauwe plek ontstaan (het zogenaamde ‘stropdasfenomeen’). Die verdwijnt binnen een week. We weten inmiddels dat de techniek bij uitstek geschikt is voor oudere patiënten, omdat het onder lokale verdoving gebeurt.”

De ingreep vindt plaats in dagbehandeling. De lokale verdoving is essentieel, omdat de behandelaar en patiënt in gesprek moeten blijven. De stembandzenuw loopt vlak naast het behandelgebied, dus het is zaak op stemveranderingen te letten. De behandeling duurt gemiddeld dertig minuten en vergt een goede oog-handcoördinatie.

“Schildklierbehandeling kun je **niet monodisciplinair benaderen**”

Critici stellen dat de RFA-techniek de nodus niet volledig laat verdwijnen. “Maar dat is het punt niet,” zegt Joosten, “je behandelt de klacht. Als de nodus na drie maanden kleiner is geworden, ervaart de patiënt al geen problemen meer. Bij 30% volumereductie zijn de meeste patiënten al klachtenvrij. Gemiddeld wordt binnen een jaar 80% reductie van de nodus bereikt.” De follow-up bestaat uit telefonisch contact een week na de behandeling en een echo na drie, zes en twaalf maanden. Ook wordt op elk tijdstip de schildklierfunctie gecontroleerd. Tot nu toe was de behandeling bij twee patiënten niet succesvol. Bij de ene bleek sprake van een schildkliercarcinoom, bij de tweede van een lymfoom in de schildklier. Beide waren vooraf niet vast te stellen. Operatief ingrijpen is dan de juiste route. Gestructureerde en zorgvuldige evaluatie van de res-

ponse op RFA is dan ook belangrijk om bijzondere onderliggende aandoeningen tijdig te detecteren.

Uitbreiding naar vijf centra

Inmiddels bieden vijf centra in Nederland de behandeling aan. De Boer: “Het startschot voor die uitbreiding was een symposium dat we in oktober 2017 hielden om onze ervaringen te delen met andere centra. We demonstreerden de behandeling via een live beeldverbinding met ons ziekenhuis, waar de ingreep op dat moment werd uitgevoerd.”

Om goed zicht te krijgen op het resultaat van de behandeling is recent een registratiesysteem opgezet. Joosten: “De centra die de behandeling bieden, voeren hier hun patiëntdata in, zodat we trends kunnen signaleren en eventuele afwijkingen in behandelresultaat tussen de ver-

schillende ziekenhuizen snel in kaart kunnen brengen. Deze introductie en uitrol van de RFA laat zien dat vernieuwing ook heel goed buiten de academische centra kan ontstaan. Het plan is om begin 2019 tijdens de Dutch Endocrine Meeting te presenteren wat we tot nu toe hebben bereikt.”

Bestaat onder chirurgen angst voor daling van het aantal operaties dat zij kunnen uitvoeren? “Ik zou het heel erg vinden als ze zo naar de patiëntenzorg kijken”, zegt Van Eekeren. “Maar afgezien daarvan: die angst is totaal ongegrond. Door de ontwikkelingen in beeldvormende techniek neemt het aantal gedetecteerde schildklieraandoeningen alleen maar toe. Ik heb geen operatie minder gedaan sinds wij de RFA-techniek zijn gaan toepassen.”

Vervolgstappen

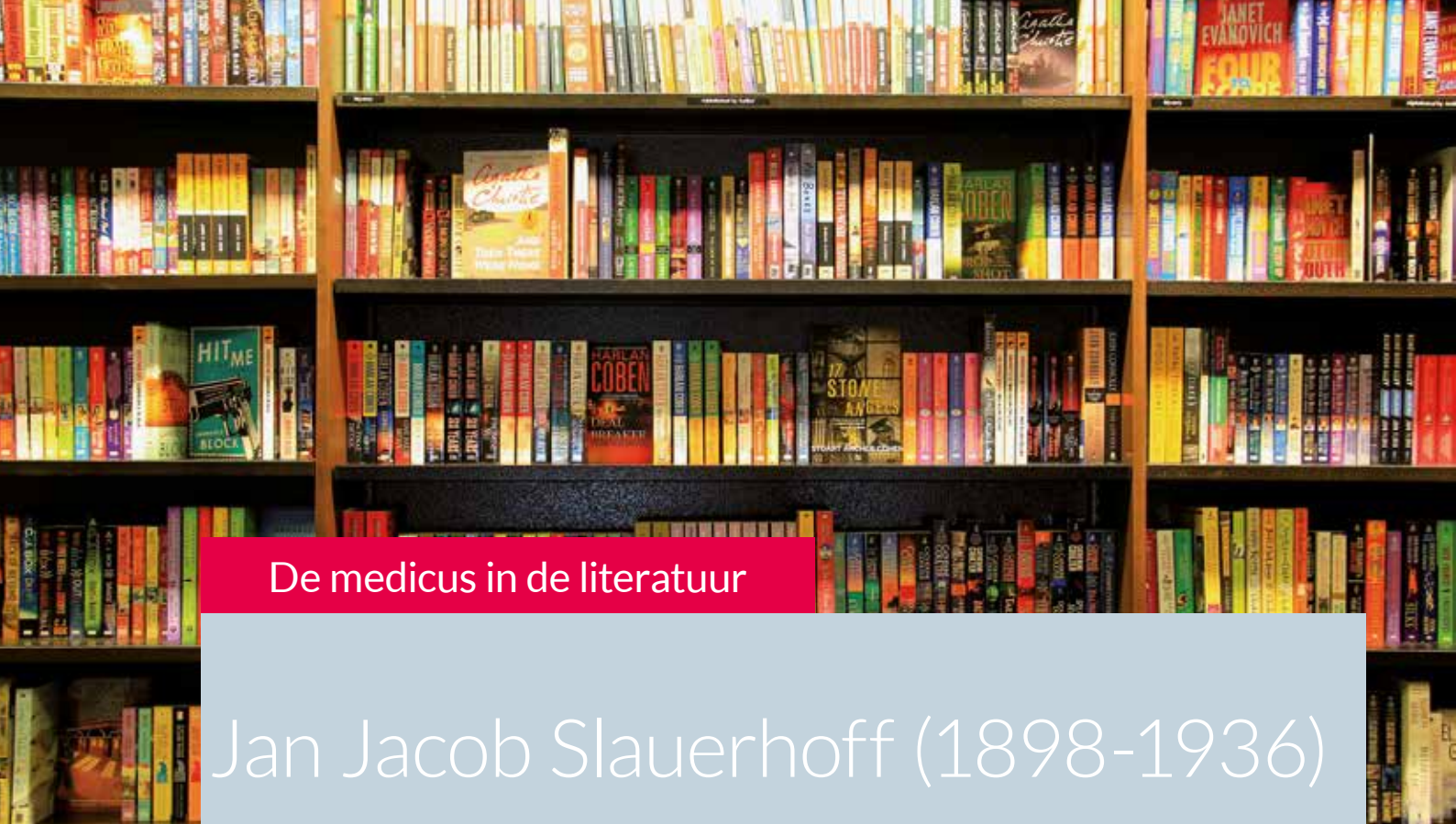
Het behandelteam heeft bewust gewacht met een publicatie over de techniek, totdat er voldoende patiëntdata zijn. “We willen goed beslagen ten ijs komen”, zegt De Boer. “Ook als we met Zorginstituut Nederland in gesprek gaan over het opnemen van deze behandeling in het verzekeringspakket. We declareren de behandeling nu als een punctie van de schildklier, maar dat dekt de kosten niet. Dit terwijl de RFA-techniek een factor drie goedkoper is dan de gangbare behandelingen.” Ondertussen wordt ook nagedacht over vervolgstappen. De Boer: “Soms is sprake van overdadige schildklierhormoonproductie. Als niet de hele schildklier te hard werkt, maar alleen in een nodus, dan kan die nodus worden verwijderd of met jodium¹³¹ worden behandeld. Maar dat kan een te traag werkende schildklier geven. We hebben daarom nu bij twintig patiënten met deze indicatie de RFA-techniek toegepast: ruim de helft van hen heeft na een half jaar een normaal werkende schildklier.”

En toepassing van de RFA-techniek voor maligne nodi? “Dat zouden we kunnen overwegen voor patiënten die niet meer operabel zijn”, zegt Van Eekeren. “Maar de nodus verdwijnt bij ablatie niet volledig en dat is bij maligniteiten wel een probleem.” ■

“De techniek is bij uitstek
**interessant voor toepassing
bij oudere patiënten**”



De ‘stropdas’



De medicus in de literatuur

Jan Jacob Slauerhoff (1898-1936)

Scheepsarts, dichter en wereldreiziger

‘Alleen in mijn gedichten kan ik wonen, nooit vond ik ergens anders onderdak’

Jan Jacob Slauerhoff wordt in 1898 geboren te Leeuwarden, als zoon van de protestantse behanger en stoffeerder Jan Jacob Slauerhoff senior. Hij woont met zijn vier broers en zussen op de kleine verdieping boven de winkel van zijn vader. Als kind is hij ziekelijk: hij lijdt aan astma, waarbij het vele stof van de winkel beneden zijn luchtwegen geen goed doen. Om zijn astma te verlichten brengt hij veel tijd door bij familie op Vlieland, waar zijn blik op de zee en de verre horizon een ondefinieerbaar verlangen bij hem aanwakkeren. Later zou blijken wat dat verlangen was. Slauerhoff had weinig op met Nederland en zijn innerlijke onrust zou de drijfveer worden voor de vele overzeese reizen die hij als scheepsarts zou maken. Slauerhoff was zijn leven lang zoekende. Dat hij het nooit echt gevonden heeft had met vele omstandigheden te maken, maar bovenal met zijn karakter. En hij eindigde waar hij niet wilde eindigen: in Nederland.

In memoriam Friesland

In Leeuwarden voltooit Slauerhoff de HBS, waarna hij in 1916 naar Amsterdam gaat om medicijnen te studeren. Daar leert hij onder anderen Simon Vestdijk kennen. Tijdens zijn studie houdt hij zich vooral afzijdig van het

studentenleven. Dat hij als eenling weinig contact maakt met zijn medestudenten was later een van de oorzaken dat een baan als arts op een goede positie, waarbij een goed netwerk onontbeerlijk was, voor hem niet haalbaar was. Gezien zijn latere reislust was deze afzondering een vanzelfsprekende en onvermijdelijke strategie in zijn levenswandel. Studeren was in de familie Slauerhoff overigens niet vanzelfsprekend. Saillant detail is dat zijn familie zich voor hem schaamde omdat hij niet met geld kon omgaan en daardoor regelmatig schandaaltjes veroorzaakte. Ambities om behanger te worden heeft hij niet en uiteindelijk haalt zijn oudste broer Feije de vader over om hem als enige van de familie te laten studeren.

Hoewel geboren en getogen in Friesland, is er weinig Fries terug te vinden in zijn werk: hij schreef niet in het Fries en wijdde maar enkele regels aan zijn geboortegrond. Zelf schrijft hij in het gedicht *In Memoriam Patris* hierover: ‘De Friesche aard is benepen/en uit zich niet groot/weegt en wikt’, regels die uiteindelijk niet op hem van toepassing zullen zijn. Zijn omschreven ‘typisch Friese aard’, zoals zijn stugheid en introversie, blijken nog de minst opvallende aspecten van zijn karakter te zijn. Hij was ook wrokig, vijandig, soms ronduit bot en bij vlagen opvliegend, eigenschappen die het aangaan van langdurige relaties en vriendschappen schier onmogelijk maakten.

Poète maudit

Tijdens zijn medicijnenstudie in Amsterdam (1916-1923) ontstaat zijn interesse in de literatuur. In het Leesmuseum aan het Rokin leest hij tot laat in de avond en stort zich vooral op de Franse poëzie. Ook publiceert hij tijdens zijn studententijd met enige regelmaat voor *Propria Cures*, het weekblad van het Amsterdamsch Studenten Corps, waar hij overigens geen lid van was. In 1918 treedt hij zelfs toe tot de redactie van het tijdschrift. Als dichter herkent hij zich in de *poètes maudits*, waar de Franse schrijvers Charles Baudelaire en Arthur Rimbaud toe gerekend worden. In deze literaire stroming, met hun drang naar erotiek en vrijheid, stond de wens om vooral niet aan de eisen van maatschappij te kunnen voldoen – eigenlijk: niet te willen voldoen – centraal. Een *poète maudit* (letterlijk: verdoemde dichter) kan het beste omschreven worden als een literaire verschoppeling en *bon vivant* die een epicuristisch leven vol overdaad nastreefde en voor wie fatalisme welhaast een deugd was.

De libertijn en de ware liefde

Als Slauerhoff zich na zijn studie verlooft met een studente Nederlands, wordt hij bevangen door een verstikend vooruitzicht van een leven als arts in de provincie. Hij verbreekt zijn verloving en gaat als scheepsarts het avontuur aan. Hij vaart de hele wereld over: van Barcelona en Tanger tot Nederlands-Indië, China, Macao, Shanghai, Rio de Janeiro en Buenos Aires. Zijn knappe uiterlijk en statuur als scheepsarts zorgen ervoor dat hij in elke havenstad wel een liefde kan veroveren, van wie hij stevast definitief afscheid neemt zo gauw hij de haven weer achter zich laat. In 1930 vindt hij zijn ware liefde en trouwt met balletdanseres Darja Collin. Dat het huwelijk geen stand heeft gehouden heeft meerdere oorzaken. Slauerhoff bracht een groot gedeelte van zijn tijd door op zee, en Collin, die in haar tijd befaamd was als klassiek balletdanseres en zich graag ophield in de kringen van de *high society*, leefde vooral voor de dans en de aandacht van andere heren. Slauerhoff adoreerde haar en werd regelmatig verteerd door jaloezie, zelfs als ze op het podium stond met een homoseksuele danser. Als hun zoontje doodgeboren ter wereld komt, raakt Slauerhoff in een diepe depressie en groeien de twee verder uit elkaar. De dood van Juan Darito – een combinatie van de voornamen van de ouders in het Spaans – lijkt Collin ook veel minder aan te grijpen dan Slauerhoff. De ontbinding van het huwelijk in 1935 lijkt een voorbode van een vroegtijdige dood van de schrijver.

Een nieuwe tijd

Slauerhoff stond nog met een been in de traditie van de negentiende-eeuwse laatromantiek en met het andere been in de moderne tijd van de twintigste eeuw. Geïnspireerd door zijn reizen als scheepsarts schreef hij naast zijn gedichten veel avontuurlijke romans, zoals *Het verboden rijk*. Die publiceerde hij in *Forum*, het invloedrijke tijdschrift dat was opgericht door E. Du Perron en Menno ter Braak. Simon Vestdijk maakte in dit tijdschrift als schrijver zijn debuut en Slauerhoff was sinds 1930 een



van de vaste publicisten. Het tijdschrift luidde een nieuwe tijd in, waar persoonlijke ervaringen in het werk van schrijvers en dichters belangrijker waren dan het romantisch estheticisme van voorheen.

Verre reizen en het einde thuis

De reizen van Slauerhoff naar Zuidoost Azië, China en Zuid-Amerika, worden structureel onderbroken door zijn lichamelijke kwalen: astma, een maagbloeding, malaria, tuberculose en niet in de laatste plaats zijn geestelijke gesteldheid, die in deze jaren achteruitging. Als hij in Nederland was werkte hij als arts in verschillende praktijken en klinieken: zonder uitzondering baantjes als overbrugging naar zijn volgende hoofddoel: als scheepsarts weer aan boord gaan en uitvaren naar een ander continent. Slauerhoff bleef dus onvervuld in zijn verlangen om echt een vaste plek te vinden, niet alleen door zijn lichamelijke kwalen, maar ook door de moeizame omgang met de mensen om zich heen. Hij had vaak gelijk, maar makkelijk was hij niet en hij voelde zich daardoor zijn leven lang opgejaagd. Zijn schijnbaar onvervulde wens om het geluk te vinden is nooit uitgekomen. Zijn geluk was de zoektocht naar dat geluk. Zijn ideale verblijfplaats lijkt alleen in zijn hoofd te hebben bestaan, met zijn poëzie als enige zekerheid voor zijn onrustige geest. In 1935 begint hij aan zijn laatste reis naar Zuid-Afrika. Ook daar wordt hij weer ziek en ligt een maand opgenomen in Genua, gevelde door malaria. Dit luidt uiteindelijk een lange tocht van kuuroord naar kuuroord in. Hij schrijft in zijn gedicht *In Nederland...*: 'In Nederland wil ik niet sterven/En in den natten grond bederven'. Jan Jacob Slauerhoff overlijdt op 38-jarige leeftijd in Hilversum aan tuberculose. ■

Leefstijl als medicijn

Leefstijlaanpassingen door zelfmanagement, om zo onze gezondheid op peil te houden. Het staat in de belangstelling, niet alleen in de maatschappij, maar ook in de gezondheidszorg. Professor Andrea Evers, hoogleraar gezondheidspsychologie aan de Universiteit Leiden, belicht de achtergronden van “leefstijl als medicijn” en de factoren die bijdragen aan het succes ervan.

Een goed voorbeeld is type 2 diabetes mellitus, een aandoening die bij uitstek door de patiënt zelf behandeld wordt. Patiënten kunnen hun diabetes beter reguleren door leefstijlaanpassingen die voortvloeien uit zelfmanagement. Intensiever en structureler met je ziekte bezig zijn motiveert blijkbaar om betere resultaten te krijgen.

“We moeten leefstijl zien tegen een evolutionaire achtergrond. We zijn in onze overlevingsdrift geconditioneerd om te verlangen naar suikers en andere zoetheid en juist niet veel te bewegen”, aldus Evers. “In onze huidige westerse maatschappij zijn dit soort gedragingen totaal niet meer gunstig voor onze gezondheid, maar dat merken we pas op de langere termijn. En voorrang geven aan de lange termijn zit niet van nature in ons. Dat moeten we dus leren, het liefst van jongs af aan”. Gericht zijn op de lange termijn wordt nog moeilijker in situaties met stress. En een chronisch zieke patiënt bijvoorbeeld heeft continu stress, zowel lichamelijk als psychisch. Dat maakt het dus moeilijk om leefstijladviezen op te volgen. Bovendien, verandering kost energie en roept weerstand op, zeker als daarbij geen goede hulp geboden wordt.



Vermijdingsgedrag

Een belangrijk onderdeel van zelfmanagement bij diabetes zijn controles van de bloedglucosespiegel. Dat toch niet alle diabetespatiënten deze doen, schrijft Evers toe aan vermijdingsgedrag. “Voor sommige patiënten is hun ziekte zo confronterend, dat ze er niet de hele tijd mee bezig willen zijn. Coping-gedrag dat ze vaak al hun leven lang vertonen. Anderzijds zijn er patiënten die zo rigide zijn in het controleren van hun bloedglucose dat ze zichzelf geen enkele mate van vrij-

heid toestaan. Ze krijgen er stress van, kunnen depressief worden en zelfs eetstoornissen ontwikkelen. Belangrijk is beide typen gedrag zo vroeg mogelijk te signaleren en te begeleiden. Bijvoorbeeld door het gedrag bespreekbaar te maken en te ‘normaliseren’, dat wil zeggen, aangeven dat het veel vaker voorkomt. Zo kan de patiënt open komen te staan voor de nodige veranderingen. Soms spelen er ook andere problemen die maken dat de patiënt geen prioriteit geeft aan bloedglucosecontroles. Denk bijvoorbeeld aan schul-

den, stress en scheidingen, waardoor de patiënt zegt: ‘Sorry, ik heb zoveel stress, ik trek het niet om er nu iets aan te doen’. Een signaal dat serieus genomen moet worden en aanleiding moet zijn om alle omstandigheden in kaart te brengen die voor de patiënt van invloed zijn bij de behandeling van de diabetes. Psychologische ondersteuning kan in zulke situaties belangrijk zijn.”

Belonen werkt

Een gezonde leefstijl is niet belonend op de korte termijn. Wat je het beste kunt doen, is het belonend maken, weet Evers. “Belonen werkt beter dan het opgeheven vingertje. Daarom ontwikkelden wij in Leiden het BENEFIT-programma, in eerste instantie bedoeld voor patiënten met hart- en vaatziekten. Deelnemers krijgen toegang tot een persoonlijk gezondheidsportal waarin ze verschillende parameters kunnen invoeren die van belang zijn voor het ontwikkelen van een juiste leefstijl. Daarvoor krijgen ze punten, waarmee ze bijvoorbeeld korting krijgen op gezonde producten. Op termijn willen we dit uitbreiden naar patiënten met diabetes. Zij kunnen dan hun glucosewaarden in het portal bijhouden en zo gemotiveerd worden voor een gezonde leefstijl. In de ideale situatie geeft de patiënt de huisarts en de specialist toegang tot zijn portal zodat ze samen doelen kunnen stellen en daar gezamenlijk aan kunnen werken”.

Groepsdruk helpt

Onlangs was in het nieuws dat stoppen met roken beter werkt als het in de werksituatie groepsgewijs georganiseerd wordt en stoppen door de werkgever extra beloond wordt. In een internationale studie, gefinancierd door een zorgverzekeraar, is aangetoond dat een groepsgewijze benadering ook de kosten van de zorg vermindert. Evers waarschuwt: “Sociale druk kan zeker helpen, maar

je moet wel oppassen voor stigmatisering en het inbrengen van te veel competitie. Dan kan het te veel stress met zich meebrengen en er toe leiden dat een grote groep afhaakt”.

Voorkom frustratie

Hoe voorkom je dat je als internist gefrustreerd raakt als je patiënt steeds maar niet de gestelde doelen bereikt? Blijf het dan niet steeds op dezelfde manier aanpakken, stelt Evers. “Bewust de patiënt even met rust laten is niet per se fout. Je zou kunnen afspreken het er de eerstvolgende keer niet over te hebben en pas de keer daarna beginnen over een begeleidingstraject. En: beloon niet alleen resultaat, maar ook gedrag. Complimenteer bijvoorbeeld de patiënt met zijn of haar inspanningen, ook al hebben die nog niet tot resultaat geleid. En als er een keer een terugval is, dat accepteren en het daarna weer oppakken. Als mensen geen moeite doen, is er altijd meer aan de hand en moet je naar de achterliggende factoren gaan kijken”.

ICT-ondersteuning

Gezondheidsportals werken, mits goed uitgelegd en in combinatie met reguliere consulten. Het is een misverstand om te denken dat ouderen en mensen uit een lagere sociaaleconomische klasse deze programma's niet zouden kunnen gebruiken. “Het gebruik van de smartphone en internet is ook in deze groepen ingeburgerd. Slechts 5% ziet dit soort toepassingen niet zitten; de overgrote meerderheid vindt het een prettige toevoeging”.

Lijnoverstijgende aanpak

De effecten van gedragsinterventies zijn soms kortdurend. Vaak doordat er geen of te weinig evaluatiemomenten zijn. Ook zouden gezondheidsportals vaker lijnoverstijgend moeten worden opgezet. De patiënt streeft daarbij samen met de huisarts en specialist naar optimale

resultaten, dus in de nulde, eerste en twee lijn. Evers: “Ons BENEFIT-portal kan de patiënt overal mee naar toe nemen. Uiteindelijk zie ik levenslange zelfmanagementprogramma's die we allemaal en overal mee naar toe kunnen nemen als één van de oplossingen om gezondheidswinst te bereiken. We worden steeds ouder, we willen goede kwaliteit van leven en de technologie wordt steeds beter en makkelijker te gebruiken. Ik verwacht dat het net zo vanzelfsprekend wordt als tandenpoetsen”.

Zorgverzekeraars en overheid

Zorgverzekeraars zien een groot maatschappelijk belang in zelfmanagement en leefstijlinterventies. Ze stimuleren de ontwikkelingen, bijvoorbeeld door onderzoek op dit gebied te financieren. Een punt van discussie met de zorgverzekeraar is dat het niet alleen gaat over zorg, maar ook over preventie en het is niet duidelijk wie daarvoor gaat betalen. “Mensen zijn nog niet gewend om zelf voor zoiets te betalen. Wij bieden ons gezondheidsportal daarom gratis aan”.

De overheid heeft ook een taak, namelijk de blootstelling aan ongezonde verleidingen minimaliseren en ervoor zorgen dat gezond eten goedkoper wordt. “Gezond eten is nu veel duurder dan ongezond eten en dat is voor met name de lagere sociaaleconomische klasse erg slecht”.

Kinderen

Kinderen die al op jonge leeftijd ongezond eten, vallen daar op latere leeftijd weer snel op terug. Dit is een conditioneringsproces; wat je als kind geleerd hebt, neem je je leven lang mee. “Dat kan heel negatief uitpakken tijdens een stresssituatie later in het leven. Kinderen worden tegenwoordig ook veel meer aan allerlei verleidingen blootgesteld. We moeten dus al heel vroeg met leefstijlprogramma's beginnen, maar ook onbewuste prikkels uit de omgeving aanpassen. Dus geen roltrappen, geen snacks voor de deur van de school, bewegen in de pauzes, ICT-tijd beperken en op tijd naar bed gaan”, besluit Evers. ■

“**Belonen werkt beter** dan het opgeheven vingertje”



Oververhixt, de nieuwe systeemziekte

In mijn ziekenhuis hebben we een half jaar geleden een nieuw elektronisch patiëntendossier in gebruik genomen. Mee in de vaart der volkeren, efficiëntere zorg, minder administratief personeel, we kennen allemaal de argumenten waarmee het paard van Troje naar binnen gehesen wordt. Als je me nu vraagt hoe het laatste half jaar geweest is kan ik helemaal in de geest van de Trojaanse traditie, niet zonder enig welverdiend zelfmedelijden, het antwoord geven dat Aeneas geeft aan Dido, als zij hem vraagt te vertellen over zijn wederwaardigheden. Hij antwoordt: *“Infandum regina iubes renovare dolorem”*.

Oftewel: “Koningin, je vraagt mij een onuitsprekelijk verdriet op te rakelen”. Het was een dramatisch half jaar. Goed, Aeneas had jaren over de Middellandse Zee gezworven, gevaren het hoofd geboden, schipbreuk geleden, bemanning verloren, maar wij hebben het ook niet gemakkelijk gehad. Iedereen heeft zo zijn eigen comfortzone en ja, daar moet je af en toe even uit komen. We noemen dat een uitdaging. Met ons nieuwe gedrocht ben je voortdurend ultra-oncomfortabel aan het werken. Een paar quotes: “We hebben gisteren met vier nefrologen geprobeerd een acute dialyse in het systeem te zetten. Dat is eigenlijk niet gelukt.” Een jonge collega: “Logistieke hel, deel 3. Als je tijdens je spreekuur een scopie wilt hebben, kun je beter een consult MDL aanvragen, want de formulieren zijn onmogelijk om in te vullen”. Kortom contra-intuïtief en zeer arbeidsintensief.

En de patiënt? Die mag naar een aanmeldzuil en ziet dan meteen welke afspraken hij allemaal heeft. Ook als dit zogenaamde administratieve consulten zijn, waarbij een case-manager even checkt of een PA-uitslag al binnen is. In de spreekkamer is geduld een schone zaak, want als de computer van de dokter niet verder wil, kun je nog niet weg.

Wil de dokter een infuus: *orderen!* Beenmergpunctie? Maak je borst maar nat, aanvraag wordt alleen gehono-

reerd als je op slimme wijze het akkoord van een hematoloog omzeilt. Ik ben hematoloog en ik kan eigenlijk zelf geen beenmergpuncties meer aanvragen. En bij de mergen die ik in het laboratorium bekijk vind ik zelden de informatie die ik nodig heb om de vraagstelling te kunnen begrijpen.

Elke dag hebben we nu naast het vaste programma en de mail de ‘werklíst’, de correspondentiecontrole, de dbc-correcties, de intercollegiale consulten en zo nog een heleboel zaken die allemaal op je *todo-list* komen. Ik dacht dat met *todo* ‘alles’ bedoeld werd, maar *hix* is Engels georiënteerd, dus dat moet je gewoon doen. Je moet wel heel goed geluimd zijn om hier elke dag met een grote grijns doorheen te komen. ¡*Todo estupendo!*, roep ik dus elke dag naar mijn lijstjes.

Is het een klaagzang en zijn we slachtoffer met zijn allen? Nee, maar dit is dus wat wij nu willen. Veel registreren, zo min mogelijk contact met patiënten, allerlei zogenaamd veiligheidsbevorderende acties die kant nog wal raken. Niets veilig doen is veilig nietsdoen. Werken is een achterhaald en inmiddels ook een masochistisch concept. Over het medicatievoorschrijfsysteem zal ik niet uitweiden, maar dat is voor dokters die chemotherapie voorschrijven een dagtaak geworden, zonder dat het een aantoonbaar effect heeft op de veiligheid.

Een troost: ons ziekenhuis staat er nog. Compassie met de collega’s in het Slotervaart en Lelystad. En compassie met collega’s die een disproportionele hoeveelheid negatieve aandacht krijgen in de pers in verband met een *#metoo*-affaire.

Het woord ‘systeem’ heeft een heel vieze bijmaak gekregen. Terwijl het etymologisch van ‘samenstand’ komt. Ik verwacht een systeemoproer, een opstand. Systemische therapie om het leven weer leuk te maken. Samen met lange Frans gaan wij dokters weer dokteren. Hixit (hix exit)! ■

Dr Punthoofd... volgt gewoon de REGELTJES



Reactie op 'De knuppel in het internistenhok: Eenheidsworsten'

Na het lezen van de knuppel over eenheidsworsten, vraag ik me af of de kaders en verwachtingen die geschetst worden (van de bruine schoenen, vinkjes zetten en de voorspelbare CAT's) niet vooral in ons eigen hoofd zitten. Als puber zet je je af tegen de omgeving, maar halverwege de twintig gaan veel mensen zich steeds meer conformeren. Omdat ze het bijvoorbeeld oncomfortabel vinden om tegengas te krijgen. Maar desalniettemin heb ik de ervaring dat je binnen de bestaande kaders voldoende mogelijkheden hebt om de opleiding naar je eigen hand te zetten en je eigen koers te bepalen.

Neem nou de CAT of het referaat. Hier kun je bij uitstek je eigen invulling aan geven, ondanks het vaste format. Tijdens mijn opleiding heb ik zo'n 8 jaar geleden bijvoorbeeld al een referaat gehouden over het effect van i-pads op de efficiëntie van de aios, met daarbij het verzoek aan de maatschap om tot aanschaf van deze i-pads over te gaan. Dit laatste is helaas niet gelukt, maar de hele zaal was wel wakker! Een andere CAT hield ik over een behoorlijk omstreden onderwerp: het werken tijdens de weekenden ten opzichte van door de week. Geeft de minimale bezetting in het weekend nou meer mortaliteit? En twee jaar geleden stelde ik met een CAT de zoekmachines ter discussie; moesten we Pubmed blijven gebruik-

ken, of overgaan op Google Scholar? Ook dit onderwerp werd prima ontvangen, zeker ook door de opleider.

Daarnaast zijn er ook op andere vlakken mogelijkheden om je opleiding naar je eigen behoeftes aan te passen. Toen ik het een tijd nogal zwaar had, nam ik in overleg met de stagehouder elke week naast een parttimedag een losse vakantiedag op (die hield ik toch altijd over). En tegen het einde van mijn opleiding ben ik nog naar een ander opleidingscentrum overgestapt omdat ik daar meer kansen zag voor mijn verdere ontwikkeling.

Ik ben het er helemaal mee eens dat er meer aandacht moet komen voor de individualisatie van de opleiding, en daar zouden de gesprekken met onze opleiders vaker over moeten gaan. Maar aios moeten, zeker als ze in de laatste jaren van de opleiding aankomen, ook zelf het heft in handen nemen en de kop boven het maaiveld durven uitsteken. Leg je individuele verlangens of je ideeën voor aan je opleider. Een plan maken, uitwerken en iemand daarvan overtuigen, dat lijkt me toch een vaardigheid waar iedere aios aan moet kunnen voldoen? Hij staat misschien niet in Canmeds, maar elke arts heeft hem nodig in de spreekkamer.

Doen dus, en stap zelf uit de eenheidsworst! ■

Yvo Smulders



Berichten van de andere kant

Zo ongeveer iedereen denkt zich bovengemiddeld goed in patiënten te kunnen verplaatsen. Er is vrijwel geen arts die tijdens een jaargesprek 'communicatie met de patiënt' en inlevingsvermogen niet als bovengemiddelde kwaliteiten van zichzelf aanmerkt. Onder collega's is het niet anders en zelf ben ik nauwelijks een uitzondering. Zoals ik met patiënten omga, dat mag een voorbeeld zijn voor velen, denk ik stiekem. Ideeën over wat in dit opzicht goed is ontleen je aan je moreel kompas, je sociale armementarium, je gezond verstand en het basisvertrouwen dat je in die kwaliteiten hebt. Ervaringen met patiënten sturen het een beetje bij, opleiders misschien ook een ietsie pietsie.

Een belangrijke cognitieve benchmark is je voorstellen dat *jóu* of een van je naasten iets overkomt. Wat zou je dan belangrijk vinden?

Recent werd die voorstelling voor mij zomaar ineens werkelijkheid. De details doen er nu even niet toe (ter geruststelling: komt goed), de lering des te meer. Veel wist ik wel en werd alleen maar bevestigd. Een aantal andere dingen waren best nieuw.

1. Predik geen geduld als je patiënten in onzekerheid of angst moet laten, bijvoorbeeld vanwege wachttijden voor onderzoek of ingrepen. Geduld is wat je hebt als je bij de slager op je beurt wacht. Als iets niet snel kan, maak je patiënt dan duidelijk dat je begrijpt dat wachten vreselijk is en dat je alles in het werk stelt om diagnose en therapie snel te laten plaatsvinden.
2. Directe inzage in het elektronisch patiëntendossier is, vooral voor radiologie- en pathologie-uitslagen, echt een ramp. Bespreek als dokter belangrijke uitslagen met patiënten en biedt ze niet aan via de computer. In het Amsterdam-UMC hebben we deze strijd verloren, zorg dat dat bij jullie niet gebeurt.
3. Als je ziek bent, wil je weten wat er aan de horizon ligt. Ook al is het onvoorspelbaar, heb het er in ieder geval wel over. Tuurlijk ga je het stapje voor stapje bekijken, maar stapjes zijn voor patiënten lastig als ze niet weten op welke weg ze die zetten.
4. Spreek met één stem. Maak een patiënt nooit deelgenoot van onenigheid of verschillen van inzicht tussen zorgverleners. Dat geldt voor iedereen in het team: artsen én verpleegkundigen. Het klinkt zo logisch, maar ik maak echt dagelijks mee dat iedereen aan het bed een eigen uniek geluid wil laten horen. Vooral uit narcisme. Doe het niet!
5. Realiseer je dat tussen alle artsen die een patiënt vaak heeft, er altijd één moet zijn die de dokter is. Patiënten willen geen perfect ingespeeld zorgteam of geoliede zorgstraat, maar een dokter met wie ze lief en leed kunnen delen. Schroom niet die rol op je te nemen. Het levert vast wat extra werk op, maar is wel de meest bevredigende rol die je kunt hebben.

Nou sorry, ik wilde niemand beledigen met tips over zulke elementaire beginselen van goed dokterschap. Maar *just in case*... Neem het in ieder geval niet persoonlijk op, u bent zelf immers zeer waarschijnlijk ver bovengemiddeld.