

01

de internist

JUNI 2025
JAARGANG 16

dossier
Toezicht

Evelien Bodar & Rikje Ruiter:

'Het is interessant om in andere keukens te kijken'

De brede basis:
Moet je als
internist dan
alles weten?

Het zorg-
landschap
voor dummies:
wie is wie?



Deze roeispaan is een
actie tegen kanker

Naomi en Tiejo steunen
KWF door 100 kilometer
te roeien.

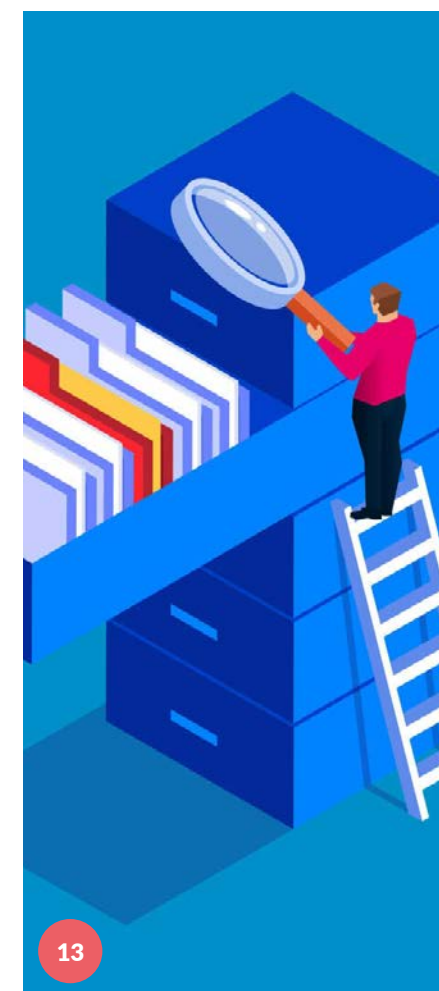
Kom jij ook in actie?
Ga naar acties.kwf.nl



8

Rondetafelgesprek De brede basis

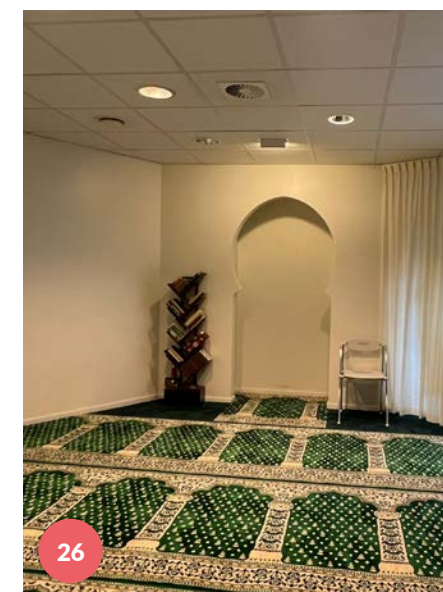
Drie internisten (in opleiding)
schuiven aan



13

Dossier Toezicht

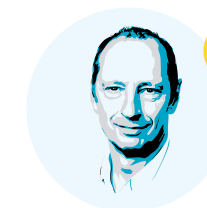
Toezicht op de zorg



26

Stilteruimtes

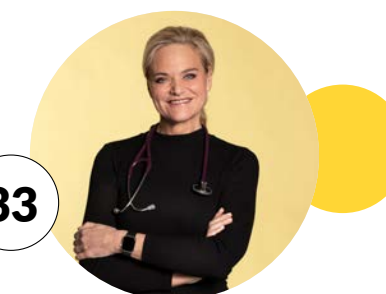
Plek voor rust, bezinning,
reflectie en gebed



37

Blijvend bang

Column
Yvo Smulders



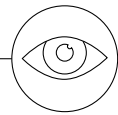
33

Spiegeltje Spiegeltje

Cardioloog Janneke Wittekoek
over de internist

- 4 Vooruitblik
- 5 Redactioneel
- 7 Werkvloer
- 12 Vakgroep uitgelicht
Vakgroep Interne Geneeskunde,
Tergooi MC in Hilversum
- 22 Zorglandschap
Een praktische handleiding voor
dummies
- 24 Seksualiteit
Heb jij het er wel eens over?

- 30 Komen en Gaan
Michelle Mebius en Frank Bosch
- 32 Open deur
CVRM-medicatie
- 33 In cijfers
- 34 Boekbespreking
Voorkomen is beter
- 35 Klare taal
- 36 Focusvraag
- 38 Agenda



Vooruitblik

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

P08



Iris van Groenningen gaat samen met drie collega's dieper in op de brede basiskennis van internisten.



Ruth Versteeg, fellow internist-endocrinoloog Spaarne Gasthuis

'Herkenbaar probleem. Ik ben voorstander van laagdrempelig overleg met collega's om verwijzing naar andere internisten zoveel mogelijk te voorkomen. Hierdoor hou je de regie. Het werkproces moet hier wel op worden ingericht door bijvoorbeeld overlegtijd te blokkeren tijdens de poli of extra consulttijd voor complexe patiënten met meerdere problemen.'

P14



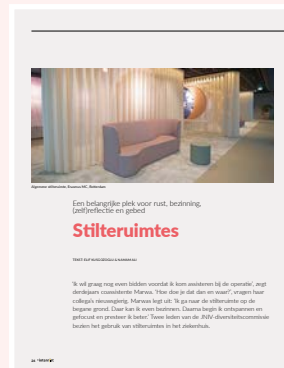
Twee leden van het Forum Visitorium vertellen over de kwaliteitsvisitatie.



Servet Duran, internist-intensivist, Wilhelmina ziekenhuis Assen

'De visitatiedag is inderdaad een mooie vorm om bij elkaar in de keuken te kijken. Het is een gevarieerde samenstelling van grote en kleine ziekenhuizen, waarbij men van elkaar leert. Ik herken de onderwerpen die aan bod komen in het artikel en sluit mij hierbij aan. Voor ons ziekenhuis zou er wel meer uit te halen zijn geweest als we met vergelijkbare ziekenhuizen werden gevisiteerd.'

P26



Stilteruimtes in ziekenhuizen zijn een belangrijke plek voor rust en bezinning.



Harry Koene, internist-hematoloog/opleider, St. Antonius Ziekenhuis Nieuwegein/Utrecht

'Terugtrekken in stilte- of gebedsruimtes, maar ook in bijvoorbeeld een kolfruimte schuurt gemakkelijk met de dagelijkse werkzaamheden, omdat het ongestoord moet plaatsvinden. Het vereist begrip, flexibiliteit en tolerantie, van zowel degene die zich terugtrekt, als degene die het werk tijdelijk opvangt.'



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

redactioneel

Mooi vak, toch?

Wat hebben we toch een bijzonder vak denk ik na weer een mooi gesprek met een patiënt, als ik puzzel op een diagnose of tijdens een goed gesprek met collega's. Helaas sneeuwt die kant van het vak de laatste tijd vaak onder door discussies over wachtlijsten, verplicht in loondienst, aniestekort en de administratielasten. Terwijl de

Om die reden ben ik extra blij met deze dubbel dikke editie van 'de internist'. De special voor de a(n)ios legt haarfijn uit waarom ons vak zo aantrekkelijk is. Als ik de artikelen lees, weet ik weer precies waarom ik voor dit vak heb gekozen. We gaan ook de lastige kanten van ons vak niet uit de weg, met aandacht voor toezicht. Spannend, onduidelijk en soms zelfs aanleiding voor lichte paniek. Hoe ziet een tuchtrechtzaak eruit? Wat is de rol van IGJ? Waar kun je zelf mee aan de slag? Lees over de ervaringen van de nieuwe visitatie, die niet zozeer controle tot doel heeft, maar streeft naar een constructief gesprek. Ook kun je in deze editie aansluiten bij een kleine rondreis door het zorglandschap, met als leidraad: wie gaat waar over? En bij wie moet je voor wat zijn? In de terugkerende rubriek 'de ronde tafel' gaan we het gesprek aan over de brede basis. Wat is het wel, maar vooral ook: wat is het niet? En hoe kun je hier als internist en vakgroep handen en voeten aan geven? Om tot slot weer terug te keren bij de vraag waarmee ik startte: wat maakt ons vak ook alweer zo mooi? In de rubriek Komen & Gaan weer twee bevlogen vakgenoten aan het woord, en is mijn twijfel weer helemaal verdwenen.

basis welbeschouwd onveranderd is gebleven: hoeveel je kunt betekenen voor de patiënt, hoe geweldig je je kunt verdiepen door de diversiteit van het vakgebied. En dan heb ik het nog niet eens over de kansen op het terrein van wetenschap, management en opleiding die voor het grijpen liggen.

Iris



DE PIJNLIJKE REALITEIT VAN REUMA

JE MOET STEEDS JE VRIENDINNEN AFZEGGEN

Er leven in Nederland meer dan twee miljoen mensen met reuma. De beschadiging van hun gewrichten en spieren is nog steeds niet te genezen. Mensen met reuma hebben vaak het pijnlijke gevoel dat ze tekortschieten. Als ouder, vriend(in) of collega. Terwijl de buitenwereld denkt dat het allemaal wel meevalt. Dat is de pijnlijke realiteit van reuma. Te pijnlijk om te negeren. Steun ReumaNederland.



Steun nu



Op de werkvloer

Echografie: een onmisbare vaardigheid voor de internist

Echografie is een essentiële toevoeging aan de diagnostische vaardigheden van internisten. Het stelt artsen in staat om snel en direct klinisch relevante informatie te verkrijgen, bijvoorbeeld bij patiënten met dyspneu, shock of nierinsufficiëntie. Daarom is (spoed)echografie inmiddels een vast onderdeel van de opleiding interne geneeskunde en groeit de erkenning voor het belang ervan.

Wil jij je echografievaardigheden aanscherpen? De NIV biedt een eigen meerdaagse echografiecursus waarin je hands-on leert werken met longechografie, basale echocardiografie, onderzoek naar ascites, diepveneuze trombose en meer. Naast praktijkgerichte oefeningen krijg je een sterke theoretische basis over

beeldoptimalisatie, probe-handling en artefactherkenning. De nadruk ligt vooral op praktische toepasbaarheid. Ook tijdens de Internistendagen 2025 stond echografie volop in de schijnwerpers. Voor het eerst vonden de Sonogames plaats: een landelijke competitie waarin opleidingsregio's streden om de titel 'Beste Echografieteam van Nederland'. De regioteams van Amsterdam en Utrecht haalden de finale en stonden op het hoofdpodium tegenover elkaar. Uiteindelijk liet Amsterdam overtuigend zien dat zij het beste echografieteam van Nederland zijn! Ga jij ook je kennis verdiepen?



Zorg voor actie

Je kunt geen krant openslaan of talkshow aanzetten zonder te horen over de uitdagingen in de zorg: vergrijzing, personeelstekorten en stijgende kosten. Als internisten hebben we de problemen geanalyseerd, differentiaaldiagnoses opgesteld en behandelvoorstellen gedaan.

Tijdens de Internistendagen 2025 hebben we de volgende stap genomen: *Zorg voor Actie!* We bespraken hoe we goede ideeën konden omzetten in een nieuwe realiteit. En hoe we

ervoor konden zorgen dat regeldruk verdwijnt en patiëntenzorg weer op één komt. *Zorg jij (al is het met een kleine stap!) dat dit een vervolg krijgt? Zorg voor Actie!*

→ Iets gezien of gelezen wat relevant is voor je collega's? Deel het via werkvloer@internisten.nl

Internisten besteden ruim twee keer zoveel tijd aan administratie als aan patiëntenzorg

Hoeveel tijd brengen internisten écht door met hun patiënten? Hoeveel tijd zit er eigenlijk in administratie? Om hier een actueel beeld van te krijgen, organiseerde de NIV in oktober 2024 een landelijke flashmobstudie in 24 ziekenhuizen. Medisch studenten schaduwden internisten en arts-assistenten tijdens hun werkdag en registreerden nauwkeurig hoe hun tijd werd besteed.

De resultaten zijn confronterend: gemiddeld werd 43,5% van de werktijd (ruim vier uur per dag) besteed aan administratieve taken, terwijl slechts 19,6% van de tijd naar direct patiëntcontact ging. Vooral artsen op de polikliniek, die relatief meer tijd met patiënten doorbrachten, zagen zich genoodzaakt om administratie in eigen tijd af te ronden. Internisten en arts-assistenten noemen vooral financiële registraties, overbodige brieven en dubbele vastlegging als tijdrovende en onnodige administratieve taken. De uitkomsten van deze flashmobstudie onderstrepen de noodzaak om bureaucratische lasten te verminderen en de focus te verleggen naar waar het echt om draait: goede patiëntenzorg. De NIV pleit voor een gezamenlijke inspanning van zorgverleners, beleidsmakers en IT-leveranciers om regeldruk structureel aan te pakken.

Lees het gehele artikel via naaststaande QR-code:





Rondetafelgesprek



De brede basis

Moet een internist nu alles weten?

TEKST: BIANCA HAGENAARS | BEELD: ANNEMARIE GORISSEN

We zien een toename van het aantal multimorbide, chronisch zieke mensen. Daardoor wordt een brede basiskennis steeds belangrijker. Aan de andere kant zien we ook dat de afgelopen jaren subspecialisaties steeds belangrijker geworden zijn en dat generalistische kennis dreigt te verdwijnen. De NIV wil de generalistische kennis bij de internist borgen en stelde anderhalf jaar geleden de eis dat elk jaar tien accreditatiepunten besteed moet worden aan brede basiskennis. In dit rondetafelgesprek gaan vier internisten in op de vraag: wat houdt het concept brede basis eigenlijk in? En moet een internist nu alles weten?

Het concept van de brede basis heeft heel wat losgemaakt, vertelt Iris van Groenningen, internist en secretaris van het NIV-bestuur. Van begrip aan de ene kant tot angst dat de brede basisten koste gaat van de inhoud van de differentiatie aan de andere kant. Wat vinden de tafelgasten van dit concept? Stijn Halkes vertelt dat de genoemde ambivalentie over de brede basis ook bij de Nederlandse Vereniging voor Hematologie (NVvH) bestaat. 'Hoewel er begrip is voor het vergroten van de basiskennis, is een breed inzetbare internist die de hematologie eraan doet, gewoonweg niet mogelijk', zegt hij. 'Daarnaast hebben we de zorg binnen de hematologie vrij strak georganiseerd. Door de zorgchelonering is duidelijk welke zorg in welk ziekenhuis gedaan kan worden. We hebben ook een heldere regionale samenwerking, waardoor duidelijk is waar we met bepaalde vragen terecht kunnen. Het is goed dat bij hematologen brede kennis bestaat over acute geneeskundige problemen, als longembolieën, hypertensieve crises, sepsis etc. Maar het voert in mijn ogen te ver om te verwachten dat hematologen ook volledig op de hoogte zijn van de behandeling van diabetes, hypertensie en chronisch nierfalen.'

Paradox

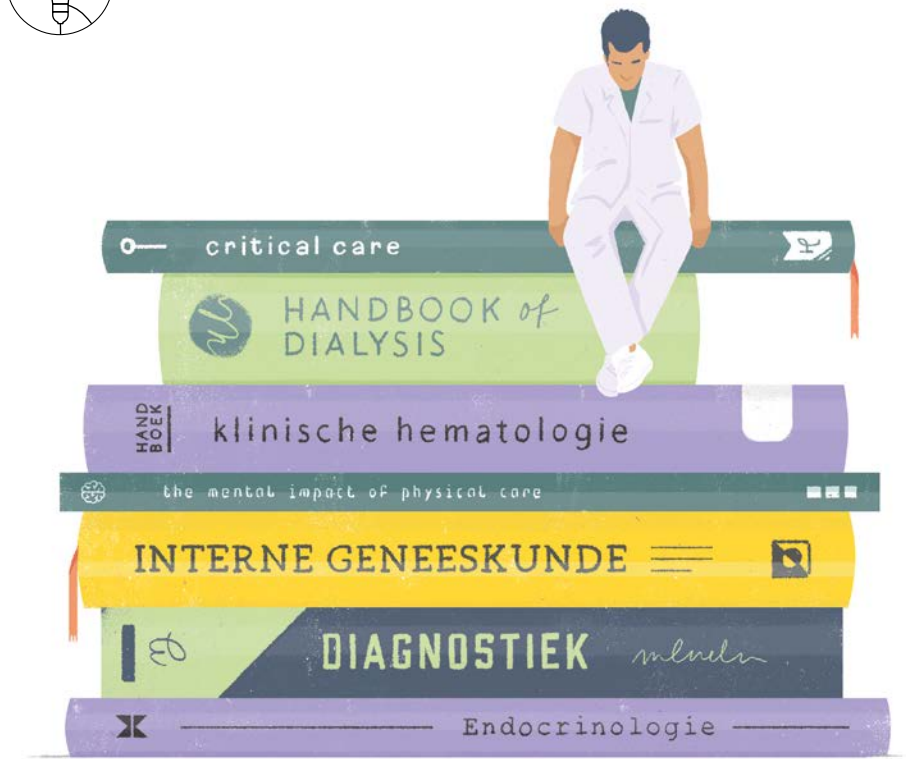
'Er bestaat een grote paradox in de ontwikkelingen binnen de zorg', zegt Marieke van Gastel over het concept van de brede basis. 'Aan de ene kant zijn er richtlijnen waar iedereen zich binnen zijn specialisatie aan moet houden, waarin elke internist zich moet blijven bekwalen. Aan de andere kant zien we steeds meer oudere en multimorbide patiënten, die gebaat zijn bij één dokter die de verschillende aandoeningen

kan wegen en zo een overkoepelend besluit kan nemen. Het is belangrijk samen goed over deze paradox na te denken, en waar mogelijke oplossingen liggen. Op die manier kunnen we een invulling geven aan de brede basis die past bij zowel perifeer als academisch werkende internisten. Als JNIV horen we ook dat veel aios na twee jaar specialistische differentiatie het gevoel hebben hun brede basis verloren te zijn. Dat probleem hopen we ook te adresseren door meer focus op de brede basis te leggen.'

Comfortabeler op eigen poli

Bram Goorhuis: 'We noemen onszelf vaak 'internist-aandachtsgebied', maar op de polikliniek zien we ook problemen die buiten onze comfortzone liggen.'





Daarom denk ik dat we zowel in de periferie als in de academie, waarin we toch steeds meer specialiseren en versnipperen, in staat moeten zijn om allemaal een bepaald basisniveau te halen. Zodat je je comfortabeler voelt op de polikliniek, waar je toch problemen zult zien die breder zijn dan je eigen specifieke aandachtsgebied. In de webinars die we tot nu in het kader van de brede basis hebben gedaan, zien we dat er een enorme behoefte is aan basiskennis. Het is fijn, ook voor internisten die al een tijdje klaar zijn, toch weer even te horen welke diagnoses je echt niet mag missen op basis van bijvoorbeeld een urinesediment.'

Doorverwijzen

Door het gebrek aan comfort bij problemen buiten het eigen aandachtsgebied, ziet Bram het steeds vaker gebeuren dat de ene internist patiënten binnen het eigen ziekenhuis doorverwijst naar de andere internist. De anderen herkennen dit. 'Soms lopen patiënten bij twee of drie verschillende internisten omdat de betreffende collega's aangeven bepaalde ziektebeelden niet te kunnen behandelen. En dan gaat het niet over een complexe dialysepatiënt met een maligniteit, maar over iemand met diabetes, MGUS en een beetje hypertensie.'

Stijn geeft aan laagdrempelig met collega's te overleggen als hij iets niet weet. 'Waarom bellen we niet gewoon voor advies, zonder patiënten meteen intern door te verwijzen?', vraagt hij zich af.

Weten wat je niet weet

Volgens Stijn is het streven naar een bepaalde basiskennis niet gelijk aan het streven alles van de interne geneeskunde te weten. 'Je moet beseffen dat je niet alles weet, weten wat je niet weet én weten waar je advies kunt vragen', stelt hij. De andere tafelgasten beamen dit. 'We moeten niet van onszelf verwachten dat we alles kunnen', zegt Marieke. 'Maar er zijn wel randvoorwaarden waar we ons aan zouden moeten houden, zoals de afspraak dat er maar één internist in consult is. Als we betere afspraken kunnen maken over het niet doorverwijzen van patiënten, komt dat ons werk alleen maar ten goede. Denk hierbij niet alleen aan de overvolle poli's, maar ook aan de patiënt. Die is echt gebaat bij iemand met een brede basiskennis.'

Gevraagd en ongevraagd advies

Een ander probleem dat Bram ziet bij een gebrek aan een brede basis, is dat van consulenten die gevraagd (en ongevraagd)

Tips voor het krijgen en houden van brede basiskennis

- Beseef dat je niet alles weet, maar ook niet alles hoeft te weten.
- Durf collega's om advies te vragen en leer hiervan.
- Juist door als senior specialist vragen te stellen aan anderen als je iets niet (precies) weet, verlaag je de drempel voor de andere internisten en vooral ook voor de arts-assistenten om te durven vragen en te leren. Bij doorvragen blijken we allemaal veel niet of niet precies te weten.
- Verwijs patiënten zo min mogelijk intern door, en maak hier met de vakgroep afspraken over.
- Zorg dat er niet meer dan één consulent aan het bed staat, en maak hier met de vakgroep afspraken over.
- Volg webinars van de webinarserie de brede basis van de NIV en ga naar de internistendagen.
- Durf op de poli zelf beleid te maken en toets dan je beleid aan de deelspecialist. Dit door via de werklíst te vragen om mee te kijken in het dossier. Zo leer je én krijgt de patiënt optimale zorg bij één specialist. Bijv. interpretatie uitslagen bij verdenking primair hyperaldó; moeilijkere schildklierproblemen of work-up bij hypofyse-adenoom.

advies komen geven bij patiënten op zaal. 'Als je als zaalsupervisor een beetje laks bent ingesteld, kun je de hele zaal runnen op consulenten.' Hij zegt het schertsend, maar dit is volgens hem in de academie wel echt een terugkerend probleem. 'Soms wordt te pas en te onpas advies gevraagd aan consulenten. Het gevaar bestaat dan dat het totale plaatje – waarbij een supervisor precies weet wat er bij een bepaalde patiënt speelt en welke problemen wel en niet relevant zijn – verloren gaat. Als ik supervisie heb, verbied ik daarom aios om iemand in consult te vragen zonder dat

we dat eerst samen hebben besproken.' Marieke herkent het beeld dat Bram schetst. 'Wanneer een supervisor zich onvoldoende bekwaam voelt, zal diegene vaker advies vragen aan een collega-internist. Dat zie je met name in een supergespecialiseerde omgeving als de differentiatie', zegt zij. 'Deze manier van werken straalt af op aios.'

Impostersyndroom

In dit kader is het impostersyndroom interessant. Iemand met dit syndroom heeft de hardnekkige gedachte dat hij of zij anderen misleidt op het vlak van de eigen bekwaamheid. Zo iemand leeft met een continue angst om door de mand te vallen. Het impostersyndroom is echt iets wat speelt onder aios en internisten, zien Bram en Marieke. Bram: 'Kennelijk vinden we dat een internist alles moet weten. Maar als iemand iets niet weet, en vervolgens niets vraagt, verandert er ook niets.' Marieke zegt hierover: 'Door bijvoorbeeld toe te staan dat aios altijd consulenten kunnen laten komen, bekrachtigen we dit impostergedrag. Maar door bij twijfel een aios samen met een supervisor een collega te laten bellen, krijg je niet alleen een antwoord op je vraag, maar maak je er voor de aios ook een leermoment van. Durf als internist, ook als je al wat langer klaar bent, vragen te stellen als je iets niet begrijpt. Wees hiermee een positief voorbeeld voor je collega's.'

Niet vastgelegd

Twee zaken die die de brede basis op de werkvloer zouden kunnen bevorderen, zijn het zo min mogelijk doorverwijzen van patiënten naar andere internisten binnen het ziekenhuis en

het hebben van één consulent aan het bed. Iris: 'Maar is dit ook zo afgesproken bij de verschillende ziekenhuizen of vakgroepen, en zijn deze afspraken vastgelegd?' Dit lijkt bij geen van de tafelgasten in het ziekenhuis zwart op wit te staan. 'Een en ander wordt wel besproken binnen de vakgroep,' zegt Bram, 'maar er wordt eigenlijk niet op gehandhaafd.' Ondanks de eerdergenoemde twijfels van Stijn lijkt het concept van de brede basis in het LUMC al redelijk goed geïnstitutionaliseerd. 'Elk jaar hebben we vijf middagen waarbij steeds een andere vakgroep onderwijs verzorgt over hun specialisme voor de overige vakgroepen. Juist om ervoor te zorgen dat we niet steeds gebeld worden met vragen waarvan wij denken dat andere internisten dat zouden moeten weten. Deze middagen worden geaccrediteerd door de NIV en we leren elkaar goed kennen. Dit heeft volgens mij een positief effect gehad op het beleid niet intern door te verwijzen en toch ook laagdrempelig te kunnen overleggen als je iets echt niet weet.'

Leuker werk

Al met al lijkt er tijdens het rondetafelgesprek vooral begrip voor de brede basis, al heeft de ene vakgroep hier uit eigen beweging meer stappen in gezet dan de andere. 'De initiële angst dat internisten alles moeten kunnen, lijkt niet terecht', besluit Iris. 'Het is goed je ervan bewust te zijn dat je niet alles weet, en anderen ook niet. Zo komt er ruimte om ongedwongen vragen te stellen en van elkaar te leren. En daarnaast: het is interessant je te verdiepen in een onderwerp dat buiten je comfortzone ligt. Het maakt het werk alleen maar leuker.' ●

Disgenoten

Voor dit rondetafelgesprek schoven de volgende gesprekspartners aan: **Marieke van Gastel**, aios interne geneeskunde, UMC Groningen, voorzitter JNIV **Bram Goorhuis**, internist-infectioloog, amsterdam UMC, presentator webinarserie De brede basis **Stijn Halkes**, internist-hematoloog, LUMC, opleider differentiatie hematologie, secretaris NVvH-bestuur.

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

Samara Jaber, directeur NIV

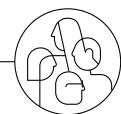


De veelkleurigheid van ons vak is onze kracht – maar zonder verbinding in de brede basis raakt die kracht versnipperd. Juist in een tijd van toenemende zorgcomplexiteit is het essentieel dat we deze

basis behouden en versterken. Internisten hoeven niet alles te weten, maar wel te weten wat ze niet weten en daarin op het juiste moment ondersteund worden. Het is mooi om te zien hoe we als NIV, samen met de JNIV, secties en deelspecia-

listische verenigingen, actief de schotten tussen differentiaties verlagen en kruisbestuiving stimuleren. Dat vraagt niet alleen cultuurverandering, maar ook de juiste randvoorwaarden om dit samen goed te organiseren.





Vakgroep uitgelicht

Elk nummer zetten wij een vakgroep in de spotlight. Dit keer is dit de vakgroep Interne Geneeskunde van het **Tergooi MC** in Hilversum

‘We vormen een goed team’

Het team



Aantal leden
vakgroep

16



Gemiddelde
leeftijd

51 jaar



Samenstelling

6 man, 10 vrouw



Blinkt als
groep uit in

brede basis met
steile pieken



Groepsmotto

‘saamhorigheid en
veelzijdigheid’

Een patiëntenpopulatie die diverser is dan je misschien in het Gooi zou verwachten. Een team met nadrukkelijk oog voor elkaar. Maar ook: veelbelovende wetenschappelijke studies, onderwijs, sport én het vaste dagelijkse koffiemoment. Welkom bij de afdeling Interne Geneeskunde van het Tergooi MC.

Op de grens tussen de regio's Utrecht en Noord-Holland ligt het Tergooi MC, volgens internist vasculair geneeskundige Pieter Willem Kamphuisen 'het mooiste ziekenhuis van Nederland'. 'Het gebouw is ruim en modern, er heerst een prettige, rustgevende sfeer. Het Gooi is zeer gevarieerd in achtergrond en etniciteit, qua leeftijd is het één van de oudste regio's van Nederland. Dat maakt onze zorg wat gecompliceerder, maar zeker niet minder interessant.'

Bindende factor

'Onze vakgroep bestaat uit oncologen, hematologen, endocrinologen, nefrologen, infectiologen en vasculair geneeskundigen', vult internist-oncoloog Marjolein Rentinck aan. 'We werken verdeeld over drie clusters, met de interne geneeskunde als bindende factor. Onderwijs is een tweede gemene deler: we zijn een groot opleidingsziekenhuis, we superviseren allemaal anios en aios. Pieter Willem heeft diverse promovendi begeleid die hier als anios interne gestart zijn.'

Samenwerking

Vanuit het centraal gelegen Tergooi werken de internisten samen met academische en perifere centra in de regio's Utrecht en Noord-Holland. Ook intern wordt makkelijk interdisciplinair samengewerkt. Marjolein: 'We kennen elkaar, de lijnen zijn kort.'



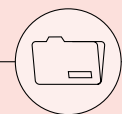
Pieter Willem: 'We zijn daarnaast zeer actief op onderzoeksgebied; we participeren in én initiëren veel studies. Een veelbelovend onderzoek is bijvoorbeeld de studie naar de relatie tussen immuuntherapie en hart- en vaatziekten. Daarin onderzoeken we hoe we atherosclerosis als gevolg van de therapie kunnen voorkomen. Een ander voorbeeld is de studie naar handkoeling in de oncologie, uitgevoerd door verpleegkundig specialisten en oncologen.'

Oog voor elkaar

Wat maakt deze vakgroep verder als team bijzonder? Pieter Willem: 'Internisten en arts-assistenten lopen jaarlijks de Hilversumse Cityrun en we organiseren elk jaar een tenistoernooi.' Marjolein tot slot: 'We drinken dagelijks koffie en lunchen samen; gezellig én het scheelt veel vakgroepvergaderingen. Daarnaast hebben we echt oog voor elkaars privéleven, tijdens een dienst nemen we makkelijk even voor elkaar waar. We vormen op meerdere fronten een goed team.' ●



De vakgroep internisten van het Tergooi MC



Dossier
Toezicht



©123RF



De nieuwe kwaliteitsvisitatie

Work in progress

In 2023 is de kwaliteitsvisitatie vernieuwd. Inmiddels zijn we ruim een jaar verder. We vragen twee enthousiaste leden van het Forum Visitorium naar hun ervaringen: internist meervoudige differentiatie Evelien Bodar en internist ouderengeneeskunde Rikje Ruiter. ‘We kijken vooral waarin we van elkaar kunnen leren.’



Evelien Bodar (l) en Rikje Ruiter (r)

TEKST: JANINE NUVER | BEELD: STIJN RADEMAKER

De nieuwe visitatiesystematiek wordt – na een uitgebreide evaluatie – sinds 2023 landelijk toegepast. De nieuwe methode is minder toetsend en er ligt meer nadruk op de uitgangspunten ‘leren van elkaar’ en ‘wederzijds vertrouwen’. De werkwijze van de nieuwe kwaliteitsvisitatie is in het kort als volgt: er worden drie ziekenhuizen gezamenlijk gevisiteerd tijdens twee bijeenkomsten in een periode van vijf jaar. Daarbij gaan drie vertegenwoordigers van elk ziekenhuis op een centrale lokatie met elkaar in gesprek. De visitatoren bereiden de groepsbijeenkomst voor en begeleiden het gesprek tussen de ziekenhuizen. Hierna wordt een rapport opgesteld met door ziekenhuizen zelf geformuleerde verbeterpunten en goede voorbeelden van kwaliteitsverbetering.

De gesprekspartners

Evelien Bodar is forumlid sinds 2014 en ook doorgewinterd als het gaat om de oude normerende visitatie. Ze is al vele jaren voorzitter van het Forum en begeleidt nu de overgangsfase. Rikje Ruiter meldde zich juist aan toen er werd gestart met de vernieuwde visitatie.

Hoe staat het er nu voor?

Evelien: ‘Het nieuwe systeem is ontzettend leuk om mee te werken en er wordt nog veel aan geschaafd. We zien veel voordelen, maar ook zaken die beter moeten. Tijdens de vergaderingen van het Forum bespreken we hoe we dat gaan doen. De overgang is zeker nog niet klaar.’
Rikje: ‘Het is interessant om in andere keukens te kijken en ik vind de achtergrond van de vernieuwde visitatie erg mooi: we gaan ervan uit dat de zaken goed geregeld zijn en kijken vooral waarin we van elkaar kunnen leren.’

Wat zijn de ervaringen?

Evelien en Rikje ervaren beiden dat er op de visitatiedag goede interactie is tussen vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en dat men echt geïnteresseerd is in elkaars praktijk. Ze signaleren dat er na de visitatiedag contact is tussen ziekenhuizen en dat er afspraken gemaakt worden om bij elkaar te gaan kijken of ideeën over te nemen. Natuurlijk zit er verschil in hoe geanimeerd de gesprekken verlopen. Dat ligt ook aan het onderwerp dat wordt besproken. De forumleden worden erin getraind om elke groep een goede discussie te laten voeren. Rikje: ‘Als een ziekenhuis vantevoren weinig informatie heeft aangeleverd of zich beperkt heeft voorbereid, dan geeft het veel voldoening om met bepaalde gespreksteknieken zo’n ziekenhuis er toch bij te betrekken.’ De bedoeling is dat de afgevaardigden een goede weerspiegeling vormen van een vakgroep en bijvoorbeeld niet allemaal uit één generatie komen. Tegelijkertijd zijn er zoveel internisten, dat zij niet allemaal aan-

wezig kunnen zijn op een visitatiedag. Evelien beaamt dat het niet duidelijk is hoe de betrokkenheid van alle internisten bij het proces is. ‘Je hoopt dat er al bij de voorbereiding binnen een vakgroep wordt opgemerkt wat aangepast of verbeterd kan worden. In welke mate de internisten die niet op de visitatiedag zelf aanwezig zijn ook geïnspireerd raken, is afwachten.’ Inmiddels is een aanpassing gedaan om dit deels te ondervangen: bij de tweede bijeenkomst moeten drie andere vakgroepleden worden afgevaardigd. Daarnaast zal de mix van ziekenhuizen bij een volgende visitatiecyclus anders zijn.

Op welke vlakken is nog aanscherping nodig?

Met name de verslaglegging van de visitatiedag vraagt nog om een verbeterslag. Elk gespreksonderwerp wordt afgesloten met het formuleren van verbeterpunten en het opschrijven van ‘goede voorbeelden’, goede ideeën voor verandering die zijn opgedaan of die kunnen worden overgenomen door andere ziekenhuizen. Evelien: ‘We merken dat dit niet altijd zo in een rapport verschijnt als je zou willen. De inspiratie die op de dag wordt opgedaan kun je niet goed in het verslag vastleggen, terwijl je die sfeer graag zou willen overbrengen op de mensen van de vakgroep die niet aanwezig waren.’ De forumleden vergaderen maandelijks. Ze bespreken dan de rapporten en de zaken waar ze bij de vernieuwde visitatie tegenaan lopen.

Hoe ‘streng’ is de visitatie nu nog?

Vóór de visitatiedag wordt de aangeleverde voorbereiding door de forumleden doorgenomen en gescreend met betrekking tot de NIV-normen. Als hierin duidelijk zaken ontbreken, dan kan dit een verbeterpunt worden. Als twee jaar later blijkt dat hier niets mee is gedaan, kan alsnog besloten worden dat visitatoren langskomen in het betreffende ziekenhuis. De visitatiedag zelf is er om met elkaar in gesprek te gaan en elkaar te prikkelen en motiveren. Of het benoemen van goede voorbeelden ook echt leidt tot verbetertrajecten in andere ziekenhuizen is nog onzeker. Evelien: ‘Dat

Oproep voor nieuwe forumleden

Het Forum Visitorium zoekt nieuwe leden! Het forum speelt een belangrijke rol in het bevorderen van kwaliteit van zorg in de interne geneeskunde door middel van kwaliteitsvisitaties.

Er zijn nu 19 visitatoren, maar om alle gesprekken te begeleiden en de uitgebreidere voorbereiding te kunnen doen, is uitbreiding nodig.

Ben jij de internist die hieraan wil bijdragen? Dan nodigen we je van harte uit om deel te nemen aan dit waardevolle platform. Als lid werk je samen met collega-internisten om de kwaliteit van zorg naar een hoger niveau te tillen.

Waarom lid worden?

- Bijdragen aan kwaliteit: Help de zorgkwaliteit in de interne geneeskunde continu te verbeteren.
- Samen leren en verbeteren: Deel ervaringen en inzichten met vakgenoten.
- Professionele ontwikkeling: Vergroot je kennis en netwerk binnen het vakgebied en doe ervaring op met waarderen auditeren

Geïnteresseerd?

Neem contact op via schijndel@internisten.nl. *Jouw inzet maakt het verschil!*

is ook wel de valkuil, is het nu niet een te vrijblijvend systeem? We sluiten niet uit dat op een gegeven moment weer een beweging de andere kant op komt en dat we ten slotte in het midden uitkomen. Dat is het proces dat we aan het doorlopen zijn en ook de uitdaging.’

Wat maakt het werk als forumlid zo leuk?

Het werk als forumlid heeft Evelien en Rikje al veel kennis gebracht over wat er in het land gebeurt, over de huidige ontwikkelingen en over de wegen die je beter wel of juist niet kan bewandelen om kwaliteitsveranderingen door te voeren. Mee kunnen denken over beleid, maakt hen ook enthousiast. Rikje: ‘Je zit vooraan bij het bedenken van een nieuwe richting op het gebied van kwaliteit.’ Tot slot: forumleden krijgen regelmatig training voor hun taak. Dit is eigenlijk een soort communicatietraining en deze vaardigheden zijn niet alleen nuttig voor visitaties, maar kunnen ook in de eigen vakgroep en in de spreekkamer worden toegepast! ●

Goede voorbeelden

Canisius Wilhelmina Ziekenhuis, Nijmegen

Om de week op vrijdag is er een ‘zuurtje’ of een ‘snoep van de week’, waarin openlijk wordt gesproken over dingen die wel of niet goed zijn gegaan (NIV-thema Risico’s en uitkomsten van zorg).

Universitair Medisch Centrum Groningen

De vakgroep organiseert Innovation Fridays, waarbij aios tijd en ruimte krijgen om te brainstormen over innovaties binnen de zorg en deze zelf te implementeren (NIV-thema Innovatie).

Diakonessenhuis, Utrecht/Zeist

Er wordt een lekenbrief opgesteld bij ontslag uit de kliniek die gebruikt wordt voor het ontslaggesprek en aan de patiënt wordt meegegeven (NIV-thema Overdrachten).

Robin Peeters, voorzitter NIV

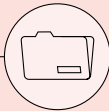


De regeldruk en administratielast in de zorg is ontzettend hoog, terwijl een aanzienlijk deel van de administratieve handelingen geen directe meerwaarde heeft voor de patiëntenzorg. Hoewel iedereen ziet dat dit koste gaat van het werkplezier en de tijd voor patiënten, blijkt het ontzettend

moeilijk om dit te veranderen. Want hoe bewaak je dan de kwaliteit? Ik vind het ontzettend knap en inspirerend om te zien hoe het een projectgroep vanuit de NIV samen met het Forum Visitorium is gelukt om de visitatiesystematiek volledig te herzien op een manier waarbij enerzijds de administratielast voor de vakgroepen

enorm is afgenomen, en we toch heel duidelijk de kwaliteit bewaken en verbeteren. Dat is een enorme prestatie, en een voorbeeld voor velen in de zorg. Weg met lijstjes en wanstouwen, laten we ons primair richten op het continu verbeteren van de kwaliteit!





In beeld

De behandeling van een tuchtklacht

TEKST: EMILIE VAN LINGEN | BEELD: STIJN RADEMAKER

Volgens het jaaroverzicht van de tuchtcolleges nam het aantal tuchtklachten in 2023 licht toe ten opzichte van 2022. Ten opzichte van de jaren voor 2019 is evenwel nog altijd sprake van een dalende trend.¹ Voor iedereen tegen wie wel eens een tuchtklacht is ingediend, is de impact daarvan vaak groot. Via foto's geven we een kleine inzage in de behandeling van zo'n tuchtklacht door het tuchtcollege. ●

Referentie
1. Kneepkens E. Lichte stijging aantal tuchtklachten in 2023. Medisch contact 25 april 2024.

- Wettelijke normen tuchtrechtspraak (art. 47 Wet BIG)**
- 1. De zorgverlener is tekortgeschoten in de zorg aan de patiënt of zijn naasten.
 - 2. Er is sprake van enig ander handelen of nalaten, dat in strijd is met wat van een goede zorgverlener mag worden verwacht.

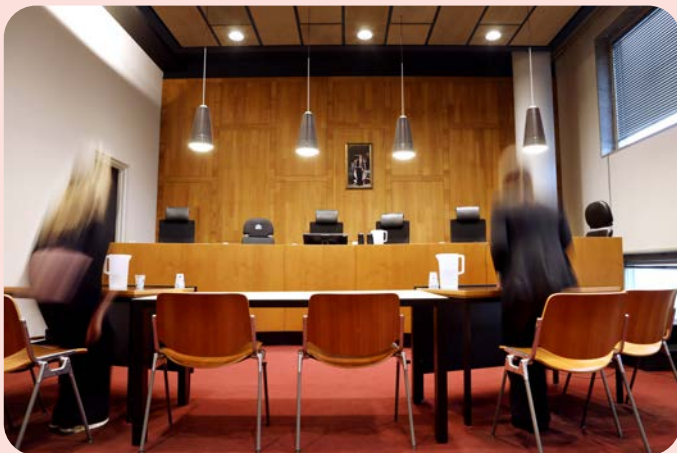


Ingang Paleis van Justitie, Den Haag



Entree

- Maatregelen (art. 48 Wet BIG)**
- Waarschuwing
 - Berisping
 - Geldboete (max € 4.500)
 - Schorsing (max 1 jaar)
 - Gedeeltelijke ontzegging beroepsuitoefening
 - Doorhaling
 - Voorwaarden aan beroepsuitoefening



Zittingszaal



Wachtruimte voor de zittingszaal



Vrouwe Justitia met weegschaal en zwaard

Beslissingen (art. 69 Wet BIG)

- Niet-ontvankelijk: het bezwaar wordt niet inhoudelijk behandeld; er is procedureel iets niet in orde
- Ongegrond: de indiener van de klacht krijgt geen gelijk
- Gegrond: de indiener van de klacht krijgt gelijk. Mogelijkheid van maatregel.



‘Toe zien op de best mogelijke zorg’



De zorg in ons land is veelal uitstekend. Maar Ian Leistikow bemerkte als jonge arts dat zorg ook onbedoeld leed kan veroorzaken. De kwaliteit zou beter kunnen als patiëntveiligheid meer centraal zou staan. Leistikow hing de doktersjas op: voorgoed, zo is gebleken. Inmiddels is hij hoogleraar aan de Erasmus Universiteit en inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ).

TEKST: DARIUS SOONAWALA

‘Rond de eeuwwisseling werd in Nederlandse zorginstellingen patiëntveiligheid nog niet als een strategisch thema gezien. De opdracht die het UMC Utrecht mij in 2001 gaf om een programma over patiëntveiligheid op te zetten was een noviteit.’

Wat is er veranderd sindsdien?

‘Twintig jaar geleden keek men vooral vanuit het perspectief van het individu naar incidenten. Met gezond verstand werd gekeken wat er mis was gegaan tijdens het handelen door het individu. In andere landen was men begonnen om het systeem eromheen te analyseren. Dat doen we nu ook in Nederland.’

Wat is het doel van de IGJ?

‘Het is een instantie die erop toeziet dat je de best mogelijke zorg krijgt. Onze functie is om bij te dragen aan patiënt en zorgverlener. We willen zoveel mogelijk naast deze spelers staan. Wij kijken daarom expliciet naar wat er nodig is om zorgverleners in staat te stellen om goede zorg te leveren.’

Hoe ziet een werkdag eruit?

‘Inspecteurs zijn onder andere accountmanager voor ziekenhuizen, onderhouden kwaliteitsindicatoren, verbeterdoelen en openbare data en analyseren calamiteiten. Ik verdeel mijn tijd tussen de IGJ en het Erasmus MC. Ik doe onderzoek naar overheidsregulering van de kwaliteit van de gezondheidszorg en help de uitkomsten van onderzoek in te bedden in de werkwijze van de IGJ.’

Is er een opleiding voor inspecteurs?

‘Er is een interne opleiding, waar mijn collega’s en ik aan bijdragen. Veel inspecteurs zijn zorgprofessional geweest. Diversiteit wordt gestimuleerd. Meerdere inspecteurs komen van buiten de zorg en hebben bijvoorbeeld beleid en management gezondheidszorg gestudeerd.’

Kijkt de IGJ ook naar de werk- of privé-omstandigheden van zorgverleners?

‘In mijn boek noem ik het acroniem HALT (hungry, angry, late, tired). Het zijn omstandigheden die je besluitvorming en handelen nadelig beïnvloeden en die je bij jezelf kan herkennen. De IGJ kijkt naar werkomstandigheden. Duurzame inzetbaarheid van zorgverleners is namelijk een voorwaarde voor goede zorg. We hebben onderzoek gedaan naar dit onderwerp.¹ Met stip op één staat de omgang met collega’s. Dit bepaalt voor een groot deel het

werkplezier. Positieve groepsdynamiek wordt gekenmerkt door vertrouwen, steun, een lage drempel om hulp en feedback te vragen, humor, sociale cohesie, groepsidentiteit en mogelijkheden om te ventileren en te reflecteren met collega’s. Negatieve dynamiek kenmerkt zich door regelmatig of langdurige conflicten, vooroordelen in interacties tussen collega’s, ‘onderstromen’ die worden gevoeld maar niet aangepakt, kleineren, pesten, voortrekkerij en een focus op individuele in plaats van groepsprestaties. Als individu kan je aan een aantal knoppen draaien bij het omgaan met omstandigheden. Het werk veranderen, zelf veranderen of anderen proberen te veranderen. Soms heeft een aanpassing onbedoeld een nadelig effect op anderen. Als iemand bijvoorbeeld ervoor kiest om langer te werken om meer tijd te hebben voor patiënten of taken, kan dat onbedoeld een norm creëren waar anderen last van hebben. Het is belangrijk bewust te zijn van deze mechanismen.’

Wat doet de IGJ als bij een calamiteit de groepsdynamiek of gedrag een rol blijkt te spelen?

‘Dan vragen wij de Raad van Bestuur om bij te sturen. Een onveilige of te hiërarchische werksfeer is zelden de oorzaak van een calamiteit. Maar een gezonde werksfeer waarin mensen elkaar aanspreken en zich durven te uiten kan calamiteiten wel voorkomen. Spreek je uit! In een ziekenhuis gaat iedereen op EPD-cursus, maar er is geen cursus over omgangsvormen.’

Hoe kan de IGJ verder bijdragen aan het welzijn van de zorgverlener?

‘Als anios psychiatrie was ik eind vorige eeuw betrokken bij enkele casussen die veel indruk maakten. Er was in die tijd geen oog voor debriefing van artsen of verpleegkundigen. Peer support is een onderwerp waar we sinds 2013 bij calamiteiten naar vragen. We geven een niet-vrijblijvende aanbeveling als dat niet op orde is.’

Houdt de IGJ ook toezicht op de opleidingen tot zorgverlener?

‘Nee. Het kan wel zo zijn dat een arts-assistent of leerling-verpleegkundige betrokken is bij een incident en dat bij ons het gevoel ontstaat dat er in de interactie iets niet goed is gegaan of iets niet goed zit. We vragen dan door om te kijken of er in bredere zin iets speelt. Het gaat vaak over cultuur en samenwerken. Maar het is moeilijk voor ons om dat in beeld te krijgen. Bij een melding staat vrijwel nooit: “De achterwacht was te

De IGJ in beeld

- Doel: het borgen van kwaliteit en veiligheid van de zorg en jeugdhulp én zorgverleners aanzetten hun zorg te verbeteren.
- Het toezicht is gebaseerd op meer dan dertig wetten en op veldnormen.
- Zo’n 1000 medewerkers houden toezicht op 1,5 miljoen zorgverleners, 275.000 zorginstellingen, op farmaceutische zorg en op veilige toepassing van medische technologie.
- Van de medewerkers is twee derde inspecteur. Verder werken er onder andere data-analisten, opsporingsambtenaren en juristen.
- Inspecteurs mogen niet als zorgverlener of voor een zorginstelling werken.
- Om risico’s in beeld te brengen verzamelt, analyseert en interpreteert de IGJ informatie over zorgaanbieders en bedrijven. Als blijkt dat sprake is van een (potentieel) risico wordt er opgetreden.
- De IGJ zet zorgorganisaties en professionals aan om te werken aan de kwaliteit en veiligheid van hun zorg en risico’s te verminderen. De IGJ kan agenderen, stimuleren of handhavend interveniëren.
- Met incidententoezicht reageert de IGJ op meldingen van burgers, zorgaanbieders, fabrikanten, gemeenten en andere instanties. Meldingen kunnen een signaal zijn dat ergens sprake is van onveilige of kwalitatief niet goede zorg.
- Iedereen kan een melding doen, maar zorgaanbieders en fabrikanten zijn bij bepaalde incidenten, zoals calamiteiten, verplicht deze te melden.

moe om in huis te komen.” Zoiets komt zelden boven tafel bij een analyse. Dat is jammer, want er kan een organisatorische reden zijn voor die moeheid, die je nooit gaat oplossen als je hem niet bespreekbaar maakt.’

Kijkt IGJ ook naar positieve voorbeelden, om zo de kwaliteit van zorg te verbeteren?

‘Je ziet veel goede dingen en ook die goede praktijken analyseren wij. Bij de zorg voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking zijn er instellingen die excelleren. Daar hebben we een rapport over geschreven. Ik vind die bevindingen erg interessant.’² ●

Referentie

1. Van de Voort I, e.a. What’s up doc? Physicians’ reflections on their sustainable employability throughout careers: a narrative inquiry. BMC Health Services Research 2024; 24:539.
2. www.igj.nl/publicaties/rapporten/2023/12/05/onderzoeksrapport-hoe-het-lukt

Lessen van een forensisch arts

TEKST: CHUN CHIU | BEELD: ERIK VAN 'T WOUDE



Wat moet de internist weten over het werk van een forensisch arts? Forensisch arts KNMG Chun Sing Chiu geeft een aantal handvatten voor een mogelijk niet-natuurlijk overlijden in het ziekenhuis.

1. Bij een lijkschouw onderzoekt de arts het lichaam én de omstandigheden waarin de persoon is overleden. Zo probeert de arts de aard van overlijden vast te stellen en tevens de causale keten van doodsoorzaken. Afhankelijk van de conclusies na de lijkschouw, mag een doodsverklaring door de arts afgegeven worden of moet een forensisch arts ingeschakeld worden. Deze is 24/7 bereikbaar.
2. De forensisch arts is de expert op het snijvlak tussen geneeskunde en recht. Deze artsen werken veelal in dienst van de GGD en zijn gespecialiseerd in het uitvoeren van lijkschouwen (optredend als gemeentelijk lijkschouwer). Daarnaast doen zij forensisch medisch onderzoek bij letsels en zeden, en leveren zij medische zorg aan arrestanten op politiebureaus. Ze werken samen met politie en justitie.
3. Natuurlijk overlijden is overlijden uitsluitend ontstaan door spontane ziekte, inclusief een complicatie van een juist geïndiceerde, lege-artis uitgevoerde behandeling. Bij twijfel aan een natuurlijke dood en bij alle overleden minderjarigen geldt: overleg met een forensisch arts.
4. Niet natuurlijk overlijden is overlijden door direct of indirect gevolg van een van buiten komende oorzaak. Voorbeelden: pneumonie na heupfractuur ontstaan door een val van een patiënt, verslikking, suïcide, euthanasie, intoxicatie of een medische fout. Schakel in dit geval de dienstdoend forensisch arts in.
5. De forensisch arts doet onderzoek naar de aard van het overlijden en of er sprake is van een mogelijk misdrijf. Hierbij kan lichaamsmateriaal worden afgenomen voor bijvoorbeeld toxicologisch onderzoek. De forensisch arts rapporteert aan de officier van justitie van het Openbaar Ministerie. Deze beslist of er verder onderzoek moet worden gedaan (bijvoorbeeld door

- middel van een gerechtelijke sectie). Hierbij kan het lichaam in beslag worden genomen.
6. Praktische tips:
 - Geadviseerd wordt om voorafgaand aan het overlijden de casus alvast te bespreken met de dienstdoend forensisch arts. Zo kan de forensisch arts alvast het een en ander uitzoeken. Bijvoorbeeld bij een val in de thuissituatie: was er politie of ambulance bij en zo ja, wat werd er gerapporteerd?
 - Soms komt de politie mee naar het ziekenhuis. Let op het beroepsgeheim wanneer je informatie deelt met politie. Aan de forensisch arts dien je echter alle relevante informatie in relatie tot het overlijden te verstrekken. De forensisch arts heeft uiteraard ook beroepsgeheim en geeft slechts de relevante zaken door aan politie en justitie.
 - Als je een niet natuurlijk overlijden vermoedt, verricht dan geen handelingen meer aan het lichaam van de overledene. Laat bijvoorbeeld infuusnaalden en tubes in situ. Nabestaanden mogen niet bij het lichaam blijven wachten.
 7. De forensisch arts onderzoekt ook of er sprake kan zijn van een medische fout of calamiteit. Zo nodig adviseert de forensisch arts verder onderzoek te doen of een melding te doen bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ). In sommige gevallen maakt de forensisch arts of de officier van justitie zelf een melding bij de IGJ.

Chun Sing Chiu is in verschillende regio's werkzaam als forensisch arts KNMG. Daarnaast schrijft hij columns voor Medisch Contact. Eerder werkte hij als basisarts op de spoedeisende hulp en in de bedrijfs-geneeskunde.

Het zorglandschap

voor dummies

‘ZN: soepeler preferentiebeleid onverstandig’, ‘NZa teruggefloten over GGZ-tarieven’, ‘VWS zet vraagtekens bij marktwerking’. Als je een willekeurig medisch tijdschrift openslaat buitel je over de afkortingen heen. NZa, ZIN, ZN: het lijkt wel een kruiswoordpuzzel. Wie is wie in het zorglandschap en welke rol spelen de diverse spelers?

TEKST: HELEEN DE WIT, HANS WESTGEEST

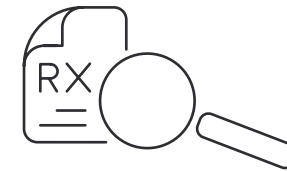
Zie jij soms ook door de bomen het bos niet meer? Wie is nou eigenlijk waarvoor verantwoordelijk in ons zorgstelsel? Hoe verhouden belangrijke spelers zich tot elkaar? Wie houdt toezicht? Hoe komt een geneesmiddel of medisch hulpmiddel op de markt? En niet onbelangrijk: waar kan je aankloppen als je ergens tegenaan loopt? Dit artikel biedt een praktische handleiding voor ‘dummies’. Samen wandelen we door het Nederlandse zorglandschap. Zodat je in discussies nooit meer met je mond vol tanden staat!

Drie sleutelspelers

We starten met de theorie. Het Nederlandse zorglandschap kent drie sleutelspelers: de toezichthouders, de zorgverzekeraars en het ministerie van VWS.

1 Toezichthouders

De zorg kent vier toezichthouders: de IGJ, de NZa, de ACM en de AP. De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) houdt toezicht op de kwaliteit, veiligheid en toegankelijkheid van de zorg. Je kent de Inspectie waarschijnlijk van werkbezoeken in het ziekenhuis of onderzoek bij calamiteiten. De IGJ bewaakt ook de rechten van patiënten. Behalve toezicht houden kan de inspectie ook handhaven door bestuurlijke boetes en dwangsommen op te leggen aan zorginstellingen.



De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) richt zich vooral op bekostiging, betaaltitels (welke zorg er onder één ‘titel’ wordt vergoed) en zorgpaden. De Zorgautoriteit bepaalt wat wel en niet vergoed wordt binnen een DBC en voor bepaalde zorg ook wat de maximale tarieven zijn. Ook houdt zij toezicht en bekijkt of zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgkantoren en het CAK (Centraal Administratiekantoor AWBZ) zich aan de regels houden. Zorgverzekeraars moeten bijvoorbeeld iedereen accepteren voor de basisverzekering. Tot slot doet de NZa onderzoek, adviseert het ministerie van VWS en gaat in gesprek met zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Om de kwaliteit van zorg te verbeteren, controleren de IGJ en NZa ook gezamenlijk.

De derde toezichthouder is de ACM: de Autoriteit Consument en Markt. De ACM controleert zorgondernemingen op grond van de mededingingswet. Mededinging houdt in dat er sprake is van eerlijke concurrentie. De ACM houdt toezicht op concurrentieregels waarin is vastgelegd hoe zorgaanbieders en/of zorgverzekeraars

mogen samenwerken en wat is toegestaan rondom een fusie of overname. De vierde toezichthouder is de AP: de Autoriteit Persoonsgegevens. Het aandachtsgebied van dit orgaan strekt verder dan alleen de zorg. De AP beschermt het recht op bescherming van persoonsgegevens en zorgt ervoor dat iedereen zich aan de privacywetgeving (AVG) houdt. Een risicovol datalek moet direct bij de AP gemeld worden. Maar liefst 41% van alle datalekken is afkomstig uit de zorgsector!

2 Zorgverzekeraars

Nederland kent tien zorgverzekeraars. Daarvan hebben de vier grootste samen een marktaandeel van bijna 85 procent. Dit zijn Achmea (waaronder Zilveren Kruis), CZ, VGZ en Menzis. In de Zorgverzekeringswet staat dat iedereen die in Nederland woont of werkt, recht heeft op zorg uit het basispakket. Zorgverzekeraars hebben door hun zorgplicht een belangrijke rol. Samen zijn zij georganiseerd binnen brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN verbindt zorgverzekeraars met elkaar en met de politiek, zorgverleners en patiëntenorganisaties.

3 VWS

Het ministerie van VWS (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) zet zich in voor de gezondheid en kwaliteit van leven van alle Nederlanders. De uitgaven →



In gesprek met een collega

Sabina Kersting is internist-hematoloog in het HagaZiekenhuis en daarnaast collegelid bij het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG).

Wat houdt jouw functie precies in?

‘Het college bestaat momenteel uit 17 leden. Dit zijn medisch-specialisten, ziekenhuisapothekers en hoogleraren op andere vlakken, zoals toxicologie. Bij vergaderingen worden geneesmiddelen dossiers besproken ter beoordeling voor handelsvergunningen, wijzigingen in productinformatie en geneesmiddelenbewaking. Het college heeft een beslissende rol ten aanzien van nationale en decentrale procedures en een adviserende rol voor Europese procedures. Vergaderingen en dossiers worden voorbereid door het agentschap. Tijdens vergaderingen worden op basis van expertise van de collegeleden vragen gesteld en adviezen gegeven, waarop besluiten worden genomen. Mijn bijdrage is daarom vooral bij hematologische of algemeen internistische dossiers.’

In hoeverre heb je bij het CBG te maken met andere internisten?

‘Het college heeft 6 internist-leden, waaronder 1 internist-infectioloog, 2 internist-oncologen, 1 internist-oudergeneeskunde, 1 internist-endocrinoloog en ikzelf. Onze expertises vullen elkaar aan, naast de gezamenlijke interne basis.’

Hoe is het werk van het CBG van invloed op internisten?

‘Het CBG zorgt voor de juiste Nederlandse versie van productinformatie en bijsluiters voor alle geneesmiddelen. Dit is ook de bron die het Farmacotherapeutisch Kompas gebruikt. Ook wordt een Europees beoordelingsrapport (EPAR) opgesteld. Hierin staat hoe de wetenschappelijke gegevens gewogen en beoordeeld zijn. Dit kan een relevante bron zijn, bijvoorbeeld bij het opstellen van richtlijnen. Daarnaast speelt het CBG een rol in de beslissing om een Direct Healthcare Professional Communication (DHPC) uit te sturen om zorgverleners te informeren bij belangrijke nieuwe medicatierisico's. Medewerkers van het agentschap CBG hebben een belangrijke rol bij de Europese geneesmiddelenregistratie, door participatie in de EMA-commissie CHMP. Hier worden alle middelen tegen kanker, infectieziekten, diabetes, harten vaatziekten en biologische geneesmiddelen beoordeeld voor Europese handelstoelating.’

van VWS bedroegen in 2024 110,2 miljard euro; daarmee is het de grootste kostenpost binnen de rijksbegroting. De secretaris-generaal is de eerste adviseur van de minister en staatssecretarissen van VWS. Hij/zij geeft leiding aan het kerndepartement, dat is onderverdeeld in drie directies (volksgezondheid, curatieve zorg en langdurige zorg). Naast het kerndepartement vallen ook andere instellingen of organen onder VWS, zoals de IGJ en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP). VWS kent drie zogeheten agentschappen: het agentschap College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (aCBG), het Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (CIBG) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het aCBG is verantwoordelijk voor de voorbereiding en uitvoering van besluiten van het CBG en voor geneesmiddelenbewaking. Het CIBG is verantwoordelijk voor betrouwbare gegevensregistratie, zoals

het BIG-register en het donorregister. Het RIVM adviseert en doet onafhankelijk wetenschappelijk onderzoek met als doel een gezonde bevolking en leefomgeving. Verder zijn er drie adviescolleges: de Gezondheidsraad, de Nederlandse Sportraad en de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS). Tot slot zijn er binnen VWS meerdere zelfstandige bestuursorganen. Voorbeelden hiervan zijn de Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (CCMO), ZonMW, het CBG, het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), NZa en Zorginstituut Nederland (ZIN). ZIN zorgt voor de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg door het uitbrengen van advies aan VWS over de inhoud van het basispakket. Vanuit de basisverzekering mogen alleen behandelingen worden vergoed die voldoen aan de Stand van de Wetenschap en Praktijk (SWP). Vast moet staan dat behandelingen die worden opgenomen in het basispakket

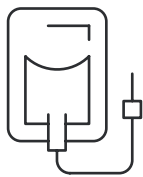
echt werken en passen bij wat de patiënt nodig heeft. ZIN werkt veel samen met de NZa, de IGJ, VWS, autoriteiten in binnen- en buitenland, beroepsgroepen, patiënten- en consumentenorganisaties, onderzoekscentra en ziekenhuizen.

De praktijk

Gewapend met theoretische kennis gaan we over naar de praktijk. Door middel van twee voorbeelden laten we zien welke rollen de diverse spelers vervullen binnen het zorglandschap. Bijvoorbeeld bij de weg van middel tot vergoede zorg.

Insulinepomp
Een fabrikant lanceert een nieuw type insulinepomp. Waarom duurt het soms lang voordat

we nieuwe pompen of sensoren kunnen voorschrijven? En vanwaar het verschil per zorgverzekeraar? Zorginstituut Nederland heeft allereerst bepaald, met input vanuit de NIV, dat insulinepomptherapie voldoet aan SWP en dus vergoede zorg is. De NZa heeft vervolgens geregeld dat insulinepomptherapie wordt vergoed binnen de DBC, en dat er een verrichtingscode voor de begeleiding bestaat. Voordat een nieuwe (of nieuw type) insulinepomp in Europa op de markt mag worden gebracht moet het eerst CE-certificering (volgens de EU-verordening Medical Device Regulation) hebben ontvangen. Dit is een langdurig traject met strenge eisen. Als een pomp vervolgens in Nederland beschikbaar komt, gaat elke zorgverzekeraar apart met de pompfabrikant onderhandelen over de prijs. Dit duurt doorgaans maanden en de uitkomst hiervan is geheim. Zorgverzekeraars mogen hierin niet samenwerken, anders treedt de ACM op. Pas als zorgverzekeraar en fabrikant een prijs overeen zijn gekomen, en de zorgverzekeraar heeft een leverancier (Mediq, Bosman of beide) gecontracteerd om de insulinepomp te verstrekken, kan de pomp besteld worden voor de patiënt.



Oncologisch geneesmiddel

Positieve onderzoeksresultaten van een nieuw oncologisch geneesmiddel worden gepubliceerd.

Wanneer kan het worden voorgeschreven?

Bij een positief trialresultaat moet allereerst een handelsvergunning worden afgegeven door de European Medicines Agency (EMA). Dit volgt bij een positief effect en als het nieuwe middel veilig is. De relatieve effectiviteit in het totale palet van behandelopties wordt niet beoordeeld, de kosteneffectiviteit evenmin. Zorginstituut Nederland beoordeelt het middel vervolgens aan het criterium SWP. Het betreft vaak een add-on geneesmiddel; dan wordt het ook beoordeeld door de ZN-commissie Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen (CieBAG). Dure geneesmiddelen komen niet direct beschikbaar binnen de basisverzekering, maar komen eerst in de Sluis (voor dure geneesmiddelen). Dit geldt als de kosten meer dan 20 miljoen euro per jaar bedragen bij meerdere indicaties; of bij één indicatie 10 miljoen én meer dan 50 duizend euro per patiënt per jaar. Het komt pas uit de Sluis voor vergoeding binnen het basispakket na succesvolle prijsonderhandeling, als door ZIN is vastgesteld dat het zijn prijs waard is. De beroepsgroep-commissie CieBOM (longoncologen en internistoncologen) beoordeelt het middel en de indicatie aan de hand van de PASKWIL-criteria. Een

Als je de *internist* op je deurmat krijgt, ben je lid van de (J)NIV: de (Junior) Nederlandse Internisten Vereniging. Het NIV-lidmaatschap is niet verplicht voor praktiserend internisten, maar biedt wel veel voordelen. Als NIV-lid ben je automatisch lid van de Federatie Medisch Specialisten (FMS), de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG), en als specialist in loondienst van 'vakbond' LAD: de Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband. De FMS, met junior-vereniging De Jonge Specialist (DJS), verenigt alle wetenschappelijke verenigingen. Zij zet zich in voor de uitoefening en ontwikkeling van het medisch-specialistische vak en beheert de Richtlijnen database. Artsenfederatie KNMG maakt zich sterk voor de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening en de volksgezondheid. De KNMG verenigt alle artsen (in opleiding) via hun beroepsorganisaties: de FMS, LAD, maar ook organisaties van artsen maatschappij en gezondheid, bedrijfsartsen, verzekeringsartsen, specialisten ouderengeneeskunde, huisartsen en geneeskundestudenten. *Medisch Contact* is het (redactioneel onafhankelijke) weekblad van de KNMG. Onze belangrijkste samen-

werkingspartners, de huisartsen, worden vertegenwoordigd door twee organisaties: de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG). De LHV behartigt de belangen van huisartsen (in opleiding) bij politiek, gemeenten en zorgverzekeraars. Het NHG is de wetenschappelijke vereniging voor en door huisartsen. Zij zijn verantwoordelijk voor NHG-richtlijnen en de website www.thuisarts.nl. Tussen ziekenhuizen bestaan diverse samenwerkingsverbanden. Alle 7 UMC's zijn verbonden aan de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU). Daarnaast is er de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) als brancheorganisatie voor alle algemene ziekenhuizen, revalidatiecentra en zelfstandige behandelcentra ZBC's. Daarnaast zijn 27 perifere ziekenhuizen met een topklinische functie verenigd in de Vereniging Samenwerkende Topklinische ziekenhuizen (STZ). Sommige topklinische ziekenhuizen hebben aparte samenwerkingsverbanden: Santeon (7 ziekenhuizen) en mProve (7 ziekenhuizen). De overige niet-topklinische regionale ziekenhuizen zijn met elkaar verenigd binnen de Samenwerkende Algemene Ziekenhuizen (SAZ).

positief CieBOM-advies is niet noodzakelijk voor opname in het basispakket. Wel neemt ZIN de PASKWIL-criteria vaak als uitgangspunt voor minimal important differences (één van de tools voor beoordeling SWP; het minimaal gevonden verschil in effect dat klinisch relevant is). ●

Overige spelers in de zorg



Scan de QR-code voor een overzicht van de overige spelers in de zorg.

Seksuele problemen door ziekte en behandeling

‘Heb jij het er wel eens over?’

TEKST: SACHA EIKENBOOM, CORIEN EELTINK

Ziekte, een ingreep en medicatie kunnen invloed hebben op seksualiteit en intimiteit. Een patiënt zal hier zelf niet snel over beginnen, maar het onderwerp verdient wel aandacht. De medisch specialist kan de aanzet geven voor zo’n gesprek, stelt Corien Eeltink, verpleegkundig specialist oncologie. ‘Het vooraf informeren van patiënten over seksuele veranderingen is cruciaal.’

‘Seksualiteit is een fundamentele menselijke behoefte. Het dient voortplanting, lust en het uiten van liefde. En het heeft positieve effecten op ons welzijn, doordat het afleiding geeft, ontspanning, comfort en intimiteit.’ Dat zegt verpleegkundig specialist Corien Eeltink. In haar proefschrift gaat ze in op seksualiteit bij hematologiepatiënten. ‘Een chronische ziekte, kanker of lichamelijke beperking kan een grote impact hebben op intimiteit en seksualiteit. En dat kan het leven van patiënten en hun partner ingrijpend veranderen. Het is een aspect dat vaak over het hoofd wordt gezien, maar de effecten ervan zijn aanzienlijk en complex.’

Seksuele problemen

‘Allereerst zien we vaak dat de patiënt volledig ‘opgaat’ in een ziekte en daarbij de partner uit het oog verliest. De partner wijdt zich vervolgens volledig aan de zorgrol en zo vloeien de seksualiteit en intimiteit uit de relatie. Dat proces kan versterkt worden doordat behandeling, ingreep en medicatie op zichzelf ook seksuele problemen kunnen veroorzaken. Dat geldt voor 40-45% van de vrouwen en 20-30% van de mannen.¹ Zo kan het verlangen minder worden of er ontstaan

problemen met opwinding, zoals vaginale droogheid bij vrouwen of erectieproblemen bij mannen. Ook problemen met het bereiken van een orgasme komen voor, zoals vroegtijdige zaadlozing. Denk ook aan pijn bij het vrijen of aan vaginisme: het onvermogen om geslachts-gemeenschap te hebben.’

Gevol van medicatie of ingreep

‘Seksuele problemen kunnen op verschillende manieren veroorzaakt worden. Iedereen begrijpt dat een borst-amputatie of prostaatoperatie gevolgen kan hebben voor de seksualiteit, maar veel verder denken we eigenlijk niet. Terwijl het spectrum veel breder is. Zo heeft alkyliserende chemotherapie een negatieve invloed op de

productie van geslachtshormonen. Vrouwen kunnen hierdoor vervroegd in de overgang raken en bij mannen kan het testosteron-gehalte dalen tot een dieptepunt. Denk ook aan ingrepen in het kleine bekken. Daar zitten zenuwen die belangrijk zijn voor seksualiteit; een ingreep kan deze beschadigen. En bij diabetes kan autonome neuropathie leiden tot erectiestoornissen. Daarnaast kan medicatie het seksueel functioneren beïnvloeden: het kan invloed hebben op de hele cyclus van lust, libido, opwinding, orgasme en herstel. Denk aan medicatie voor hartfalen, hoge bloeddruk of depressie. Dat staat weliswaar allemaal in het Farmacotherapeutisch Kompas, maar het wordt zelden of nooit aan de patiënt gemeld. Een terughoudendheid die resulteert in een gebrek aan informatie; de patiënt moet er vaak zelf achter komen.’

Patiënten voelen zich gehoord

Het is belangrijk dat patiënten informatie krijgen over mogelijke seksuele veranderingen, zodat zij weten dat dit kan komen door hun ziekte of behandeling. Sommige patiënten vinden het voldoende om te weten dat seksualiteit kan veranderen, terwijl anderen baat hebben bij een tijdige verwijzing - naar een bekkenbodembodem FT, medisch maatschappelijk werker/psycholoog, uroloog, gynaecoloog of seksuoloog - of adequate behandeling - met bijvoorbeeld hormoon- of testosteronsuppletie, PDE 5 remmer, vaginale glijmiddelen -. Patiënten voelen zich in elk geval gehoord. Corien: ‘Een gesprek over seksualiteit en mogelijke problemen kan een mooi aspect zijn van het werk van de verpleegkundige of verpleegkundig specialist. Maar niet op elke poli is een verpleegkundig specialist beschikbaar, veel patiënten zien alleen de arts. En omdat



zorgprofessionals én patiënten veranderingen in seksualiteit niet altijd als prioriteit stellen, komt het onderwerp moeilijk of niet ter sprake. Het belang van zo’n gesprek wordt ook vaak ten onrechte onderschat.’

Niet ongemakkelijk

‘Soms wordt gedacht dat zo’n gesprek ongemakkelijk is. Maar met een paar goede beginvragen hoeft dat niet zo te zijn. Bijvoorbeeld: “We weten dat bij uw behandeling/medicatie dingen kunnen veranderen op het gebied van seksualiteit. Hoe is dat voor u? Merkt u dat ook? En hoe is dit voor uw partner?” Vervolgens kun je als internist de patiënt verwijzen naar een collega die dit gesprek verder kan oppakken. Een patiënt die pas recent met een aandoening is geconfronteerd of net met behandeling is gestart, zal het onderwerp wellicht afwimpelen als ‘minder belangrijk dan gezond blijven’. Uit eigen ervaring weet ik dat op zo’n moment goede uitleg en voorlichting volstaan. Ik breng het onderwerp later in het traject nog eens ter sprake, wellicht dat veranderingen dan wel om advies en ondersteuning vragen.’

Integrale en proactieve aanpak

Tot slot: ‘De zorg voor seksuele problemen vereist een integrale en proactieve aanpak. Zo bevorderen we een open dialoog en krijgen patiënten de ondersteuning die ze nodig hebben.’ ●

Meer weten? c.m.eeltink@dijklander.nl

Referentie

1. Lewis RW, Fugl-Meyer KS, Corona G, e.a. Definitions/epidemiology/risk factors for sexual dysfunction J Sex Med 2010; (7): 1598-1607.

Praktische tips

- Een informatieve site – voor zorgverlener én patiënt – is www.sickandsex.nl.
- Er bestaan screeningsinstrumenten die het signaleren van een seksueel probleem kunnen vergemakkelijken en de drempel tot een gesprek verlagen. De seksuele mini-anamnese is ook geschikt. Voeg daar de vraag aan toe of de patiënt hulp wenst voor het probleem.
- Moeilijk om het gesprek aan te gaan? Normaliseer het probleem en vraag dan naar ervaringen van de patiënt.
- Een ‘vast gezicht’ kan voor de patiënt prettig zijn om seksuele problemen te bespreken.
- Het is aangetoond dat zorgverleners na een korte training competent waren om seksuele gezondheidsproblemen van patiënten te beoordelen en aan te pakken.
- De behandeling van seksuele disfunctie is afhankelijk van de oorzaak. In de richtlijn van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) Seksuele klachten wordt de diagnostiek en beleid bij de meest voorkomende seksuele klachten bij vrouwen en mannen beschreven <https://richtlijnen.nhg.org/standaarden/seksuele-klachten>.
- Onlangs in NRC: www.nrc.nl/nieuws/2024/05/17/na-prostaatkanker-wordt-seks-anders-niet-per-se-slechter-a4198911.

‘De patiënt moet er vaak zelf achter komen’



Algemene stilteruimte, Erasmus MC, Rotterdam

Een belangrijke plek voor rust, bezinning,
(zelf)reflectie en gebed

Stilteruimtes

TEKST: ELIF KUSGOZOGLU & NAMAM ALI

‘Ik wil graag nog even bidden voordat ik kom assisteren bij de operatie’, zegt derdejaars coassistente Marwa. ‘Hoe doe je dat dan en waar?’, vragen haar collega’s nieuwsgierig. Marwas legt uit: ‘Ik ga naar de stilteruimte op de begane grond. Daar kan ik even bezinnen. Daarna begin ik ontspannen en gefocust en presteer ik beter.’ Twee leden van de JNIV-diversiteitscommissie bezien het gebruik van stilteruimtes in het ziekenhuis.



Algemene stilteruimte, Radboudumc, Nijmegen

Stilteruimtes in ziekenhuizen bieden een belangrijke plek voor rust, bezinning, (zelf) reflectie en gebed, en zijn essentieel voor zowel patiënten als personeel. Deze ruimtes worden op verschillende manieren ingericht en gebruikt. Sommige ziekenhuizen hebben bijvoorbeeld kapellen met religieuze symbolen en kunstwerken, terwijl andere een sobere en neutrale ruimte aanbieden zonder specifieke religieuze associaties. De toegankelijkheid en vindbaarheid van deze ruimtes varieert.

Ruimte voor iedereen

Hoewel deze ruimtes bedoeld zijn voor iedereen, worden ze vaak intensiever gebruikt door groepen die specifieke rituelen of gebedsmomenten hebben. Voor bijvoorbeeld moslims bieden deze ruimtes een rustige plek voor het dagelijkse gebed. Dit roept de vraag op: hoe kunnen we stilteruimtes zo inrichten en beheren dat ze toegankelijk en uitnodigend zijn voor iedereen? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat deze ruimtes een harmonieuze en respectvolle omgeving blijven binnen het ziekenhuis?

Werkelijke behoefte

De verdeling en inrichting van stilteruimtes in ziekenhuizen is vaak gebaseerd op veronderstelde behoeften van gebruikers. Soms blijkt echter in de praktijk dat deze ruimtes door een andere inrichting beter aansluiten bij de werkelijke vraag. Zo kunnen specifieke voorzieningen, zoals gescheiden gebedsruimtes voor mannen en vrouwen of faciliteiten voor rituele wassin-

gen, belangrijk zijn voor bepaalde gebruikersgroepen. Door de nodige aanpassingen kunnen ziekenhuizen zorgen voor een omgeving waarin alle gebruikers zich welkom voelen.

Niet alleen religieus

Naast een plek voor gebed, meditatie of persoonlijke reflectie, kan een stilteruimte veel meer betekenen voor een bredere groep mensen. Zo kunnen er op vaste momenten lezingen of bijeenkomsten georganiseerd worden onder leiding van een begeleider of spreker. Deze lezingen hoeven niet per se om religie te gaan. De onderwerpen kunnen uiteenlopen en aansluiten bij verschillende interesses. Denk bijvoorbeeld aan stressmanagement, mindfulness in tijden van ziekte of herstel, het belang van stilte en reflectie in een hectische omgeving als het ziekenhuis, technieken om met angst en onzekerheid om te gaan (bijvoorbeeld voor een operatie) of de impact van stilte en rust op het mentale en fysieke welzijn. Het is belangrijk dat dit niet exclusief van religieuze aard is, zodat de bijeenkomsten aantrekkelijk zijn voor iedereen, van atheïsten tot agnosten of seculiere personen. Leg de focus op universele thema’s die iedereen aanspreken, ongeacht achtergrond of overtuiging. Dit verlaagt de drempel voor mensen die nieuwsgierig zijn, maar misschien niet zo snel op eigen initiatief de ruimte zouden bezoeken.



Islamitische stilteruimte, Radboudumc, Nijmegen



Islamitische gebedsruimte voor mannen, VUmc, Amsterdam

Bekendheid

Het ligt voor de hand om de stilteruimte op te nemen in de rondleiding tijdens de introductiedag voor nieuwe medewerkers. Dit vergroot de bekendheid en verlaagt de drempel om de ruimte te gebruiken. Daarnaast kunnen bijeenkomsten in de stilteruimte extra gecommuniceerd worden door middel van posters in het ziekenhuis, aankondigingen via intranet of digitale schermen in de wachtruimtes.

Gescheiden ruimtes?

Het is goed om te bedenken of er gescheiden ruimten moeten zijn voor personeel en patiënten. Momenteel is dat meestal niet het geval. Het delen van een gemeenschappelijke stilteruimte heeft dan ook voordelen. Het kan zorgen voor een gevoel van verbondenheid tussen personeel en patiënten en het benadrukt de menselijke kant van zowel zorgverleners als de mensen die zorg ontvangen. Dat bevordert een gevoel van gelijkheid en kan de medische relatie positief beïnvloeden. Aan de andere kant kan het ook zorgen voor een rolvermenging. Misschien voelen sommige patiënten zich ongemakkelijk in dezelfde ruimte als hun zorgverleners, vooral in een context die afwijkt van de gebruikelijke zorgverlener-patiëntverhouding. Daarnaast zou het de privacy in de weg kunnen zitten. Een mogelijke manier om dit te vergemakkelijken is door prakti-

Het Erasmus MC: een voorbeeld door de ogen van een internist

‘Het Erasmus MC heeft twee bezinningsruimtes. Eén in het Sophia kinderziekenhuis en één bij de centrumlocatie. Dit is een grote, open ruimte die met rustgevende kleuren is ingericht. Bij binnenkomst is er eerst een wasgelegenheid en zijn er kastjes met diverse heilige boeken en attributen. Ook is er een plek waar gedachten en gebedsuggestions kunnen worden genoteerd.

De ruimte is bedoeld voor alle levensbeschouwingen, maar wordt voornamelijk gebruikt door moslimstudenten voor het bidden. Binnen staat de Kibla, de gebedsrichting naar de heilige plek Kaaba in Mekka voor moslims, discreet op de vloer aangegeven. Alleen, de bezinningsruimte ligt te ver voor medewerkers en patiënten en de ruimte is te onbekend. Er bestaat nadrukkelijk de wens om een ruimte te maken die centraler gelegen is en meer oecumenisch gebruikt kan worden.

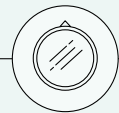
Nu wordt de ruimte steeds vaker gebruikt als samenkomstplek voor groepen studenten. Daardoor wordt de drempel voor andere mensen om gebruik te maken van de ruimte hoger. Eén van de problemen daarbij is dat niet duidelijk is wie verantwoordelijk is voor de ruimte en of en door wie er toezicht moet zijn. Binnen het Erasmus MC wordt daar nu meer aandacht voor gevraagd.’

Rozemarijn van Bruchem-Visser, internist ouderengeneeskunde en ethicus

sche oplossingen te bedenken, zoals afgeschermd zitplekken of verschillende tijdslots voor personeel en patiënten.

Innovatie in stilteruimtes

Door stilteruimtes beter af te stemmen op de geactualiseerde behoeften van alle gebruikers en door hun zichtbaarheid te vergroten, kunnen ziekenhuizen een meer ontspannen en inclusieve omgeving creëren. Dit draagt niet alleen bij aan de tevredenheid van gebruikers, maar verhoogt ook de efficiëntie en ontspanning van het zorgpersoneel. Zo wordt een harmonieuze en respectvolle sfeer binnen het ziekenhuis bevorderd. Wie wil dat nou niet? ●



Spiegeltje, spiegeltje

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



© SUZANNE MULLER

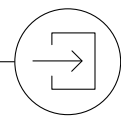
Janneke Wittekoek
is cardioloog bij HeartLife
klinieken

De mens is meer dan de som der organen. Dat is een waarheid waar we het in de geneeskunde allemaal over eens zijn. Maar zodra iemand in een witte jas het woord *holistisch* laat vallen, voelen we een lichte allergie. Geen aura's balanceren, geen detoxkuren, en al helemaal geen suggesties dat kurkuma beter werkt dan een statine of een bètablokker. Toch moeten we toegeven: als er één specialist is die echt rekening houdt met het hele lichaam, dan is het de internist. Waar wij als cardiologen ons keurig binnen de grenzen van ons vakgebied begeven – het hart, de vaten en een stukje bloeddruk voor de liefhebber – denken internisten systemisch en soms duizelingwekkend gedetailleerd.

‘Wij houden van ons hart, zij van het hele lichaam’

Zij bekijken hoe organen op elkaar inspelen, welke subtiele verstoringen ergens anders in het lichaam een catastrofale kettingreactie kunnen veroorzaken en hebben een zwak voor eindeloze differentiaaldiagnoses, terwijl wij graag snel beslissen en ongeduldig zijn. Diep van binnen benijden wij cardiologen die intellectuele speurtocht van de internist die zich kan verliezen in de finesse van een casus door nauwkeurig te kijken naar de fijnste nuances van de menselijke fysiologie.

Eigenlijk zijn de internisten de échte holistische dokters van het ziekenhuis, al zouden we dat in de reguliere zorg natuurlijk nooit zo noemen. In mijn eigen specialisme, het vrouwenhart, is deze brede benadering ontzettend belangrijk; zo weten we inmiddels dat stress en/of hormonale disbalans een belangrijke rol speelt bij vrouwen met een (type 2) hartinfarct zonder atherosclerotische obstructie. Thoracale pijn? Wij denken infarct, maken een ECG, checken troponines, en als het moet, zit er binnen een uur een stent in. Maar waarom die patiënt überhaupt een infarct kreeg? Dat is een vraag voor later. Voor ons is een infarct een cardiovasculair probleem, maar de internist vraagt zich af: heeft deze patiënt misschien een onbekend inflammatoir proces? Een metabool syndroom met een endocriene twist? Een subtiele vorm van auto-immuunziekte? Terwijl wij tevreden onze katheter opruimen en ons opmaken voor de volgende patiënt, graaft de internist zich door labwaarden en komt een week later met een verklaring die ons had kunnen ontgaan. Wij pakken de acute crisis aan en stabiliseren, zij voorkomen de volgende en analyseren. Internisten, met hun eindeloze lijstjes en diepe bespiegelingen en cardiologen, met hun haast en hun ‘geef die patiënt gewoon een stent’-mentaliteit, weten we dat we niet zonder elkaar kunnen. Dus laten we het maar gewoon toegeven: internisten zijn de stille kracht achter ons werk. Ze zorgen ervoor dat onze patiënten niet alleen overleven, maar ook een verklaring krijgen. Wij houden van ons hart, zij van het hele lichaam. En dat is precies waarom we zo goed samenwerken. Nou ja, behalve als het op ECG's aankomt, dat snappen wij toch écht beter! ●



Komen

In deze rubriek komt elke keer een nieuwe collega aan het woord.
Dit keer is dit **internist-acute geneeskunde Michelle Mebius**.

‘Blijf bij jezelf’

Hoe was het om een baan te zoeken als internist acute geneeskunde?

‘Ik ben al vroeg gaan rondkijken en had gelukkig meerdere opties. Ik heb gekozen voor het ziekenhuis en de baan die mij het leukst leek om ervaring op te doen. Het was een vacature voor zes maanden vanwege zwangerschapsverlof, maar uiteindelijk werk ik er nu al anderhalf jaar. Zo zie je maar weer: je weet nooit hoe het loopt en soms moet je een sprong in het diepe wagen.’

Hoe ervaar je het werk in het ziekenhuis?

‘Het Albert Schweitzer is een groot ziekenhuis, met een heel drukke en levendige SEH. Dat overviel me in het begin wel, maar ik heb nooit getwijfeld of dit is wat ik wil. Ik leef juist enorm op van de dynamiek en sfeer op de SEH. Het valt collega's op dat ik altijd rondloop met een grote smile op mijn gezicht.’

Hoe was de start als medisch specialist?

‘Ik was blij dat ik kon beginnen als internist-acute geneeskunde. Ik werd goed geholpen en begeleid door alle collega's. En juist door de drukte en door het zien van veel patiënten is dit een fijne plek voor mij om te beginnen.’

Waar moest je aan wennen in het werk?

‘Ik heb nu eindverantwoordelijkheid en moet veel arts-assistenten begeleiden, naast

de drukte die er al is op de SEH. Soms is er een wachtrij van arts-assistenten die met mij willen overleggen. Het kost tijd om te groeien van arts-assistent naar medisch specialist. Ik kan gelukkig met vragen altijd terecht bij collega's.’

Wat is het leukste aan je werk?

‘Je weet nooit wat de dag brengt. Dat vind ik uitdagend. Meestal is het heel druk op de SEH, maar er zijn ook hele rustige momenten. Ik doe overigens gemiddeld een dag per week ook (spoed)poli en supervisie van de consulten, dat is een mooie afwisseling.’

Wat doe je naast je werk?

‘Ik heb twee jonge kinderen en werk nu drie of vier dagen per week om ook regelmatig thuis te zijn. Als ik tijd heb, speel ik piano en loop ik hard. Ook escaperooms zijn een hobby: het oplossen van meerdere puzzels onder tijdsdruk. Wellicht ook een reden dat ik dit werk zo leuk vind.’

Hoe ga je om met de balans tussen werk en privéleven?

‘Mijn man werkt als verpleegkundige en het is soms een puzzel om ons rooster rond te krijgen. Gelukkig springen mijn ouders bij als oppas. Mede daardoor lukt het.’

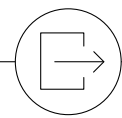
Wat wil je graag delen met andere jonge medisch specialisten?

‘Als je net begint, zie je de werkwijzen van andere medisch specialisten. Het is goed om daarvan te leren, maar ook om je eigen manier van ‘dokteren’ en omgang met patiënten te ontwikkelen. Blijf bij jezelf en bij wie je bent.’ ●

Noot: In maart 2025 maakte Michelle de overstap naar het IJsselland Ziekenhuis.



→
Michelle rondde medio 2023 haar opleiding tot internist af in het Leidse LUMC. Daarna startte ze als internist-acute geneeskunde in het Albert Schweitzer ziekenhuis in Dordrecht.



Gaan

In deze rubriek komt elke keer een vertrekkende collega aan het woord.
Dit keer is dit **internist-acute geneeskunde prof. Frank Bosch**.

‘Het was geweldig om mensen te helpen’

Hoe lang heb je gewerkt als medisch specialist?

‘In 1989 startte ik als internist, op 31 december 2023 ben ik gestopt. Hoewel ik officieel geen opleider ben geweest, was mijn afscheid een soort reünie van vele collegae die ik in de loop der jaren mede heb opgeleid en van wie ik zelf ook veel heb geleerd. Dat was erg leuk.’

Hoe heb je de vereniging ervaren?

‘Het is een grote en betrokken club mensen in allerlei commissies en organen. Zij werken hard aan verbetering van de zorg voor patiënten en van de rol en positie van de internist. We stonden aan de wieg van de vorming van de Federatie van Medisch Specialisten. Dat waren drukke en spannende tijden.’

Wat was een mooie of bijzondere ervaring als medisch specialist?

‘Dat zijn er enorm veel. In eerste instantie ben ik opgeleid tot nefroloog en was ik werkzaam in dat vakgebied. Het jarenlang begeleiden van deze patiënten, vanaf het diagnosticeren van de nierziekte tot en met begeleiding na een niertransplantatie, was heel dankbaar werk. Daarna werd ik intensivist en later verliet ik de IC en ging ik werken op de SEH en de AOA als (acute) internist.’

Wat is een les uit je carrière als internist?

‘Het belang van het gesprek met de patiënt. Ik heb verschillende initiatieven genomen voor tijdige gesprekken over bijvoorbeeld behandelgrenzen en mogelijke en gewenste zorg. Het is belangrijk om je niet alleen te verdiepen in het elektronisch patiëntendossier,

maar vooral tijd te nemen voor het gesprek met de patiënt. Dat moet op een stoel naast het bed.’

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

‘Veel medisch specialisten zijn hun hele carrière gebonden aan één aandachtsgebied. Ik ben er enorm voorstander van dat mensen daarin makkelijker kunnen switchen. Ik heb dat zelf een aantal keren gedaan en ik vind dat heel goed voor je ontwikkeling. Ook het gaan werken in een andere kliniek is heel goed, zowel voor jezelf als voor het ziekenhuis waar je werkt. Ten slotte adviseer ik iedereen om die stethoscoop weg te doen en de echografie te gaan gebruiken. Ik heb altijd gepleit voor meer echografie in de dagelijkse zorg.’

Wat doe je buiten je baan als internist?

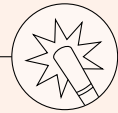
‘Af en toe treed ik op als waarnemend rector bij promoties of vervang ik een van de vice-voorzitters van de Medisch ethische toetsingscommissie Oost Nederland. Verder ben ik intensief betrokken bij de European Transplant Games die in 2026 in Nederland plaatsvinden: een sporttoernooi met deelnemers die in hun leven een orgaantransplantatie hebben ondergaan. Daarnaast hebben we kinderen en kleinkinderen, maken we reizen, sport ik veel en hou ik me bezig met muziek.’

Hoe kijk je terug op je loopbaan als internist?

‘Het was geweldig om mensen te helpen en om de enorme ontwikkelingen in het vak mee te maken. En ik kan iedereen aanraden om ook bestuursfuncties te doen. Het verbreedt je blik en je bouwt een netwerk op. Dat is erg nuttig.’ ●

←
Frank stopte eind 2023 met de patiëntenzorg. Hij was internist acute geneeskunde in het Radboudumc en Rijnstate ziekenhuis en vanaf 2010 vier jaar voorzitter van de NIV.





Open deur

In deze rubriek trappen collega's een open deur in



CVRM-medicatie stoppen bij palliatief beleid?

Cardiovasculair risicomanagement (CVRM) is niet zinvol bij een patiënt die palliatief behandeld wordt bij kanker, en het continueren van CVRM-medicatie dus ook niet. Saneren van die medicatie kan veel geld – en veel onnodige toxiciteit van medicatie en interacties – besparen. Een open deur. Toch?

CVRM-medicatie, zoals, antihypertensiva en statines, wordt voorgeschreven om de morbiditeit en mortaliteit op lange termijn te verminderen. Een behandeling of beleid met palliatieve intentie heeft als doel levensverlenging, het handhaven of verbeteren van kwaliteit van leven en bestrijding van symptomen. Continueren van CVRM-medicatie kan leiden tot polyfarmacie en interacties met oncologische middelen, waardoor juist klachten kunnen ontstaan. En in theorie zou deze medicatie, door uitstel van het sterven, het lijden kunnen verlengen. Beide ongewenst.

Een patiënt met prostaat- of mammacarcinoom met beperkte metastasering en hormonale therapie kan nog een behoorlijke levensverwachting hebben, evenals een patiënt met een gemetastaseerd melanoom onder *targeted therapy* of immuuntherapie. Dan kan

‘We moeten kritischer worden, maar gaat dat lukken?’

het continueren van CVRM nuttig zijn. De patiënt met een levensverwachting van drie maanden zal echter geen baat meer hebben bij continueren van dergelijke medicatie. Is er daarentegen sprake van een diepe veneuze trombose of longembolie, wil de patiënt nog blijven leven en ervaart de patiënt voldoende kwaliteit van leven? Dan is antistolling bij diezelfde prognose toch te overwegen. Bij welke levensverwachting ligt precies het omslagpunt, waarop de voordelen van CVRM niet meer opwegen tegen de nadelen? Wat is de *time lag to benefit* van CVRM-medicatie? Die *time lag* kan ook veranderen als het ziektebeloop verandert.

Regelmatig zien we als oncologen patiënten, ook bij opnames – al dan niet gerelateerd aan

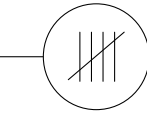
de onderliggende maligniteit – die CVRM-medicatie gebruiken. Zelfs bij een prognose van minder dan drie maanden. Dus het lijkt of we het te weinig met patiënten bespreken, mede gedreven door het bovengenoemde dilemma en ook door onvoldoende wetenschappelijke data hieromtrent. Het niet, te weinig of te laat saneren of *deprescribing* van medicatie is een veel voorkomend fenomeen, ook zonder dit dilemma. Tijd in het spreekuur om CVRM-medicatie te bespreken zou een factor kunnen zijn. Mogelijk is de prognose nog onduidelijk. Of men vreest men dat uitleg dat medicatie bedoeld voor langetermijnwinst gestopt kan worden, veel onrust kan veroorzaken. Daarmee komt immers ook de prognose opnieuw nadrukkelijk ter sprake. Maar wellicht zijn dit onterechte aannames. Bij de timing van het omslagpunt is common sense waarschijnlijk belangrijker dan evidence. We moeten uiteraard kritischer worden, maar gaat dat lukken? Zou het een optie zijn om bij patiënten met een prognose langer dan drie maanden, zonder directe reden voor *deprescribing*, na zes maanden te bepalen of er reden is CVRM-medicatie te continueren? Dan is het wellicht na evaluatie geen open, maar een stok achter de deur... ●



Scan de
QR-code
en vul in!

De Groene Internist zet zich in voor het verminderen van grondstofgebruik, CO₂-uitstoot en milieuvervuiling veroorzaakt door de gezondheidszorg. Om beter te begrijpen hoe we deze doelen kunnen bereiken, hebben we een vragenlijst ontwikkeld. Deze richt zich op de thema's CO₂-uitstoot door reisd Bewegingen van patiënten en personeel, Medicatiegebruik en Preventie en gezonde voeding.

Hoe ziet de huidige situatie eruit, wat zijn succesvolle voorbeelden en wat zijn jouw ideeën en wensen? Laat het ons weten!



In cijfers

TOP 10 DUURZAAM Medicatiegebruik



01.
Medicatiereview

Doe regelmatig een medicatiereview en stop daarbij middelen zonder indicatie.

Schrijf indien mogelijk medicijnen oraal voor in plaats van intraveneus, dit geldt voor o.a. antibiotica, pijnstilling (paracetamol!), elektrolyten en anti-emetica.

02.
Kies oraal



03.
Maximaliseer
Paracetamol

Kies bij pijn altijd eerst voor de optimale dosering paracetamol voordat je een NSAID voorschrijft (minder ecotoxisch).

Vermijd waar mogelijk medicatie met directe uitstoot van broeikasgassen. Voorbeeld: het broeikaseffect van dosisaerosolen is circa 18 keer groter dan van poederinhalatoren

04.
Vermijd
broeikasgas



05.
Check
Zelfzorgmiddelen

Vraag gebruik van over-the-countermedicatie uit en raad onnodige of onwerkzame middelen af.



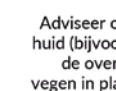
Schrijf geen 'zo nodig' medicatie voor als de kans klein is dat de patiënt het daadwerkelijk gaat gebruiken.

06.
Zo-nodig



07.
Doseer bewust

Schrijf kleine hoeveelheden medicijnen voor (rekening houdend met de situatie van de patiënt), vooral bij een eerste voorschrift, om de kans op overblijvende medicatie te verkleinen



Adviseer om bij medicatie op de huid (bijvoorbeeld diclofenac gel) de overtollige medicatie af te vegen in plaats van af te spoelen.

08.
Vegen, niet
spoelen

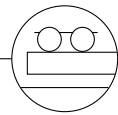


09.
Medicijnen
retour

Focus extra op leefstijladviezen en niet-medicamenteuze therapieën die de noodzaak voor medicatie kunnen verminderen

10.
Focus op leefstijl





Uitgelezen

Voorkomen is beter

Leren van calamiteiten in de zorg

Ian Leistikow



Oordeel



Een man wordt met spoed naar het ziekenhuis gebracht vanwege een hartinfarct. In de vijf dagen die eraan voorafgaan is hij driemaal op de eerste hulp beoordeeld. Eénmaal door een cardioloog en driemaal door een internist. Hij had zowel een pneumonie als een hartinfarct. Alleen de eerste diagnose werd tijdig gesteld. Dit had voorkomen kunnen worden, is het oordeel van de betrokken zorgverleners. Welke lessen kunnen we leren?

Het boek van Ian Leistikow, inspecteur bij de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, biedt handvatten om een ongewenste uitkomst tegen het licht te houden. Elk hoofdstuk begint met een onfortuinlijke casus, waaruit een les wordt getrokken. Het gaat over omstandigheden en patronen die een risico introduceren. Patronen die hij als inspecteur is tegengekomen bij het analyseren van calamiteiten.

Acht lessen

Laten we het boek naast deze casus leggen. Als je erg kritisch bent, dan zou je bij de eerste presentatie kunnen vallen over de discrepantie tussen de beperkte, doch evidente consolidatie op de CT-thorax en de extreme vermoeidheid en grauwhed bij inspanning, waar patiënt over klaagt. *Lessen één en twee: dwing jezelf bij ieder consult te vragen wat er niet klopt, wat discrepant is en wat dat in het ergste geval kan betekenen. Bied de patiënt en betrokken zorgverleners de ruimte en daag ze uit om iets te vinden dat niet klopt.* Dat lijkt bij de eerste presentatie voldoende te zijn gebeurd. Wat was opgevallen als patiënt was gevraagd een stukje te lopen, of als iemand expliciet had gevraagd of het infiltraat wel past bij de sterk afgenomen inspanningstolerantie?

‘Een ziektebeeld is een film en niet een foto’

Vier dagen later wordt hij opnieuw beoordeeld. Nu vanwege pijn op de borst bij inspanning. De cardioloog concludeert na de geëigende analyse dat er geen cardiale oorzaak is. De pijn wordt toegeschreven aan pleuraprikkeling. *Les drie: ken en herken de denkp patronen die besluitvorming beïnvloeden.* Hier is achteraf sprake van een zekere mate van search satisfaction. Een term die Groopman, auteur van het boek *How doctors think* gebruikt, wanneer hij schrijft: *‘Finding something may be satisfactory, but not finding everything may be suboptimal.’* Een dag later wordt de patiënt opnieuw ingestuurd, vanwege toename van de klachten. Tijdens dit bezoek gaan er meerdere zaken mis. Het begint bij het gesprek tussen de huisarts en de dienstdoende arts in het ziekenhuis. Deze heeft een afwerende houding, omdat er al een duidelijke diagnose is en de man de dag ervoor nog is gezien. De patiënt, een bescheiden man, merkt dit. Hij komt met enige schroom naar de eerste hulp en weet

zijn klachten onvoldoende over het voetlicht te brengen. Hij wordt beoordeeld door een andere arts dan degene die de huisarts heeft gesproken. Het niet-pluisgevoel van de huisarts bereikt deze arts niet. De zorgverlener wordt bovendien meerdere keren gebeld tijdens het afnemen van de anamnese. Het resultaat is dat de daadwerkelijke hulpvraag, die luidt: ‘Dokter ik kan geen stap meer zetten zonder me onwel te voelen en ik heb zo’n pijn op de borst’, verwordt tot een vraag om betere pijnstilling voor pleuraprikkeling. Ook het progressieve beloop van de klachten komt onvoldoende naar voren. De achterwacht vindt het een coherent verhaal en beoordeelt de patiënt niet zelf. De anders zo evidente diagnose glipt het team door de vingers. *Les vier: zorg voor een systeem, opdat informatie niet verloren gaat. Les vijf: betrek de patiënt bij de veiligheid van diens zorg.* Misschien had hij dan, ondanks de omstandigheden, wel de ernst van zijn klachten duidelijk kunnen maken. *Les zes: maak je eigen afweging. In deze casus is sprake van bandwagon bias en cognitive ease.* De conclusies van de voorgangers worden te gemakkelijk overgenomen. *Les zeven: een ziektebeeld is een film en niet een foto. Reconstrueer de film.* *Les acht: bouw een veiligheidsmechanisme in; bijvoorbeeld de zelfopgelegde regel om een patiënt, die voor een tweede keer in korte tijd een spoedpost bezoekt, altijd zelf te beoordelen als achterwacht.*

Als schipper wil je vervaarlijke momenten voor zijn en herkennen als ze zich aandienen. Ook als scheepsbouwer wil je anticiperen op wat het schip aan moet kunnen. Het boek van Leistikow helpt daarbij. ●



Klare taal

Gehoord bij de dokter

Quasi-populaire taal

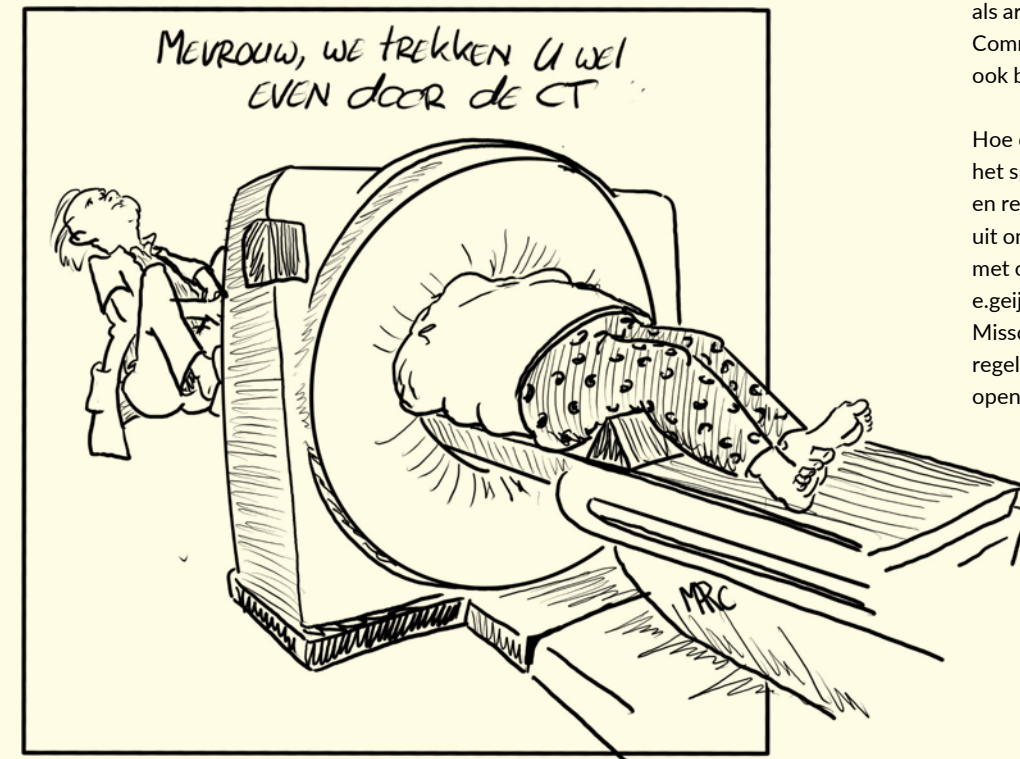
TEKST: ERIC GEIJTEMAN, BAUKE HAISMA & HEIN VISSER | BEELD: MARC-JAN JANSSEN

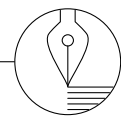
In deze editie richten we ons op een fenomeen dat velen van ons kennen: het gebruik van quasi-populaire taal om klinische situaties en patiënten te beschrijven. Denk aan uitspraken zoals ‘we hebben de patiënt door de CT getrokken’ in plaats van ‘we hebben een CT-abdomen van de patiënt gemaakt.’ Of meer beschrijvende termen zoals ‘de patiënt zonder snappertje’ (voor iemand met een verstandelijke beperking) en ‘aangespoelde walvis’ (voor een patiënt met obesitas). Hoewel dergelijke uitdrukkingen vaak luchtig bedoeld zijn en in kleine kring humor en verbinding kunnen brengen,

roepen ze ook vragen op over respectvolle communicatie. Is het gebruik van deze taal onschuldig? Of raakt het aan de grenzen van wat passend is in onze omgang met en gesprekken over patiënten? Tijdens overdrachten of één-op-één gesprekken met collega’s voelen velen de behoefte om frustraties of complexiteiten van het werk te delen. Dit kan leiden tot levendig taalgebruik dat emoties verlicht of moeilijke situaties met een vleugje humor draaglijker maakt. Sommige van dit soort uitspraken zijn vindingrijk en geven kleur aan ons werkende bestaan.

Toch zit er ook een andere kant aan. Als zulke uitdrukkingen zonder context of nuance worden gebruikt, kan dat de patiënt reduceren tot een diagnose, een procedure of een stereotype. Uitspraken zoals ‘we gaan de patiënt aan de pijnpomp slingeren’ zijn onnodig informeel of afstandelijk en kunnen kwetsend of onprofessioneel overkomen, zeker in een bredere groep of een formele overdracht. Gelukkig komt deze manier van communicatie niet vaak voor en als deze wel voorbijkomt, dan is onze indruk dat hier vaak een corrigerende opmerking over wordt gemaakt. De kernboodschap blijft dat onze woorden ertoe doen. Niet alleen in hoe wij patiënten zien, maar ook in hoe wij als artsen en collega’s gezien willen worden. Communiceer over de patiënt zoals je hem ook benadert en behandelt.

Hoe denkt u over dit onderwerp? Herkent u het spanningsveld tussen luchtig taalgebruik en respectvolle communicatie? We nodigen u uit om uw ervaringen en gedachten hierover met ons te delen. Reacties kunnen naar e.geijteman@erasmusmc.nl gestuurd worden. Misschien ligt de oplossing niet in strikte regels, maar in het blijven voeren van een open dialoog. ●





Focusvraag

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

Welke levenswijsheid wil je delen?



Job van Steenkiste
Aios Erasmus MC,
Rotterdam

‘Een levenswijsheid die ik graag bij me draag, is deze prachtige tekst van Stef Bos: *Volg niet de aangegeven richting, Volg niet de route die je kent, De omweg is veel mooier, Je ziet meer langs een weg die je niet kent.* Voor mij persoonlijk is het niet volgen van een voor de hand liggende route tweeledig; enerzijds komt het terug in mijn passie voor de wielersport, anderzijds in de carrière- en levenskeuzes die ik tot nu toe heb gemaakt.’



Klaas van der Hem
Internist-hematoloog,
Zaans Medisch Centrum

‘Die drie belangrijkste levenswijsheden zijn empathie, communicatie en de waarde van het menselijk leven. Het vermogen om ons in te leven in anderen met oprechte aandacht en begrip tezamen met open en eerlijke gesprekken maakt diepere verbinding mogelijk. De fragiliteit van het menselijk leven leert dat het leven kostbaar is en dat alle momenten die het leven betekenisvol maken gewaardeerd moeten worden.’



Natascha Assman
Internist, Jeroen Bosch
Ziekenhuis, Den Bosch

‘Pluk de dag. Ondanks een drukke dienst, het vooruitzicht aan een overvolle poli, heb ik geleerd om te kiezen voor een goede werkdag. Het genieten zit hem voor mij in de kleine dingen, zoals goede koffie, lachen met collega's, mooie gesprekken met patiënten en op de fiets naar huis.’



Maike van Leeuwen
Adviseur Richtlijnen,
NIV Bureau

‘Het glas is halfvol. Geniet van datgene wat je wél hebt in plaats van wat je mist; het leven wordt een stuk leuker en mooier. Voor jezelf en daarmee ook voor de mensen om je heen. Een positieve mindset betekent niet dat je problemen negeert, maar dat je gelooft in mogelijkheden. Als het glas halfvol is, is er altijd ruimte om bij te schenken.’



Art Vreugdenhil
Internist-oncoloog,
Máxima Medisch Centrum Veldhoven

‘Patiënten met een gemetastaseerde vorm van kanker kunnen veel klachten en onzekerheid hebben. Eigen en ander onderzoek toont dat hun kwaliteit van leven juist vaak beter is dan bij gezonde mensen. Zijn zij sneller en/of met minder tevreden? Mij is in diverse situaties gevraagd wat dat met mij doet, terwijl ik gezond ben en een makkelijk bestaan leid; tamelijk confronterend.. Het is voor mij in ieder geval een extra drive om kleine issues te relativeren en dankbaar te zijn, hetgeen meestal lukt...’



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

column

Blijvend bang

Slecht nieuws voor aios of jonge klaren die hopen straks nooit meer angstig zijn: die kans is klein.

Als een ernstige afwijking heb ik het zelf nooit gezien, maar een vanzelfsprekend gespreksonderwerp is het ook niet: ik ben best vaak een beetje angstig. Vooral zo'n onbestemd gevoel, bijvoorbeeld als je met spoed bij een patiënt wordt geroepen. Net iets meer dan 'gewoon adrenaline'. De *sense of impending doom* vrijdag voor een weekenddienst. Wat gaat er allemaal gebeuren? Kan ik het dan wel? Een van de redenen om me er niet heel druk over te maken is dat ik er op de moments suprêmes zelf niet echt last van heb. De angst is vooral anticipatoir. Ik sta niet te trillen naast het bed en blijf doorgaans uiterst rustig. Maar, zo zeg ik ook vaak tegen aios die op de shockroom zo kalm waren: 'Een konijn in een

liefst in een hoekje wegkruipen. Gemiddeld laveer je ergens daar tussenin.

Aan de deur staat een collega. 'Ik ben nooit bang', zegt ie. Hmppfff... Hoe dan ook hoor ik leuke dingen, zoals dat hij zegt: 'Er is altijd nog een aios, die redt mij wel.' Ook die tel ik als herkenbaar.

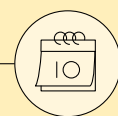
Het gemoed van de aios heeft nu wel even zorg nodig. Het kan een ding zijn te lezen dat je waarschijnlijk je hele leven angstig blijft, al is het maar een beetje. Jammer, maar waar. Zoals bij alles wat je bent en niet wil zijn, is het advies: omarmen! Ten eerste is het, meestal tenminste, niet heel ernstig. Angst doet verder geen pijn en jeukt evenmin.

Realiseer je ook dat een beetje ervan je beschermt tegen fouten. Zeker als je ouder wordt ga je steeds meer systeem-1-denken; patronen (menen te) herkennen en lekker soepel conclusies trekken. Een beetje angst helpt dan. Het is denk ik ook de reden dat vrouwen, zo blijkt in ieder geval uit onderzoek, wat betere dokters zijn dan mannen; ze zijn gemiddeld wat onzekerder en angstiger, waardoor voorzichtiger en bedachtzamer, waardoor beter. Hoe jullie tegen stafleden aankijken behoeft misschien ook wat bijstelling. Wij hebben dus ook angstjes. Medelijden is heus onnodig, maar als jullie soms moeite hebben ons gedrag te begrijpen, doe je voordeel met deze tekst. En dat we wat zekerheid ontlennen aan hoe goed jullie vaak zijn is misschien verrassend, maar ook een beetje grappig. Denk ik.

Dan mijn collega's. Angst hoort er dus bij. Omarm het en misschien moeten we er onderling wat opener over zijn. Dan begrijpen we elkaar(s) gedrag) misschien ook wat beter. En als je nooit angstig bent: dat is best angstaanjagend. Fouten liggen dan op de loer. Teveel angst is ook niet goed, je wordt er geen goede dokter door, meestal ook geen fijne collega. Ik las ooit een goed advies, ik meen van Loesje: 'Laat angst je niet bang maken.'

koplamp is ook rustig'. Rust zegt niet alles en misidentificatie met verlamming is zeer wel mogelijk. Anyway, dit onderwerp boeit me en tijdens de laatste SNAPPER-cursus deed ik een kleine enquête. 'Wie is er weleens angstig?' Op één na vlogen alle handen van de gemiddeld al behoorlijk ervaren internisten omhoog. Goed voor een columnpje, dacht ik. Toen ik er wat verder over sprak bleek dat de angsten in grote lijnen overeenkomen. Een mix van een hardnekkig onzekerheidsrestant met een continue dreiging van het onverwachtse. De lijdensdruk lijkt gemiddeld wel hanteerbaar, maar leuk vindt niemand het. Een laatste punt van herkenning was het fluctuerend karakter van je angsten. De ene keer kan je de hele wereld aan, een week later zou je het

Yvo



Agenda

→ Juni 2025

Lustrumcongres Federatie Medisch Specialisten

19 juni 2025, Congrescentrum NBC, Nieuwegein

Op 19 juni viëren we niet alleen het 10-jarig bestaan van de Federatie, we presenteren ook de nieuwe toekomstvisie Medisch Specialist 2035. Een mooie gelegenheid om collega's binnen en buiten je vakgebied te ontmoeten en het over de toekomst van ons vak te hebben. Er is een mooi programma samengesteld met keynote speakers die ons op indringende wijze meenemen naar de toekomst en de impact van de veranderende samenleving op ons vak laten zien. Daarnaast is er keuze uit meer dan 35 inhoudelijke en praktische deelsessies, onder andere over de belangrijkste thema's van de visie.

Diagnostiekdag

26 juni 2025, De Driehoek, Utrecht

Een jaarlijkse nascholingsdag gericht op internist-hematologen, kinderhematologen en klinisch chemici met het aandachtsgebied hematologie. Het programma bevat diverse lezingen en Q&A-sessies door experts op het gebied van morfolgie, immunofenotypering, cytogenetica en moleculaire biologie. Inschrijven kan via de NVvH-website.

→ Juli 2025

NIV Echografiecursus

2 t/m 4 juli 2025, Akoesticum, Ede

→ September 2025

Masterclass Infectieziekten (1e dag)

24 september 2025, Amsterdam

Een 4-daagse (nascholings-) cursus voor internisten, arts-assistenten in opleiding tot internist-infectioloog en andere geïnteresseerden over hiv, virale hepatitis en tuberculose.

→ Oktober 2025

Masterclass Infectieziekten (2e dag)

1 oktober 2025, Amsterdam

DESG Diabetes Arts-Assistentencursus

2 oktober 2025, MeetUp, Utrecht

De Diabetes Arts-assistentencursus is een eendaagse cursus voor arts-assistenten in opleiding tot kinderarts of internist.

Klinische Dag Hematologie

30 oktober 2025, Gertrudiskapel, Utrecht

Een nascholingsdag over benigne en maligne hematologie met diverse sprekers. Tijdens de dag worden ook zes klinische casussen besproken. Geïnteresseerden kunnen casuïstiek insturen tot 26 september 2025. Meer informatie en inschrijven via de NVvH-website.

→ November 2025

Masterclass Infectieziekten (3e dag)

3 november 2025, De Brug, Bunnik

Masterclass Infectieziekten (4e dag)

27 november 2025, De Brug, Bunnik

→ April 2026

Internistendagen

8 t/m 10 april 2026, MECC, Maastricht

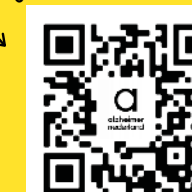
Colofon

de internist | 16e jaargang, nummer 1, juni 2025 | **Redactie** Iris van Groeningen (hoofdredacteur), Paula van Eerde, Louise van Galen, Marieke van Gastel, Emilie van Lingen, Lianne van der Meer, Janine Nuver, Darius Soonawala, Harriët Teijen, Art Vreugdenhil, Heleen de Wit | **Ontwerp** Annemarie Gorissen | **Vormgeving** HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn | **Beeld omslag** Stijn Rademaker | **Uitgever** MacChain Healthcare, e-mail: info@macchain.nl | **ISSN** 2211-100X | © NIV, 2025 | **Website** NIV: www.internisten.nl

wat
alz...
je niet meer
weet wat je net
gelezen hebt?

1 op de 3 vrouwen krijgt dementie.
Geef nu voor meer onderzoek,
zodat dementie niet jouw toekomst wordt.
stopdementie.nu

Scan de code en doneer
gemakkelijk online!



Bestel de Antistollingspas

TROMBOSE
STICHTING

ANTISTOLLINGSPAS

kaarthouder
cardholder

Dhr. van Voorbeeldnaam

Geb.dat.
DoB.

13-05-1945



ICE

+31 6 12 345 678 / +31 6 12 345 678

TROMBOSE
STICHTING