MAGMA

TIJDSCHRIFT VAN DE NEDERLANDSE VERENIGING VAN
MAAG-DARM-LEVERARTSEN
JAARGANG 32 / NUMMER 3 / SEPTEMBER 2026

NVMDL

Thema: Preventie

Preventie: wat is de rol van de medisch specialist?

GLP-1: de medische doorbraak waarover gezwegen moet worden

De Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) heeft boetes opgelegd aan diverse kranten, waaronder NRC, de Volkskrant, het AD en De Telegraaf, wegens vermeende wervende berichtgeving over GLP-1-agonisten zoals Ozempic en Mounjaro. Dat zou volgens de Geneesmiddelenwet verboden zijn. Het is echter maar zeer de vraag of de kranten reclame hebben gemaakt. Bovendien geeft de wet geen duidelijke kaders.

Kranten hebben helemaal geen belang bij deze medicijnen, maar wel bij goede en juiste berichtgeving. We hebben hier ook nog eens te maken met een buitengewoon belangrijke medische doorbraak. Waarom zou de IGJ dit doen? Dagelijks maken we mee dat we GLP-1-agonisten niet mogen voorschrijven aan patiënten met een duidelijke indicatie. Door een te restrictieve vergoeding kunnen patiënten niet optimaal behandeld worden. Bovendien leidt dit overheidsbeleid tot klassengeneeskunde: patiënten die het zelf kunnen betalen en patiënten die dat niet kunnen.

Op dit moment gebruiken circa 260.000 mensen een GLP-1-agonist. Diabetes mellitus type 2 en/of ernstig overgewicht zijn de voornaamste indicaties. Als de vergoeding zou worden uitgebreid naar alle inmiddels medisch bewezen indicaties, verwacht het Zorginstituut dat misschien wel 4 miljoen mensen deze medicatie nodig hebben. Onbetaalbaar natuurlijk.

Laten we uitgaan van een verdubbeling van het gebruik. De kosten zijn afhankelijk van het middel en de dosering: zo'n € 300 per maand of € 3600 per jaar. Het geneesmiddelenbudget moet dan per jaar met bijna een miljard euro toenemen. Op het huidige totale budget van circa 5 miljard euro is dat 20 procent extra. Dat wil de overheid niet.

Dus, als we nu niet al te positief doen in de media, of zelfs helemaal niets meer melden over deze middelen, zal de vraag vanuit de maatschappij en vanuit patiënten niet zo groot zijn. Immers, onbekend maakt onbemind.

Het zou daarom zo maar kunnen dat IGJ niet zozeer de wet handhaaft, maar vanuit de overheid probeert de aandacht voor GLP-1-agonisten te verminderen. Nederlandse journalisten en kranten hebben helemaal geen belang bij het maken van geneesmiddelenreclame; de overheid of de regering heeft wel belang bij het nakomen van de begrotingsafspraken. Ik verdenk de IGJ ervan buiten haar boekje te zijn gegaan. Hier is mijns inziens een vorm van opzet die je normaliter in een autocratie ziet. De IGJ schaadt hiermee het vertrouwen en ondermijnt de onafhankelijke Nederlandse journalistiek.

Rob de Knegt

INHOUDSOPGAVE

Interview
Opleiden voor een veranderende MDL-praktijk

Thema: Preventie
Preventie: wat is de rol van de medisch specialist?

Interview
Van ziekte behandelen naar gezondheid bevorderen

Rondetafelgesprek
Preventie: wat is de rol van de medisch specialist?

STAND VAN ZAKEN **114** / PERISCOOP **115** / INTERVIEW: ALEXANDRA LANGERS **116**
VEILIGHEID OP DE WERKVLOER **118** / MDL OVER DE GRENZEN **120** / MDL FONDS **123**
THEMA: PREVENTIE **124-153** / INTERVIEW: NVMDL-WERKGROEP PREVENTIE **124**
INTERVIEW: DE KRACHT VAN HET LEEFSTIJLGESPREK **126-129** / INTERVIEW:
LEEFSTIJLCOACHING **132** / MDL TRANSFERS **135** / RONDETAFELGESPREK **138-145**
COLUMN **145** / INTERVIEW: PREVENTIE ALS MANIER VAN KLINISCH DENKEN **148**
VOEDING EN GEZONDHEID **155** / CASUÏSTIEK **157** / PROEFSCHRIFTEN **158**
DE AFDELING **161**

PERISCOOP

Even niet in de vijfde versnelling

Geen vijfde versnelling. Geen multitasken. Geen agenda waarin elk kwartier een bestemming heeft. De hoeveelheid én intensiteit van de beslissingen teruggebracht tot: waar eten we vandaag? Gaan we iets doen? Of duiken we een boek in?

Voor velen van ons zag de vakantie er hopelijk ongeveer zo uit. Tijd voorbij laten gaan zonder enige vorm van efficiëntie. En je daar ook nog eens bewust van zijn. Vroeg opstaan, niet omdat de wekker gaat, maar om de dag te zien ontwaken. Koffie of thee erbij. Nergens heen hoeven. Volstrekt inefficiënt en daar intens van genieten.

Het contrast met de eerste werkweken kan bijna niet groter zijn.

Inmiddels gaat mijn wekker weer om 06.00 uur. Tas, pas, telefoon, laptop. Op weg naar het werk. Liefst een beetje vroeg, zodat ik nog wat mails kan beantwoorden voordat de patiëntenzorg zich aandient. De versnelling gaat omhoog, de hoeveelheid beslissingen neemt exponentieel toe en voor je het weet, zijn we weer aan het multitasken alsof we nooit anders hebben gedaan.

En gek genoeg: ook dat is fijn.

Want ons vak vraagt veel, maar geeft ook veel. Het vraagt om aandacht, beslisvaardigheid, samenwerking en soms flink tempo. Tegelijkertijd geven het contact met patiënten, de samenwerking met collega's en de momenten waarop je echt iets kunt betekenen, energie en voldoening en dat is misschien wel wat ons vak zo mooi maakt.

Ik hoop dat jullie net zo'n mooie zomer hebben gehad. Dat er momenten waren van inefficiëntie, besluiteloosheid en imperfectie. Momenten waarop niets hoefde te worden afgevinkt en tijd gewoon tijd mocht zijn.

En nu? Weer aan de bak. Met hernieuwde energie, frisse plannen en waarschijnlijk binnen de kortste keren weer in die vijfde versnelling. Al hoeft het natuurlijk niet altijd in de vijfde. Soms is een paar versnellingen terug minstens zo prettig. Juist om ruimte te houden voor alles wat onderweg de moeite waard is.

Was getekend,

Manon Spaander,
voorzitter

THEMA

Preventie

Waar ligt ieders verantwoordelijkheid? Die vraag loopt als een rode draad door de preventieketen: van overheid en bedrijfsleven tot beroepsgroepen en zorgprofessionals en uiteindelijk de patiënt zelf. Binnen die brede keten heeft ook de MDL-arts een belangrijke, maar nog niet altijd scherp omlijnde positie.
In de dagelijkse spreekkamer van de MDL-arts worden de gevolgen van overgewicht, ongezonde voeding en alcoholgebruik zichtbaar. Tegelijkertijd biedt ziekte vaak een bijzonder moment om leefstijl bespreekbaar te maken: een zogenoemd *teachable moment*. Juist dan staan patiënten soms meer open voor verandering. Niet door nog meer informatie te geven, maar door goed naar de patiënt te luisteren, aan te sluiten bij wat iemand zelf belangrijk vindt en samen te zoeken naar een haalbare eerste stap. Dat vraagt iets van de zorgprofessional. Kennis over leefstijl is belangrijk, maar minstens zo belangrijk is weten hoe je het gesprek voert en wat je vervolgens kunt bieden. Waar kunnen patiënten terecht voor begeleiding? Hoe werken verschillende disciplines samen? En hoe zorgen we ervoor dat preventie niet afhankelijk is van de individuele professional, maar onderdeel wordt van de zorg die we met elkaar organiseren?
In deze MAGMA brengen we verschillende perspectieven samen. We bieden ruimte voor discussie over de rol van de MDL-arts en plaatsen preventie in de bredere maatschappelijke context waarin onze patiënten dagelijks hun keuzes maken. Ook kijken we naar de rol van preventie in de opleiding en naar inspirerende initiatieven die bijdragen aan kennis en praktische ondersteuning. We laten zien hoe verpleegkundig specialisten leefstijl kunnen integreren in hun begeleiding en bieden concrete handvatten om voeding in de spreekkamer te bespreken.
Want preventie hoeft geen extra taak te zijn. Het kan een vanzelfsprekend onderdeel worden van goede MDL-zorg. Gezondheidswinst door preventie is voor iedere patiënt haalbaar, ongeacht de ernst van de klachten of soort aandoening. Voor zowel de zorgverlener als de patiënt geldt: veel kleine stappen vormen uiteindelijk één grote beweging!

Carina Verstraete, Clasine de Klerk, Lieke Koggel, Sietske Corporaal, Renée Duijzer

REDACTIE MAGMA De inhoud van MAGMA wordt bepaald door een onafhankelijke Redactieraad van 10 à 12 NVMDL-leden, inclusief 1 à 2 leden van NVMDL i.o. Deze onafhankelijkheid houdt in dat de artikelen in MAGMA niet noodzakelijkerwijs het standpunt van de NVMDL weergeven. Wil je reageren op een artikel en/of een bijdrage insturen? Wend je dan tot de redactie via **r.deknegt@erasmusmc.nl**.
Referenties bij artikelen vind je in de DIGITALE editie. Kijk op **www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities** en download de pdf. De verwijzingen zijn bijgevoegd vanaf pagina 165.

Opleiden voor een veranderende MDL-praktijk

Met haar benoeming tot hoogleraar MDL, in het bijzonder innovatie en professionalisering in het medisch onderwijs, wil Alexandra Langers bijdragen aan onderwijs dat beter aansluit bij de praktijk van vandaag én morgen. Technologie speelt daarin een rol, maar minstens zo belangrijk zijn goede docenten, een veilige feedbackcultuur en meer aandacht voor samenwerken op de werkvloer.

Wie spreekt over innovatie en professionalisering in het medisch onderwijs, heeft het al snel over een breed en veelomvattend terrein. Voor Alexandra Langers begint medisch onderwijs niet pas bij de opleiding tot medisch specialist. Het loopt van de eerstejaars bachelor geneeskunde tot en met nascholing van ervaren specialisten. “Alles wat te maken heeft met geneeskunde en biomedische opleidingen valt daar wat mij betreft onder.” Juist die breedte maakt het onderwerp volgens haar interessant én urgent.

De kern van haar leerstoel ligt niet alleen in nieuwe technologie of vernieuwende onderwijsvormen, maar in de vraag hoe artsen en andere zorgprofessionals beter kunnen leren, opleiden en blijven ontwikkelen. Daarbij valt Langers iets op dat eigenlijk merkwaardig is. “Als je kind naar de basisschool of middelbare school gaat, krijgt het les van iemand die is opgeleid als leraar. Op de universiteit krijg je les van iemand die het vak beheerst, maar vaak nauwelijks is geschoold als docent.” Dat geldt ook in de medische vervolgopleiding. Artsen leiden artsen op, maar hebben lang niet altijd geleerd hoe je iemand goed opleidt.

Volgens Langers is dat geen verwijt, maar wel een punt dat om aandacht vraagt. In de MDL-opleiding zijn de afgelopen jaren veel stappen gezet: er zijn opleidingsplannen, portfolio’s, observatie-instrumenten en duidelijke competenties. Toch blijft de vraag hoe opleiding daadwerkelijk vorm krijgt in de dagelijkse praktijk. “We hebben op papier goed nagedacht over waar een opleiding aan moet voldoen. Maar hoe breng je dat echt in de praktijk?”

Goed opleiden is een vaardigheid

Een voorbeeld dat dicht bij haar eigen vakgebied ligt, is het aanleren van endoscopische vaardigheden. Lange tijd gebeurde dat vooral volgens het klassieke principe: meekijken, samen doen, zelf doen. Maar hoe leer je iemand eigenlijk goed scopiëren? En hoe begeleid je dat leerproces als opleider? In het Verenigd Koninkrijk bestond al een training voor opleiders in colonoscopie. Langers haalde die cursus naar Nederland. Vanuit Leiden wordt de training inmiddels meerdere keren per jaar gegeven aan MDL-artsen die aios opleiden in de endoscopie.

Wat haar aanspreekt, is dat het niet blijft bij een sympathiek initiatief. In promotieonderzoek van Robert Mousset is onderzocht of de supervisievaardigheden van opleiders verbeteren na de cursus. De resultaten worden gemeten met behulp van een beoordelingsinstrument. De uitkomsten waren positief: de kwaliteit van supervisie nam toe, en dat effect was na zes tot negen maanden nog zichtbaar. Voor Langers bevestigt dat iets belangrijks: goed opleiden is een vaardigheid die je kunt leren.

Ook het enthousiasme onder opleiders is groot. Voor het onderzoek werd een hele regio betrokken, om niet alleen individuele opleiders te trainen, maar ook iets in de cultuur te veranderen. De belangstelling voor de cursus bleek dermate groot dat er zelfs wachtlijsten ontstonden. Dat zegt volgens Langers iets over de behoefte in het veld. Opleiders willen wel, maar hebben tools nodig om hun rol beter in te vullen.

Feedback als leermoment

Voor aios MDL hoopt zij vooral dat opleiden nog meer als leren wordt ervaren, en minder als beoordeeld worden. Dat klinkt subtiel, maar maakt in de praktijk veel verschil. Instrumenten zoals DOPS *(Direct Observation of Procedural Skills)* zijn bedoeld om te observeren, feedback te geven en ontwikkeling zichtbaar te maken. Toch voelen ze voor aios vaak als beoordelingsmomenten. “Dat is jammer”, zegt Langers. “Het zijn juist instrumenten om te kijken: wat gaat goed en waar kun je nog in groeien?”

Die verschuiving vraagt om een andere mindset, bij aios én opleiders. Feedback moet niet voelen als een examen, maar als een investering in ontwikkeling. Dat lukt alleen als opleiders weten hoe zij feedback goed kunnen geven, en als zij het leermoment expliciet maken. Langers geeft een voorbeeld uit haar eigen praktijk: voorafgaand aan een scopie vraagt zij wat iemand die dag wil leren of waar iemand tegenaan loopt. Na afloop richt zij haar feedback juist daarop. Zo wordt begeleiding concreet, persoonlijk en minder beladen. “Dan is het

geen onverwachte beoordeling, maar iets waar je samen aandacht aan besteedt."

Technologie als aanvulling op de praktijk

Technologie kan die leeromgeving versterken. Simulatoren bestaan al langer en worden steeds beter, maar volgens Langers worden ze nog te weinig gebruikt. Zeker aan het begin van de leercurve kunnen aios veel leren zonder direct op patiënten te oefenen. "Je stapt dan op een hoger niveau in op de patiënt." Toch is beschikbaarheid niet het enige probleem. Het gebruik van simulatoren moet ook worden ingebouwd in het normale opleidingsproces. Zolang het iets extra's blijft waarvoor iemand moeite moet doen, blijft de drempel bestaan.

Nieuwe technologieën zoals *augmented* of *extended reality* bieden daarnaast veel mogelijkheden. Langers begeleidt onder meer onderzoek naar een applicatie waarmee echografie van het hart kan worden geoefend op een fantoom, ondersteund door *extended reality*. De applicatie geeft feedback op de manier waarop de gebruiker de probe vasthoudt en laat zien welk beeld daarbij hoort. Zulke toepassingen kunnen leren flexibeler maken: op een zelfgekozen moment, passend bij de fase waarin iemand zich bevindt. De technologie is nog kostbaar en niet overal toegankelijk, maar Langers ziet grote kansen. Niet als vervanging van opleiders, wel als aanvulling om vaardigheden veilig en realistisch te oefenen.

Tegelijk benadrukt zij dat innovatie niet hetzelfde is als technologie. De titel van haar leerstoel is bewust breder. Het gaat ook om docentprofessionalisering, activerend onderwijs, betere beoordeling en een leeromgeving waarin aandacht is voor ontwikkeling. Een docent moet goed kunnen doceren én doseren: weten wat je wanneer aanbiedt en wat je beter nog even parkeert. Niet alles hoeft tegelijk. Juist dat vraagt didactische vaardigheid.

Samen leren voor betere zorg

Een ander onderwerp dat Langers nadrukkelijk wil meenemen, is interprofessioneel opleiden. In de praktijk werken artsen intensief samen met verpleegkundigen en andere zorgprofessionals. Toch worden zij vaak gescheiden opgeleid. Dat wringt. Zeker bij endoscopie staan verpleegkundigen dicht op het leerproces van aios. Zij zien niet alleen technische vaardigheden, maar ook communicatie, leiderschap, probleemoplossend vermogen en besluitvorming. Waarom zouden zij geen rol hebben in de opleiding?
In onderzoek binnen het promotietraject van Mousset kregen endoscopieverpleegkundigen een training om feedback te geven op niet-technische vaardigheden van aios. De eerste resultaten laten zien dat zowel verpleegkundigen als aios daar positief op reageren. Voor Langers is dat een belangrijk signaal. Als samenwerking zo'n wezenlijk onderdeel is van het beroep, moet die ook eerder en nadrukkelijker onderdeel zijn van de opleiding.

Wat haar betreft ontwikkelt medisch onderwijs zich de komende jaren tot een omgeving waarin leren normaler, positiever en explicieter wordt. Niet iemand 'mee laten hobbelen' tot het vanzelf goed komt, maar voortdurend aandacht hebben voor ontwikkeling. Dat vraagt om opleiders die weten hoe zij moeten begeleiden, om aios die feedback durven ontvangen en om organisaties die leren niet als iets extra's beschouwen, maar als onderdeel van goede zorg.

Over tien jaar verwacht Langers dat technologie vanzelfsprekender wordt ingezet, docenten beter zijn toegerust en feedback minder beladen is. Wat zij dan vooral graag ziet is dat leren als een gedeelde verantwoordelijkheid wordt beschouwd. "Dat het normaal is om te zeggen: ik zie dat jij dit zo doet, waarom doe je dat eigenlijk zo? Misschien kan ik daarvan leren, of jij van mij." Daarin zit misschien wel de kern van haar leerstoel: onderwijs vernieuwen begint niet bij een systeem of een app, maar bij mensen die bereid zijn om beter te leren opleiden en beter te blijven leren.

Alexandra Langers:

'We hebben op papier goed nagedacht over waar een opleiding aan moet voldoen. Maar hoe breng je dat echt in de praktijk?'

Hiërarchie in de zorg: noodzakelijk, maar niet zonder risico

Tijdens een complexe operatie in een academisch ziekenhuis ontstond een inhoudelijke discussie tussen twee chirurgen over de beste manier om verder te opereren. Voor de rest van het operatieteam was het gesprek moeilijk te volgen. Na afloop vond een nabespreking plaats. De chirurgen zaten aan tafel, met daaromheen de artsen in opleiding tot specialist (aios). Een aios vroeg welke overwegingen tot de uiteindelijk gekozen aanpak hadden geleid. Een van de betrokken chirurgen draaide zich boos om en sneerde: "Denk jij dat je het beter weet?" De vraag was duidelijk geen kritiek, maar een poging om te begrijpen en te leren. Na afloop vroeg ik de chirurg waarom er zo was gereageerd. Het antwoord verraste mij: de chirurg was teleurgesteld dat de aios niet had doorgevraagd. Dat werd immers van toekomstige specialisten verwacht. Dat doorvragen na zo'n publieke afwijzing vrijwel onmogelijk was geworden, was voor de chirurg blijkbaar geen overweging.

Een klein moment met grote gevolgen

Dit is een karakteristiek voorbeeld van een ondermijning van psychologische veiligheid in het team: het gedeelde vertrouwen dat teamleden vragen, twijfels, fouten of afwijkende inzichten kunnen uitspreken zonder bang te hoeven zijn voor (publieke) vernedering, afwijzing of andere negatieve consequenties. Een vraag stellen is een sociaal risico. De reactie van de ontvanger bepaalt mede of iemand dat risico een volgende keer nog eens neemt. Daarom moet bij *speaking up* niet alleen worden gekeken naar de moed van de spreker, maar minstens zo nadrukkelijk naar het gedrag van de ontvanger en de overige aanwezigen.

Psychologische veiligheid betekent niet dat iedereen het met elkaar eens moet zijn of dat gesprekken altijd vriendelijk verlopen. In een psychologisch veilig team kan juist scherp worden gediscussieerd, maar inhoudelijke tegenspraak wordt niet vertaald in een oordeel over iemands competentie, loyaliteit of zelfs het toekomstperspectief binnen het ziekenhuis.

De gevolgen van de sneer beperken zich niet tot de aios die de vraag stelde. Alle aanwezigen zien welk gedrag wordt gewaardeerd en welk gedrag wordt afgestraft. Eén afwijzende reactie kan er daardoor toe leiden dat vele vragen in de toekomst niet meer worden gesteld. Het incident lijkt misschien klein, maar het verlies aan informatie en leermomenten kan op de lange termijn groot zijn.

Onderzoek naar *speaking up* in ziekenhuizen laat zien dat zwijgen zelden uitsluitend een individuele keuze is. Factoren die dit gedrag beïnvloeden spelen op vier samenhangende niveaus. Op individueel niveau gaat het bijvoorbeeld om zelfvertrouwen en ervaren verantwoordelijkheid. Op relationeel niveau spelen hiërarchie, onderling vertrouwen en bekendheid met de ontvanger een rol. Mensen lager in de hiërarchie verwachten vaker dat een vraag als dom, lastig of ongepast wordt beoordeeld. In multidisciplinaire overleggen zijn verpleegkundigen en paramedische professionals daardoor vaak terughoudender, vooral wanneer artsen het gesprek domineren. Op contextueel niveau gaat het om factoren als tijdsdruk, urgentie en teamsamenstelling; op organisatorisch niveau om leiderschap, cultuur en de inrichting van het overleg. Problemen met *speaking up* die op relationeel niveau door hiërarchische verhoudingen ontstaan, moeten niet worden teruggelegd bij de individuele zorgprofessional, maar worden aangepakt op contextueel en organisatorisch niveau.

Niet iedere hiërarchie is 'verkeerd'

Een ziekenhuis zonder hiërarchie is onrealistisch en onveilig. Tijdens een acute bloeding kan niet eindeloos worden overlegd. Iemand moet besluiten welke behandeling wordt gevolgd en daar ook de verantwoordelijkheid voor dragen. Operationele hiërarchie maakt snel en gecoördineerd handelen mogelijk.

Verschillende vormen van hiërarchie hebben verschillende effecten. Formele hiërarchie volgt functies en bevoegdheden. Operationele hiërarchie bepaalt wie tijdens een behandeling of operatie leidt. Meritocratische hiërarchie berust op kennis en ervaring. Daarnaast bestaan informele statushiërarchie en opleidingshiërarchie, gebaseerd op respectievelijk reputatie en beoordelingsmacht. Het gezag in het ene domein mag niet automatisch worden overgedragen naar een ander domein. De beste chirurg is niet vanzelfsprekend de beste gespreksleider, opleider of afdelingsmanager.

De dubbele hiërarchie van het academisch ziekenhuis

Vooral in academische ziekenhuizen raken de operationele rollen en opleidingsrollen gemakkelijk met elkaar vermengd. Een medisch specialist kan tijdens een ingreep de operationeel verantwoordelijke zijn en kort daarna optreden als opleider, beoordelaar, onderzoekspartner en poortwachter voor vervolgfuncties en publicaties. Die stapeling van rollen vergroot de afhankelijkheid.

Een aios die een 'domme' vraag stelt, loopt daardoor niet alleen het risico dat de vraag inhoudelijk als 'dom' wordt ervaren. Er kan ook onzekerheid ontstaan over de gevolgen voor beoordelingen, toevertrouwde handelingen, aanbevelingen en toekomstige kansen op bijvoorbeeld een fellowship. Vragen stellen is een belangrijk onderdeel van leren, maar in de praktijk kan dezelfde vraag worden ervaren als twijfel aan het oordeel van de operationeel verantwoordelijke. Daardoor ontstaat rolverwarring: wordt op dat moment geleerd, beoordeeld of gewerkt?

Juist daar zit een belangrijk probleem: degene met de meeste macht is zich vaak het minst bewust van het effect van die macht. De gedachte 'er had gewoon doorgevraagd moeten worden' veronderstelt een gelijkwaardigheid die feitelijk niet bestaat. Hoe groter de afhankelijkheid van de ontvanger, hoe groter het sociale risico van tegenspraak. Psychologische veiligheid vraagt daarom niet dat iedereen zich gedraagt alsof er geen hiërarchie is, maar dat invloedrijke professionals de effecten van dat machtsverschil actief proberen te compenseren.

Hoe uitzonderlijk is de zorg?

Er bestaat geen betrouwbare ranglijst waaruit blijkt dat Nederlandse ziekenhuizen hiërarchischer of sociaal onveiliger zijn dan andere sectoren. De verschillen tussen teams en afdelingen zijn waarschijnlijk groter dan het gemiddelde verschil tussen sectoren. Een goed geleid operatieteam kan psychologisch veiliger zijn dan een slecht geleid technisch projectteam.

Toch heeft de zorg enkele kenmerken die het risico versterken. Het werk is complex, de gevolgen van beslissingen zijn groot, professionals zijn sterk van elkaar afhankelijk en onzekerheid kan snel worden geïnterpreteerd als een gebrek aan bekwaamheid. Daarnaast stimuleert de opleiding zelfstandigheid, perfectionisme en persoonlijk verantwoordelijkheidsgevoel. Dat zijn waardevolle eigenschappen, maar ze kunnen ook leiden tot de overtuiging dat hulp vragen of twijfel uitspreken een teken van zwakte is.

Een onveilige werkcultuur kan daarom niet los worden gezien van de kwaliteit van zorg. Protocollen, accreditaties en meldsystemen bieden onvoldoende bescherming wanneer professionals niet durven aangeven dat een protocol niet werkt, een diagnose mogelijk onjuist is of een collega iets over het hoofd ziet. Openheid is daarmee een operationele barrière tegen vermijdbare schade.

Hiërarchie en burn-outverschijnselen

Een niet-functionele hiërarchie veroorzaakt meestal niet rechtstreeks een burn-out. Hiërarchie kan wel die hulpbronnen aantasten die professionals onder hoge belasting overeind houden: autonomie, sociale steun, collegialiteit, waardering, rechtvaardigheid en de mogelijkheid om hulp te vragen. Landelijk onderzoek onder Nederlandse aios heelkunde vond tussen 2020 en 2025 bij acht tot twaalf procent burn-outverschijnselen. Dat is lager dan sommige eerdere schattingen, maar nog steeds betekenisvol, gegeven de impact op zowel de zorgprofessional als de zorg als geheel, die kampt met een groot personeelstekort. Werkdruk en emotionele belasting zijn belangrijke risico's, terwijl sociale steun en teamcohesie juist beschermen. Wanneer vragen worden afgestraft, kwetsbaarheid als zwakte geldt en teams voortdurend wisselen, raakt dat niet alleen de informatie-uitwisseling. Ook de veerkracht van zorgprofessionals neemt dan af.

Een vergelijking met de industrie

Ook in mijn werk in de Nederlandse industrie zie ik dezelfde menselijke mechanismen,

Jop Groeneweg:

'Degene met de meeste macht is zich vaak het minst bewust van het effect van die macht.'

maar de machtsverhoudingen lopen vaak anders. Binnen een raffinaderij bestaat bijvoorbeeld meestal een klassieke lijnhiërarchie. Bij onderhoud en dagelijkse operaties is vooral de verhouding tussen opdrachtgever en aannemer belangrijk. De aannemer beschikt vaak over de praktische vakkennis, terwijl de opdrachtgever de planning en het contract beheert. Economische afhankelijkheid kan het moeilijk maken om een onveilig plan of een fout in de planning van de opdrachtgever ter discussie te stellen.

In hoogrisicosectoren worden de negatieve effecten van hiërarchie soms explicieter beheerst dan in de zorg. In een aantal bedrijven heeft iedereen bijvoorbeeld een *stop-work authority:* het recht om het werk stil te leggen zonder negatieve consequenties voor de werknemer. Ook zijn er start-werkbesprekingen waarin iedereen aan het woord komt wanneer de risico's van de komende werkzaamheden worden besproken. Zulke instrumenten werken

alleen wanneer degene die 'stop' roept vervolgens werkelijk wordt gesteund. Het formele recht is waardeloos wanneer het gebruik ervan later leidt tot het verwijt dat iemand niet meewerkt of onnodige projectkosten veroorzaakt. De industrie is dus niet minder hiërarchisch, maar wel anders. In beide sectoren geldt dat psychologische veiligheid niet alleen meer meldingen en ideeën oplevert, maar het werk ook prettiger maakt en personeelsverloop door bijvoorbeeld een te hoge werkbelasting kan verminderen.

Concrete maatregelen

Om de negatieve effecten van hiërarchie te beperken zijn geen grote cultuurprogramma's nodig, maar concrete aanpassingen in leiderschap, overlegstructuren en beoordeling. Twee relatief eenvoudige maatregelen kunnen daarbij helpen:

1. Scheid expliciet beslissen, leren en beoordelen.

Maak vooraf duidelijk of een overleg bedoeld is voor operationele besluitvorming, onderwijs of beoordeling. Plan na complexe ingrepen een leergerichte debriefing waarin vragen geen invloed hebben op formele beoordelingen.

2. Maak psychologische veiligheid onderdeel van patiëntveiligheid en personeelsbeleid.

Teams waarin mensen elkaar kennen, durven eerder een vraag te stellen of hulp te vragen. Tijd voor teamvorming en gezamenlijke reflectie is daarom geen luxe, maar onderdeel van het veiligheidsmanagement. Van een aios mag worden verwacht dat vragen worden gesteld. Van een opleider mag worden verwacht dat daarop zo wordt gereageerd dat ook de volgende vraag nog wordt gesteld.
De raad van bestuur is daarbij systeemverantwoordelijk voor de omstandigheden waaronder professionals hun kennis en zorgen durven inbrengen. Alleen trainen op individuele assertiviteit is onvoldoende: met name de organisatiecontext moet veranderen.

Het is dus zeker niet zo dat hiërarchie moet verdwijnen. Het belangrijkste is dat hiërarchie afhankelijk van de situatie op de meest passende wijze wordt ingezet. In een crisis moet een operationeel verantwoordelijke kunnen zeggen: 'We doen het zo.' In een leer- of reflectiemoment moet dezelfde professional kunnen vragen: 'Wat heb ik niet gezien en wie denkt er anders over?'

Wanneer dat schakelen tussen situatieafhankelijke rollen ontbreekt, blijven relevante observaties, twijfels en alternatieven onbesproken. Risico's worden daardoor minder effectief aangepakt en de kans op vermijdbare schade voor patiënten neemt toe. Tegelijk verliezen zorgprofessionals het gevoel van autonomie, onderlinge steun en vertrouwen, waardoor uitputting, burn-outverschijnselen en uitval waarschijnlijker worden. Het verminderen van de negatieve effecten van hiërarchie is daardoor een voorwaarde voor veilige patiëntenzorg en voor het duurzame welzijn van de professionals die deze veiligheid iedere dag moeten creëren.

Jop Groeneweg,
Hoogleraar veiligheid in de Gezondheidszorg, Centrum voor Veiligheid in de Gezondheidszorg, Faculteit TBM,
TU Delft (**j.groeneweg-1@tudelft.nl**)

Leven en

Afgelopen maart emigreerde ik met mijn gezin (man, twee kinderen van 4 en 6 jaar) naar Curaçao. We waren al vaker voor een vakantie op het eiland geweest. Maar hoe zou het leven nou echt zijn op het eiland? Van mijn werk als MDL-arts in het Curaçao Medical Center (CMC) had ik evenmin een duidelijke voorstelling. Ja, ik had meegelopen en ja, er waren verschillende gesprekken gevoerd, maar toch. Nu, na een half jaar op Curaçao kan ik zeker wel antwoord geven op de vraag hoe het leven en werken hier nou werkelijk is. Lees maar.

Leven op Curaçao betekent wonen op een eiland in de Caribische zee, op 8000 kilometer van Nederland, maar toch ook dichtbij met dagelijks verschillende directe vluchten naar het land dat we achterlieten. Het is leven in een zeer behaaglijk tropisch klimaat met de wind die altijd waait. En de algehele vibe is ontspannen en relaxed. Mensen zijn vriendelijk en opgewekt, men maakt zich niet zo snel druk.

Werken in het CMC als MDL-arts is werken in een modern ziekenhuis (2019). CMC is het enige algemeen ziekenhuis voor de ruim 150.000 inwoners en de 800.000 verblijfstoeristen en 900.000 cruise toeristen die Curaçao jaarlijks bezoeken. Het ziekenhuis werkt met een Nederlands EPD (Hix) en levert zorg op niveau. Er zijn korte lijnen met de Nederlandse academie en je functioneert in een omgeving waar verschillende talen (Nederlands, Papiamentu, Spaans en Engels) worden gesproken en verschillende culturen naast elkaar bestaan. In je werk pas je de bekende richtlijnen en protocollen toe op basis van de individuele patiënt, gecombineerd met wat er aan middelen en mogelijkheden beschikbaar is. Ik heb het gevoel

werken op Curaçao in balans

hier echt iets voor de patiënt te kunnen betekenen.

Leven en werken op Curaçao zijn goed in balans. Artsen en verpleegkundigen zijn gedreven. Ik ervaar minder administratie, een ander verwachtingspatroon van de patiënt en een doorgaans meer ontspannen sfeer. Dat alles leidt tot meer voldoening in het werk dat ik verricht. In de ochtend breng ik tussen half acht en kwart voor acht de kinderen naar school die dan al begint. Daarna door naar het CMC waar mijn werkdag om acht uur start en de programma's tot vier uur 's middags doorlopen.

Wekelijks heb ik een hele dag poli, de andere dagen vullen zich met scopie of kliniek. Ik zie minder functionele klachten dan in Nederland. Doordat ik in het enige ziekenhuis van het eiland werk, zie ik zeer uiteenlopende pathologie in regelmatig vergevorderde stadia.

Maar als ik dan na m'n werkdag naar huis ga, zie ik palmbomen, blauwe lucht en zon die me meteen helpen te ontspannen. De weekeinden voelen als mini-vakanties door de tropische omgeving en er is veel *family time*. En ja: elk voordeel heeft z'n nadeel. Dus soms kan het frustrerend zijn als het iets té relaxed of inefficiënt gaat.

De MDL-vakgroep in het CMC bestaat uit vijf MDL-artsen. Naast gastro- en coloscopieën, voert de afdeling ook EUS en ERCP uit. Er is ruimte en mogelijkheid voor introductie van nieuwe technieken zoals EUS-interventies en IBD/hepatologie echografie. De samenwerking met de andere specialisten is goed en er zijn verschillende MDO's waaraan de MDL deelneemt. Op het gebied van bestuur en management dienen zich genoeg mogelijkheden voor persoonlijke groei aan. Nou, wie dit leest en enthousiast raakt: er is op dit moment een vacature voor een ERCP'ist. Meer weten, neem gerust contact met me op **(louisa.vandijk@cmc.cw)**.

Ayo!

Louisa van Dijk,
MDL-arts Curaçao Medical Center

Advertentie

MDL Fonds lanceert wetenschappelijke database pre- en probiotica

Internationale richtlijnen naar Nederlandse praktijk vertaald

Voor patiënten met MDL-aandoeningen kunnen pre- en probiotica soms een goede aanvulling zijn op de behandeling, zo blijkt uit de richtlijn van World Gastroenterology Organisation (WGO). Om zorgprofessionals van dienst te zijn, vertaalde MDL Fonds deze richtlijn in een praktische Nederlandse database.

In 2024 bracht de World Gastroenterology Organisation (WGO) een richtlijn uit over pre- en probiotica.[1] De richtlijn beschrijft MDL-aandoeningen en -klachten, zoals diverticulitis, acute diarree en het prikkelbaredarmsyndroom. Bij elke aandoening en klacht heeft de WGO een overzicht geplaatst van onderzochte prebiotica, plus probiotica met daarbij de stammen, de gebruikte doseringen en het niveau van wetenschappelijk bewijs.

Keuze in de praktijk

De WGO-richtlijn beschrijft bacteriële stammen en combinaties van stammen op basis van internationaal onderzoek. Speciaal voor zorgprofessionals heeft MDL Fonds aanvullend onderzoek uitgevoerd in Nederland. Er is systematisch geïnventariseerd welke genoemde stammen(combinaties) en prebiotica in de juiste vorm en dosering in Nederland verkrijgbaar zijn. Ook is gekeken of de dosering en de toedieningsmethode overeenkomen (bijvoorbeeld poeders versus pillen). Stammen(combinaties) die wel in de WGO-richtlijn worden genoemd, maar niet in Nederland beschikbaar zijn, zijn niet opgenomen in de database. De database is nadrukkelijk onafhankelijk en niet-commercieel. Voor toegang is een BIG- of KP-nummer nodig. Aanmelden kan via www.mdlfonds.nl/professionals/.

Tim de Meij, kinderarts-MDL en onderzoeker in Amsterdam UMC, stelt dat er zowel vanuit de kindergeneeskunde als vanuit ouders van kinderen een groeiende kennisbehoefte is hoe je het microbioom bij kinderen kunt beschermen en beïnvloeden. “We willen met name weten hoe we de schade aan het microbioom bij jonge kinderen kunnen beperken, bijvoorbeeld bij een keizersnede of bij het gebruik van antibiotica. Het is immers bekend dat het microbioom op latere leeftijd daadwerkelijk gezondheidsuitkomsten beïnvloedt, zoals het ontstaan van astma, maar ook bijvoorbeeld in de neurocognitieve ontwikkeling. Binnen de kindergeneeskunde komen er steeds meer bewezen indicaties voor het toedienen van probiotica. Bekendste voorbeeld is het voorkomen van antibiotica-geïnduceerde diarree. Het is als zorgverlener belangrijk om op de hoogte te zijn, maar de ontwikkelingen gaan snel. Ik ben daarom heel blij met dit initiatief van MDL Fonds. Deze database biedt zorgverleners een actueel overzicht van de mogelijkheden per ziektebeeld en het bewijs. Zo krijg je betere, gepersonaliseerde zorg.”

Buikbelang

MDL Fonds is met het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en Wageningen University & Research (WUR) oprichter van Buikbelang, een landelijk platform waar wordt samengewerkt tussen diverse experts, onder wie microbiologen en MDL-artsen. Tal van andere organisaties zijn bij dit initiatief betrokken, zoals de Nederlandse Vereniging van Diëtisten en Vereniging Arts en Leefstijl. Buikbelang heeft als ambitie om Nederland gezonder te maken door kennis over het darmmicrobioom te vertalen naar de praktijk. Het platform ondersteunt zorgprofessionals bij het toepassen van inzichten rondom het microbioom in de zorg voor mensen met aandoeningen en ziekten in en vanuit de darmen. Tegelijkertijd zet Buikbelang zich in om het bewustzijn over de rol van het darmmicrobioom als belangrijke factor voor gezondheid te vergroten, zowel onder zorgprofessionals als bij het brede publiek.

[1] Melberg, James. World Gastroenterology Organisation (WGO) News and Events. Journal of Clinical Gastroenterology 58(10): pi, november/december 2024. DOI: 10.1097/MCG.0000000000002261

Werkgroep Preventie presenteert visiedocument tijdens DDD in najaar

Preventie vraagt om heldere rol MDL-arts

Preventie staat hoog op de agenda in de gezondheidszorg. Ook binnen de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen (NVMDL) groeit het besef dat medisch specialisten daarin een belangrijke rol kunnen spelen. Maar hoe ver reikt die verantwoordelijkheid? En waar ligt de grens tussen behandelen, adviseren en maatschappelijke betrokkenheid? Om die vragen te beantwoorden stelde de vereniging eind vorig jaar de werkgroep Preventie in. Voorzitter Hanneke van Soest licht toe hoe de werkgroep die zoektocht vormgeeft en waarom juist een heldere afbakening van de rol van de MDL-arts bij preventie centraal staat.

Hanneke van Soest is MDL-arts in het Haaglanden Medisch Centrum Westeinde in Den Haag. Zij promoveerde op hepatitis C, maar richt zich inmiddels vooral op leverziekten in bredere zin. Binnen de NVMDL was zij ruim tien jaar actief in de Commissie Hepatologie, waarvan de laatste jaren als voorzitter. Vanuit die rol zette zij zich samen met commissielid Bart Takkenberg in voor het thema preventie.

Eigen plek voor preventie

"Vanuit de Commissie Hepatologie waren we al langer bezig met preventie, vooral rondom alcohol gerelateerde leverziekten. Samen met het MDL Fonds sloten we ons namens de NVMDL aan bij De Gezonde Generatie. Dat bracht ook de vraag met zich mee welke rol artsen kunnen spelen in het publieke domein. Ongeveer tegelijkertijd kwam de Federatie Medisch Specialisten met het visiedocument Medisch Specialist 2035, waarin richting wordt gegeven aan de zorg van morgen met nadrukkelijk een verantwoordelijkheid van medisch specialisten op het gebied van preventie. Dat was voor ons aanleiding om te zeggen: dit onderwerp verdient een eigen plek binnen de vereniging. Zo is de werkgroep Preventie ontstaan, met als belangrijkste opdracht om te verkennen welke rol de MDL-arts op het gebied van preventie kan en moet vervullen."

De belangstelling voor de nieuwe werkgroep bleek direct groot. Nadat Hanneke van Soest en Bart Takkenberg binnen de NVMDL een oproep hadden gedaan, meldden zich veel belangstellenden. De werkgroep Preventie ging eind vorig jaar van start en telt inmiddels achttien leden. De voorzitter: "Dat hadden we eerlijk gezegd niet verwacht. Er meldden zich veel enthousiaste collega's, vooral jonge MDL-artsen, maar ook een aantal ervaren collega's. Met achttien leden is de werkgroep misschien zelfs wel wat groot, maar het laat vooral zien dat preventie echt leeft binnen onze beroepsgroep. Een aantal jaren geleden heb ik dit onderwerp ook al eens onder de aandacht gebracht, maar toen was er binnen de vereniging nog niet echt ruimte voor. Je merkt dat dat de afgelopen jaren echt is veranderd. Steeds meer MDL-artsen beseffen dat we ook op het gebied van preventie een verantwoordelijkheid hebben."

Heldere afbakening

Binnen de werkgroep staat één vraag centraal: wat is precies de rol van de MDL-arts als het gaat om preventie? Volgens Van Soest vraagt het grote enthousiasme van de werkgroepleden juist om een heldere afbakening van die verantwoordelijkheid.

"Iedereen wil graag aan de slag, maar we moeten niet op de stoel van andere zorgprofessionals gaan zitten. Dieetadviezen horen bij de diëtist en beweegadviezen bij professionals die daarvoor zijn opgeleid. Onze kracht ligt ergens anders."

Die afbakening blijkt minder eenvoudig dan vooraf gedacht. "De vraag is: over welke vorm van preventie hebben we het eigenlijk? Primaire preventie, waarbij je ziekte probeert te voorkomen? Of secundaire preventie, waarmee je verdere gezondheidsschade voorkomt? Dat onderscheid is belangrijk. Op het gebied van preventie doen MDL-artsen al veel, bijvoorbeeld met het bevolkingsonderzoek naar darmkanker of het voorkomen van nieuwe varicesbloedingen. Waar we nu vooral naar zoeken, is onze rol bij het voorkómen van leefstijlgerelateerde ziekte."

In eerste plaats behandelaars

Om die positie helder te formuleren werkt de werkgroep aan een visiedocument. “Iedereen voelt dat we iets moeten doen, maar de vraag is vooral: wát is precies onze verantwoordelijkheid als MDL-arts? Wij zijn in de eerste plaats behandelaars. Dat betekent niet dat preventie geen onderdeel van ons vak is, maar wel dat we realistisch moeten blijven over wat wel en niet bij onze rol hoort.”

Van Soest ziet die rol allereerst in de spreekkamer. “Alleen al een vraag als: 'Heeft u er weleens over gedacht om te stoppen met roken of minder alcohol te drinken?' kan iemand aan het denken zetten. Dat vraagt wel om goede gesprekstechnieken. Je wilt mensen motiveren, niet opzadelen met schuldgevoelens.”

Daarom vindt zij dat de beroepsvereniging MDL-artsen beter moet toerusten. “Scholing in leefstijlgesprekken en *motivational interviewing* hoort wat mij betreft wél bij onze verantwoordelijkheid. Maar we zijn geen leefstijlcoaches. Juist daarom willen we met de werkgroep duidelijk maken waar onze verantwoordelijkheid begint en waar die ophoudt.”

Het visiedocument van de werkgroep Preventie is inmiddels vrijwel afgerond en wordt binnenkort aan het NVMDL-bestuur aangeboden. De officiële presentatie staat gepland tijdens de *Digestive Disease Days* (DDD) in september in Veldhoven. Daar houdt de werkgroep ook een symposium over preventie, waarin de visie nader wordt toegelicht.

Volgens Van Soest beschrijft het visiedocument op hoofdlijnen hoe de MDL-arts de komende jaren invulling kan geven aan preventie. “We hebben geprobeerd onze rol heel concreet te omschrijven. We hoeven niet alles zelf te doen, maar kunnen op verschillende terreinen wel degelijk het verschil maken.”

Vier pijlers

De werkgroep onderscheidt daarbij vier pijlers. Allereerst ziet zij een rol in het duiden van wetenschappelijke ontwikkelingen op het gebied van leefstijl en preventie. “Er verschijnt ontzettend veel onderzoek. Wij kunnen collega's helpen om te beoordelen wat nieuwe inzichten daadwerkelijk betekenen voor de dagelijkse praktijk.”

Daarnaast pleit de werkgroep voor meer normstelling binnen de beroepsgroep. Van Soest: “Wat mag je van een goed MDL-consult verwachten? Vraag je standaard naar alcoholgebruik? Leg je het gewicht vast? Alleen al door zulke onderwerpen structureel aan bod te laten komen, vergroot je de bewustwording bij arts én patiënt.”

Ook buiten de spreekkamer ziet Van Soest een taak voor de beroepsgroep. “Wij hoeven niet zelf de barricaden op, maar we kunnen maatschappelijke discussies wel voorzien van medische duiding en daarmee de awareness vergroten. Juist daar ligt onze meerwaarde.”

Tot slot is onderwijs volgens haar onmisbaar. “Als we vinden dat preventie onderdeel is van ons vak, moeten we collega's ook de kennis en vaardigheden geven om leefstijlgesprekken goed te voeren.”

Met deze vier pijlers, wetenschappelijke duiding, normstelling, maatschappelijke advisering en onderwijs, wil de werkgroep de preventierol van de MDL-arts de komende jaren richting geven.

De werkgroep Preventie bestaat uit de volgende leden: Hanneke van Soest (voorzitter) Ruud Schrauwen (namens bestuur NVMDL, DB), Loes Alferink (aios), Sem Aronson, Annet Voorburg, Bert Baak, Marti Borkent, Clasine de Klerk, Carmen Horjus, Laurens van Kleef (aios), Rutger Quispel, Hans-Paul Schultheiss, Bart Takkenberg, Audrey Westendorp (verpleegkundig specialist), Jeanine Arkenbosch (aios), Ingrid Gisbertz, Ad van Bodegraven, Wendy Vlaar (secretaris).

In samenwerking met Federatie Medisch Specialisten

Nieuwe reeks e-learnings preventie

Preventie is één van de zeven thema's uit de visie Medisch Specialist 2035. Om medisch specialisten en aios hierin te ondersteunen, ontwikkelde de Federatie Medisch Specialisten samen met diverse verenigingen, waaronder de NVMDL en Vereniging Arts en Leefstijl, een nieuwe reeks geaccrediteerde e-learnings over leefstijl. De eerste twee zijn inmiddels online gegaan: Metabole gezondheid en leefstijl en Kinderen en leefstijl.

Lid van de NVMDL-werkgroep Preventie Ingrid Gisbertz werkte mee aan de e-learning Metabole gezondheid en Leefstijl. Vanaf september komen er nog twee bij: Hart- en vaatziekten en leefstijl en Kanker en Leefstijl. Een ander werkgroeplid, Ruud Schrauwen, was betrokken bij ontwikkeling van de e-learning kanker en leefstijl. De e-learnings bevatten elk een basis- en een verdiepingsmodule.

Het ontwikkelen van de e-learnings wordt mogelijk gemaakt door de Coalitie Leefstijl in de Zorg en dragen bij aan een toekomstbestendige zorg, waarin preventie en leefstijl een vanzelfsprekend onderdeel zijn van de behandeling.

Meer informatie over deze e-learnings is te vinden op de websites www.**artsenleefstijl.nl** en **www.demedischspecialist.nl**.

Verandering begint met luisteren: de kracht van het leefstijlgesprek

Alle zorgprofessionals weten dat leefstijl een belangrijke rol speelt bij gezondheid en ziekte. Toch blijkt het leefstijlgesprek in de spreekkamer nog lang niet vanzelfsprekend. Tijdgebrek, onzekerheid over de vervolgstappen en de vraag of patiënten er wel op zitten te wachten, zorgen ervoor dat het onderwerp regelmatig onbesproken blijft. Ook zit het bij veel artsen gewoon niet in het systeem. We praten hierover met Anton Jonkers, Physician Assistant MDL, onderzoeker en MDL-arts Marjolijn Duijvestein van het Radboudumc en met Jaap Postma, bijna 25 jaar specialist in Motiverende Gespreksvoering en trainer bij Vereniging Arts en Leefstijl.

Tekst: Laura Commandeur (Vereniging Arts en Leefstijl) en Bart Kiemeney (Radboudumc)

Anton Jonkers:

'De meest genoemde belemmering is tijd. Een specialist heeft vaak maar tien tot vijftien minuten per consult.'

Wat houdt zorgprofessionals tegen?

"De meest genoemde belemmering is tijd. Een specialist heeft vaak maar tien tot vijftien minuten per consult", legt Anton Jonkers uit. "Daarin moeten diagnose, behandeling en vervolgbeleid worden besproken. Het idee dat leefstijl vervolgens nog een uitgebreid gesprek vereist, maakt de drempel hoog. Daarnaast speelt er nog iets anders. Veel zorgprofessionals vragen zich af wat er gebeurt nadat zij het onderwerp hebben aangekaart. Waar kunnen patiënten terecht? Wie begeleidt hen?"

"Ook zien sommige artsen leefstijl nog niet als vanzelfsprekend onderdeel van hun takenpakket", vult Marjolijn Duijvestein aan. "Niet omdat ze het belang ervan ontkennen, maar simpelweg omdat het nog geen vaste plek heeft gekregen in hun behandeling. Het is nog geen onderdeel van alle zorgpaden. Als het niet in je systeem zit, denk je er gewoon minder snel aan."

Het hoeft geen lang gesprek te zijn

Een belangrijke misvatting is dat een leefstijlgesprek veel tijd kost. Volgens Jonkers hoeft dat helemaal niet. "Je kunt in dertig seconden al impact maken." Hij verwijst naar een eenvoudige aanpak die ook bij stoppen met roken wordt gebruikt: vragen, vertellen en verwijzen. Vraag bijvoorbeeld of iemand rookt, vertel waarom stoppen belangrijk is en verwijs naar passende ondersteuning. Daarmee kan het zaadje al geplant zijn. "Het doel is niet om tijdens één consult iemands hele leefstijl te veranderen. Het doel is het gesprek openen, bewustwording creëren en de patiënt eventueel naar passende begeleiding leiden."

Motivational Interviewing

Dat roept een belangrijke vraag op. Hoe ontstaat échte motivatie voor verandering? Volgens Jaap Postma, trainer motiverende gespreksvoering, ligt het antwoord niet in betere adviezen, maar in beter luisteren. Door gebruik te maken van *Motivational*

Een vraag kan een leven veranderen

Het leefstijlgesprek hoeft niet lang te duren. De echte winst zit in de vervolgstap. Met het programma 'Beter Gezond' leren zorgprofessionals hoe zij leefstijl effectief bespreken en patiënten eenvoudig doorverwijzen naar passende begeleiding. Van bewustwording naar actie. Beter Gezond is een initiatief van de Academische Alliantie van Radboudumc en Maastricht UMC+, in samenwerking met de Vereniging Arts en Leefstijl. Meer weten over Beter Gezond? Kijk op **www.betergezond.nl.**

Jaap Postma geeft bij Vereniging Arts en Leefstijl trainingen over Motiverende gespreksvoering.
Op de website **www.artsenenleefstijl.nl** lees je daar meer over.

Interviewing (motiverende gespreksvoering) en het herkennen van zogenaamde *teachable moments* kunnen artsen patiënten helpen hun eigen motivatie te ontdekken. Juist daar ontstaat verandertaal: uitspraken van patienten die wijzen op de wens, noodzaak of bereidheid om te veranderen.

Motivational Interviewing is een evidence-based gespreksmethode. "Samenwerking met de patiënt is hierin belangrijk", vertelt Postma. "Niet vertellen wat de ander moet doen, maar de ander hardop laten denken en zelf tot verandertaal laten komen. Van artsen vraagt dit om meer coachingsvaardigheden in een gesprek."

"Vrijwel iedere roker weet dat roken ongezond is", legt Postma uit. "Vrijwel iedere patiënt met overgewicht weet dat afvallen gezondheidswinst oplevert. Toch veranderen veel mensen niet. Dat komt omdat gedragsverandering zelden een kennisprobleem is. Veel vaker speelt ambivalentie een rol: tegelijkertijd willen én niet willen veranderen. Deze tegenstrijdigheid is geen onwil, maar een normaal onderdeel van gedragsverandering. Juist in die ambivalentie ligt vaak de sleutel tot verandering. Echt luisteren en doorvragen is daarbij heel belangrijk."

De kracht van het *teachable* moment

Juist wanneer patiënten geconfronteerd worden met ziekte, ontstaat vaak een uniek moment waarop zij openstaan voor verandering. Dit wordt ook wel een *teachable moment* genoemd.

"Een patiënt die wordt opgenomen met een alvleesklierontsteking of iemand die een opvlamming van de ziekte van Crohn doormaakt: het zijn momenten waarop de relatie tussen leefstijl en gezondheid ineens heel concreet wordt", legt Duijvestein uit. "Dat zijn de momenten die je moet benutten. Je bent misschien niet dé leefstijlexpert, maar je bent wel degene die contact heeft met de patiënt. En je hebt als zorgverlener een zekere autoriteit."

Volgens haar maken zorgprofessionals soms de fout te denken dat het te laat is. De ziekte is er immers al. Maar juist dán blijken patiënten vaak gemotiveerd om iets te veranderen. De diagnose of opname werkt als een wake-upcall.

Gebruik een *teachable* moment op de juiste manier

Volgens Postma schuilt hier echter een risico. "Veel zorgverleners zien zo'n moment als hét moment om advies te geven of direct door te verwijzen. Terwijl het juist een moment is om nieuwsgierig te worden naar wat er in de patiënt omgaat. De vraag is niet: 'Wat moet ik nu adviseren?', maar: 'Wat speelt er voor deze patiënt waardoor verandering mogelijk interessant wordt?' Door die verschuiving ontstaat ruimte voor een gesprek waarin de patiënt zelf hardop gaat nadenken over zijn situatie. Daar ontstaat verandertaal."

Jaap Postma:

'Laat patiënten hardop nadenken over hun eigen leefstijlvraagstuk. Dan ontstaat verandertaal. En vanuit verandertaal ontstaat verandering.'

Advertentie

Patiënten staan meer open dan we denken

Een opvallende bevinding uit de ervaringen binnen het Radboudumc is dat patiënten vaak positiever reageren dan zorgprofessionals verwachten. “Veel patiënten die werden doorverwezen, gaven achteraf zelfs aan dat ze graag eerder zo’n verwijzing hadden gekregen”, vertelt Jonkers. Daarmee wordt een hardnekkige aanname doorbroken: dat patiënten niet zitten te wachten op leefstijladvies. Volgens Jonkers is juist het tegenovergestelde vaak waar. “Patiënten hebben vooral behoefte aan een duwtje in de rug, duidelijke begeleiding en iemand die met hen meedenkt over de onderliggende oorzaken van leefstijlgedrag.”

Postma vult hierop aan: “Een patiënt zegt: ‘Ik weet dat ik moet stoppen met roken.’ De reflex is dan: ‘Dan kan ik u verwijzen naar een stoppen-met-rokenprogramma.’ Maar daarmee wordt een belangrijke stap overgeslagen: onderzoeken wat het stoppen voor deze persoon moeilijk maakt én waarom hij eigenlijk wil stoppen. Zonder die stap ontstaat vaak weinig eigenaarschap en blijft verandering oppervlakkig.”

Het succes van het leefstijlloket

Om zorgprofessionals te ondersteunen bij het voeren van leefstijlgesprekken, startte het Radboudumc in 2023 een leefstijlloket. Patiënten kunnen daarnaar worden doorverwezen voor een uitgebreid leefstijlgesprek van 45 minuten en daarna eventueel begeleiding door leefstijlcoaches.

Dat blijkt succesvol. Uit de eerste resultaten onder honderden verwezen patiënten blijkt dat deelnemers hun kwaliteit van leven hoger beoordelen, beter scoren op verschillende welzijnsdomeinen en daadwerkelijk gewicht verliezen.

Jonkers noemt het voorbeeld van een jonge man van dertig jaar die binnen een jaar 25 kilo afviel. “Maar misschien nog indrukwekkender zijn de verhalen achter de cijfers. Zo werd een patiënt met ernstige financiële en sociale problemen via het leefstijlloket geholpen om zijn leven weer op de rit te krijgen. Hij stopte met middelenmisbruik, bouwde opnieuw een sociaal netwerk op en is naar eigen zeggen ‘oneindig dankbaar’ voor de verwijzing.”
Maar niet ieder ziekenhuis heeft zo’n leefstijlloket. Dan is een tool als ‘Beter Verwijs’ (www.beterverwijs.nl, *zie kader pagina 127*) heel handig om in te zetten of kan de huisarts worden betrokken.

Gewoon beginnen

Wat is uiteindelijk de belangrijkste boodschap voor zorgprofessionals die leefstijl vaker willen bespreken? Volgens Duijvestein is het antwoord verrassend eenvoudig: “Begin gewoon. Oefening baart kunst. Dat geldt voor een scopie, maar ook voor dit soort gesprekken.”

Je hoeft geen leefstijlcoach te zijn en je hoeft niet direct alle antwoorden te hebben. Het belangrijkste is dat je het onderwerp bespreekbaar maakt, écht luistert naar de patiënt en de patiënt zelf laat nadenken over oplossingen. Maak gebruik van het teachable moment en weet waar je patiënten naartoe kunt verwijzen. De impact van zo’n gesprek is vaak groter dan zorgprofessionals zelf denken. Soms is één vraag, op het juiste moment gesteld, genoeg om een leven een andere richting te geven.

Marjolijn Duijvestein :

‘Je bent misschien niet dé leefstijlexpert, maar je bent wel degene die contact heeft met de patiënt. En je hebt als zorgverlener een zekere autoriteit.’

Werkgroep Preventie presenteert visiedocument tijdens DDD in najaar

Van tandeloze tijger naar eerste

Dagelijks zien MDL-artsen de gevolgen van overmatig alcoholgebruik en overgewicht in hun spreekkamer. De maatschappelijke en economische impact daarvan is inmiddels zo groot dat effectief preventiebeleid vanuit de overheid noodzakelijker is dan ooit. Jarenlang bleef preventie vooral steken in vrijwillige afspraken met de voedings- en alcoholindustrie en werd een beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid van burgers. Inmiddels belooft het kabinet Jetten 'de gezondste generatie ooit'. Betekent dit eindelijk een omslag naar een daadkrachtiger preventiebeleid vanuit Den Haag? Of krijgt de tandeloze tijger slechts zijn eerste melktandjes?

Nationaal Preventieakkoord

Het Nationaal Preventieakkoord uit 2018 markeerde een omslag in de visie op het Nederlandse preventiebeleid. Meer dan zeventig partijen spraken de ambitie uit om in 2040 een gezonde generatie te realiseren.[1] De uitwerking van de doelstellingen (*zie Tabel 1*) werden ondergebracht bij vrijwillige 'thematafels'.[1]

Deze aanpak maakte brede samenwerking mogelijk tussen overheid, zorg, maatschappelijke organisaties, en bedrijfsleven. Tegelijkertijd droeg deze aanpak een fundamentele zwakte in zich: de uitvoering was afhankelijk van vrijwillige afspraken. Concrete tussendoelen, wettelijke verplichtingen en afdwingbare instrumenten om de voortgang te monitoren of bij te sturen, ontbraken.

Kritiek op aanpak

De aanpak bleef niet zonder kritiek. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) concludeerde zowel in 2018 als in 2024 dat de doelen van het Preventieakkoord met de gekozen aanpak niet goed haalbaar zijn.[2] Zo berekende het RIVM dat met deze aanpak 56 procent van de volwassenen in 2040 overgewicht heeft tegen 58 procent zonder het Preventieakkoord en de prevalentie van kinderen met overgewicht 14 procent met en 15 procent zonder. Ook de doelen om het alcoholgebruik terug te dringen, zijn volgens het RIVM met de aanpak van het Preventieakkoord niet haalbaar.

Het RIVM pleit daarom consequent voor stevigere overheidsmaatregelen zoals prijsbeleid, en het beperken van zowel reclame voor ongezonde producten als beschikbaarheid van alcoholhoudende dranken.[3]

Kabinetten Rutte IV en Schoof

De jaren na het Preventieakkoord brachten geen vooruitgang. De landelijke thematafel Overgewicht werd afgeruimd en de uitvoering van preventiebeleid kwam op het bordje van gemeenten, GGD's en zorgverzekeraars.[4] De Alcoholtafel was al in 2022 verdwenen. Volgens staatssecretaris Van Ooijen stonden de belangen van gezondheidsorganisaties en de alcoholindustrie te ver uit elkaar om tot effectieve aanvullende maatregelen te komen.[5] Onder het kabinet Schoof verschoof de nadruk opnieuw naar individuele verantwoordelijkheid en minder naar overheidsingrijpen.[6] Zo werd in april 2025 het voorstel geschrapt om de alcoholaccijns jaarlijks met de inflatie mee te laten stijgen.[7]

Kabinet Jetten

Met kabinet Jetten lijkt voor het eerst sprake van een koerswijziging. De ambitie is helder: 'de gezondste generatie ooit'.[8] Waar eerdere kabinetten vooral vertrouwden op vrijwillige zelfregulering, kiest het huidige kabinet nadrukkelijker voor fiscale en wettelijke maatregelen. Hoewel de omvang van deze omslag vooralsnog beperkt is, bevatten de plannen opgesomd in *Tabel 2* geen vrijblijvende ambities voor 2040, maar concrete beleidsmaatregelen.

Discussie

Steeds vaker klinkt de roep om een actievere overheid die minder afhankelijk is van de vrijwillige medewerking van commerciële partijen. Met de plannen van het huidige kabinet lijken de eerste wettelijke en fiscale instrumenten nu voorzichtig in beeld te komen. De aangekondigde suikertaks en de automatische inflatiecorrectie van de alcoholaccijns zijn hiervan de meest concrete voorstellen.

De gezondheidswinst van deze afzonderlijke maatregelen blijft naar verwachting beperkt. Zowel nationaal- als internationaal onderzoek laat zien dat een samenhangend pakket van maatregelen het meest effectief is. De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) benoemt voor alcohol de zogenoemde Best Buys: prijsverhogingen, beperking van de fysieke beschikbaarheid van alcohol en een verbod of vergaande beperking van marketing.[11] Voor overgewicht adviseert de WHO eveneens een brede aanpak gericht op het gezonder maken van de voedselomgeving door een actief prijsbeleid en beperking van (kinder)marketing. Aanvullend pleit de WHO voor productherformulering en het verbeteren van de beschikbaarheid en betaalbaarheid van gezonde voeding.

De koers van kabinet Jetten sluit op onderdelen aan bij deze internationale inzichten. Of de aangekondigde maatregelen voldoende zijn om de trend daadwerkelijk te keren, zal de komende jaren moeten blijken. De echte tanden moeten nog doorkomen. Vooralsnog krijgt de tandeloze tijger hooguit zijn eerste melktandjes.

Clasine de Klerk en Renée Duijzer,
Redactie MAGMA

melktandjes?

Tabel 1:
Doelstellingen overgewicht en alcohol in Nationaal Preventieakkoord

Overgewicht	Alcohol
1. Overgewicht bij jeugdigen van 13,5 procent naar 9,1 procent of lager. 2. Obesitas bij jeugdigen van 2,8 procent naar 2,3 procent of lager.	Geen alcoholgebruik tijdens de zwangerschap 1. Zwangere vrouwen die alcohol drinken van 8,9 procent naar maximaal 4 procent. 2. Moeders die alcohol hebben gedronken terwijl zij wisten dat ze zwanger waren van 4,6 procent naar maximaal 2 procent. Uiteindelijk doel 0 procent alcoholgebruik in de zwangerschap.
1. Overgewicht bij volwassenen van 48,7 procent naar 38 procent of lager. 2. Obesitas bij volwassenen van 14,5 procent naar 7,1 procent of lager.	Geen alcoholgebruik onder de 18 jaar 1. Scholieren (12-16 jaar) die ooit alcohol hebben gedronken van 45 procent naar maximaal 25 procent. 2. Scholieren die de afgelopen maand alcohol hebben gedronken van 25 procent naar 15 procent. 3. Jongeren die 'bingen' van 71 procent naar 45 procent. Uiteindelijke doel 0 procent alcoholgebruik onder de 18 jaar.
Een daling van 40 procent t.o.v. 2017 van het aantal Nederlander dat lijdt aan obesitas gerelateerde ziekten (zoals diabetes mellitus type II, hart-, vaat-, en leverziekten).	Minder overmatig en zwaar alcoholgebruik 1. Volwassenen die overmatig drinken van 8,8 procent naar 5 procent met meer aandacht voor overmatige drinkers van 50+. 2. Volwassenen die zwaar drinken van 8,5 naar 5 procent, met meer aandacht voor jongvolwassenen (18-30 jaar).
Investeren in meer buitenspeelplekken en investeren in renovatie en verduurzaming van sportaccommodaties, onder meer door het budget voor de subsidieregeling Stimulering bouw en onderhoud sportaccommodaties (BOSA) te verhogen.	De bewustwording van het eigen drinkgedrag en de effecten daarvan neemt toe 1. Ambitie is dat 80 procent van de Nederlanders van 12 jaar en ouder belangrijke (gezondheids)effecten kent. 2. Kennis bij vrouwen die zwanger willen worden op de invloed van alcohol op de foetus. 3. Verhoging van kennis bij mannen van de impact van hun drinkgedrag op hun vruchtbaarheid.

Tabel 2:
Plannen overgewicht en alcohol Regeerakkoord kabinet Jetten[9]

Overgewicht	Alcohol
Suikertaks op voorverpakte producten met meer dan 6 procent suiker (dus niet alleen frisdrank). Een wetsvoorstel wordt naar verwachting in 2027 naar de Kamer gestuurd.	Herinvoering alcoholslot.
Gratis schoolfruit voor alle kinderen in basis en voortgezet onderwijs. Nu is dat met EU-subsidie alleen in een beperkt aantal scholen mogelijk.	*Zero tolerance* alcohol in het verkeer.
Aanscherping en verdere ontwikkeling van de wet die kindermarketing verbiedt. Een voorstel wordt in 2026 naar de Tweede Kamer gestuurd.	Automatisch inflatiecorrectie alcoholaccijns vanaf 1 januari 2027[10]
Investeren in meer buitenspeelplekken en investeren in renovatie en verduurzaming van sportaccommodaties, onder meer door het budget voor de subsidieregeling Stimulering bouw en onderhoud sportaccommodaties (BOSA) te verhogen.	

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2026 (p. 165 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Waarom leefstijlcoaching een vaste plek binnen de MDL-zorg verdient

Van ziekte behandelen naar *gezondheid bevorderen*

"Patiënten die via de Spoedeisende Hulp worden opgenomen, komen met een rolstoel op de afdeling en worden vervolgens vrijwel automatisch in een bed gelegd." Voor verpleegkundig specialist en leefstijlcoach Joris Peters is dat een treffend voorbeeld van hoe de ziekenhuiszorg nog altijd is ingericht op ziekte in plaats van op herstel. Zijn prikkelende gedachte: haal waar mogelijk de bedden weg en zet er stoelen neer. "Dan stimuleer je mensen vanzelf om meer te bewegen."

Die ogenschijnlijk eenvoudige observatie raakt volgens Marianne Smits, MDL-arts bij PoliDirect, de kern van de verandering die de zorg nodig heeft. "In de ideale situatie verschuift de MDL-zorg van het behandelen van ziekte naar het actief bevorderen van gezondheid. Preventie is dan geen extra taak, maar de basis van ons vak." Volgens haar mogen MDL-artsen daarbij ook veel zichtbaarder het maatschappelijke debat voeren, zoals longartsen dat al jaren doen rond roken. "Wij hebben dezelfde verantwoordelijkheid als het gaat om leefstijl en alcohol."

Voor dit artikel sprak MAGMA met Marianne Smits, MDL-arts bij PoliDirect met bijzondere aandacht voor leefstijl en alcoholpreventie, José de Haan, verpleegkundig specialist MDL in Rijnstate en leefstijlcoach met een eigen praktijk, en Joris Peters, verpleegkundig specialist MDL in het Bravis ziekenhuis en eveneens leefstijlcoach met een eigen praktijk. Hoe kijken zij naar de rol van leefstijlcoaching binnen de MDL-zorg? Waar liggen de kansen voor preventie en welke knelpunten ervaren zij in de dagelijkse praktijk?

Leefstijl hoort thuis in de MDL-zorg

Leefstijl beïnvloedt onze gezondheid voor 36 procent, stelt artsenfederatie KNMG in zijn dossier leeftstijlgeneeskunde. “Een gezonde leefstijl kan significant de kans op chronische aandoeningen zoals hart- en vaatziekten, diabetes type 2 en bepaalde soorten kanker verminderen. Dit brengt niet alleen voordelen voor het individu, maar ontlast ook ons zorgsysteem”, zo wordt in het dossier gesteld.

Dat leefstijl een grote invloed heeft op de gezondheid staat voor alle drie buiten kijf. Marianne Smits vermoedt zelfs dat de invloed groter is dan 36 procent die KNMG noemt. "Ik denk dat de invloed van leefstijl eerder wordt onderschat dan overschat. Bij vrijwel alle MDL-aandoeningen spelen leefstijlfactoren een rol. Denk aan voeding bij reflux en het prikkelbaredarmsyndroom, maar ook aan alcohol, overgewicht en beweging. Bovendien zien we dat meerdere vormen van kanker binnen ons vakgebied direct samenhangen met leefstijl. Van de zeven vormen van kanker waarvan een relatie met alcohol is aangetoond, vallen er vijf binnen het MDL-gebied. Juist daarom kunnen wij als MDL-artsen het verschil maken."

Toch krijgt leefstijl volgens de drie geïnterviewden nog lang niet overal een structurele plek binnen de ziekenhuiszorg. José de Haan ziet daarin nog veel ruimte voor verbetering. "We staan tijdens consulten wel stil bij leefstijl, maar echte gedragsverandering vraagt tijd, aandacht en de juiste gesprekstechnieken. Dat vergt van zorgverleners extra vaardigheden en ruimte om die specifieke aandacht te kunnen geven."

Van adviseren naar coachen

Volgens José de Haan zit het verschil niet zozeer in méér adviezen geven, maar in een

Marianne Smits:

'Preventie moet geen extra taak zijn, maar veel meer een vanzelfsprekend onderdeel van de MDL-zorg.'

José de Haan:

'Een heleboel kleine stapjes vormen uiteindelijk één grote stap. Leefstijlverandering gaat niet van vandaag op morgen.'

andere manier van begeleiden. "We zijn als zorgverleners gewend om informatie te zenden. Maar juist bij leefstijl moet je eerst onderzoeken waar de patiënt zelf mee aan de slag wil. Ik vraag daarom vaak: is er iets waar ú het vandaag over wilt hebben? Soms willen patiënten helemaal niet beginnen met de uitslagen van een scopie of bloedonderzoek, maar lopen ze ergens anders tegenaan. Dan richt ik mijn consult daarop in." De opleiding tot leefstijlcoach heeft haar manier van werken veranderd. "Ik vraag niet meer of iemand sport, maar of iemand beweegt. Dat maakt het veel laagdrempeliger. Misschien loopt iemand elke dag naar de supermarkt. Dan kun je daarop voortbouwen en samen kijken welke kleine stap haalbaar is."

Joris Peters herkent zich in de aanpak van zijn collega. "Bij coaching moet de motivatie vanuit de patiënt zelf komen. Wij moeten niet opleggen wat iemand moet doen. Tijdens het eerste gesprek probeer je vooral de hulpvraag en de motivatie te achterhalen. Dat vormt de basis voor alle gesprekken die daarna volgen."

Kleine stappen, grote winst

Peters combineert zijn werk als verpleegkundig specialist MDL in het Bravis ziekenhuis met een eigen praktijk als leefstijlcoach. Zijn motivatie is bovendien persoonlijk. Hij kreeg zelf de diagnose ziekte van Crohn en miste binnen de behandeling destijds aandacht voor leefstijl. "Daardoor ben ik de opleiding tot leefstijlcoach gaan volgen. Ik wil mensen helpen om weer regie te krijgen over hun leven. Als je chronisch ziek wordt, heb je vaak het gevoel dat de ziekte de regie overneemt. Leefstijl kan mensen helpen om een deel daarvan terug te pakken."

Volgens hem hoeft gedragsverandering niet groot te beginnen. "Als iemand nauwelijks beweegt, heeft het geen zin om als doel te stellen drie keer per week vijf kilometer te gaan hardlopen. Begin met kleine stappen. Loop naar de supermarkt of pak vaker de fiets. Juist die kleine veranderingen leveren vaak al resultaat op en motiveren mensen om door te gaan." José de Haan sluit zich daarbij aan. "Een heleboel kleine stapjes vormen uiteindelijk één grote stap. Het gaat niet van vandaag op morgen. Juist daarom is verwachtingsmanagement zo belangrijk."

Gedragsverandering is complex

Dat patiënten weten wat gezond is, betekent volgens de drie nog niet dat zij hun gedrag ook veranderen. "Veel patiënten met IBD weten dat roken een negatieve invloed heeft op hun ziekte", zegt José de Haan. "Toch blijven sommigen roken. Weten is iets anders dan veranderen. Je kunt iemand drie keer uitleggen dat roken de ziekte van Crohn verergert. Toch kunnen er voor die patiënt heel begrijpelijke redenen zijn waarom stoppen op dat moment niet lukt." Volgens haar speelt de sociale omgeving daarbij een belangrijke rol. "Als iemand thuis in een gezin woont waarin iedereen rookt, is stoppen veel moeilijker. Gedragsverandering gaat niet alleen over de patiënt zelf, maar ook over de sociale context."

Joris Peters:

'Als chronisch zieke heb je het gevoel dat je ziekte de regie overneemt. Leefstijl helpt je een deel ervan terug te pakken.'

Joris Peters ziet hetzelfde bij alcohol-gerelateerde aandoeningen. "We zien patiënten met een alcoholische pancreatitis of hepatitis regelmatig terugkomen. Ze weten heel goed wat de gevolgen zijn, maar toch lukt het niet om hun gedrag blijvend te veranderen. Juist die groep laat zien hoe ingewikkeld gedragsverandering kan zijn."

Alcohol verdient meer aandacht

Voor Marianne Smits ligt juist daar een belangrijke taak voor de MDL-professie. "Ongeveer twintig procent van de MDL-opnames is alcohol-gerelateerd. Toch wordt alcoholgebruik vaak alleen geregistreerd en niet echt besproken. Daar laten we kansen liggen. Vaak wordt alleen ingegrepen bij mensen met ernstige alcoholproblematiek. Juist de grote groep daarvóór biedt kansen om gezondheidswinst te behalen." Volgens haar zijn eenvoudige interventies al effectief. "Met een korte screening en een paar gerichte vragen kun je risicovol alcoholgebruik vroeg signaleren. Vervolgens kun je een kort advies geven of iemand verwijzen. Daar is helemaal geen lang coachgesprek voor nodig."

Daarnaast pleit zij voor een actievere maatschappelijke rol van MDL-artsen. "De sociale norm rondom alcohol loopt nog ver achter op de gezondheidsnorm. Daarom moeten wij als zorgprofessionals niet alleen in de spreekkamer, maar ook daarbuiten het gesprek voeren. Via lezingen, media en scholing kunnen we bijdragen aan meer bewustwording."

Samenwerken aan preventie

Preventie is volgens de drie niet uitsluitend een taak van het ziekenhuis. Joris Peters wijst erop hoe essentieel juist de samenwerking met de eerste lijn is. "Huisartsen zien patiënten veel vaker dan wij", zegt hij. "Daarom nemen we steeds vaker leefstijladviezen op in de terugkoppeling aan de huisarts, zodat die het gesprek kan voortzetten."

Binnen Rijnstate wordt geëxperimenteerd met nieuwe vormen van leefstijlondersteuning, vertelt José de Haan. "Zo hebben we een keer een patiëntenavond gehouden en besteedden we aandacht aan voeding, slaap en andere leefstijlfactoren. Er was een grote opkomst en die belangstelling laat in mijn ogen zien dat patiënten hier echt behoefte aan hebben."

Een andere blik op gezondheid

Uiteindelijk draait leefstijlcoaching volgens de drie om een fundamenteel andere kijk op zorg. Niet alleen ziekte behandelen, maar ook gezondheid helpen behouden. Marianne Smits vat die verandering kernachtig samen. "Preventie moet geen extra taak zijn, maar een vanzelfsprekend onderdeel van de MDL-zorg. De verschuiving die we met z'n allen moeten maken richting preventie, is bovendien hard nodig om de gezondheidszorg in de toekomst te kunnen betalen."

José de Haan ziet nog een andere verschuiving, namelijk die in de doelen van de behandeling. "Nu ligt de focus vaak op het bereiken van remissie. Maar eigenlijk zouden we veel meer moeten investeren in het behouden van die remissie. Dat betekent dat we niet alleen ziekte behandelen, maar ook actief investeren in gezondheid."

En Joris Peters? Die komt nog één keer terug op het beeld waarmee het gesprek begon. "Een andere mindset begint soms met iets heel eenvoudigs. Misschien moeten we inderdaad wat vaker een stoel neerzetten in plaats van een bed."

Zijn uitspraak blijkt uiteindelijk symbool te staan voor de boodschap van alle drie geïnterviewden: leefstijl is geen bijzaak meer, maar een essentieel onderdeel van goede MDL-zorg. Dat vraagt om andere gesprekken, andere samenwerking en vooral een andere manier van kijken naar gezondheid. Preventie begint niet pas als iemand ziek is, maar juist veel eerder. Juist daar ligt volgens Marianne Smits, José de Haan en Joris Peters de grootste kans voor de MDL-zorg van de toekomst.

MDL TRANSFERS >>>

Lichte bries in MDL-land

Per 1 mei 2026 is **Maartje van de Meeberg** (opleiding UMC Utrecht) begonnen in het Elkerliek Ziekenhuis in Helmond als algemeen MDL-arts met aandacht voor IBD. De afdeling telt nu zes MDL-artsen. Maartje is ook klinisch farmacoloog.

Liesbeth de Vries is per 1 juni 2026 gestart in het Haga Ziekenhuis als twaalfde MDL-arts met als aandachtsgebied IBD.

Per 1 juli 2026 kwam **Ragni Chautie** als negende MDL-arts naar het Groene Hart Ziekenhuis in Gouda met als aandachtsgebied oncologie. Zij komt van het IJssellandziekenhuis in Capelle aan den IJssel.

Yvonne de Vries (opleiding UMCG) is per 1 juli als vijftiende MDL-arts gestart in het Frisius MC en 1 september is **Tobias van Haaften** (opleiding UMCG) begonnen als zestiende MDL-arts. Beide met aandachtsgebied IBD.

Op 7 september start in ziekenhuis Gelderse Vallei in Ede **Isabelle Munsterman** (opleiding Radboudumc): zij is de tiende MDL-arts en heeft als aandachtsgebied hepatologie.

Per 21 september 2026 verruilt **Roy de Jong** het Anna Ziekenhuis (Geldrop) voor Viecuri in Venlo. Hij is de achtste MDL-arts in Venlo en is generalist.

Tenslotte, **Steven Bots** (opleiding Amsterdam UMC) start op 1 oktober 2026 in het Spaarne Gasthuis Haarlem/Hoofddorp, met als aandachtsgebied IBD en darmechografie.

DE AANTALLEN PER AUGUSTUS 2026
710 MDL-artsen in Nederland (van wie 6 niet-leden van de NVMDL), 24 pensionado's (die nog werkzaam zijn), 185 aios MDL (van wie 135 lid van de NVMDL).

Bekijk de vacatures voor MDL-artsen op www.mdl.nl/vacatures of scan de QR code.

Even voorstellen...

Twee jonge MDL-artsen zijn recent van start gegaan bij Frisius MC in Heerenveen en Leeuwarden en vertellen over hun overstap.

Heb je zelf een nieuwe stap in je loopbaan gezet en wil je daar kort iets over vertellen? Neem dan contact op met hoofdredacteur Rob de Knegt via r.deknegt@erasmusmc.nl.

Tobias van Haaften
Op 1 september ben ik gestart als MDL-arts in Frisius MC Heerenveen met als aandachtsgebied IBD. In mijn nieuwe werkomgeving ga ik ook darmechografie bij IBD verrichten. Ik h eb promotieonderzoek naar fibrose bij de ziekte van Crohn gedaan onder leiding van prof. dr. Gerard Dijkstra (afdeling MDL, Universitair Medisch Centrum Groningen) en prof. dr. Peter Olinga (Farmaceutische Technologie en Biofarmacie, Rijksuniversiteit Groningen). Vervolgens heb ik de opleiding tot MDL-arts doorlopen in het Medisch Spectrum Twente in Enschede (opleider dr. Peter Mensink) en in het Universitair Medisch Centrum in Groningen (opleider dr. Marijn Visschedijk). Ik kijk erg uit naar deze nieuwe fase en wil daarnaast ook lekker veel tijd doorbrengen met mijn drie kinderen en vrouw.

Yvonne de Vries
Na mijn opleiding tot MDL-arts in het UMCG en Isala Zwolle ben ik per 1 juli jongstleden begonnen als MDL-arts in het Frisius MC. Mijn aandachtsgebied is IBD. Ik kijk er naar uit mij verder te mogen ontwikkelen als MDL-arts binnen dit fijne en ervaren team in Friesland.

Eetscore helpt bij bespreekbaar maken voeding in spreekkamer

De Eetscore is een korte, gevalideerde voedselfrequentievragenlijst die patiënten in 10 tot 15 minuten online kunnen invullen. De vragenlijst brengt in kaart in hoeverre het voedingspatroon overeenkomt met de Richtlijnen Goede Voeding.[4] Voor zestien voedingscomponenten wordt een score van 0 (geen overeenkomst) tot 10 (volledige overeenkomst) punten berekend.[5] Na het invullen ontvangt de patiënt direct een persoonlijk voedingsadvies met praktische tips. Tegelijkertijd krijgen zorgprofessionals inzicht in het voedingspatroon van hun patiënten en een praktisch handvat om voeding in de spreekkamer te bespreken. De Eetscore is inzetbaar in zowel de klinische praktijk als wetenschappelijk onderzoek.

Update naar vernieuwde richtlijnen

Recent is de Eetscore geactualiseerd op basis van de Richtlijnen Goede Voeding 2025[6] en de Schijf van Vijf 2026.[7] Ook de voedingsadviezen zijn herzien en de vragenlijst is aangepast zodat het beter aansluit bij het huidige voedingspatroon van Nederlanders. Zo is in de herziene versie aandacht voor plantaardige alternatieven voor zuivel en vleesvervangers. Visueel is de Eetscore ook vernieuwd, met een nieuwe kleurenstijl en visualisaties die de interpretatie van de resultaten ondersteunen en de gebruiksvriendelijkheid verbeteren.

Personalisatie en implementatie

Nieuw in de Eetscore is dat vooraf enkele basisgegevens worden uitgevraagd, zoals leeftijd, geslacht, allergieën en eetvoorkeuren. Zo sluiten de voedingsadviezen nog beter aan bij de individuele situatie, bijvoorbeeld bij een vegetarisch of veganistisch voedingspatroon of een voedselallergie. De vernieuwde Eetscore wordt momenteel geïmplementeerd in verschillende zorgpaden in ZGV in Ede, Rijnstate in Arnhem en UMC Utrecht, in nauwe samenwerking met Alliantie Voeding in de Zorg en Wageningen Universiteit.

Onderzoek

De toepasbaarheid van de Eetscore bij mensen met IBD werd in 2022 onderzocht. Daarbij werd nagegaan in hoeverre hun voedingspatroon voldeed aan de Richtlijnen Goede Voeding, of dit gedurende de studie verbeterde en of dat samenhing met een betere kwaliteit van leven en minder darmklachten.[8] Aan het onderzoek namen 195 patiënten met de ziekte van Crohn, colitis ulcerosa en niet-geclassificeerde IBD deel. Na vier maanden was de kwaliteit van het voedingspatroon significant verbeterd: de gemiddelde Eetscore steeg van 98 naar 107 punten (op een schaal van 0 tot 160). Een betere naleving van de Richtlijnen Goede Voeding ging samen met een lichte verbetering van de kwaliteit van leven, terwijl de ziekteactiviteit onveranderd bleef. Deelnemers waardeerden de Eetscore, maar gaven aan dat de algemene voedingsadviezen niet altijd aansloten bij IBD-specifieke klachten. De studie laat zien dat de Eetscore goede mogelijkheden biedt voor implementatie in de klinische praktijk, mits deze wordt aangevuld met IBD-specifieke voedingsadviezen.

Multidisciplinair zorgpad Leefstijl en IBD

In ZGV in Ede startte in 2025 het implementatieonderzoek naar het multidisciplinaire zorgpad 'Leefstijl en IBD'. Het zorgpad omvat drie consulten met een verpleegkundig specialist en een maandelijks multidisciplinair overleg (MDO) waarin per bijeenkomst acht tot tien patiënten worden besproken. Aan het MDO nemen een MDL-arts, verpleegkundig specialist, diëtist, fysiotherapeut, psycholoog en somnoloog deel.

IBD-patiënten met een leefstijlgerelateerde hulpvraag kunnen worden aangemeld voor deelname aan het zorgpad dat is ingericht volgens een hybride zorgmodel. Voorafgaand aan het eerste consult vullen patiënten vragenlijsten in over voeding, bewegen, slaap, kwaliteit van leven en ziekteactiviteit. Deze zijn geïntegreerd in het EPD van ZGV. Voor het in kaart brengen van het voedingspatroon wordt de Eetscore gebruikt.

De resultaten van de vragenlijsten vormen de basis voor een gezamenlijk leefstijladvies dat tijdens het MDO wordt opgesteld. De verpleegkundig specialist bespreekt dit vervolgens met de patiënt. Afhankelijk van de individuele behoeften kan de patiënt aanvullend worden verwezen naar het Leefstijlloket voor verdere ondersteuning.

Een gezonde leefstijl, met aandacht voor voeding, bewegen, slaap en stress, speelt een belangrijke rol bij inflammatoire darmziekten (IBD).[1] Vooral voeding wordt door patiënten gezien als belangrijk onderdeel van hun behandeling[2], terwijl ze vaak niet weten hoe zij gezonde voedingsadviezen in de praktijk kunnen toepassen. Gezonde en gevarieerde voeding is bovendien van belang voor het verminderen van IBD-gerelateerde klachten en het behoud van remissie.[3] Tegelijkertijd hebben zorgverleners behoefte aan praktische handvatten om voeding in de spreekkamer bespreekbaar te maken. In dit artikel laten we zien hoe de Eetscore daarbij kan ondersteunen, aan de hand van het Leefstijlzorgpad voor IBD-patiënten in Ziekenhuis Gelderse Vallei (ZGV).

Na zes maanden vullen de patiënten de vragenlijsten opnieuw in, gevolgd door een derde consult waarin voortgang, ervaren belemmeringen en eventuele behoefte aan vervolgzorg worden besproken.

Het MDO bevordert de samenwerking tussen zorgverleners uit verschillende leefstijldisciplines en ondersteunt een meer gepersonaliseerde en geïntegreerde aanpak. Binnen het implementatieonderzoek evalueert Alliantie Voeding in de Zorg de ervaringen van patiënten en zorgprofessionals en onderzoekt zij welke factoren van belang zijn voor een duurzame implementatie van het zorgpad.

Schijf van Vijf in de spreekkamer

Binnen onze implementatieonderzoeken staan de Richtlijnen Goede Voeding en de hierop gebaseerde Schijf van Vijf centraal. Daarbij gebruiken we de Eetscore als hulpmiddel om snel inzicht te krijgen in het huidige voedingspatroon. De Eetscore kan daarmee helpen om de Schijf van Vijf praktisch toe te passen in de spreekkamer. Tegelijkertijd is het belangrijk oog te houden voor persoonlijke voedingsvragen en ziektegerelateerde klachten.

Ook binnen de MDL-praktijk vormt de Schijf van Vijf de basis van het voedingsadvies, waarbij afhankelijk van de aandoening specifieke accenten worden gelegd. Zo is bij coeliakie een glutenvrij dieet noodzakelijk, ligt bij IBD de nadruk op voldoende eiwitinname en herstel van voedingsstatus, zijn bij PDS symptoomgerichte aanpassingen van belang en verdienen bij stoelgangklachten vezels, vocht en beweging extra aandacht. Ook bij overgewicht en gerelateerde aandoeningen vormen de adviezen van de Schijf van Vijf het uitgangspunt, bijvoorbeeld door te kiezen voor volkorenproducten in plaats van geraffineerde granen en water of ongezoete thee in plaats van frisdrank.

Verwijzing naar een diëtist is aan te bevelen bij complexe voedingsproblematiek, (een risico op) ondervoeding of wanneer specialistische dieetbehandeling nodig is.

Vervolgstappen

De komende periode ligt de focus op brede implementatie van de vernieuwde Eetscore en verdere borging van het multidisciplinaire zorgpad ‘Leefstijl en IBD’ in ZGV. Daarnaast worden korte spreekkamervragen ontwikkeld om de Eetscore-resultaten te bespreken en wordt verkend hoe IBD-specifieke voedingsadviezen in de Eetscore kunnen worden geïntegreerd.

Met dank aan:

- ZonMw-project Eet Wijzer in de Zorg – Optimalisatie en implementatie van de Eetscore (dossiernummer 10930022410048)
- Innovatieversnellingsonderzoek Project Experiment Multidisciplinair zorgpad voor mensen met inflammatoire darmziekten (TKI CLICKNL)

Contact: **eetscore@wur.nl**

Anne Slotegraaf,postdoctoraal onderzoeker Wageningen University & Research en projectcoördinator Alliantie Voeding in de Zorg
Lies Cuppers, projectcoördinator Alliantie Voeding in de Zorg
Eva Valgaeren, diëtist Ziekenhuis Gelderse Vallei & praktijkonderzoeker Alliantie Voeding in de Zorg
Desiree Lucassen, senior onderzoeker Wageningen University & Research
Margreet Jansen-Oosterkamp, MDL-verpleegkundig specialist Ziekenhuis Gelderse Vallei
Wout Mares, MDL-arts Ziekenhuis Gelderse Vallei
Renate Winkels, senior onderzoeker Wageningen University & Research

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2026 (p. 165 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

Preventie: wat is de rol van de medisch specialist?

‘Ik denk dat we binnen de MDL meer Wanda de Kanters moeten hebben’

Alcohol moet minder normaal worden, er is geen veilige ondergrens: aldus de kop van het recente persbericht van de Gezondheidsraad. En terwijl een (groot) deel van de Nederlanders lustig doordrinkt, weinig beweegt en ongezond eet, zien medisch specialisten wat daarvan de gevolgen kunnen zijn. Wat is de rol van de medisch specialist in dit hele verhaal? Moet de arts ‘activistisch’ zijn om het tij te keren? Vier medisch specialisten en één verpleegkundig specialist verkennen de rol van de zorg, de overheid, de patiënt en de industrie.

De lobby van de tabaks-, voedings- en alcoholindustrie is fors, weten de medisch specialisten die zich actief roeren in het maatschappelijk debat over gezondheid en preventie. “Heineken is hét handelsmerk van Nederland. Heineken ís Nederland”, zegt Bart Takkenberg, MDL-arts in het Amsterdam UMC en zeer actief binnen en buiten de spreekkamer als het gaat om alcoholpreventie. “De koning van ons land opende in 2025 officieel het onderzoekslaboratorium van deze bierbrouwer. Ik vind dat echt een inschattingsfout. Dat mensen ook doodgaan aan het product, wordt maar even vergeten. Als hij het Philip Morris Research & Development Centre had geopend, was heel de wereld over hem heen gevallen.” Ook Wanda de Kanter, longarts en sinds achttien jaar prominent aanwezig in het maatschappelijk anti-rookdebat, ervaart al jaren de machtige lobby van de industrie: “Toen ik destijds actief de Tweede Kamer benaderde om mijn verhaal te doen, kwam ik erachter hoe sterk die lobby is. Sinds 2009 ben ik voorzitter van de stichting Rookpreventie Jeugd. Via de daaraan gelieerde website Tabak Nee onthullen we de lobbypraktijken achter de schermen in Den Haag en Brussel.” Sindsdien voert de stichting ook rechtszaken tegen zowel de overheid als de tabaksindustrie. “Bij politieke onwil blijken gerechtelijke procedures (*litigations & lawsuits*) als strategie het meest effectief.”

Machtige lobby

Beide medisch specialisten vinden dat de overheid veel te weinig doet om de bevolking tegen deze beïnvloeding vanuit de industrie te beschermen. Bijvoorbeeld door het verbieden van reclame die een ongezonde leefstijl propageert. Wanda de Kanter: “De reclame van de industrie is ongelooflijk effectief. Kijk naar de gokindustrie: na de liberalisering liepen profvoetballers massaal met shirts van gokbedrijven op het veld. Inmiddels gokken er dit jaar weer zo'n 150.000 jongeren meer. Hetzelfde zie je bij alcohol. Alcoholmerken zijn prominent aanwezig op studentenfeesten en grote evenementen, van de Olympische Spelen tot de viering van 750 jaar Amsterdam. Ik was laatst op een studentensociëteit in Leiden en de hele zaal stond vol met Stëltz-blikjes van de grootste bierbrouwer van Nederland die de artiest van die avond sponsorde.” Jonge klare Sem Aronson, werkzaam in het OLVG: “Ik sta iedere dag weer versteld hoeveel alcoholreclames ik onderweg naar mijn werk tegenkom, terwijl ik in het ziekenhuis de hele dag aan ’t strijden ben tegen de gevolgen ervan. Wat mij echt pijn doet, is dat veel alcoholreclame wordt geassocieerd met een goede gezondheid. Dat ervaar ik echt als een klap in mijn gezicht.” Rutger Quispel, MDL-arts in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft en sinds drie jaar bestuurslid van Caring Doctors, een organisatie voor artsen en andere zorgprofessionals, die willen bijdragen aan een duurzame, hoofdzakelijk plantaardige voedseltransitie, ziet hetzelfde gebeuren op het gebied van voeding. “Als een supermarkt adverteert met twee worstenbroodjes en een blikje cola voor 2,89 euro, staan middelbare scholieren tijdens een tussenuur massaal in de rij, terwijl hun broodtrommeltje die dag onaangeroerd blijft.”

Tegenwicht bieden

Is het de rol van artsen om in de publieke ruimte tegenwicht te bieden aan de machtige lobby vanuit de industrie? De twee publiekelijk meest actieve artsen zijn daar duidelijk over. Bart Takkenberg: “Er zijn bedrijfstakken die ons ongezonde dingen aanleren, ongezond laten eten, ongezond laten leven. Dat is een verdienmodel, waar een select gezelschap van profiteert. Deze bedrijven hebben bovendien een sterke lobby in Den Haag. Zo is oud-politicus Fred Teeven de ‘onafhankelijke’ voorzitter van de Nederlandse Brouwers, die de Tweede Kamer letterlijk in zijn telefoon heeft staan. Het is heel moeilijk om tegen zo’n lobby op te boksen.

De enigen die dat kunnen, zijn de mensen die de gevolgen zien. En dat zijn wij. Wij zijn de enigen die patiënten zien die tijdens het spreekuur zeggen: 'Ik heb toch altijd gezond geleefd?' En als ik dan zeg: 'Nee, u heeft uw leverkanker gekregen, omdat die fles wijn per dag gedurende twintig jaar toch niet zo'n verstandig idee was', komt die boodschap vaak harder aan dan de boodschap dat ze leverkanker hebben. Omdat ze er echt van overtuigd waren dat ze een gezonde leefstijl hadden." Wanda de Kanter: "Ik wist uit ervaring hoe ingewikkeld het is om met roken te stoppen, en zag in mijn praktijk als longarts er veel mensen aan doodgaan. Twee op de drie rokers sterft aan de gevolgen van tabaksverslaving die in de jeugd is ontstaan. En de helft van die mensen zelfs nog vóór hun pensioen. Wereldwijd sterven er acht miljoen mensen per jaar aan de gevolgen van roken. Het is vaak een lijdensweg. Op een gegeven moment kon ik als medisch specialist niet anders voor m'n gevoel. Dan moet je tegenwicht bieden tegen de leugens van de industrie en haar inzet om zo veel mogelijk jonge mensen aan het roken te krijgen. Een medisch specialist heeft bovendien aanzien in de maatschappij, de Tweede Kamer en Brussel. Jouw verhaal als medisch specialist komt daar overtuigender over dan van iemand die aan de zijlijn staat." Bart Takkenberg: "Ik denk dat onze stem als medisch specialist buiten de spreekkamer heel belangrijk is. Ik denk ook dat ik met goede argumenten duidelijk kan maken waarom ik denk dat wat er nu gebeurt niet de juiste weg is. Nog steeds is de mores: als je wilt meedoen, moet je drinken." Wanda de Kanter: "Ik denk ook dat als je je nu als medisch specialist laat horen, bijvoorbeeld over de schadelijke gevolgen van alcohol, je veel kunt bereiken in korte tijd, omdat je de rapporten mee hebt. Het helpt mensen bovendien om te stoppen met ongezonde leefgewoontes als ze jou op tv hebben gezien of iets op LinkedIn van je hebben gelezen. Daar kun je in de spreekkamer dan weer op inhaken." Carina Verstraete, verpleegkundig specialist bij de afdeling Hepatologie in het UMC Utrecht en vicevoorzitter van V&VN MDL verzucht: "Ik denk dat we binnen de MDL meer Wanda de Kanters moeten hebben. Je moet toch mensen hebben die echt de barricades op gaan."

CanMEDS-criteria

Zien de artsen het ook als een maatschappelijke verantwoordelijkheid? Bart Takkenberg: "Omdat we aan het andere eind van het spectrum staan, waarbij we mensen vaak te laat zien die we eerder hadden kunnen helpen, vind ik het onze taak om mensen te waarschuwen voor ziekmakend gedrag en het stimuleren van gezond gedrag. Ik zie dat als onze maatschappelijke verantwoordelijkheid." Rutger Quispel: "Als je kijkt naar de verschillende rollen die een dokter geacht wordt te vervullen, dan zit daar ook een maatschappelijke rol bij. Daarover zijn de zogenoemde CanMEDS-criteria geformuleerd, waarin staat dat artsen ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben als *health advocate*: iemand die opkomt voor de volksgezondheid als geheel. De vraag is wel of je van elke dokter moet verwachten dat hij of zij daaraan invulling geeft. Als ik mijzelf bijvoorbeeld vijftien jaar terugzet in de tijd met een gezellig nest met kleine kindertjes, dan was ik al hartstikke blij dat ik mijn diensten en werk overdag afkreeg. Er is dan niet zoveel ruimte voor maatschappelijke activiteiten ernaast."

Nek uitsteken

Bij de andere artsen 'kriebelt' het wel om zich ook publiekelijk te roeren, maar is er nog wat koudwatervrees. Sem Aronson: "Ik voel als arts wel de noodzaak om mijn nek uit te steken, maar kijk nog even de kat uit de boom. Want om mij als jonge arts nu vol in het publieke debat te werpen als diegene die alcohol ontraadt? Dat is zo'n impopulaire positie! Zelfs op social media wil ik mij op dit vlak liever niet begeven in dit tijdsgewricht. Tegelijkertijd: als niemand het gevecht aangaat, verandert er niets. Het ziekenhuis en het zorgsysteem zijn heel conservatief." Rutger Quispel: "Wij hadden laatst een groot ziekenhuisfeest met onbeperkt gratis drinken (wijn en bier) tot 01.00 uur 's nachts. En dat in de wetenschap dat er bij het vorige feest enkele personeelsleden

Bart Takkenberg:

'We kunnen niet de hele wereld beter maken, maar we kunnen wel op grotere schaal voorkomen dat mensen ziek worden.'

Wanda de Kanter.:

'Toen ik destijds actief de Tweede Kamer benaderde om mijn verhaal te doen, kwam ik erachter hoe sterk die lobby is.'

op de eerste hulp terecht zijn gekomen. En het verhaal wordt nog leuker: de eerste werkdag ná dat feest werd er een groot regionaal leefstijlevenement georganiseerd in ons ziekenhuis. Dat kon ik in mijn hoofd allemaal niet meer bij elkaar brengen. Ik heb daarover een bijdrage geplaatst op ons intranet. Het staat er nu 36 uur, met 40 duimpjes en ik hoor van mijn collega's dat het intern gónst van de gesprekken over alcohol. Dus in die zin heb ik mijn doel bereikt, maar ik vind dat ook enorm spannend, eerlijk gezegd. Ik wil stiekem ook door iedereen het liefst een leuke, aardige, goede dokter gevonden worden en niet iemand die zich met van alles bemoeit." Carina Verstraete: "Alcohol is, denk ik, wel een lastiger onderwerp dan roken. Roken doe je wel of doe je niet. Maar alcohol drinkt bijna iedereen: volgens het Trimbos-instituut drinkt ongeveer 80 procent van de bevolking. Bij gesprekken over de volksgezondheid gaat het voornamelijk over 'probleemdrinkers'. Als je maar één glas per dag drinkt, kun je je daarvan makkelijk distantiëren. Daardoor is het draagvlak voor streng beleid, zoals een nulbeleid, veel lastiger te realiseren. Dat merk ik ook in het ziekenhuis. Ik heb mij ingezet om alcohol uit het ziekenhuis te weren, maar dan hoor je al snel: 'Dat is betutteling.' Blijkbaar ligt dat heel gevoelig." Wanda de Kanter: "Ook ik heb die aandacht in de media in eerste instantie helemáál niet leuk gevonden, maar het bleek noodzakelijk. Het was in die zin fijn om het samen met collega-longarts Pauline Dekker te doen. Zo is het heel organisch gegroeid. Ik ben ook totaal geen moralist. Ik zoek de publiciteit altijd op basis van medische feiten en ervaringen uit de spreekkamer." Zij geeft nog enkele tips hoe je je boodschap het beste verpakt in de media of richting de politiek: "Je moet wel overtuigd zijn van het belang van je boodschap en aansprekende voorbeelden gebruiken, zoals comazuipende jongeren die op de IC belanden. Werk daarvoor bijvoorbeeld samen met een arts op de Spoedeisende Hulp (SEH), die alle ellende na het weekend ziet. Toen ik met internisten in een maatschap werkte, turfde ik elke maandagochtend hoeveel opnames het gevolg waren van alcoholgebruik: messteken, verkeersongevallen, val- en vechtpartijen, mishandeling. Als je de politiek benadert, kies dan een boodschap waarvoor draagvlak is. Voor nulbeleid alcohol is geen draagvlak, en is daarom, op dit moment, niet realistisch. Wel is er maatschappelijk draagvlak voor een reclameverbod en minder verkooppunten: daar is bijna zeventig procent het mee eens, en je neemt niemand iets af." Bart Takkenberg: "Mijn adviezen als je de publiciteit zoekt: laat je niet wegzetten als populist of extremist. Blijf bij je argumenten en vertel in heldere taal een eerlijk verhaal. Ook over jezelf. Wees niet roomser dan de paus. Ik heb ook een actief studentenleven gehad waarin ik te veel dronk, en ben nu geen geheelonthouder. Die verhalen gebruik ik in de publiciteit. Mijn boodschap is altijd: je kunt beter helemaal geen alcohol drinken, maar als je toch drinkt, zie het dan meer als een taartje – dat eet je ook niet iedere dag."

Teachable moment

De spreekkamer is meer de comfortzone van de arts. Maar ook daar is een gesprek over leefstijl niet altijd een gelopen race, weten de artsen. Terwijl de cijfers van leefstijlgerelateerde problematiek toch indrukwekkend zijn. Bart Takkenberg: "Van de MDL-ziekten die we in het ziekenhuis zien, is de helft van de problematiek het gevolg van leefstijl, zoals overgewicht, ongezonde voeding en alcoholgebruik. Van het aantal levertumoren is 25 tot 30 procent alcoholgerelateerd. Alcohol is in Europa en de Verenigde Staten nog altijd de belangrijkste oorzaak van levertransplantaties. Het veroorzaakt bovendien een aanzienlijke ziektelast en sterfte: de alcoholgerelateerde sterfte ligt rond de 7 tot 12 per 100.000 inwoners. Binnen de MDL is overgewicht weliswaar bezig aan een opmars, maar alcohol is nog steeds de grootste boosdoener." Wanda de Kanter: "In Nederland overlijden jaarlijks bijna 20.000 mensen aan de gevolgen van roken. Ongeveer één miljoen Nederlanders leven met een tabaksgerelateerde aandoening. Roken is bovendien verantwoordelijk voor circa dertig procent van de kankermortaliteit." Rutger Quispel: "In z'n algemeenheid kun je zeggen dat 80 procent van de ziektes die behandeld worden in de Nederlandse ziekenhuizen op z'n minst leefstijlgerelateerd zijn.[1] Behalve alcohol is ongezonde voeding in mijn ogen een hele grote factor. De helft van de Nederlanders heeft overgewicht, één op de zeven heeft ernstig overgewicht. Inmiddels gebruikt één op de veertien Nederlanders een GLP1-remmer; in de Verenigde Staten is dat zelfs één op de acht." Dus ook binnen de spreekkamer valt er voor de zorgprofessionals het nodige te doen als het gaat om leefstijladviezen. Sem Aronson: "Ik heb er mijn handen vol aan." Vinden de medisch specialisten dat ook hun taak, of ligt die vooral op curatief vlak? Sem Aronson: "Het moment waarop een patiënt tegenover een medisch specialist zit, schijnt heel belangrijk te zijn. Juist dan staan mensen vaak open voor (leefstijl) advies, omdat ze hulpbehoevend zijn en vaak lang op de afspraak hebben gewacht. Daarom vind ik dat je als medisch specialist zo'n moment moet aangrijpen. Collega's noemen vaak tijdgebrek als reden om het niet te doen, maar ik denk dat je juist dán het verschil kunt maken en een belangrijke bijdrage kunt leveren aan een gezondere leefstijl." Rutger Quispel, die binnen het Reinier de Graaf Gasthuis ook 'Preventie en leefstijl' in zijn portefeuille heeft is het met hem eens. "Dat moment noemen we het *teachable moment* in de leefstijlzorg. Als je het dan niet over leefstijl hebt, geef je als arts het signaal: als de dokter het niet bespreekt, zal het wel niet belangrijk zijn. Of dat altijd meteen moet plaatsvinden als je net een hele nare diagnose bespreekt, is een tweede. Maar van dat *teachable moment* moeten we als medisch specialisten wel gebruik leren maken."

Very Brief Advice

Het *teachable moment* verzilveren, betekent voor een medisch specialist geen lange gesprekken voeren, benadrukt Rutger Quispel. "Want dat past helemaal niet in de manier waarop we de zorg hebben ingericht." Volgens hem kun je in 30 seconden het volgende doen: "Stuur de patiënten vooraf een vragenlijst. Daarmee stimuleer je ze in ieder geval om erover na te denken. Komt uit de vragenlijst een verhoogd risico

Carina Verstraete:

'Ik denk dat we binnen de MDL meer Wanda de Kanters moeten hebben. Je moet toch mensen hebben die echt de barricades op gaan.'

Rutger Quispel:

'Als je kijkt naar de verschillende rollen die een dokter geacht wordt te vervullen, dan zit daar ook een maatschappelijke rol bij.'

naar voren, dan hoef je maar één vraag te stellen: 'Vindt u het goed om het over uw leefstijl te hebben?' Is het antwoord 'nee', dan houdt het op; met onwillige patiënten heeft dat geen zin. Maar in zeker de helft van de gevallen zeggen mensen 'ja'. Vervolgens kun je een Very Brief Advice (VBA) geven (een kort VBA+-stopadvies[2] is volgens het Trimbos Instituut al bijzonder effectief, red.) en digitaal doorverwijzen naar een gespecialiseerd instituut." Wanda de Kanter: "In de VBA+ voor stoppen met roken is zowel de verwijzing als de financiering goed geregeld: bij de meeste zorgverzekeraars kan een roker drie keer per kalenderjaar een stoppen-met-rokenprogramma volgen. Dit wordt bovendien volledig vergoed vanuit de basisverzekering." Op het gebied van doorverwijzing voor alcoholproblematiek liggen er op dit moment nog wat belemmeringen. Rutger Quispel: "Nu loopt de doorverwijzing vaak nog via de huisarts, maar in Delft werken we aan een Leefstijlzorgloket in het ziekenhuis. Zo willen we artsen ondersteunen én het argument van tijdgebrek wegnemen." Vaak is ook motiverende gespreksvoering nodig om patiënten over de streep te trekken hun leefstijl aan te passen, maar daarvoor is tijdens het spreekuur geen tijd. Daarover zijn alle artsen het eens. Carina Verstraete: "Vaak moet je ook een intrinsieke motivatie aanspreken om patiënten in beweging te krijgen, is mijn ervaring. Verpleegkundig specialisten hebben daar ook meer tijd voor. Bovendien hebben we preventie en motiverende gespreksvoering in ons opleidingspakket zitten. Maar, zoals Rutger zegt, er zijn altijd mensen die het er niet over willen hebben. Ik vind het zelf dan altijd wel belangrijk om toch even dat zaadje te planten. Als ze er wel voor openstaan, probeer ik er altijd een gezamenlijke verantwoordelijkheid van te maken: het effect van de behandeling is immers mede afhankelijk van veranderingen in de leefstijl van de patiënt."

Mindset

Ook ondersteuning vanuit de overheid zou volgens de artsen welkom zijn. Zij vinden dat zelfs noodzakelijk. Naast leefstijladviezen in de spreekkamer en het bewerken van de publieke opinie via de media en socialmediaplatforms zoals LinkedIn, richten de meer activistische artsen daarom hun pijlen op de politiek. Zowel De Kanter als Takkenberg pleiten voor drie beleidsmaatregelen op het gebied van preventie: een verbod op reclame die een ongezonde leefstijl propageert, prijsregulatie (minimale prijseenheid en belastingverhoging) en minder verkooppunten. Bart Takkenberg: "Uit onderzoeken blijkt dat deze drie maatregelen het meest effectief zijn om ziekmakend gedrag te voorkomen. Verplaats de verkoop van alcohol bijvoorbeeld naar slijterijen en haal het uit de schappen van de supermarkt. In Nederland worden er jaarlijks 30.000 tot 40.000 mensen voor de eerste keer behandeld voor een alcoholprobleem in de gespecialiseerde verslavingszorg; dit is exclusief de mensen die al behandeld worden. Voor hen is het lopen door een supermarkt erg ingewikkeld." Prijsverhogingen van alcohol hebben in Nederland overigens niet altijd het gewenste effect, weet Sem Aronson. "In Nederland zijn de hevige drinkers, in tegenstelling tot Groot-Brittannië, hoogopgeleid met een goed salaris, blijkt uit onderzoek. In Engeland werd er daadwerkelijk minder gedronken toen de accijnzen werden verhoogd. In Nederland is dat niet omgekeerd evenredig. Nederland valt wat dat betreft een beetje buiten de boot." Bart Takkenberg: "Toch zijn het juist mensen uit de lagere sociaaleconomische groepen die hierdoor vaker ziek worden. Zij hebben vaker overgewicht, een ongezond eetpatroon, roken vaker en ervaren meer stress, bijvoorbeeld door werkloosheid. Prijsregulatie is ook voor die groepen niet voldoende." Carina Verstraete: "Maar het helpt natuurlijk wel voor de jongere generaties. Als je het voor hen duurder maakt, zou het minder aantrekkelijk moeten zijn. Je hebt dan overigens wel ook de hulp van ouders nodig." Sem Aronson knikt instemmend: "De meerderheid van de vijftien- en zestienjarigen drinkt alcohol en veel van hen krijgen die drank gewoon van hun ouders, blijkt uit onderzoek. Ik vind dat veelzeggend. Het laat zien hoe normaal alcoholgebruik wordt gevonden en hoe

Advertentie

diep het verankerd is in onze maatschappij. Daarom denk ik dat het veel langer zal duren dan bij roken om die mindset te veranderen." Wanda de Kanter: "Vergis je niet: het heeft twintig jaar geduurd voordat de horeca rookvrij was."

Kosten-batenanalyse

De meer 'activistische' artsen hanteren nog een argument om de politiek te overtuigen: een kosten-batenanalyse. Wanda de Kanter: "Er gaat zo'n 120 miljard naar de curatieve zorg, en dat bedrag blijft maar stijgen. Met curatieve zorg behaal je bovendien slechts tien procent gezondheidswinst. Voor preventie is er slechts een fractie beschikbaar, terwijl je daarmee veel meer gezondheidswinst kunt behalen. Alleen zie je die mensen niet in de spreekkamers, omdat je ze gezond houdt." Bart Takkenberg: "Preventie moet je niet zien als een gezondheidsmodel, maar meer als een economisch businessmodel. Zo concludeert de WHO in haar rapport *Saving lives, spending less* (2025)[3] dat een pakket van de zogenoemde *Best Buys een return on investment* van ongeveer 19:1 oplevert. Met andere woorden: elke geïnvesteerde dollar levert naar schatting ongeveer negentien dollar aan maatschappelijke en economische baten op, zoals een toename van de arbeidsproductiviteit, minder ziekteverzuim, minder kosten spoedeisende hulp, et cetera. Het ministerie van VWS zou daarom onderdeel van het ministerie van Financiën moeten zijn." Er zijn volgens de zorgprofessionals meer gemiste kansen. Sem Aronson: "Het is ook moeilijk om onderzoeksgeld of structurele subsidie te krijgen voor een onderzoeksproject op het gebied van preventie, omdat je het effect niet goed kunt meten. Het zijn zeer moeizame trajecten. Voor het project Vroegsignalering alcoholproblematiek,[4] waar ik nu samen met Bart aan werk, hebben we een heel klein budgetje gekregen."

IJslandmodel

De stip op de horizon? Bart Takkenberg: "We kunnen niet de hele wereld beter maken, maar we kunnen wel op grotere schaal voorkomen dat mensen ziek worden. Een gezonde maatschappij functioneert ook beter: er is minder ziekteverzuim, de arbeidsproductiviteit stijgt, mensen zijn gelukkiger, et cetera (zie cijfers WHO en OECD[4]). Bovendien: als de overheid besluit een kleine interventie te doen, zoals een verbod op alcoholreclame, zie je dat op de langere termijn terug in een daling van alcoholgerelateerde problematiek en sterfte. Voert de overheid een minimale prijseenheid in op drank, dan zien we de effecten daarvan morgen terug op de eerste hulp, in de vorm van bijvoorbeeld minder huiselijk geweld, minder verkeersslachtoffers en minder intoxicaties." Wanda de Kanter: "Een mooi voorbeeld vind ik het IJslandse preventiemodel.[5] Het alcohol-, tabaks- en drugsgebruik onder jongeren behoorde eind jaren negentig tot het hoogste in Europa. Het land nam vervolgens preventiemaatregelen op het gebied van prijs en beschikbaarheid en tegelijkertijd werd er veel ingezet op georganiseerde vrijetijdsbesteding op elke hoek van de straat met beweging en afleiding zoals sport en muziek. Het resultaat: het gebruik onder jongeren in IJsland behoort nu tot het laagste van Europa."

Sem Aronson:

'Ik sta iedere dag weer versteld hoeveel alcoholreclames ik onderweg naar mijn werk tegenkom, terwijl ik in het ziekenhuis de hele dag aan 't strijden ben tegen de gevolgen ervan.'

Onderzoeksproject Vroegsignalering Alcoholproblematiek

In drie Nederlandse ziekenhuizen loopt het onderzoeksproject *Vroegsignalering Alcoholgebruik*, dat risicovol alcoholgebruik eerder wil opsporen. Voor patiënten die in de regio Amsterdam naar het Amsterdam UMC verwezen worden, bestaat de optie om, voorafgaand aan hun polibezoek, digitaal een korte AUDIT-C-vragenlijst in te vullen. Afhankelijk van de score volgt een uitgebreidere vragenlijst, waarmee artsen kunnen bepalen of sprake is van risicovol of problematisch alcoholgebruik en zo nodig passende begeleiding (via leefstijlpoli) kunnen aanbieden.

Het project richt zich niet alleen op de MDL-polikliniek. Sem Aronson heeft een Gastrostart-beurs ontvangen om vroegsignalering met behulp van de AUDIT-C breder te trekken naar afdelingen waar onderzoek naar alcoholproblematiek minder voor de hand ligt, zoals de kaakchirurgie, interne geneeskunde en traumachirurgie. Juist daar hopen de onderzoekers patiënten in een vroeg stadium te bereiken, nog voordat ernstige aandoeningen zoals levercirrose, pancreatitis of alcoholgerelateerde letsels ontstaan. Bij een verhoogde score worden patiënten doorverwezen naar een gespecialiseerd verpleegkundige voor motiverende gespreksvoering. Zo moet schadelijk alcoholgebruik eerder worden herkend én behandeld. Vanuit de raad van bestuur van het Amsterdam UMC wordt overwogen dit ziekenhuisbreed in te voeren.

Advertentie

Verwijzingen

1. Bijdrage risicofactoren aan ziektelast: **https://www.vzinfo.nl/ziektelast-in-dalys/bijdrage-risicofactoren**
2. VBA: **https://www.trimbos.nl/kennis/roken-tabak/hulp-bieden-bij-stoppen-met-roken/het-gesprek-over-stoppen-met-roken/advies-en-verwijsmethode/**
3. Rapport WHO: **https://www.who.int/publications/i/item/9789240115859**
4. Project Vroegsignalering alcoholgebruik: h**ttps://projecten.zonmw.nl/nl/project/organiseren-van-vroegsignalering-alcoholproblematiek-implementatie-en-evaluatie-bij-3.** Zie ook kader.
5. Rapport OECD: **https://www.oecd.org/en/publications/the-health-and-economic-benefits-of-tackling-non-communicable-diseases_e20cbbc3-en/full-report/investing-in-ncd-prevention-is-investing-in-social-and-economic-prosperity_7db908e1.html**
6. IJslandse preventiemodel: **https://www.trimbos.nl/aanbod/programmas/opgroeien-in-een-kansrijke-omgeving/ijslandse-preventiemodel/**

COLUMN
BEAU DE GRAAF

Small talk over obese Large Language Models

Je gaat het pas zien als je het doorhebt.
J.C. Cruyff (1947-2016)

Heelal.
Hoe verder men keek hoe groter het leek. [maar het bleek alras, hoe klein het ooit was.] Uit: Vrijwel alle gedichten (2004), [later aangevuld] door Jules Deelder (1944-2019)

Visionair heeft het FMS-bestuur uit haar midden een radioloog, dokters die alles gedigitaliseerd in donkerte inzien, maar wel als regel zonder patiëntencontact, tot chef opleiding benoemd. Die chef helpt het opleiden te verbeteren, want het is te kostbaar, ouderwets, traag en vol achterhaalde en overbodige kennis, kortom, ongepast. Onderwijl menen de huidige specialisten steeds meer te kunnen behandelen, terwijl dikkere, oudere en ziekere patiënten een stijgende zorgvraag creëren. Het lijkt een onaangestuurde warboel.

'Niks aan de hand,' vertelt onze opleidingsradioloog blijmoedig, 'de arts-van-de-toekomst is overal inzetbaar, aangestuurd door richtlijnen, revolutionaire opleidingsmethoden en AI.' Als breed opleiden onbetaalbaar is, wordt geconcentreerd in minder colleges en coschappen naar smalte en diepte gekeken. Zinloze vakken, waaronder menswetenschappen zoals psychologie, sociologie en ethiek, of meer therapeutische als farmacologie en voedingsleer, worden geschrapt. En uitgaande van de gewenste werk-privébalans resteren minder werkuren, die per uur liever passender dan productiever zijn.

In het opleidingshuishoudboekje resteert een knellend tekort aan alles, zoveel is duidelijk. Hét moment hedendaagse Haarlemmerolie, dat onvermijdelijke AI, te introduceren. Eindeloos veel data en digitale eindpunten pompen in een generatief XXX-Large Language Model.

Evenwel, AI is ons naar de mond pratend[2] en leidt tot *AI-deskilling*, ofwel zonder vereiste basiskennis word je alleen maar dommer.[3] En de deskundigen die tekenen van menselijkheid ontwaren in generatieve AI verwarren gevoelloze psychopathie met medeleven. Het is slechts repetitief hetzelfde, algoritmisch aangestuurd door een schraal somatocentrisch mensbeeld vol onbegrepen, levenloze mechanistische zorg.

'Positieve ontwikkelingen', aldus de FMS-opleidingsofficier, waar de(ze) sceptische medicus practicus twijfels heeft of het allemaal wel goed komt aan het bed.

[2] Myra Cheng et al. Sycophantic AI decreases prosocial intentions and promotes dependence. *Science*391,eaec8352(2026), and comment by M Naddaf. AI chatbots are sycophants — researchers say it's harming science. In Nature 2025, October 24.

[3] Gerke, S., Hassan, C. & Mori, Y. Human deskilling in medical artificial intelligence: prohibited or permissible under the EU Artificial Intelligence Act? *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* (2026). Budzyń K, Romańczyk M, Kitala D et al. Endoscopist deskilling risk after exposure to artificial intelligence in colonoscopy: a multicentre, observational study. Lancet Gastroenterol Hepatol 2025;10;896-903.

Een suikertaks als eerste stap n

Met de presentatie van het coalitieakkoord werd de visie duidelijk waar het minderheidskabinet van D66, VVD en CDA naartoe wil in zijn regeerperiode. De drie partijen streven onder meer naar het verkrijgen van de gezondste generatie: 'Om te komen tot de gezondste generatie investeren we in preventie en welzijn.[1]

Preventie

Dat klinkt als een geweldige visie! Over de details en uitvoering moet nog worden onderhandeld. Ook blijft de vraag onbeantwoord om welke preventieve maatregelen het precies gaat. Bovendien zullen compromissen over preventieve maatregelen vanuit een minderheidspositie moeten worden gesloten. Daarbij zal het electoraal belang van politieke partijen, met het oog op toekomstige verkiezingen, een rol spelen bij de keuzes die worden gemaakt.

Als voorbeeld noemen de coalitiepartijen het streven naar een rookvrije generatie. Het valt niet te ontkennen dat de maatregelen om het rookgedrag terug te dringen, succesvol zijn. Het ministerie van volksgezondheid en milieu heeft hiervoor een stappenplan ontwikkeld. Tegelijkertijd is stoppen met roken een proces van de lange adem dat al jarenlang krachtig wordt ondersteund door de medische beroepsgroep.

De ongezonde generatie

Wat is het ideaalbeeld van de gezondste generatie? Volledige afwezigheid van ziekte is niet realistisch. Het terugdringen van de ziektelast door chronische, deels te voorkomen ziekten, is een veel haalbaarder doel. Een groot deel van deze aandoeningen hangt samen met veroudering, maar ook met de westerse leefstijl. Overgewicht en obesitas spelen een centrale rol bij het ontwikkelen van cardiometabole aandoeningen.

Waar overgewicht dertig jaar geleden nog nauwelijks een maatschappelijk probleem was, had in 2024 50,4 procent van de volwassen bevolking overgewicht en was 15,7 procent obees. Ook onder kinderen is sprake van een sterke toename: 14,2 procent in de leeftijd van 4- tot 17-jarigen heeft overgewicht en 3.6 procent obesitas.[2]

Als gevolg daarvan neemt ook het aantal mensen met prediabetes, type 2-diabetes, hart- en vaatziekten, metabole disfunctie-geassocieerde steatotische leverziekten (MASLD) en maligniteiten, zoals coloncarcinoom, sterk toe. Deze ontwikkeling is niet nieuw, maar de druk op het gezondheidszorgsysteem en de daarmee gepaard gaande kosten zijn uitgegroeid tot een alarmerend maatschappelijk probleem.

Tegen deze achtergrond kondigt het kabinet een bezuiniging van 10 miljard op de zorg aan, waarvan de precieze invulling nog moet worden uitgewerkt. Een verhoging van het eigen risico wordt daarbij als een belangrijke pijler genoemd. Dat levert op de korte termijn weliswaar 'winst' op, maar draagt niet bij preventie of gezondheid. Integendeel, een hoger eigen risico kan ertoe leiden dat mensen later een beroep doen op de zorg, waardoor aandoeningen pas in een later stadium worden ontdekt en behandeld. Daardoor raakt de ambitie van dit kabinet om tot de gezondste generatie, eerder verder uit beeld.

De gezondste generatie

De vraag is wat het kabinet eigenlijk bedoelt met de gezondste generatie? Wie zijn dat? Het klinkt als een utopie, als een nieuw Atlantis dat uit de Noordzee herrijst. Maar hoe maak je de omslag van een obesogene maatschappij naar een samenleving waarin gezondheid de norm is? Hoe realistisch en haalbaar is die ambitie? En, belangrijker nog, wat is de eerste concrete stap?

Suikertaks

Een voor de hand liggende eerste stap is de invoering van een suikertaks. Daarover wordt al jaren gesproken, maar van daadkrachtige invoering is het nog niet gekomen. Het kabinet is voornemens de maatregel pas in 2030 in te voeren. Dat is volgens Amsterdamse onderzoekers, geciteerd door NOS-nieuws op 3 maart jongstleden[3], te laat. Zij wijzen erop dat de helft van de jongeren tussen 12 en 16 jaar wekelijks 9,5 glazen suikerhoudende frisdrank drinkt, goed voor zo'n 90 suikerklontjes.

De roep om een suikertaks is overigens niet nieuw. Al in 2019 beschreef Joost Zaat in het NTVG onder de kop 'Dodelijke frisdrank en het gebrek aan een suikertaks'[4] de gezondheidsrisico's van de consumptie van frisdranken, gezoete dranken, vruchtensappen en nectar. In die periode werd in Nederland ruim 1,5 miljard liter van deze dranken geconsumeerd, gemiddeld 85 liter per inwoner.

Een suikertaks van gemiddeld 10 cent per liter zou de schatkist naar schatting ruim 150 miljoen jaar opleveren. Dat geld zou kunnen worden geïnvesteerd in preventie en gezondheidsbevordering, maar ook kunnen bijdragen aan het beperken van de financiële druk, bijvoorbeeld door verlaging van het eigen risico.

Effect suikertaks

De vraag is uiteraard of een suikertaks daadwerkelijk bijdraagt aan het terugdringen van overgewicht en obesitas en daarmee aan de ambitie van het kabinet om de gezondste generatie te realiseren? Een

aar de gezondste generatie

antwoord kan worden gevonden in landen waar deze maatregel langer van kracht is, zoals Mexico. Dit land voerde in 2014 een suikertaks in van één peso (5 eurocent) per liter gezoete frisdrank. Aanleiding was de sterke toename van obesitas, diabetes en hart- en vaatziekten onder jongeren. Door de prijsstijging van 10 procent daalde de consumptie van suikerhoudende dranken met 6 tot 12 procent.[5]

Het langetermijneffect op overgewicht moet echter nog worden vastgesteld. Ook de wereldgezondheidsorganisatie WHO concludeert dat een suikertaks een veelbelovend instrument is, maar dat de uitvoering sterk uiteenloopt. En een rapport uit 2023 beschrijft de WHO de invoering van een suikertaks in 108 landen. De aanpak verschilt aanzienlijk per land en de belasting is in veel gevallen relatief laag.[6]

Voedingsmiddelenindustrie en aandeelhouders

Een afname van de consumptie van suikerhoudende frisdranken met bijvoorbeeld 10 procent heeft vanzelfsprekend gevolgen voor de omzet van de voedingsmiddelenindustrie en daarmee ook voor het rendement van aandeelhouders. Daarnaast spelen bij de invoering van een suikertaks andere belangen een rol, zoals werkgelegenheid, economische effecten en de vraag in hoeverre de overheid zich mag bemoeien met de leefstijl van burgers.

Onze samenleving is in belangrijke mate gebaseerd op het liberale uitgangspunt van keuzevrijheid: burgers moeten eigen keuzes kunnen maken, zolang zij anderen daarmee niet schaden. De vraag is echter in hoeverre die keuzevrijheid in de huidige obesogene samenleving werkelijk bestaat. Gezonde voeding is vaak duurder dan sterk bewerkte, calorierijke producten. Voor huishoudens met een laag inkomen is een gezonde leefstijl daardoor niet altijd een reële keuze. Juist deze beperking in de keuzevrijheid legitimeert een actievere rol van de overheid op het gebied van preventie. Een suikertaks kan de eerste stap zijn naar een voedingsomgeving waarin gezonde keuzes gemakkelijker en aantrekkelijker worden. Uiteindelijk vraagt dat om een breder preventiebeleid dat niet alleen suikerhoudende frisdranken ontmoedigt, maar daarnaast ook de beschikbaarheid en consumptie van andere ongezonde producten terugdringt.

Medische beroepsgroep

Welke rol zou onze beroepsgroep moeten spelen bij de invoering van een suikertaks? Lieke van Baardewijk stelt dat ‘iedere arts óók activist zou moeten zijn’.[7] Dat pleidooi verdient onze serieuze aandacht. Een actievere opstelling van de medische beroepsgroep is noodzakelijk om een effectieve suikertaks op de politieke agenda te krijgen. En geen lightversie, daarvan hebben we er al genoeg.

Daarnaast ligt er een belangrijke taak in de spreekkamer. Artsen kunnen patiënten nog nadrukkelijker wijzen op de gezondheidsrisico’s van overmatige suikerconsumptie en het belang van een gezonde leefstijl. Preventie vraagt niet alleen om politieke keuzes, maar ook om een consistente boodschap van zorgprofessionals.

Ger H. Koek, MDL-arts

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2026 (p. 165 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

COLOFON
MAGMA is een uitgave van de Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen. Het magazine wordt gratis toegezonden aan Nederlandse MDL-artsen en andere MDL-geïnteresseerde specialisten, medische bibliotheken en besturen van patiëntenorganisaties. MAGMA verschijnt vier keer per jaar.
Oplage 2600 exemplaren **Redactie** Kirill Basiliya, Sietske Corporaal, Carina Verstraete, Renée Duijzer, Clasine de Klerk, Rob de Knegt, Ger Koek, Lieke Koggel, Govert Veldhuijzen, Fanny Vuik en Rachel West **Interviews** Charlotte Piers, Erik Visser, Michelle Iwema, Monique Koudijs **Eindredactie** Van Luyken Communicatie **Redactieadres** Dr. R.J. de Knegt, hoofdredacteur MAGMA, Erasmus MC, Postbus 2040, 3000 CA ROTTERDAM. E-mail: r.deknegt@erasmusmc.nl **Abonnementen** Secretariaat NVMDL, Postbus 657, 2003 RR Haarlem. E-mail: secretariaat@mdl.nl **Vormgeving** AC+M, Woerden **Druk** Deltabach Grafimedia BV, Nieuw-Vennep, ISSN: 1384-5012 **MAGMA** Magma is, volgens Van Dale, ‘de gesmolten massa van silicaten en oxiden in het binnenste der aarde’. Het staat als naam van dit tijdschrift voor het binnenste van de mens én voor de dynamiek van het vakgebied maag-darm-leverziekten **Coverfoto** iStock

Rotterdams curriculum laat studenten werkveld buiten ziekenhuis ontdekken

Preventie als manier van klinisch denken

Diagnose en behandeling blijven de kern van het vak, maar toekomstige artsen moeten verder kijken dan het ziekenhuis alleen. In het nieuwe curriculum Erasmusarts 2030 is preventie geen apart vak meer binnen de Rotterdamse geneeskundeopleiding, maar een vanzelfsprekend onderdeel van het klinisch denken. Studenten leren bij iedere patiënt niet alleen de vraag te stellen wat er aan de hand is, maar ook hoe ziekte en complicaties kunnen worden voorkomen. Voor de individuele patiënt, maar ook voor de bevolking als geheel.

Suzanne Peeters, gynaecoloog in het Erasmus MC, is programmadirecteur van het nieuwe curriculum, waarmee de eerstejaarsstudenten van collegejaar 2024 aan de slag gingen. Sindsdien schuiven zij nog maar mondjesmaat aan in de collegebanken om zich de geneeskundestof eigen te maken. Wat ze wél doen, is zich in groepjes buigen over allerhande casussen. Dit zogeheten casusgestuurde onderwijs is een van de grootste veranderingen van het nieuwe curriculum. In 2030 rondt de eerste lichting de studie geneeskunde volgens het nieuwe programma af.

Leren schakelen

"Studenten leren naar preventie kijken vanuit een concrete casus", licht Suzanne Peeters Erasmus*arts* 2030 toe. "Neem die van het bevolkingsonderzoek darmkanker. Daar gaat het dan niet alleen over de ziekte, maar ook over screening: waarom screenen we, vanaf welke leeftijd, welke wettelijke kaders gelden er en wat levert bevolkingsonderzoek eigenlijk op? De studenten kijken naar de diagnostiek, de behandelstrategieën en de vraag voor wie screening wel of juist niet zinvol is. Zo leren ze steeds schakelen tussen de individuele patiënt en de populatie."

Dat geldt ook voor andere thema's. Peeters: "Bij baarmoederhalskanker komt bijvoorbeeld de HPV-vaccinatie aan bod, verweven in het onderwijs over immunologie. En een casus over een uitbraak van gastro-enteritis gaat niet alleen over de patiënt die ziek is geworden, maar ook over de rol van het gezin, meldingsplicht, het RIVM en de GGD. Studenten leren zo hoe preventie, patiëntenzorg en publieke gezondheid voortdurend met elkaar samenhangen."

De aandacht voor preventie is volgens Peeters niet alleen bedoeld om studenten anders naar ziekte te laten kijken, maar ook om hen voor te bereiden op de zorg van de toekomst. "We willen dat artsen inzetten op gezondheid en niet pas beginnen als iemand ziek is. Als we mensen alleen beter maken, zijn we eigenlijk al een station te laat."

Andere blik op werkveld

Daarvoor is volgens haar een andere blik op het werkveld nodig. De vorige geneeskundeopleiding was sterk gericht op de medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis, terwijl de grootste uitdagingen zich steeds vaker buiten de ziekenhuismuren afspelen. Meer dan de helft van alle artsen in Nederland werkt tenslotte niet in een ziekenhuis. "We hebben veel meer professionals nodig die extramuraal werken, bijvoorbeeld in de eerste lijn, de GGD of het sociale domein. Juist daar zie je hoe de leefomgeving en andere maatschappelijke factoren de gezondheid van mensen beïnvloeden."

Die veranderende werkelijkheid vormde een belangrijke aanleiding voor de volledige herziening van de opleiding. "Er komen grote maatschappelijke uitdagingen op ons af. De artsen van de toekomst moeten daarom echt iets anders kunnen dan de artsen die we tot nu toe opleidden. Preventie is daarin een van de belangrijkste onderdelen."

Verbredende minors

Of de nieuwe generatie artsen hierdoor ook andere loopbaankeuzes zal maken, moet de komende jaren blijken. De eerste studenten volgen nu de vernieuwde bachelor en krijgen vanaf hun derde studiejaar meer ruimte om hun eigen accenten te leggen. Anders dan vroeger, toen de keuzevakken vooral superspecialistisch waren, kunnen zij nu ook kiezen voor verbredende minors op het gebied van preventie, technologie, zorgbeleid of management.

Volgens Peeters is de grootste verandering echter niet zozeer de inhoud van het onderwijs, maar de manier waarop studenten leren. Klassikale hoorcolleges hebben grotendeels plaatsgemaakt voor kleinschalig, casusgestuurd onderwijs. "Studenten gaan zelf met de casussen aan de slag, onder begeleiding van een procesbegeleider. Daardoor ontstaat vanzelf de dialoog. Het gaat niet alleen over de diagnose of de behandeling, maar ook over vragen als: wat betekent deze aandoening voor de omgeving van de patiënt? En wat zou je doen als je als beleidsmaker verantwoordelijk was voor de gezondheid in deze gemeente? Op die

manier worden studenten gestimuleerd om verder te kijken dan de individuele patiënt."

Die bredere blik betekent volgens Peeters niet dat de opleiding minder medisch wordt. "We leiden nog steeds artsen op. Studenten krijgen dezelfde stevige basis aan medische kennis en vaardigheden. Alleen leren we ze niet meer uitsluitend feiten reproduceren of technische handelingen uitvoeren, maar ook over de context waarin een patiënt leeft."

Waar begint en eindigt ieders verantwoordelijkheid

Juist daarom is samenwerken over de grenzen van het eigen vakgebied belangrijker dan ooit. "Studenten moeten leren communiceren met professionals uit andere domeinen. Dat vraagt om andere vaardigheden. Je moet elkaars taal leren spreken en weten waar ieders verantwoordelijkheid begint en eindigt. Dat leer je alleen door ermee te oefenen."

Volgens Peeters vraagt dat ook om een andere manier van kijken naar de patiënt. "Neem iemand die met hoofdpijn op het spreekuur komt. Je kunt een paracetamol voorschrijven, maar je kunt ook vragen hoe het thuis gaat, hoe de woonsituatie is of welke zorgen iemand heeft. Natuurlijk kan een arts die problemen niet allemaal oplossen. Maar je kunt wel begrijpen waardoor klachten ontstaan en patiënten stimuleren om zelf regie te nemen of de juiste ondersteuning te zoeken. Dat is óók preventie."

Die bredere benadering is volgens haar bovendien noodzakelijk om de zorg toegankelijk te houden. "We zullen veel slimmer moeten omgaan met de capaciteit die we hebben. Nu belanden mensen soms in het ziekenhuis met problemen die eerder voorkomen hadden kunnen worden of die ergens anders in de zorgketen beter hadden kunnen worden opgepakt. Als artsen eerder aan de juiste knoppen kunnen draaien, voorkomen we dat de tweede lijn onnodig wordt belast. Dat kunnen we ons simpelweg niet meer permitteren."

Andere competenties nemen in belang toe

Het vernieuwde curriculum vraagt volgens Peeters ook om andere competenties van toekomstige artsen. Medische kennis en klinisch handelen blijven de basis, maar daaromheen worden andere vaardigheden steeds belangrijker. "Een arts moet natuurlijk een goede anamnese kunnen afnemen, lichamelijk onderzoek doen en tot een diagnose en behandelplan komen. Dat blijft de kern. Maar daarnaast zijn communicatie, samenwerking, leiderschap en professionaliteit minstens zo belangrijk geworden."

Suzanne Peeters:

'We willen dat artsen inzetten op gezondheid en niet pas beginnen als iemand ziek is. Als we mensen alleen beter maken zijn we eigenlijk al een station te laat.'

Juist als het gaat om preventie maken die competenties het verschil. "Goede zorg is mensenwerk. Communicatie is essentieel, zeker nu gezondheidsverschillen toenemen en niet iedereen even goed zijn weg vindt in het zorgsysteem. Daarnaast werkt de arts van de toekomst niet meer solistisch. Je werkt in netwerken en teams en moet ook kunnen samenwerken met professionals buiten de zorg."

Volgens Peeters vraagt dat ook om zelfreflectie en inzicht in de eigen grenzen. "Leiderschap gaat niet alleen over verantwoordelijkheid nemen, maar ook over weten waar jouw verantwoordelijkheid ophoudt. Dat is belangrijk voor goede zorg, maar ook voor duurzame inzetbaarheid. We zien nog te veel zorgprofessionals uitvallen. Daarom hebben we persoonlijke en professionele ontwikkeling als een doorlopende leerlijn in het curriculum opgenomen. Als je jezelf niet goed kent, loop je uiteindelijk vast."

Zelfregulerend leren

Die andere manier van opleiden begint al voordat studenten aan de studie beginnen. Erasmus MC kiest voor een decentrale selectie die aansluit bij de uitgangspunten van het nieuwe curriculum. "We zijn heel duidelijk over wat studenten hier kunnen verwachten. Het onderwijs is sterk gericht op zelfregulerend leren. Studenten nemen zelf verantwoordelijkheid voor hun leerproces en werken veel samen in kleine groepen. In de selectie gebruiken we daarom casuïstiek en opdrachten die passen bij die manier van leren, zodat we kunnen beoordelen of er een goede match is."

Erasmus*arts* 2030 vraagt volgens Peeters veel van studenten. "Het is echt een andere manier van leren." Omdat samenwerking, communicatie en professionele ontwikkeling onderdeel zijn van de beoordeling, is aanwezigheid essentieel. Studenten krijgen niet alleen feedback van docenten, maar ook van medestudenten op hun rol in het groepsproces. Peeters: "Zo leren ze niet alleen medische kennis, maar ontwikkelen ze ook de vaardigheden die ze als arts hun hele loopbaan nodig hebben. Ik hoop vooral dat ze het lerende vermogen vasthouden. Dat stopt niet na de opleiding."

Advertentie

Leefstijl in de geneeskundeopleiding: *de student van nu, de arts van morgen*

De maatschappelijke aandacht voor leefstijl neemt toe. Op sociale media circuleren uiteenlopende *food trends* over bijvoorbeeld eiwit- en vezelinname en het gebruik van supplementen. Deze belangstelling weerspiegelt een bredere behoefte aan houvast in een samenleving waarin gezonde keuzes niet altijd vanzelfsprekend zijn en ongezonde keuzes door marketing worden gestimuleerd. In de spreekkamer zien artsen dagelijks patiënten met chronische aandoeningen; naar schatting is zeker de helft daarvan leefstijlgerelateerd, ook binnen de maag-, darm- en leverziekten. Daarmee wordt de roep om artsen met kennis van voeding en leefstijl steeds luider.

Stichting Student en Leefstijl
Stichting Student en Leefstijl is een landelijk netwerk van medische studenten met een passie voor leefstijl en preventie. De stichting bestaat uit zeven lokale besturen en een overkoepelend landelijk bestuur, en ziet vanuit deze positie van dichtbij waar de kansen liggen om preventie beter te organiseren binnen het onderwijs. Wat we doen?

- We sluiten aan bij de werkgroep van Coalitie Leefstijl in de Zorg, die de leerdoelen voor voeding en leefstijl in de geneeskundeopleiding herziet en succesvolle onderwijsvormen en lesmaterialen uitwisselt tussen universiteiten.
- Wij zetten in op zichtbaarheid van en aandacht voor leefstijlgeneeskunde door samenwerkingen aan te gaan met organisaties zoals Arts en Leefstijl, door artikelen te schrijven en door educatie op sociale media.
- Daarnaast nemen we het heft in eigen handen: in iedere stad met een medische faculteit organiseert een lokaal bestuur een extracurriculair programma. In de SELF-cursus en de Leefstijl Tour maken honderden studenten kennis met actuele leefstijlthema's, inspirerende sprekers en praktische tools voor de kliniek.

Floor van Dillen:
'Wij streven naar een zorgsysteem dat werkt aan een gezonde samenleving.'

Van groeiende aandacht naar structurele inbedding
Hoewel leefstijl en preventie op steeds meer plaatsen aandacht krijgen, blijft het een grote uitdaging. Leefstijlonderwijs is nog niet structureel ingebed in alle curricula, de variatie tussen universiteiten is groot en volgens studenten is er in de kliniek nog onvoldoende aandacht voor. Onderzoek van de Leefstijl Coalitie naar de implementatie van leefstijlgeneeskunde in de medische opleiding onderstreept dat verdere inbedding niet alleen om aanpassingen in het onderwijs vraagt, maar ook om een bredere cultuurverandering.[1] Het huidige zorgsysteem beloont curatie nog altijd boven preventie en het imago van leefstijlgeneeskunde is minder prestigieus. Dat deze onderwerpen nog niet overal een vaste plaats hebben in het onderwijs en de dagelijkse zorg, is begrijpelijk aangezien de huidige specialisten een opleiding hebben genoten waarin leefstijl en preventie nauwelijks waren geïmplementeerd. Echter, juist in de huidige samenleving, juist nu online (des-)informatie op sociale media groeit en juist nu de efficiëntie van preventie steeds duidelijker wordt, is het belangrijk artsen – en artsen van morgen – te voorzien van gedegen handvatten.

Wij zijn van mening dat voor de arts van de toekomst ook een maatschappelijke rol is weggelegd. Naast het leefstijlgesprek in de spreekkamer moet het debat worden gevoerd in de samenleving, in de politiek en thuis aan de eettafel. Om een standpunt in te kunnen nemen zijn wetenschappelijke basiskennis en sterke rolmodellen nodig. Misschien bent u wel zo'n rolmodel.

Kennis, vaardigheden en goede voorbeelden
Studenten verwachten niet alleen onderwijs over de biologische processen die samenhangen met voeding en leefstijl, maar ook over de betekenis daarvan voor gezondheid, ziekte en de dagelijkse praktijk, inclusief praktische handvatten voor het toepassen van deze kennis. Leer ons daarom niet alleen hoe voedingsstoffen in de darmen worden opgenomen, maar ook wat bekend is over ▶

de gezondheidseffecten van verschillende voedingspatronen. Leer ons over het microbioom en de relatie met leefstijl en gezondheid. Leer ons ook hoe wij deze kennis kunnen toepassen in de praktijk: maak in uw eigen spreekkamer ruimte voor het leefstijlgesprek en wees hierin een rolmodel.

Voor duurzame verandering is formele opname van leefstijl in het raamplan, curriculum en accreditatiekader nodig. Binnen onderwijs- en zorginstellingen moeten daarnaast voldoende tijd en middelen beschikbaar zijn voor onderzoek naar en onderwijs over leefstijl en preventie. Een mooie stap om deze ontwikkeling te ondersteunen is academische erkenning, bijvoorbeeld in de vorm van passende loopbaanmogelijkheden voor professionals die zich bezighouden met leefstijl en preventie.

Verandering begint bij de arts van morgen
Het doel van Stichting Student en Leefstijl is helder: een geneeskundeopleiding waarin leefstijl en preventie structureel, wetenschappelijk en praktisch zijn ingebed. Zodat toekomstig artsen leefstijlinterventies inzetten, zowel in behandeling als in preventie, en zich bewust zijn van hun rol in individuele én maatschappelijke leefstijlverandering.

Wij streven naar een zorgsysteem dat werkt aan een gezonde samenleving. We geloven dat dit begint bij de studenten van nu, de artsen van morgen. Streeft u mee?

Floor van Dillen,
Secretaris Stichting Student en Leefstijl Nederland

Interessante links
- Geaccrediteerde nascholingen van arts en leefstijl: **www.artsenleefstijl.nl/agenda**
- (Gratis) handvatten voor leefstijl in de spreekkamer: **www.artsenleefstijl.nl/shop**
- Website Student en Leefstijl: **www.studentenleefstijl.nl/overs-ons**

[1] Coalitie Leefstijl in de Zorg. (2025). Tussen beleid en praktijk: bevorderende en belemmerende factoren voor de implementatie van leefstijlgeneeskunde in de medische opleiding. Beschikbaar via: https://leefstijlcoalitie.nl/wp-content/uploads/2025/12/Coalitie_Onderzoeksrapport_Def_Dig-1-1.pdf

Obesity First rev

***Obesity First* verandert de zorg fundamenteel als we obesitas beschouwen als primaire oorzaak van talloze chronische aandoeningen, waaronder DM type 2, hart- en vaatziekten, gewrichtsslijtage en MASLD. De zorg richt zich op *Obesity First* in plaats van onze gefragmenteerde benadering van antihypertensiva bij hypertensie en een knievervanging bij ernstige knieslijtage. Langdurige trajecten zoals we die kennen met leefstijlinterventies en diëten, worden initieel terzijde geschoven. De Obesity Medicine Association hanteert inmiddels een ruimere definitie van obesitas: een BMI vanaf 27, zeker wanneer er sprake is van complicaties.**

De oorzaken in onze maatschappij zijn duidelijk: we leven in een obesogene samenleving, die ongezond gedrag voortdurend uitlokt en stimuleert. We nemen meer calorieën dan we verbruiken en worden categorisch verleid door een overvloed aan calorierijk voedsel.
De marketing is geraffineerd en effectief. Ons woon-werkverkeer ontmoedigt actieve verplaatsing en (fast)food is overal in (binnen) steden, op ons werk, bij (tank)stations, op vakantie en thuis. De Big Mac-index illustreert die realiteit: voor honderd dollar koop je in de Verenigde Staten zestien Big Macs terwijl een eenvoudig broodje nauwelijks te vinden is. Ons Nederlandse 'broodje gezond' (400-600 kcal) is *fake* en bevat drie keer zoveel energie als een bruine volkoren boterham met kaas (170 kcal).

Bij *Obesity First* is afslankmedicatie geen hulpmiddel, maar een essentieel onderdeel van de behandeling voor eetverslaafden of, voor wie deze benaming te confronterend vindt, mensen met overgewicht. GLP-1-agonisten zijn er en gaan nooit meer weg. Anderhalf miljoen Nederlanders met diabetestype 2 slagen er niet in niet om vijf tot tien kilo af te vallen, ze blijven eetverslaafd. GLP-1-medicatie zal de druk op de zorg verminderen door zowel de ernst als de prevalentie van obesitas terug te dringen.

In Nederland zijn inmiddels meer dan 140 obesitasklinieken waar GLP-1 standaardbehandeling is voor patiënten met een BMI van 30-35. Ook huisartsen geven GLP-1 inmiddels sneller aan mensen met een BMI van 27-28. Ze moeten wel; deze patiënten met voldoende geld dwingen het af en betalen het zelf.

Het Zorg Instituut Nederland (ZIN) schuift beslissingen over Mounjaro® vooruit naar 2028. De huidige GLP-1-prijzen zijn te hoog. Het vertraagt publieke zorg, maar stimuleert particuliere zorg. Het ZIN sprak in juni 2026 nog met cardiologen, internisten, orthopeden en

olutie

MDL-artsen. Ze wilden weten hoeveel mensen een indicatie voor GLP-1 hebben. Toen getallen van 500.000 of meer werden genoemd, constateerde het ZIN dat dat in het huidige vergoedingssysteem onhaalbaar is. Ons Ministerie van Volksgezondheid volhardt zodoende in een restrictief beleid.

Voorlopig blijft de Gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) het uitgangspunt van het Nederlandse beleid. Het geeft in het gunstigste geval gemiddeld slechts vijf procent gewichtsreductie. Sporten is vrijwel onmogelijk als je 15-30 kilo te zwaar bent en begeleid sporten is onbetaalbaar voor velen. Baby's worden in de Maxi-Cosi met hun speen in de mond sneller stijver, krommer en dikker, volgens meer en meer kinderorthopeden. Jaap Seidell ziet de voedingsindustrie als de voornaamste factor, zijn boeken worden door de doelgroep overgewicht niet geïmplementeerd en lijkt ook veel te simpel. Preventie moet al bij zuigelingenzorg beginnen.

CZ-verzekeraar, bij monde van CEO Joep de Groot, meldt intern dat ze in zekere zin goudgeld uitgeven aan overgewicht in Zuid-Limburg. Vijftig tot zestig miljoen euro per jaar leggen ze er in de oude mijnstreek op toe. Ze willen GLP-1 veel sneller aan kwetsbare groepen geven, de sociale context is een realiteit die meer moet meewegen. Ze overwegen onorthodoxe hulp. Defensie worstelt met obesitas bij de parate troepen. Hier en daar helpen ze soldaten met hun persoonlijke budget aan GLP-1. Werkgevers in de thuiszorg zien vergelijkbare problemen: langdurige uitval en arbeidsongeschiktheid brengen hoge maatschappelijke kosten met zich mee.

Totale budgetimpact tijdelijk probleem

Niet de prijs per behandeling, maar de totale budgetimpact is op dit moment het probleem. Maar dat is tijdelijk. De prijzen zullen uiteindelijk dalen, maar voorlopig groeit de illegale import. Bij sommige sportscholen met ervaring in anabole steroïden (200-400.000 illegale gebruikers) duikt GLP-1 ook al op. Zelfs Retatrutide (CS-re30-0327) is al online verkrijgbaar als gevriesdroogd poeder (10-60 mg), compleet met steriel water en spuiten erbij, terwijl het middel nog niet is geregistreerd. LAREB heeft inmiddels meldingen ontvangen van bijwerkingen na onoordeelkundig gebruik. Generiek semaglutide is sinds april in India (< 20-50 USD) en in Canada (50-100 CAD) beschikbaar. De verkoop verdubbelde binnen een maand.

In Nederland moeten we nu niet alleen nadenken over de vraag hoe wij de begeleiding en behandeling van obesitas gaan organiseren, maar daadwerkelijk in actie komen. Het Financiële Dagblad verwoordde het als volgt: 'Nu regelen of accepteren dat het een puinhoop wordt'. Het FD berichtte recent dat langdurig ziekteverzuim bij overgewicht sterk vermindert door GLP-1. Ook de nieuwe AGA-richtlijn kiest voor een vroegere inzet van GLP-1 bij patiënten en suggereert al een BMI vanaf 27. Voor MDL-artsen ligt er daarom een duidelijke opdracht: zorgen dat GLP-1 voor patiënten met MASLD onderdeel wordt van het vergoede behandelarsenaal.

Vanaf 2030 is generiek GLP-1 ook in Nederland beschikbaar. Tegen die tijd zullen er uitkomsten van studies zijn in hoeverre het levenslang gebruikt gaat worden. Wat we er ook van vinden, na de DAA voor hepatitis C is GLP-1 een gamechanger, ook binnen de MDL. De eerste trials van GLP-1 bij honden zijn beschikbaar, een labrador met overgewicht wordt misschien een passagèr probleem.

Hopelijk krijgen John Eng en Jean-Pierre Raufman de komende jaren alsnog de waardering die ze verdienen voor hun GLP-1-werk (Exenatide®). Niemand nam hun werk serieus in de jaren tussen 1990 en 2000. Novo Nordisk en Eli Lilly verdienen er miljarden dollars aan. Wij worden met een *delay* van 30 jaar min of meer wakker.

Zie ook:
Nature's 'Swiss Army Knife': What Can We Learn From Venom?
New York Times, d.d. 13 november 2024

Chris Mulder, emeritus hoogleraar MDL, AmsterdamUMC

Advertentie

Gezond eten in een ziek systeem

Grenzen aan de gulzigheid

Het boek Grenzen aan de gulzigheid is een uitwerking van de afscheidsrede van Jaap Seidell als hoogleraar voeding en gezondheid aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Hierin beschrijft hij hoe tijdens zijn loopbaan een wereldwijde toename van obesitas, diabetes type 2 en andere chronische aandoeningen plaatsvond. Deze toename is volgens Seidell niet primair het gevolg van individuele zwakte of gebrek aan wilskracht, maar van een voedselsysteem dat ongezonde keuzes stimuleert en gezonde keuzes bemoeilijkt.

De centrale boodschap is dat mensen leven in een zogenaamde obesogene omgeving: een omgeving waarin goedkoop, smakelijk en sterk bewerkt voedsel overal beschikbaar is, voortdurend wordt aangeprezen en vaak aantrekkelijker en toegankelijker is dan gezonde alternatieven. In de visie van Seidell is de huidige obesitasepidemie daarom vooral een symptoom van een ziek systeem en niet van individuele tekortkomingen. Met name mensen met een lagere sociaaleconomische positie worden hierdoor getroffen. Zij wonen doorgaans in buurten met een minder gezond voedselaanbod en hebben minder toegang tot betaalbare gezonde voeding. Daarnaast speelt een gebrek aan kennis en vaardigheden en aan tijd en culturele gewoonten een belangrijke rol, zo stelt de auteur in zijn boek.

Een specifiek thema in het boek is het begrip gulzigheid. Daarmee doelt Seidell niet alleen op overeten, maar vooral op een economisch systeem waarin voortdurende groei, consumptie en winstmaximalisatie centraal staan. Voedselproducenten, supermarkten en marketeers hebben sterke prikkels om steeds meer producten te verkopen, ongeacht de gevolgen voor de volksgezondheid. Marketing gericht op kinderen, prijsacties voor ongezonde producten en de dominante positie van grote voedingsbedrijven dragen in Seidell's ogen bij aan een omgeving die ongezond gedrag bevordert.

Jaap Seidell

In de visie van Seidell is de huidige obesitasepidemie daarom vooral een symptoom van een ziek systeem en niet van individuele tekortkomingen.

De emeritus-hoogleraar beschrijft daarnaast zijn ervaringen in de wetenschap en beleidsvorming. Wat hem is opgevallen, is hoe gezondheidsbeleid vaak botst met economische belangen en hoe lobbygroepen invloed uitoefenen op politieke besluitvorming. Er zijn ook politieke redenen waardoor effectief overheidsbeleid achterblijft, zoals het betuttelende karakter van dat overheidsbeleid en investeringen in preventie die op verschillende beleidsdomeinen terechtkomen en waarvan de opbrengsten vaak pas op lange termijn en in andere domeinen te verwachten zijn.

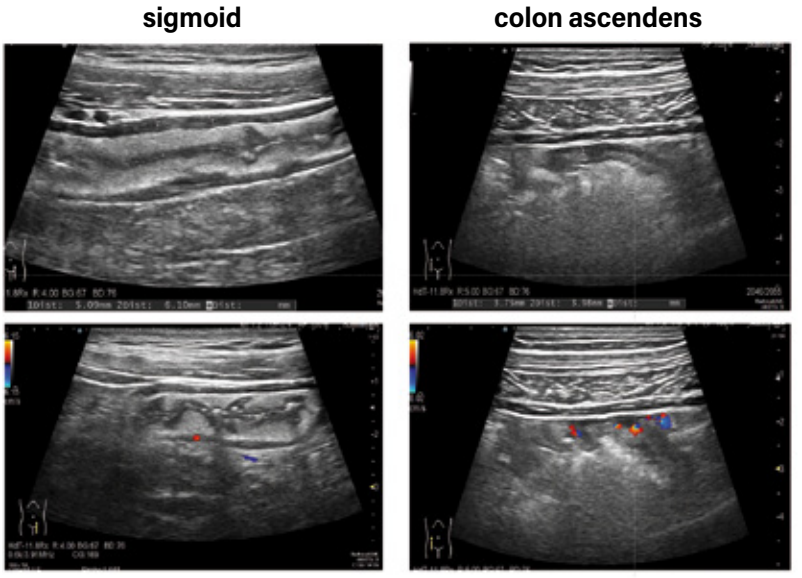
Toch vervalt Seidell niet in pessimisme. Integendeel: er zijn talrijke voorbeelden van succesvolle initiatieven die laten zien dat verandering mogelijk is. Denk aan gezondere schoolomgevingen, betere voedselvoorziening in kwetsbare wijken, maatregelen tegen kindermarketing en prijsbeleid dat gezonde keuzes aantrekkelijker maakt. Een rode draad door het boek is dat gezondheid niet uitsluitend een verantwoordelijkheid van het individu kan zijn. Werkelijke vooruitgang vraagt om collectieve actie van overheid, onderwijs, gezondheidszorg, maatschappelijke organisaties en het bedrijfsleven. Gezond gedrag ontstaat immers gemakkelijker wanneer de omgeving gezond gedrag ondersteunt.

De conclusie van *Grenzen aan de gulzigheid* is zowel kritisch als hoopvol. Seidell probeert te laten zien dat de huidige gezondheidsproblemen nauw verweven zijn met de manier waarop ons voedselsysteem is georganiseerd. Tegelijkertijd benadrukt hij dat een gezondere en duurzamere voedselomgeving binnen bereik ligt als we bereid zijn grenzen te stellen aan de economische en maatschappelijke krachten die voortdurende consumptie stimuleren. De auteur beschrijft daarmee niet alleen een analyse van het probleem, maar bepleit ook het belang van een samenleving waarin gezondheid, rechtvaardigheid en duurzaamheid centraal staan.

Advertentie

De wondere wereld achter de darmmucosa

De heer H., 55 jaar, is sinds 2017 bekend met de diagnose Morbus Crohn. Bij diagnose was er bij coloscopie ziekte-activiteit zichtbaar in colon en ileum. H. startte met een prednison stootkuur en azathioprine. Vrij snel erna werd infliximab aan zijn behandeling toegevoegd. Hij werd vervolgd op de poli MDL van het Radboudumc. De azathioprine werd na een jaar gestaakt. Tussen 2019 en 2024 was hij klinisch en endoscopisch in remissie met infliximab monotherapie intraveneus (i.v.).



Figuur 1: het sigmoid en het colon ascendens laten een verdikte darmwand zien van respectievelijk 5,5 en 3,8 mm met in beide segmenten hyperemie

In april 2024 meldde hij zich op de poli met toename van de ontlastingsfrequentie. Sinds een paar weken bedroeg die zes tot tien keer per dag waterdun. Er werd aanvullende analyse gedaan en iets later werd bekend dat het fecaal calprotectine 51 mg/kg bedroeg, de feceskweken negatief waren en hij een goede infliximab dalspiegel had van 7,1 µg/ml.

Een darmecho die volgde, toonde in het sigmoïd een verdikte darmwand van 5,5 mm met milde hyperemie (modified Limbergscore[1]) en in het colon ascendens een darmwanddikte van 3,8 mm met matige hyperemie (modified Limbergscore[2]). In beide segmenten waren haustratie en stratificatie behouden en werd er geen *fatty wrapping* gezien (*zie Figuur 1*). De rest van het colon en ileum waren niet afwijkend.

Gezien de forse discrepantie tussen het lage calprotectine enerzijds en de hevige klachten en het afwijkende echobeeld anderzijds, werd besloten op korte termijn een coloscopie te verrichten. Deze volgde tweeëneenhalve week na de echo. Bij de coloscopie werden, tegen de verwachting in, in het geheel geen afwijkingen gezien in ileum, colon of rectum.

De pathologie-uitslag daarentegen toonde een week later wel degelijk afwijkingen. Het verslag beschreef de random biopten uit colon ascendens en colon descendens als best passend bij een collageneuze colitis: 'Met name de collageneuze band is prominent aanwezig met uitgebreide lymfocytose en bijmenging van eosinofiele granulocyten. In deze biopten niet het beeld van actieve IBD. Geen granulomen.' Een zoektocht in de literatuur leverde slechts twee case-reports op waar een verdikte submucosa werd beschreven als uiting van een microscopische colitis.[1,2]

H. startte met budesonide eenmaal daags 9 mg en enkele weken later was de diarree volledig verdwenen. Een half jaar later werd nogmaals een echo verricht. Hieruit bleek dat nergens meer sprake was van een verdikte darmwand en ook de hyperemie was verdwenen. Met IFX i.v. en 1 dd 3 mg budesonide is hij sindsdien in klinische, biochemische en echografische remissie.

Deze casus illustreert goed dat je met een darmecho meer in beeld kan brengen dan alleen de oppervlakkige mucosa die we bij endoscopie gewend zijn te zien en dat de darmecho zo een mooie aanvulling kan zijn in de diagnostiek naar darmpathologie. Daarnaast moedigt de casus hopelijk beginnende echografisten aan om vooral niet te snel te twijfelen aan wat zij zien.

Willemijn van Dop, MDL-arts Radboudumc

Kijk voor de referenties in de pdf van MAGMA 3-2026 (p. 165 e.v.) op www.mdl.nl/MAGMA/alle-edities.

ASSESSMENT FOR GROWTH: FOSTERING STUDENT LEARNING THROUGH ASSESSMENT INNOVATIONS IN MEDICAL EDUCATION

Elise van Wijk, Universiteit Leiden, 19 november 2025

Toetsing speelt een belangrijke rol in de opleiding van toekomstige artsen. Het dient niet alleen om kennis te meten, maar beïnvloedt ook hoe en wat studenten leren. Het doel van dit proefschrift was te onderzoeken hoe toetsing kan worden ingezet om niet alleen kennis te beoordelen, maar ook het leren van geneeskundestudenten te stimuleren en zo bij te dragen aan de opleiding van competente artsen.
In deel I onderzochten we de *very short answer question* (VSAQ), een vraagtype waarbij studenten zelf een kort antwoord formuleren in plaats van te kiezen uit meerkeuze-opties. In studies binnen MDL-onderwijsblokken bleek dit vraagtype betrouwbaarder dan traditionele meerkeuzevragen, minder gevoelig voor gokken en beter in staat verschillen in kennisniveau tussen studenten zichtbaar te maken.
Deel II richtte zich op de computer-adaptieve voortgangstoets. Bij deze toetsvorm past de moeilijkheidsgraad van de vragen zich aan het kennisniveau van de student aan. Hierdoor kan met minder vragen een nauwkeuriger beeld worden verkregen van de kennisontwikkeling van studenten gedurende de opleiding.
In deel III onderzochten we hoe studenten feedback gebruiken. Hoewel feedback het leerproces kan stimuleren, maken studenten hier niet vanzelfsprekend gebruik van. Effectieve implementatie vraagt om duidelijke uitleg, goede timing en begeleiding.
De resultaten laten zien dat toetsing meer kan zijn dan een meetinstrument. Innovatieve vraagvormen, adaptieve toetsing en effectieve feedback kunnen het leren actief ondersteunen en zo bijdragen aan artsen die beter zijn voorbereid op de klinische praktijk.

Curriculum vitae

Elise van Wijk behaalde in 2020 haar artsexamen en werkte vervolgens als anios interne geneeskunde in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft. In 2021 startte zij haar promotietraject in het medisch onderwijs bij het Onderwijs Expertise Centrum van het LUMC, onder begeleiding van prof. dr. Alexandra Langers, prof. dr. Friedo Dekker en dr. Floris van Blankenstein. Naast haar promotieonderzoek was zij onder meer toetsredacteur bij het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* en lid van de beoordelingscommissie van de voortgangstoets. In april 2025 rondde zij haar promotietraject af. Momenteel is zij werkzaam als anios bedrijfsgeneeskunde bij MKBasics. In november 2026 start zij met de opleiding tot bedrijfsarts.

DIAGNOSIS, DIFFERENTIATION AND PREVENTION IN PANCREATIC DISEASES

Megan Engels, Vrije Universiteit Amsterdam, 24 maart 2026

Pancreascarcinoom is een van de dodelijkste vormen van kanker, vooral omdat de ziekte vaak pas laat wordt ontdekt. In het eerste deel van het proefschrift is onderzocht of pancreascarcinomen al zichtbaar waren op CT- en MRI-scans die vóór de diagnose waren gemaakt. Radiologen herkenden op ongeveer de helft van deze scans al verdachte afwijkingen, terwijl dergelijke bevindingen bij controles van een gezonde pancreas vrijwel nooit voorkwamen. Dit wijst erop dat kunstmatige intelligentie (AI) radiologen mogelijk kan ondersteunen als een 'tweede paar ogen' bij het vroegtijdig opsporen van pancreascarcinomen. Daarnaast ontwikkelde de onderzoekgroep een AI-model dat de pancreas op MRI-scans automatisch segmenteert. Hiermee wordt de tijd die nodig is om de pancreas af te bakenen, met een factor zestien verkort, terwijl de nauwkeurigheid vergelijkbaar blijft met die van de beste modellen die momenteel in de wetenschappelijke literatuur worden beschreven.

Verder bleek een combinatie van gemethyleerde DNA-markers uit pancreassap en CA19-9 in bloed zeer nauwkeurig in het opsporen van pancreascarcinomen, ook in een vroeg stadium.

In het tweede deel van het proefschrift lag de focus op het voorspellen en voorkomen van post-ERCP pancreatitis. Een combinatie van een urinetest (trypsinogeen-2) en klinische risicofactoren bleek onvoldoende geschikt voor klinische implementatie. Uit landelijke enquêtes kwam naar voren dat endoscopisten risicofactoren beter herkennen en preventieve maatregelen vaker toepassen. Daarnaast laat retrospectief onderzoek zien dat aanvullende beeldvorming (MRI of EUS) een deel van de ERCP's voor choledocholithiasis onnodig maakt en daarmee complicaties kan voorkomen.

Curriculum vitae

Megan Maria Lynn Engels (1994) studeerde Geneeskunde aan de Vrije Universiteit Amsterdam. Na haar wetenschappelijke stage bij de Pancreatitis Werkgroep Nederland startte zij haar promotieonderzoek, eerst bij de Mayo Clinic in Florida en vervolgens in het Leids Universitair Medisch Centrum. Vervolgens werd zij anios in achtereenvolgens het Noordwest Ziekenhuis in Alkmaar en het Amsterdam UMC. In 2025 begon ze als aios MDL, OOR Utrecht. Momenteel is ze werkzaam bij de Interne Geneeskunde in het St. Antonius Ziekenhuis.

HET BUIKVLIES-IMMUUNSYSTEEM ONTRAFELD: NIEUWE AANKNOPINGSPUNTEN VOOR PERITONEAAL UITGEZAAIDE COLORECTAAL- OF MAAGKANKER

Job Saris, Universiteit van Amsterdam, 17 juni 2026

Peritoneale metastasen (PMs) komen frequent voor bij patiënten met colorectaal- en maagcarcinoom en gaan gepaard met een ongunstige prognose. Slechts een minderheid van de patiënten komt in aanmerking voor cytoreductieve chirurgie, al dan niet gecombineerd met HIPEC. Het verbeteren van de overleving en het verminderen van de ziektelast bij deze patiëntengroep blijft daarom een belangrijke klinische uitdaging. Opvallend is dat peritoneaal gemetastaseerde kanker vaak resistent is tegen zowel chemotherapie als immunotherapie, onafhankelijk van de primaire tumorlokalisatie. Dit wijst erop dat tumor-extrinsieke factoren, waaronder een immunosuppressieve niche binnen het peritoneale immuunsysteem (PerIS), bijdragen aan therapieresistentie.

In dit proefschrift bieden we een gedetailleerde karakterisering van het PerIS. Wij tonen aan dat i) het PerIS een uniek en intrinsiek immunosuppressief immuunsysteem vormt; ii) peritoneale lokale immunosuppressieve macrofagen actief de immuunomgeving van colorectale PMs vormgeven, terwijl macrofaagdepletie gecombineerd met immuun-checkpointblokkade de overleving in preklinische modellen significant verbetert; iii) peritoneale T-cellen bij PM-maagcarcinoom een disfunctioneel fenotype vertonen dat geassocieerd is met de algehele overleving; en iv) *humanized immune system* (HIS) muizen geschikt zijn voor humane subcutane en met name peritoneale CRC-implantaties. Daarmee kunnen tumorcel-T-celinteracties in een preklinische setting worden onderzocht en kunnen toekomstige immunomodulatoire strategieën worden geëvalueerd.

Curriculum vitae

Job Saris studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam. Zijn promotieonderzoek werd uitgevoerd binnen het Tytgat Instituut, verbonden aan het Amsterdam UMC, onder begeleiding van dr. Joep Grootjans, dr. Manon Wildenberg, prof. dr. Geert D'Haens en prof. dr. Louis Vermeulen. Op dit moment zit hij in het tweede jaar van zijn opleiding tot MDL-arts in het Amsterdam UMC.

INTESTINAL ULTRASOUND IN INFLAMMATORY BOWEL DISEASE

Maarten Pruijt, Universiteit van Amsterdam, 13 mei 2026

Dit proefschrift richt zich op de rol van intestinale echografie (intestinal ultrasound, IUS) bij patiënten met inflammatoire darmziekten (IBD), met als doel diagnostiek en monitoring verder te verbeteren.

In het eerste deel wordt de waarde van IUS onderzocht voor het detecteren van complicaties en postoperatieve recidieven bij de ziekte van Crohn.

Het tweede deel richt zich op innovatieve echografische technieken bij colitis ulcerosa, zoals *shear wave* elastografie, *contrast-enhanced ultrasound* en objectieve kwantificatie van submucosale echogeniciteit. Deze studies laten zien dat geavanceerde echografische parameters bijdragen aan een nauwkeurigere beoordeling van ziekteactiviteit en behandelrespons.

De resultaten van dit proefschrift onderstrepen de potentie van IUS als patiëntvriendelijke, niet-invasieve en *point-of-care*-techniek die snelle klinische besluitvorming ondersteunt. Daarmee draagt dit proefschrift bij aan verdere implementatie en innovatie van IUS binnen de dagelijkse zorg voor patiënten met IBD.

Curriculum Vitae

Na het afronden van de studie Geneeskunde in 2019 startte Maarten Pruijt, na een anios-periode bij zowel interne geneeskunde als MDL, als promovendus binnen de afdeling MDL. Daar specialiseerde hij zich in intestinale echografie bij inflammatoire darmziekten. Naast prospectief en retrospectief onderzoek deed hij ruime ervaring op met het verrichten van intestinale echografie en het opleiden van verpleegkundigen, arts-assistenten en medisch specialisten in het uitvoeren van IUS. Hij presenteerde zijn onderzoeksresultaten op nationale en internationale congressen en is actief betrokken bij onderwijs en wetenschappelijke samenwerking op het gebied van IUS bij IBD. Daarnaast werkte hij een half jaar in het Royal London Hospital in Londen, waar hij MDL-artsen trainde in intestinale echografie en bijdroeg aan het opzetten van de IUS-infrastructuur binnen het ziekenhuis. Sinds 1 juni is hij gestart met de vooropleiding Interne Geneeskunde als aios MDL in het Amsterdam UMC.

Bijsluiters

‘Wij gaan voor kwaliTIJD’

Waar vroeger de MDL-zorg deels door het Maasstad ziekenhuis werd vervuld besloot de directie van Het Van Weel-Bethesda Ziekenhuis in 2025 een nieuwe koers te varen. Er moest een zelfstandige MDL-groep komen. “Er is fors geïnvesteerd om deze op te zetten”, vertelt Rob Ouwendijk, adviseur van de vakgroep. “En die zijn we nog steeds aan het opbouwen. De vier MDL-artsen hebben naast de algemene MDL-zorg allen hun eigen expertise. Wilmar de Graaf is gespecialiseerd in de endoscopische resecties van grote poliepen en vroegcarcinomen, Michel Joosten in de hepatologie. Rachel van Eijk en Janine van der Giessen behandelen de IBD-patiënten. We zijn nog op zoek naar een vijfde en zesde MDL-arts die onder meer de mogelijkheid hebben om de endo-echografie in ons ziekenhuis te ontwikkelen, dus we zijn aan het groeien. Verder blijft de plezierige regionale samenwerking met onder meer het Maasstad Ziekenhuis onverminderd bestaan.”

De beste zorg willen bieden aan de patiënt staat centraal bij het hele team. Maar daarbij liepen ze wel tegen een gebrek aan ruimte aan. Michel Joosten: “De directie luistert daarin naar ons en oplossingen worden gerealiseerd. Dat geeft ons ook weer energie. We hebben al verschillende uitbreidingen gekregen. En in 2029 wordt een geheel nieuw MDL-centrum gerealiseerd met vier scopiekamers, eigen dagbehandeling en vijf polikamers voor de MDL-zorg.”

Wat de vakgroep uniek maakt? Het hele team is het daar unaniem over eens namelijk de tijd die ze uittrekken voor patiënten. “Wij hebben als motto kwaliTIJD, met een lange ij”, vertelt Wilmar de Graaf. “Het houdt in dat we net iets meer tijd uittrekken voor onze patiënten. Hierdoor kan je kwalitatief hoogwaardiger zorg leveren. Want als je geen tijd hebt voor je patiënt dan kan je geen kwaliteit leveren. Soms is het beter om een patiënt één keer een goede uitleg te geven, dan meerdere keren achter elkaar heel kort te kunnen zien.”

Het zorgt ook voor meer ruimte voor de artsen zelf tijdens de spreekuren. En dat vormt volgens hen de sleutel tot een betere balans. Michel Joosten: “Werkplezier staat echt heel hoog op de agenda voor het gehele ziekenhuis, voor elk specialisme. Voor medisch personeel kan je werkdag een beetje aanvoelen als een baksteen. Dat hebben wij allemaal wel eens ervaren in andere ziekenhuizen. Je wordt heel de dag geleefd en alles zit te krap op elkaar gepland. De sfeer die hier in het ziekenhuis wordt gecreëerd is meer van een spons. Er is soms wat lucht tussen en in de programma’s. De druk neemt hierdoor af wat naast de patiëntenzorg ook de privébalans ten goede komt.”

De positiviteit en energie straalt van het gehele team af. Is er dan geen kanttekening of negatief item te benoemen? “Ik heb wel een puntje”, aldus Wilmar de Graaf. “Anders wordt het wel heel positief allemaal. Je moet hier ongelofelijk letten op je lijn. Want er wordt veel gebakken door personeel in dit ziekenhuis dus je krijgt continue van alles aangeboden dat lekker is. Wie hier komt werken, moet daar dus wel voor oppassen.”

Achterste rij van links naar rechts:
Janine van der Giessen [1], Rachel van Eijk [1],
Sophia van Baalen - van Daalen [2],
Lonneke Kleemans-van der Graaf [3],
Wieteke van der Paa –Babijn [4].

Voorste rij van links naar rechts:
Willem de Jonge [5], Michel Joosten [1],
Wilmar de Graaf [1] en Rob Ouwendijk [6].

[1] *MDL-arts*
[2] *Verpleegkundig Specialist*
[3] *MDL-verpleegkundige i.o.*
[4] *MDL-verpleegkundige*
[5] *Physician Assistant i.o*
[6] *Adviseur*

Bijsluiters

Advertentie

Advertentie

Referenties MAGMA 3-2026

PREVENTIE Van tandeloze tijger naar eerste melktandjes – *p. 130-131*

1. Nationaal Preventieakkoord, november 2018
2. RIVM, Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord overgewicht (2024): RIVM-rapport 2023-0414
3. RIVM, Doorrekening impact Nationaal Preventieakkoord: deelakkoord problematisch alcoholgebruik (2023): RIVM-rapport 2023-0415
4. Ministerie van VWS, Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA), januari 2023
5. Kamerstukken II, 2022-2023, 27 565, nr. 180
6. Kamerstukken II, 2024-2025, 32793, nr. 846
7. Kamerstukken II, 2024-2025, 36 725, nr. 1, Voorjaarsnota 2025
8. Regeerakkoord 'Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland', 30 jan 2026
9. Regeerakkoord 'Aan de slag. Bouwen aan een beter Nederland', 30 jan 2026
10. Kamerstukken II, 2025-2026, 36 933, nr. 1, 20 april 2026.
11. World Health Organization. SAFER: a world free from alcohol related harm. Geneva: World Health Organization; 2018.

PREVENTIE Eetscore helpt bij bespreekbaar maken voeding in spreekkamer – *p. 136-137*

1. Lamers, C.R., The role of the Dutch dietary and physical activity guidelines in inflammatory bowel disease: Implications for clinical practice. 2022, Wageningen University and Research. DOI: 10.18174/566410
2. de Vries, J.H., et al., Patient's dietary beliefs and behaviours in inflammatory bowel disease. Digestive Diseases, 2019. 37(2): p. 131–139. DOI: 10.1159/000494022
3. Svolos, V., et al., European Crohn's and Colitis Organisation consensus on dietary management of inflammatory bowel disease. Journal of Crohn's and Colitis, 2025. 19(9): p. jjaf122. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jjaf122
4. De Rijk, M.G., et al., Development and evaluation of a diet quality screener to assess adherence to the Dutch food-based dietary guidelines. British Journal of Nutrition, 2022. 128(8): p. 1615–1625. DOI: 10.1017/S0007114521004499
5. Looman, M., et al., Development and evaluation of the Dutch Healthy Diet index 2015. Public health nutrition, 2017. 20(13): p. 2289–2299. DOI: 10.1017/S136898001700091X
6. Gezondheidsraad, Richtlijnen Goede Voeding: eiwitbronnen en voedingspatronen 2025. 2025: Den Haag.
7. Van Elten, T.M.S.-S., M., Groen, J.M., Van der Krieken, S.E., et al., Onderbouwing Schijf van Vijf. 2026, Voedingscentrum: Den Haag.
8. Lamers, C.R., et al., Web-based dietary assessment and advice helps inflammatory bowel disease patients to improve their diet quality. British Journal of Nutrition, 2023. 129(2): p. 231–239. DOI: 10.1017/S0007114522001064

PREVENTIE Suikertaks als eerste stap naar gezondste generatie – *p.146-147*

1. https://www.kabinetsformatie2025.nl/documenten/2026/01/30/aan-de-slag---coalitieakkoord-2026-2030
2. https://www.loketgezondleven.nl/gezondheidsthema/overgewicht/werk-planmatig-aan-terugdringen-van-overgewicht/cijfers-en-feiten-overgewicht
3. https://nos.nl/artikel/2604726-helft-jongeren-drinkt-negentig-suikerklontjes-in-frisdrank-per-week
4. Joost Zaat 'Dodelijke frisdrank' en het gebrek aan een suikertaks. Ned Tijdschr Geneeskd. 2019;163:C4346
5. Colchero M.A., Molina M., Guerrero-López C. M. After Mexico Implemented a Tax, Purchases of Sugar-Sweetened Beverages Decreased and Water Increased: Difference by Place of Residence, Household Composition, and Income Level. Journal of Nutrition, 2017,147:1552-1557. DOI: 10.3945/jn.117.251892
6. Global report on the use of sugar-sweetened beverage taxes 2023: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/9dc39e4a-e2ba-4ae3-b10e-579101605264/content
7. Lieke van Baardewijk, Medisch Contact 13 november 2025

CASUÏSTIEK De wondere wereld achter de darmmucosa – *p. 157*

9. A. Hollerweger et al. Suspicion of microscopic colitis raised by sonographic examination J Clin Ultrasound 2003 May;31(4):207-10. DOI: 10.1002/jcu.10153
10. H.N. Gamboa et al. The Utility of Intestinal Ultrasound in a Case of Microscopic Colitis Inflamm Bowel Dis. 2025 Jan 6;31(1):302-303. DOI: 10.1093/ibd/izae172