"DE BREDE BASIS ALS FUNDAMENT, SUBSPECIALISATIE ALS KRACHT"

Internisten over hun rol in het kader van de toenemende multimorbiditeit onder patienten

Samara de Jong-Jaber
MHBA-21

Thesis ter afronding van de Master of Health Business Administration (MhBA)

Erasmus Universiteit Rotterdam

S. (Samara) de Jong-Jaber, MSc

Studentnummer: 306613

s.jaber@live.nl

Erasmus Centrum voor Zorgbestuur

Thesis begeleider: Prof. dr. K. (Kris) Vanhaecht

Tweede beoordelaar: Dr. M. (Maaike) Moen

Meelezer: P. (Paula) Roorda

5 mei 2025

Inhoudsopgave

Voorwoord **5**

Samenvatting **7**

Summary **9**

1 Inleiding **11**

1.1 Probleemstelling 12

1.1.1 Historische context specialismenlandschap en huidige structuur vakgebied interne geneeskunde. 12

1.1.2 Begripsafbakening 16

1.1.3 Doelstelling 17

1.1.4 Vraagstelling 17

1.2 Relevantie van het onderzoek 18

1.2.1 Maatschappelijke relevantie 18

1.2.2 Professionele relevantie 18

2 Theoretisch kader **19**

2.1 Professionele identiteit, professioneel gedrag en professionaliteit 19

2.1.1 Professioneel gedrag 19

2.1.2 Professionaliteit 20

2.1.3 Professionele identiteit 20

2.1.4 Relatie professioneel gedrag, professionaliteit en professionele identiteit 21

2.2 Rolconflict is van invloed op professionele identiteit 22

2.3 Sensemaking en belonging als proces van betekenisgeving 22

2.4 Rolmodellen en begeleidingsvormen tijdens de medische vervolgopleiding in relatie tot professionele identiteit 23

2.5 Professionele positionering binnen een systeem 24

2.6 Conclusie 25

2.7 Relatie onderzoeksvraag en theoretische lens 26

3 Methodologie **27**

3.1 Dataverzameling 27

3.1.1 Literatuuronderzoek 27

3.1.2 Focusgroep 27

3.1.3 Survey 28

3.2 Data-analyse 29

3.2.1 Validiteit en betrouwbaarheid 29

3.2.2 Ethiek 29

4 Resultaten **31**

4.1 Resultaten van de focusgroepbijeenkomst 31

4.1.1 Competentie en vertrouwen: de brede basis vraagt om cultuurverandering 31

4.1.2 Opleiding en toetsing: borging van de brede basis in de loopbaan 32

4.1.3 Organisatie en werkstructuur: ruimte voor generalistisch werken 32
4.1.4 Herverdeling van taken: “Wat kan een ander ook?” 33
4.1.5 Werkplezier en positionering van het vak 34
4.1.6 Spanningen en zorgen bij het versterken van de brede basis 34
4.2 Resultaten survey 36
4.2.1 Beschrijving van de survey 36
4.2.2 Identiteit en waarden 38
4.2.3 Generalisme, fragmentatie en professionele spanning 42
4.2.4 Benodigde professional en ondersteuning bij multimorbiditeit 46
4.2.5 Waarde van kennis en rol van AI 47
4.2.6 Kansen om zorgfragmentatie te verminderen 48
4.2.7 Spanningsveld tussen professie en praktijk 49
4.3 Analyse 49
4.3.1 Subspecialisatie vormt en begrenst 49
4.3.2 Regie als kern van identiteit: generalisme als verbindende laag 50
4.3.3 Samenwerking en cultuur: identiteit als collectieve opgave 51
4.3.4 Systeemgrenzen en structurele obstakels 51
5 Conclusie, discussie en aanbevelingen 54
5.1 Conclusie 54
5.2 Discussie 55
5.3 Aanbevelingen 56
5.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek 56
5.3.2 Aanbevelingen voor de Nederlandse Internisten Vereniging 58
5.4 Reflectie vanuit de onderzoeker 59
6 Literatuurlijst 62
7 Bijlagen 66
7.1 Survey – vragenlijst 66
7.2 Programma focusgroepbijeenkomst 71

Voorwoord

Bijna vijf jaar geleden begon ik als directeur van de Nederlandse Internisten Vereniging. Een enorme eer om voor een beroepsgroep als deze te mogen werken. We stonden direct voor een aantal grote uitdagingen: hoe zorgen we ervoor dat we als beroepsgroep en als NIV-bureau goed voorbereid zijn op de zorg van morgen? Vanuit het NIV-bestuur is, in afstemming met de achterban, een duidelijke visie neergezet: de internist is de breedst opgeleide medisch specialist, die vanuit generalistische én subspecialistische kennis in staat is complexe zorgvragen te beantwoorden in het licht van alle ontwikkelingen die momenteel gaande zijn in de zorg. Met elkaar blijven kijken hoe we de kennis en expertise van de internist, en van de internist van de toekomst, optimaal kunnen inzetten was hierin cruciaal. Die overtuiging is sindsdien leidend geweest in ons beleid, onze positionering en in de gesprekken met de achterban en stakeholders.

Wat bijzonder is, is dat deze thesis, los van die bestuurlijke context, nu, vanuit academische verdieping, precies het spanningsveld blootlegt waarin internisten en AIOS dagelijks navigeren. Het was voor mij heel waardevol om in de context van dit onderzoek breder in gesprek te gaan met de achterban, en samen met collega's uit de deelspecialismen de verdieping op te zoeken: hoe beleven internisten hun rol, waar lopen ze tegenaan, wat willen ze behouden en waar willen ze zich op heroriënteren?

Deze thesis heeft mij opnieuw laten zien hoeveel kracht er schuilt in het collectief. Hoe belangrijk het is om verschillen in kleur, accenten en aandachtsgebieden echt te blijven koesteren, en tegelijk te blijven zoeken naar de gedeelde basis. Naar die professionele identiteit waarin diversiteit en eenheid elkaar niet uitsluiten, maar juist versterken. Voor mij persoonlijk maakt juist dat het vak en de vereniging zo bijzonder.

Ik hoop dat dit onderzoek niet alleen bijdraagt aan kennis, maar ook aan beweging. Dat het ruimte geeft voor gesprekken, reflectie en vooral ook voor concrete vervolgstappen. Want de internist van de toekomst is niet iemand die kiest tussen generalist of specialist. Het is iemand die zich bewust is van zijn of haar rol, verantwoordelijkheid en verbinding in het grotere geheel.

Heel veel dank aan het NIV-bestuur: Robin Peeters, Harald Brulez, Marieke van Gastel, Iris van Groeningen, Majon Muller, Adrienne van Zandbergen, Bas Huisman en Peter de Jager. Ook dank aan oud-bestuurslid Gysèle Bleumink, die aan het begin van deze MHBA-opleiding nog onderdeel was van het bestuur en met vertrouwen mede ruimte heeft gecreëerd om deze waardevolle opleiding te kunnen volgen.

Aan alle lieve en inspirerende collega's op het NIV-bureau: veel dank dat jullie er altijd zijn, voor jullie tomeloze inzet, betrokkenheid en geduld tijdens de soms overvolle werkweken.

Ook veel dank aan de programmaleiding van de MhBA – Maarten Janssen, Maaike Moen, Oemar van der Woerd en Kees Ahaus – voor het faciliteren en begeleiden van dit enorm leerzame en relevante programma. En aan mijn thesisbegeleider Kris Vanhaecht,

voor zijn begeleiding en reflectie gedurende het thesisproces.

Mijn lieve gezin, Hans, Mattias en Mayra: jullie energie, warmte en humor maken alles zoveel leuker en makkelijker. En teta (oma) Samar en jido (opa) Bassam, mijn ouders en de liefste grootouders van Mattias en Mayra: zonder jullie was dit echt niet mogelijk geweest. Jullie zijn ons baken, ons trouwe en zorgzame vangnet. Zoveel dank hiervoor.

Met veel plezier, trots en dankbaarheid heb ik deze MhBA mogen afronden.

Samenvatting

De zorg voor patiënten met multimorbiditeit vormt een van de grootste structurele uitdagingen in het hedendaagse ziekenhuislandschap. Waar het zorgsysteem historisch is opgebouwd rond specialistische kennis en monodisciplinaire structuren en daarmee erg ziektegericht. Dit terwijl we juist te maken hebben met een groeiende groep patiënten met meerdere chronische aandoeningen die een geïntegreerde benadering vereist, waarin overzicht, afstemming en continue begeleiding centraal staan. De internist, van oorsprong breed opgeleid en vertrouwd met complexe zorgvragen, lijkt bij uitstek gepositioneerd om een verbindende en regievoerende rol te spelen. Tegelijkertijd blijkt uit dit onderzoek dat deze potentie onder druk staat, mede door de verdere subspecialisatie van de afgelopen jaren binnen het vakgebied, de toenemende systeemdruk en de dominante manier waarop opleiding en praktijk zijn ingericht. Binnen deze context staat het specialisme interne geneeskunde op een kruispunt.

In deze thesis wordt onderzocht hoe internisten en internisten in opleiding hun professionele identiteit beleven binnen een sterk gefragmenteerd zorgsysteem. Aan de hand van een theoretisch kader rond professionele identiteit, rolconflict, sensemaking en belonging wordt verkend hoe internisten zichzelf positioneren ten opzichte van hun vak, hun collega's, en de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Op basis van een combinatie van literatuurstudie, een focusgroep en een uitgebreide survey onder meer dan vijfhonderd respondenten, ontstaat een rijk beeld van hoe internisten zich verhouden tot hun rol en tot de structurele spanningen in het zorgsysteem.

De uitkomsten laten zien dat de professionele identiteit van internisten in sterke mate gevormd wordt binnen het kader van subspecialisatie. Voor veel internisten vormt het eigen deelvakgebied de bron van vakmanschap, expertise en zingeving. Tegelijkertijd wordt breed gedeeld dat deze subspecialistische oriëntatie niet volstaat bij de zorg voor patiënten met multimorbiditeit, waar klinisch overzicht, onderlinge samenwerking en regievoering essentieel zijn. Internisten beschouwen het coördineren van deze zorg als een vanzelfsprekend onderdeel van hun professionele verantwoordelijkheid. Die overtuiging staat echter op gespannen voet met de dagelijkse realiteit, waarin tijdsdruk, productieprikkels, organisatorische versnippering, niet passend beloningssysteem en culturele drempels in vakgroepen het regisseren van zorg bemoeilijken. Internisten geven aan in staat te zijn om breed te handelen, maar zich vaak niet competent of veilig genoeg te voelen om die rol daadwerkelijk te vervullen. De spanning tussen gewenste en haalbare praktijkervaring is daarmee niet alleen organisatorisch, maar raakt ook aan de kern van hun professionele identiteit.

Opvallend is dat deze spanning niet louter als belemmering wordt ervaren, maar ook als aanleiding tot reflectie en professionele heroriëntatie. Internisten zoeken actief naar manieren om hun rol opnieuw vorm te geven en bepleiten een gedeeld fundament van generalistische competenties binnen het vakgebied, ongeacht subspecialisatie. In die beweging klinkt het ideaalbeeld door van de zogeheten T-shaped professional: een specialist met diepgaande expertise én een stevige generalistische basis om bruggen te slaan tussen ziektebeelden, collega’s en eerste en tweede lijn. Dit ideaal komt echter pas tot leven

wanneer de structurele voorwaarden daarvoor aanwezig zijn: tijd voor overleg, ruimte voor scholing in de breedte, gedeelde verantwoordelijkheid binnen teams en erkenning van generalistische zorg als volwaardige vorm van vakmanschap.

De rol van de beroepsvereniging wordt in dit geheel ambivalent beleefd. Internisten erkennen de waarde van beleidsinzet op de brede basis en generalistische herpositionering, maar geven ook aan dat deze ambities pas effectief worden als ze aansluiten bij de weerbarstige praktijk en gedragen worden vanuit de werkvloer. De toekomstbestendigheid van het vak ligt daarmee niet alleen in visies en modellen, maar in de mate waarin professionals zich daadwerkelijk kunnen identificeren met hun rol, regie kunnen nemen en ondersteund worden om samenhangende zorg te leveren aan een groeiende groep kwetsbare patiënten.

Deze thesis laat zien dat professionele identiteit niet slechts een psychologisch of individueel gegeven is, maar een sociaal en structureel fenomeen dat continu gevormd en hervormd wordt in interactie met opleiding, organisatie, cultuur en beleid. De positionering van de internist als regiebehandelaar vraagt dan ook om meer dan individuele motivatie: het vereist een systeem dat eigenaarschap, samenwerking en betekenisgeving ondersteunt. Alleen dan kan de internist niet alleen specialist in een deelgebied blijven, maar ook generalist in dienst van het geheel. Zo kan zij optimaal bijdragen aan toekomstgerichte, samenhangende zorg voor mensen met multimorbiditeit.

Summary

Caring for patients with multimorbidity represents one of the most pressing structural challenges facing today's hospital-based healthcare. While the current system has historically evolved around specialist knowledge and monodisciplinary structures, the rising number of patients with multiple chronic conditions demands an integrated approach, one that prioritizes continuity, coordination, and contextual understanding. Within this context, the field of internal medicine finds itself at a pivotal crossroads. Internists, by virtue of their broad training and familiarity with complex casework, appear well positioned to take on a coordinating role. Yet this potential is increasingly constrained by the growing subspecialization within the field, rising system pressures, and the dominant structures of clinical training and practice.

This thesis explores how internists and internal medicine trainees experience their professional identity within a highly fragmented healthcare environment. Drawing on a theoretical framework centered on professional identity, role conflict, sensemaking, and belonging, it investigates how internists position themselves in relation to their discipline, their colleagues, and their patients—particularly those with multimorbidity. Through a combination of literature review, a focus group, and a nationwide survey involving over 500 respondents, the study reveals how internists understand, shape, and are shaped by their role within the broader system.

Findings show that professional identity among internists is strongly anchored in subspecialization. Many see their subspecialty as the cornerstone of their expertise, craftsmanship, and professional meaning. At the same time, there is widespread recognition that this specialist orientation is insufficient when caring for patients with multimorbidity, whose conditions require comprehensive insight, multidisciplinary collaboration, and coordinated decision-making. Most internists consider such coordination to be part of their professional duty. However, structural limitations—including time pressure, productivity incentives, fragmented IT systems, and entrenched cultural norms—often prevent them from fulfilling that role in practice. While internists are formally authorized to act broadly, many do not feel competent or confident enough to do so, creating a gap between professional intention and actual performance.

This tension, however, is not solely perceived as an obstacle. For many, it prompts critical reflection and reorientation. Internists are actively seeking ways to redefine their role, calling for a shared foundation of generalist competencies across the profession. This reorientation evokes the ideal of the T-shaped professional: a specialist with deep expertise in one domain, yet equipped with broad knowledge and skills to connect conditions, disciplines, and people. Yet this ideal remains aspirational unless the system creates the conditions that make it viable, through time for consultation, access to continuing education, shared responsibility within teams, and a recognition of generalist care as a legitimate and valued form of expertise.

The role of the professional association is perceived ambivalently in this regard. While internists appreciate efforts to strengthen generalist competencies and to advocate for a

broader positioning of the field, they also emphasize that such ambitions must be grounded in lived professional realities. A future-proof internal medicine specialty will not be shaped by vision statements alone, but by the extent to which professionals can identify with their role, assume ownership, and receive adequate support in delivering integrated care to patients with complex needs.

This thesis demonstrates that professional identity is not merely an individual or psychological construct, but a social and structural phenomenon that is constantly (re)shaped through education, organizational dynamics, professional culture, and policy. Repositioning the internist as a coordinating clinician requires more than personal commitment—it demands a healthcare system that enables ownership, fosters collaboration, and facilitates meaning-making. Only then can internists remain experts in their subspecialty while embracing their potential as generalists in service of the whole. To contribute to a sustainable and coherent model of care for people living with multimorbidity.

1 Inleiding

"Zorg gaat primair om de patiënt, diens naasten en de betrokken zorgverleners, die zich inspannen om samen passende zorg te realiseren." – internist en bestuurslid NIV

Wereldwijde gezondheidsontwikkelingen van de afgelopen eeuw hebben ertoe geleid dat de levensverwachting is toegenomen. Nieuwe ontwikkelingen in de geneeskunde, zoals innovatieve technologie of geneesmiddelen maken namelijk steeds meer mogelijk. Met een toenemende levensverwachting is het daarbij essentieel om te blijven afwegen of nieuwe ontwikkelingen bijdragen aan de beste zorg en de kwaliteit van leven van de patiënt. Het groeiend aantal diagnostische en behandelmogelijkheden maakt dat er steeds meer mogelijk is en dat we dus ondanks de ontwikkelingen ook dankzij deze de ontwikkelingen zien dat er een flinke toename is van de zorgvraag. Mensen overleven en leven nu namelijk langer met aandoeningen die vroeger vaak tot een voortijdige dood leidden. Dit heeft geleid tot een vergrijzende bevolking, waarbij de belangrijkste reden om medische zorg te zoeken is verschoven van acute naar chronische aandoeningen: gezondheidsproblemen die langdurig aanhouden of regelmatig terugkeren (Xu et al., 2017)(Weil, 2024).

De toename van chronische aandoeningen hebben wereldwijd geleid tot een sterke stijging van het aantal patiënten met multimorbiditeit, gedefinieerd als het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer chronische aandoeningen bij één persoon. Studies tonen aan dat multimorbiditeit bij de oudere bevolking eerder regel dan uitzondering is, met prevalentiepercentages die oplopen tot 67% bij mensen van 74 jaar en ouder (Harrison et al., 2021; Verhoeff, 2023). In Nederland zal, volgens onderzoek van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), het aantal mensen met twee of meer chronische aandoeningen stijgen van 5,7 miljoen naar 6,6 miljoen tegen 2040, wanneer de vergrijzing een hoogtepunt bereikt. Daarnaast blijkt dat 50% van de patiënten ouder dan 65 jaar die het ziekenhuis bezoekt, meer dan twee aandoeningen heeft (WRR, 2021). Deze ontwikkelingen leggen een steeds zwaardere druk op het zorgsysteem, zowel financieel met een verwachte toename van de zorguitgaven van 10% naar 18% van het BBP in 2060 als in de uitvoering, door een groeiend tekort aan zorgpersoneel dat de komende jaren nijpende vormen aanneemt(Ministerie van Financiën, 2024; WRR, 2021). De organisatie van de zorg voor deze groep patiënten wordt door medisch specialisten dan ook erkend als een van de grootste uitdagingen voor een toekomstbestendige zorg. Het huidige zorgsysteem is echter onvoldoende ingericht om passende zorg te bieden aan patiënten met meerdere aandoeningen. Historisch gezien is de ziekenhuiszorg gericht op een zo efficiënt mogelijke behandeling van individuele aandoeningen, daarmee dus ziekte-specifiek met een sterke focus op monodisciplinaire structuren (Harrison et al., 2021; M. Verhoeff et al., 2018; Weil, 2024). Hoewel multidisciplinaire overleggen (MDO's) bestaan voor patiënten met één aandoening, zijn deze niet systematisch ingericht voor patiënten met meerdere aandoeningen. Dit leidt tot fragmentatie van zorg: patiënten met multimorbiditeit worden vaak door meerdere specialisten behandeld en missen een overkoepelende regie over hun zorg. Onderzoek in het Gelre ziekenhuis toont aan dat 70% van de patiënten met twee of meer aandoeningen bij drie of meer specialisten onder controle staat. Dit leidt tot frequente

polikliniekbezoeken, frustratie bij patiënten, en inefficiënte zorg. Dit resulteert vaak in polyfarmacie (gebruik van vijf of meer medicijnen), terwijl niemand het totaalbeeld van de patiënt overziet. Medicatie wordt gestart zonder dat goed wordt overzien wat de onderlinge interactie van de middelen is. Ook worden stopindicaties hierbij onvoldoende geëvalueerd. Het ontbreekt aan samenhang, wat leidt tot tegenstrijdige behandeladviezen en een verhoogd risico op complicaties. Deze situatie draagt bij aan een verminderde kwaliteit van leven en verhoogde zorgkosten (M. Verhoeff et al., 2018). Patiënten worden vaak zelf verantwoordelijk gesteld voor het coördineren van hun zorg en het integreren van verschillende behandeladviezen, wat juist bij deze patientgroep leidt tot verwarring en een gebrek aan overzicht, omdat zij cognitief kwetsbaarder zijn door onderliggende aandoeningen en medicatiegebruik (Harrison, C. et. al. 2021) (Verhoeff, 2023)). Bovendien verhoogt het risico op calamiteiten, medicatiefouten en onnodige bezoeken aan de spoedeisende hulp (Verhoeff, 2023).

Deze gefragmenteerde inrichting van medisch-specialistische ziekenhuiszorg leidt er dus toe dat de nadruk van zorg ligt op specifieke aandoeningen, zonder voldoende aandacht te hebben voor het geheel. Dit leidt tot inefficiënties, tegenstrijdige aanbevelingen en een gebrek aan holistische patiëntenzorg (Stange, 2009). Het is de vraag op welke manier we voor deze groep patiënten tot een meer geïntegreerde vorm van zorg kunnen komen. Zijn generalisten of breed opgeleide specialisten zoals bijvoorbeeld de internist, professionals die juist een belangrijke rol kunnen spelen om de fragmentatie van zorg tegen te gaan en waar mogelijk te verminderen?

1.1 Probleemstelling

In deze paragraaf wordt ingegaan op de probleemstelling, doelstelling en vraagstelling van het onderzoek. Ter ondersteuning hiervan wordt een beknopte weergave gegeven van wat achtergrondinformatie over het specialismenlandschap in relatie tot de toenemende zorgfragmentatie in het ziekenhuis.

“Ziekten bestaan niet, er zijn alleen maar zieken.” – Jan van der Meer, internist n.p. (afscheidsrede)

1.1.1 Historische context specialismenlandschap en huidige structuur vakgebied interne geneeskunde.

Sinds de oprichting van de Specialisten Registratie Commissie in 1931, heeft het medisch specialistische landschap in Nederland een drastische transformatie ondergaan. Van 21 specialismen destijds is dit aantal in 2023 gegroeid tot 47 erkende vakgebieden, waaronder 34 specialismen en 13 profielen (Jambroes et al., 2023). Deze uitbreiding weerspiegelt een trend van steeds verdergaande specialisatie, gedreven door wetenschappelijke vooruitgang en de behoefte aan specifieke expertise. Zelfs binnen specialismen zijn weer in eigen beheer van beroepsgroepen eigen subspecialisaties vormgegeven. Zo kent de Interne Geneeskunde inmiddels 12 deelspecialismen. De voordelen van deze specialisatie zijn evident. Specifieke kennis en technologische vooruitgang hebben geleid tot aanzienlijke verbeteringen in diagnostiek en behandeling, met name op het gebied van acute en complexe zorg. Een verhoogde kans op overleving en

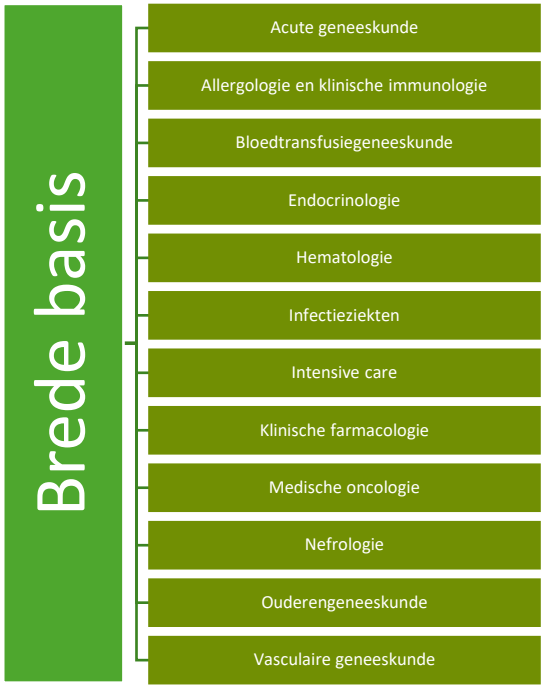
zelfs genezing van ziekten waar je vroeger aan kwam te overlijden. Deze hebben positief bijgedragen aan onze levensverwachting, maar leiden er ook toe dat steeds meer ziekten nu een chronisch karakter krijgen. Ouder worden met een chronische ziekte, zorgt er vervolgens voor dat de kans vergroot wordt dat je te maken krijgt met multimorbiditeit, het hebben van meerdere ziekten op eenzelfde moment. Deze ontwikkelingen hebben invloed op de zorgvraag die ontstaat. Als je dit naast de ontwikkelingen van het specialismenlandschap zet dan lijkt daar een spanning te ontstaan. De verdergaande specialisatie van de afgelopen jaren heeft namelijk geleid tot een systeem waarin zorg sterk georganiseerd is rond afzonderlijke organen, ziektebeelden en behandelingen (Pearson-Stuttard et al., 2019) (Ned Tijdschr Geneeskd. 2012;156:A5515.). Naast de voordelen van deze specialisatie brengt deze verfijning de uitdagingen met zich mee dat er een gebrek aan samenhang in zorgverlening en een toenemende fragmentatie ontstaat (Levi, 2008) (Cassel & Reuben, 2011). Een van de meest terugkerende kritiekpunten op het huidige systeem is de fragmentatie van zorg en het door specialisatie beperktere perspectief dat specialisten kunnen bieden op de algehele gezondheid van de patiënt. Patiënten met complexe aandoeningen, zoals hartfalen in combinatie met COPD of diabetes, worden vaak door meerdere specialisten gezien. Dit leidt niet alleen tot een hogere belasting van de patiënt maar ook tot inefficiënties in het zorgprocesd (Prior et al., 2023). Een analyse van zorgtrajecten toont dat veel superspecialisten zich door de subspecialisatie in het specialisme uitsluitend richten op hun eigen vakgebied en weinig betrokkenheid tonen bij het grotere geheel. Dit wordt versterkt door een zorgsysteem dat beloningen en richtlijnen vaak per discipline structureert, wat een geïntegreerde aanpak ontmoedig. De patiënt fungeert hierdoor regelmatig als schakel tussen specialismen, wat kan resulteren in overlappende diagnostiek, polyfarmacie en tegenstrijdige behandeladviezen (Verhoeff, 2023).

Om deze problemen aan te pakken heeft het College Geneeskundige Specialismen (CGS) in 2023 een nieuw perspectief voorgesteld waarin generalisme de kern vormt van de medische opleiding en beroepsuitoefening(CGS, 2023.). Dit model introduceert brede kernspecialismen die zich richten op veelvoorkomende en laag-complexe zorg, terwijl subspecialismen verantwoordelijk blijven voor hoog-complexe zorg (CGS, 2023). Het doel hiervan is niet alleen een efficiëntere zorgorganisatie, maar ook een meer patiëntgerichte aanpak. Het voorstel van het CGS benadrukt dat kernspecialisten, door hun generalistische basis, in staat zouden moeten zijn om 75% van de zorgbehoefte af te dekken, terwijl 25% wordt opgevangen door subspecialismen. Een dergelijk systeem biedt potentie om zowel de kwaliteit als de continuïteit van zorg te verbeteren, vooral voor patiënten met complexe en overlappende zorgbehoeften. Tegelijkertijd stuitte dit voorstel op veel kritiek. Het werd als te disruptief beschouwd. Enerzijds was er begrip voor het verstevigen van generalistische kennis binnen de specialismen, anderzijds richtte de kritiek zich vooral op het feit dat het CGS in haar voorstel uitgaat van een concept waarin men óf generalist is óf superspecialist. De Federatie Medisch Specialisten (FMS) werkte in dezelfde periode als het CGS aan een nieuwe visie op de structuur van medisch-specialistische vervolgopleidingen. De doelstellingen van het FMS-advies richten zich op het toekomstbestendig maken van medisch-specialistische opleidingen door vakbekwaamheid te waarborgen, brede inzetbaarheid te versterken en interprofessioneel opleiden te stimuleren. Het advies benadrukt de noodzaak om specialisten op te leiden met zowel diepgaande kennis als een generalistische basis, zodat zij effectief kunnen functioneren binnen netwerkzorg en

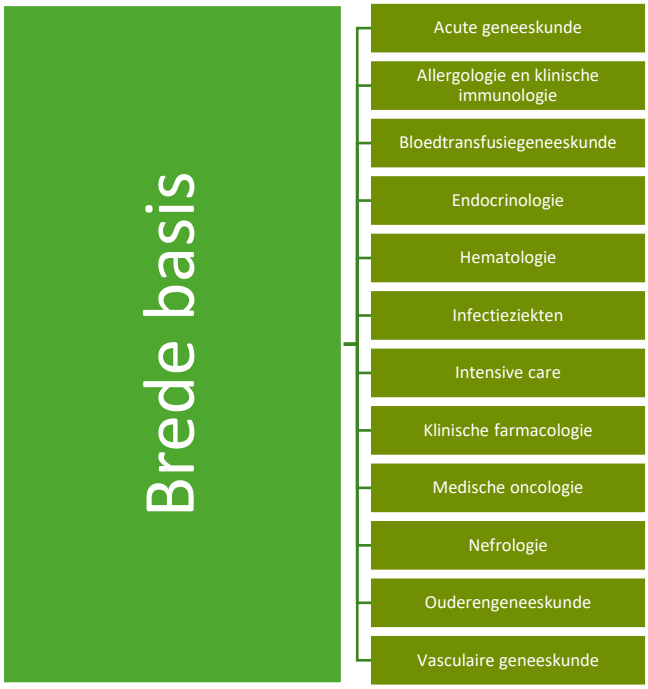
multidisciplinaire samenwerkingen. Door het doorbreken van silo's en het bevorderen van een geïntegreerde aanpak tussen specialismen wordt beoogd de zorg efficiënter, patiëntgerichter en beter afgestemd op complexe zorgvragen te maken (Adviesrapport Opleiden FMS, 2023). Beide visies leggen nadruk op het behouden en versterken van generalistische kennis en expertise, maar het advies van de FMS richt zich vooral op de verwezenlijking daarvan binnen de specialismen in plaats van een onderscheid te maken tussen generalisten en superspecialisten. Daarmee gaat de FMS vooral uit van het versterken van de T-shaped professional. Een T-shaped professional is iemand met diepgaande expertise in een specifiek vakgebied (de verticale balk van de "T") en brede vaardigheden of kennis om effectief samen te werken en te communiceren over disciplines heen (de horizontale balk van de "T") (Cassel & Reuben, 2011).

Wanneer wordt ingezoomd op het specialisme Interne Geneeskunde, blijkt juist deze laatste invalshoek sinds 2020 steeds sterker te worden uitgedragen door het bestuur van de Nederlandse Internisten Vereniging. Het vakgebied kent zijn eigen complexiteit, met inmiddels 12 subspecialisaties of deelspecialismen. Deze zijn terug te voeren op diverse aandachtsgebieden, zoals acute geneeskunde, intensive care, ouderengeneeskunde, oncologie, hematologie, bloedtransfusie, allergologie & klinische immunologie, vasculaire geneeskunde, endocrinologie, klinische farmacologie, nefrologie en infectieziekten. Internisten presenteren zich daarom bijvoorbeeld als internist-acute geneeskunde, internist-oncoloog, internist-intensivist, internist-ouderengeneeskunde, of internist-nefroloog. De specialisatie waar het CGS naar verwijst, is dus niet alleen zichtbaar in het toenemende aantal specialismen, maar ook binnen specialismen zelf. Zo kent de Interne Geneeskunde veel verschillende subspecialisaties, met dezelfde voor- en nadelen zoals eerder beschreven. Binnen de beroepsgroep internisten wordt al jaren een dialoog gevoerd over de verdergaande specialisatie naar deelspecialismen en het belang van het behoud van de algemene Interne Geneeskunde. Dit debat had in eerste instantie een vergelijkbaar karakter als de insteek van het CGS, namelijk het behoud van de algemene internist naast de internisten met een subspecialisatie. Tegelijkertijd was er onder opleiders interne geneeskunde een trend dat artsen in opleiding binnen de Interne Geneeskunde juist werden gestimuleerd zich te specialiseren in een deelspecialisme. Dit resulteerde erin dat je nu als internist in opleiding niet anders kunt dan je opleiding afronden door te kiezen voor een specifieke subspecialisatie. Hierdoor werd de algemene internist een 'uitstervend ras'. De laatste jaren ligt er vanuit de beroepsvereniging een grotere nadruk op het behoud en versterken van brede basiskennis die internisten zouden moeten hebben, ongeacht hun subspecialisatie. Hiermee wordt de rol van de internist weer veel meer als de T-shaped professional gezien. Het belang om de brede basiskennis te behouden en te versterken wordt gevoed door observaties en signalen vanuit de achterban waar de fragmentatie van zorg ook in praktijk erg zichtbaar is met doorverwijzingen tussen internisten onderling voor aandoeningen waarvoor dit wellicht niet nodig is. Dit roept de vraag op wat elke internist zou moeten kunnen en waar patiënten niet voor doorverwezen hoeven te worden naar een collega-internist. Bovendien klinkt steeds vaker de oproep voor een meer regievoerende rol bij patiënten met meerdere (chronische) aandoeningen ook als deze in een collega-beschouwend specialisme vallen. De beroepsvereniging stimuleert het behoud en versterken van brede basiskennis door nascholing te ontwikkelen die specifiek gericht is op het versterken van die basiskennis. Daarnaast is een expertgroep binnen de vereniging

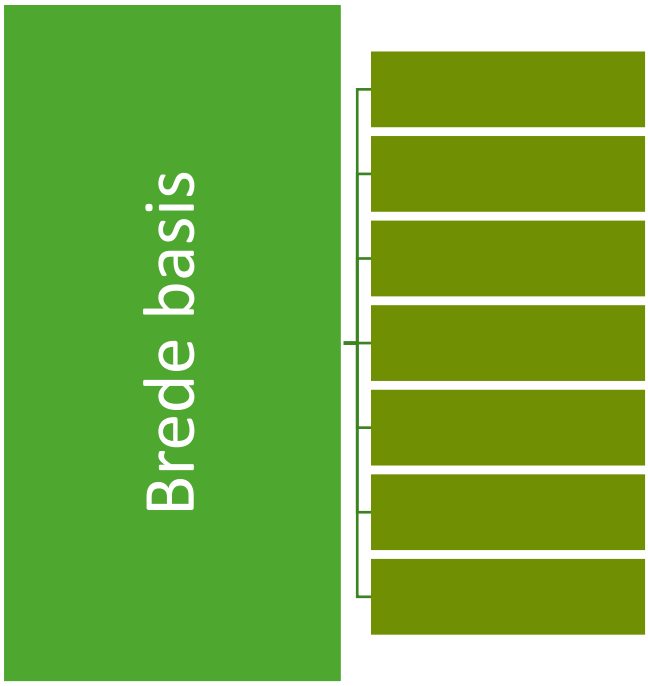
ingesteld om de opleiding te evalueren en advies te geven over innovatie die beter aansluit bij de huidige en toekomstige zorgvraag, met als doel de verdergaande fragmentatie van zorg te voorkomen en waar mogelijk te verminderen. De vraag is echter of deze ontwikkelingen daadwerkelijk gaan bijdragen aan het tegengaan van de gefragmenteerde zorg.



Figuur 1. Grove opbouw van het vakgebied Interne geneeskunde. Eerste jaren focus op brede basis algemene interne geneeskunde, vervolgens de diepte in met alleen nog maar aandacht voor subspecialisatie



Figuur 2. Is dit een toekomstige situatie? Nog steeds uitvloeien met een subspecialisatie, maar een sterker fundament voor behoud brede basis?



Figuur 3. Of gaan we naar een versterking van de brede basis en brengen we de verzuiling terug naar ook minder subspecialisaties waarbij aandachtsgebieden worden geïntegreerd?

1.1.2 Begripsafbakening

Om de thematiek van deze thesis helder te krijgen, worden twee kernbegrippen toegelicht: multimorbiditeit en fragmentatie.

Multimorbiditeit verwijst naar het gelijktijdig voorkomen van twee of meer chronische aandoeningen bij één persoon, ongeacht onderlinge samenhang (Oostrom et al., 2011; Ruijter, 2025). Er wordt onderscheid gemaakt tussen concordante multimorbiditeit (aandoeningen binnen één orgaansysteem) en discordante multimorbiditeit (aandoeningen uit verschillende systemen). Multimorbiditeit vraagt om brede, geïntegreerde zorgcoördinatie (Verhoeff, 2023). Dit verschilt van co-morbiditeit, waarbij bijkomende aandoeningen worden beoordeeld in relatie tot één centrale ziekte (Oostrom et al., 2011).

Fragmentatie van zorg wordt gezien als een gevolg van de ziektegerichte inrichting van het Nederlandse zorgsysteem (Ruijter, 2025). De zorg is ingericht op de behandeling van afzonderlijke aandoeningen door hooggespecialiseerde zorgverleners. Dit leidt ertoe dat patiënten op meerdere plekken, door verschillende zorgverleners, zorg ontvangen. Deze versnippering van zorg kan barrières binnen en tussen verschillende zorgdomeinen veroorzaken(Ruijter, 2025). Dit kan leiden tot slechte coördinatie, over- of onderbehandeling en verhoogde risico’s op fouten (Ruijter, 2025; Verhoeff, 2023; Weil, 2024). Fragmentatie vormt een bijzondere uitdaging voor patiënten met multimorbiditeit, die juist gebaat zijn bij integrale zorg, en is daarmee direct relevant voor de professionele rol en positionering van internisten.

1.1.3 Doelstelling

Dit onderzoek heeft tot doel om inzicht te krijgen in hoe internisten hun professionele identiteit, rol en verantwoordelijkheid ervaren binnen een steeds gefragmenteerder ziekenhuiszorgsysteem, in het bijzonder in relatie tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit.

De toenemende zorgvraag door vergrijzing en complexere patiëntpopulaties, in combinatie met schaarser wordende middelen en personeel, stelt het huidige specialistische zorgsysteem voor fundamentele uitdagingen. De centrale vraag die dit onderzoek drijft is of en hoe de internist, als breed opgeleide medisch specialist met een overkoepelende blik, een betekenisvolle en regievoerende rol zou kunnen spelen in het verbeteren van de zorg voor deze patiëntengroep.

Het onderzoek beoogt te achterhalen in hoeverre internisten zich hiertoe verbonden voelen, hoe zij hun rol daarin (willen) invullen en welke spanningen zij ervaren, onder andere tussen generalisme en subspecialisatie.

Daarnaast is onderzocht hoe de beleving van de professionele identiteit van internisten zich verhoudt tot maatschappelijke verwachtingen en beleidsontwikkelingen, en in welke mate er binnen de beroepsgroep draagvlak is voor een bredere positionering van de internist in de toekomst van geïntegreerde zorg.

1.1.4 Vraagstelling

De centrale onderzoeksvraag die tegemoetkomt aan de doelstelling is als volgt:

Hoe verhouden (toekomstige) internisten zich tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit en hoe zien zij hun professionele rol hierbij?

Om de centrale onderzoeksvraag te beantwoorden zijn de volgende deelvragen relevant:

1. Hoe zien (toekomstige) internisten zichzelf in hun professionele rol en welke waarden, normen en overtuigingen hun professionele gedrag sturen.

2. Hoe beïnvloedt de professionele identiteit van internisten hun houding en handelen met betrekking tot het coördineren van zorg voor patiënten met multimorbiditeit?

3. Wat is de gewenste en daadwerkelijke balans tussen generalistisch en super specialistisch werken onder (toekomstige) internisten in het leveren van zorg aan patiënten met multimorbiditeit?

4. Welke kansen en uitdagingen zien (toekomstige) internisten voor de zorg rondom patiënten met multimorbiditeit en welke factoren hierbij/hierop van invloed

1.2 Relevantie van het onderzoek

1.2.1 Maatschappelijke relevantie

Om de uitdagingen van de toenemende zorgfragmentatie bij multimorbide patiënten aan te pakken, lijkt een transitie naar geïntegreerde en patiëntgerichte zorg noodzakelijk. Hoewel geïntegreerde zorgmodellen in andere settings veelbelovende resultaten hebben laten zien, ontbreekt het aan kennis over hun effectiviteit binnen de ziekenhuiszorg, waar fragmentatie het meest voorkomt (Verhoeff, 2022). Zonder ingrijpen dreigt de zorg voor patiënten met multimorbiditeit steeds minder toekomstbestendig te worden.

Eerdere onderzoeken tonen aan dat geïntegreerde zorgmodellen tot verbeterde regie en coördinatie leiden voor zorg bij multimorbide patiënten (Pearson-Stuttard et al., 2019; Stange, 2009; Verhoeff, 2023; Weil, 2024). Echter, er is nog weinig bekend over hoe deze modellen zich verhouden tot de manier waarop zorgprofessionals, in dit geval internisten, hun rol ervaren in het verbeteren van zorg voor deze complexe patiëntengroep. Dit onderzoek biedt inzichten in hoe internisten hun professionele rol beleven en hoe deze perceptie kan bijdragen aan het vinden van oplossingen voor gefragmenteerde zorg. Hierdoor wordt een betere aansluiting mogelijk gemaakt tussen de ervaringen van zorgverleners en de implementatie van een geïntegreerde, patiëntgerichte aanpak.

1.2.2 Professionele relevantie

De professionele relevantie van dit onderzoek ligt in het verkennen van de dynamiek tussen generalisme en subspecialisme binnen de interne geneeskunde, en hoe deze spanning van invloed is op de zorg voor de groeiende groep patiënten met multimorbiditeit. Het vakgebied interne geneeskunde staat op een cruciaal kruispunt: enerzijds de noodzaak om brede generalistische kennis (brede basis) te behouden, anderzijds de druk om te specialiseren in subspecialismen. Deze spanning heeft niet alleen gevolgen voor de rol en identiteit van de internist, maar ook voor de manier waarop zorg wordt georganiseerd en geleverd aan multimorbide patiënten. Daarnaast biedt dit onderzoek waardevolle inzichten in de toekomstige positie van de internist en het vakgebied interne geneeskunde, met specifieke aandacht voor de visie van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) en hoe deze zich verhoudt tot de dagelijkse praktijkervaringen van internisten. Het onderzoek kan daarmee bijdragen aan een betere afstemming tussen beleid en praktijk.

2 Theoretisch kader

De zorg voor chronisch zieke patiënten met meerdere aandoeningen vormt een groeiende uitdaging binnen de medische professie. Met de toenemende schaarste wordt het behoud van de toegankelijkheid en kwaliteit van zorg een steeds grotere opgave. Internisten zouden met hun breedste medische specialistische kennis een belangrijke rol kunnen spelen in het tegengaan van verdere versnippering van zorg voor de patiënten met meerdere aandoeningen in het ziekenhuis. Dagelijks zien zij deze patiënten met zorgvragen die een grotere mate van complexiteit kennen door de combinatie van meerdere aandoeningen (Verhoeff, 2023; Weil, 2024). Voor een optimale organisatie van zorg voor deze patiënten in het kader van de toenemende schaarste ontstaan (maatschappelijke) verwachtingen richting medisch specialistische zorg waarbij het generalisme en een grotere regievoerende rol meer aandacht zou moeten krijgen in het zorgsysteem. Juist hier ligt aan de andere kant ook de spanning. De interne geneeskunde is een breed vakgebied waarbij de tendens de afgelopen decennia juist heeft gelegen op specialisatie in een specifiek aandachtsgebied. Deze dynamiek roept vragen op over hoe internisten hun professie beleven en uitoefenen binnen deze context. Dit hoofdstuk biedt een theoretisch kader dat dient ter ondersteuning van het beantwoorden van de centrale onderzoeksvraag: Hoe verhouden (toekomstige) internisten zich tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit en hoe zien zij hun professionele rol hierbij?

Om deze vraag te beantwoorden, wordt in dit hoofdstuk gebruik gemaakt van het centrale concept professionele identiteit, namelijk hoe je jezelf ziet als professional, aangevuld met twee gerelateerde concepten: rolconflict, spanningen die de professionele identiteit uitdagen en *sensemaking/belonging* als mechanisme waarmee professionals hun identiteit herdefiniëren of versterken in een veranderende context**.** Samen belichten zij de manier waarop internisten hun professionele rol beleven en betekenis geven.

2.1 Professionele identiteit, professioneel gedrag en professionaliteit

In deze paragraaf wordt ingegaan op de begrippen professioneel gedrag, professionaliteit en professionele identiteit. Deze drie concepten zijn nauw met elkaar verbonden, maar benadrukken verschillende aspecten van wat het betekent om een professional te zijn.

2.1.1 Professioneel gedrag

Professioneel gedrag betreft de observeerbare acties en gedragingen die in overeenstemming zijn met de normen en verwachtingen van een beroep. Het gaat om het consistent tonen van competentie in het uitvoeren van taken en het naleven van professionele richtlijnen en afspraken. Professioneel gedrag is essentieel voor het handhaven van de integriteit en reputatie van een beroepsgroep. Professioneel gedrag vereist consistentie in het naleven van professionele richtlijnen en het tonen van competentie in het uitvoeren van taken. Consistent professioneel gedrag draagt bij aan de betrouwbaarheid en geloofwaardigheid van de professional en de beroepsgroep als geheel (Irby & Hamstra, 2016).

2.1.2 Professionaliteit

Professionaliteit is de morele en ethische standaard die professionals gebruiken als kompas voor hun handelen. Professionaliteit omvat zowel de innerlijke waarden en deugden van een professional als de externe gedragingen die deze waarden weerspiegelen. Het vormt de basis van wat het betekent om arts te zijn en wordt gedragen door ethische principes, verantwoordelijkheidsgevoel en gedrag dat vertrouwen wekt bij patiënten, collega's en de samenleving als geheel (Iserson, 2019). Het begrip professionaliteit komt voort uit een rijke traditie van ethische principes, zoals vastgelegd in de Eed van Hippocrates en andere medische codes. Deze tradities benadrukken het belang van waarden zoals compassie, integriteit en respect, die de basis vormen van het sociale contract tussen in dit geval artsen en de maatschappij (Findyartini & Sudarsono, 2018; Iserson, 2019). Professionaliteit vraagt van artsen niet alleen dat zij medisch competent zijn, maar ook dat zij ethische besluitvorming toepassen en verantwoordelijkheid nemen voor zowel individuele patiënten als de bredere samenleving. Het omvat het vermogen om in complexe situaties morele keuzes te maken, waarbij rechtvaardigheid, empathie en eerlijkheid leidend zijn. Tegelijkertijd is professionaliteit zichtbaar in het dagelijkse gedrag van artsen: respect voor patiënten, betrouwbaarheid in hun werk en een toewijding aan hoge standaarden in alle aspecten van de zorg. Kortom, professionaliteit is de samensmelting van technische expertise, ethische waarden en verantwoordelijk gedrag (Iserson, 2019).

2.1.3 Professionele identiteit

De conceptuele en empirische verkenning van professionele identiteit heeft de afgelopen decennia aanzienlijk aan belang gewonnen, vooral in beroepsgroepen zoals de gezondheidszorg, waar identiteit nauw verbonden is met professioneel handelen, gedrag en ethische besluitvorming (Bloom, 2022; Cornett et al., 2022; Johnson et al., 2012). Professionele identiteit kan worden gedefinieerd als een dynamisch proces waarin individuen een coherent zelfbeeld en een gevoel van verbondenheid ontwikkelen binnen de context van een specifieke beroepsgroep. Dit proces ontstaat door een wisselwerking tussen persoonlijke waarden, professionele normen en sociale, culturele en organisatorische invloeden (Cornett et al., 2022; Wenger, 1998).

De ontwikkeling van professionele identiteit begint vaak al vóór de beroepsopleiding, wordt versterkt tijdens de studie en klinische praktijk, en blijft zich verder ontwikkelen gedurende de loopbaan (Bloom, 2022). Voor internisten vormt deze identiteit een belangrijke basis voor de manier waarop zij hun taken en verantwoordelijkheden benaderen. Het is essentieel om te begrijpen hoe internisten zichzelf zien binnen de context van toenemende zorgcomplexiteit en hoe deze zelfperceptie hun professionele beleving beïnvloedt. De professionele identiteit van een individu omvat niet alleen technische vaardigheden en kennis, maar ook de attitudes, waarden, overtuigingen en ethische standaarden die kenmerkend zijn voor de beroepsgroep. Het gaat hierbij om een diepgaand begrip van wat het betekent om een professional te zijn binnen een bepaalde context (Berghout et al., 2020). Dit proces is transformatief en dynamisch. Het verandert voortdurend naarmate de professional groeit, nieuwe ervaringen opdoet en zich verder ontwikkelt binnen het vakgebied. Het is een geleidelijk traject waarin technische competenties en persoonlijke overtuigingen worden geïntegreerd met de normen van het beroep (Findyartini & Sudarsono,

2018). Verschillende factoren spelen een cruciale rol in dit ontwikkelingsproces. Praktijkervaring, persoonlijke groei en professionele betrokkenheid zijn essentieel. Daarnaast hebben mentorschap, opleiding en de werkomgeving een grote invloed. Ze bieden niet alleen ondersteuning, maar bepalen ook hoe een professional zijn of haar plaats binnen het beroep begrijpt en zich daarmee identificeert (Ashforth, 2001; Bloom, 2022; Irby & Hamstra, 2016; Johnson et al., 2012). Zo ontstaat een identiteit die niet alleen gestoeld is op vaardigheden, maar ook op een diepgeworteld gevoel van toewijding en verantwoordelijkheid binnen de beroepsgroep.

2.1.4 Relatie professioneel gedrag, professionaliteit en professionele identiteit

De begrippen professionaliteit, professioneel gedrag en professionele identiteit zijn nauw met elkaar verbonden en beïnvloeden elkaar. Professionele identiteit vormt de kern van hoe een arts zichzelf ziet in relatie tot het beroep. Het omvat de persoonlijke en professionele overtuigingen die richting geven aan consistent professioneel gedrag. Gedrag, op zijn beurt, is de zichtbare uiting van deze identiteit en de bijbehorende normen. Professionaliteit fungeert daarbij als een kader dat ethiek en consistentie waarborgt in hoe artsen hun werk uitvoeren (Irby & Hamstra, 2016; Iserson, 2019). Professionele identiteit definieert het innerlijke "zijn" van een arts, terwijl professionaliteit het "doen" vertegenwoordigt: het concrete gedrag dat zichtbaar wordt in interacties met patiënten, collega’s en de samenleving. Gedrag weerspiegelt dus niet alleen de normen van de beroepsgroep, maar versterkt ook de verbondenheid met het beroep en helpt artsen om een samenhangend zelfbeeld te ontwikkelen (Cornett et al., 2022; Goldie, 2012a; Iserson, 2019). Het proces van professionele ontwikkeling speelt zich af binnen het kader van professionaliteit, dat bestaat uit gedragsnormen, ethische richtlijnen en deugden zoals integriteit en empathie. Door deze richtlijnen te volgen, leren artsen wat het betekent om deel uit te maken van de medische gemeenschap. Tegelijkertijd biedt professionele identiteit een persoonlijk perspectief op deze normen, waardoor artsen kunnen reflecteren op hun eigen waarden en doelen. Dit maakt het makkelijker om professioneel gedrag intrinsiek te verankeren. Belangrijk is dat professionele identiteit geen statisch gegeven is. Het ontwikkelt zich gedurende de carrière van een arts, beïnvloed door nieuwe ervaringen, ethische uitdagingen en veranderende maatschappelijke verwachtingen.

Door voortdurende zelfreflectie, gestimuleerd door een goed begrip van professionaliteit, kunnen artsen hun identiteit blijven verfijnen en aanpassen aan de evoluerende eisen van de gezondheidszorg (Iserson, 2019). In essentie is professionele identiteit de innerlijke bron van waaruit professionaliteit voortkomt en richting geeft aan professioneel gedrag. Dit gedrag versterkt op zijn beurt de identiteit, waardoor beide begrippen elkaar wederzijds beïnvloeden en versterken. Samen vormen zij het fundament voor een arts die niet alleen technisch bekwaam is, maar ook ethisch en verantwoordelijk handelt, met een sterke toewijding aan patiënten, collega’s en de maatschappij. Kortom**, Professionele identiteit** (kern) is wie je bent als professional, **Professioneel gedrag** is wat je doet als professional, **Professionaliteit** is hoe je je gedraagt en de waarden die je naleeft als professional (kader). Het gedrag is de zichtbare uiting van een gevormde identiteit binnen het kader van professionaliteit. Als professionals vanuit de kern reflecteren op hun eigen professionele identiteit worden zij zich bewuster van hun professionele gedrag en houding. Dit helpt om hun gedrag en doelen ook weer beter af te stemmen op het professionele kader

van de beroepsgroep (Iserson, 2019; Orsmond et al., 2022).

2.2 Rolconflict is van invloed op professionele identiteit

Het concept rolconflict beschrijft de spanningen die ontstaan wanneer individuen geconfronteerd worden met tegenstrijdige verwachtingen binnen hun professionele rol. Voor internisten kunnen deze conflicten voortkomen uit organisatorische beperkingen, zoals beperkte tijd en middelen, maar ook uit maatschappelijke verwachtingen, zoals het bieden van persoonlijke zorg in een steeds meer gestandaardiseerde zorgomgeving (Ashforth, 2001). Door dit concept te verkennen, kunnen we inzicht krijgen in de spanningen die internisten ervaren bij het balanceren van hun professionele verantwoordelijkheden met externe verwachtingen. Rolconflicten worden vaak gekarakteriseerd door gevoelens van stress, frustratie en onzekerheid. Ze ontstaan doordat mensen proberen te voldoen aan uiteenlopende verwachtingen die voortvloeien uit hun professionele, persoonlijke en maatschappelijke verantwoordelijkheden (Cornett et al., 2022; Goldie, 2012). Een rolconflict kan leiden tot emotionele uitputting en stress wanneer dit lange tijd aanhoudt (Ashforth, 2001). Ook kan het leiden tot een verminderde werktevredenheid (Cornett et al., 2022) en identiteitsverwarring wanneer individuen niet zeker zijn van hun plaats of waarde binnen de beroepsgroep (Cornett et al., 2022; Monrouxe, 2009). Als er sprake is van een rolconflict kan dit dus een directe invloed hebben op de vorming van professionele identiteit (Goldie, 2012b). Dit is niet per definitie negatief. Het kan ook kansen bieden voor professionele groei doordat het omgaan met rolconflicten professionals kan dwingen om kritisch na te denken over hun kernwaarden en prioriteiten, wat kan leiden tot een dieper begrip van hun professionele identiteit (Berghout et al., 2020; Monrouxe, 2009).

2.3 Sensemaking en belonging als proces van betekenisgeving

Sensemaking, afkomstig uit de organisatiepsychologie, richt zich op hoe professionals betekenis geven aan complexe en veranderende situaties. Sensemaking is het proces waarmee mensen betekenis geven aan gebeurtenissen, ervaringen of situaties, vooral wanneer deze nieuw of onverwacht zijn. Het concept is ontwikkeld door Karl E. Weick en wordt vaak gebruikt om te begrijpen hoe individuen en groepen reageren op complexe of veranderende omstandigheden (Weick, 1995). Weick benadrukt hoe individuen en groepen betekenis geven aan gebeurtenissen door actief te reflecteren, informatie te delen en verhalen samen te stellen. Dit proces speelt een centrale rol in hoe professionals omgaan met verandering en onzekerheid. Sensemaking is geen passieve activiteit. Het vraagt van individuen actief te reflecteren op hun ervaringen, verbanden te leggen met eerdere kennis en te proberen een samenhangend beeld te krijgen van een situatie. Dit proces helpt hen enerzijds om te begrijpen wat er gebeurt, maar ook om hun plaats en rol daarin te definiëren. In professionele contexten is deze reflectie vaak gericht op het verbinden van persoonlijke overtuigingen met de normen en waarden van het beroep. Het doel is om niet alleen te begrijpen wat van hen wordt verwacht, maar ook om te bepalen hoe zij zichzelf kunnen positioneren binnen die verwachtingen (Cornelissen, 2012; Weick, 1995; Weick et al., 2005). Een belangrijk kenmerk van sensemaking is dat het vaak retrospectief is (Weick et al., 2005). Mensen kijken terug op wat er is gebeurd en proberen deze gebeurtenissen te interpreteren binnen de context van hun eerdere ervaringen en bestaande kennis. Deze reflectie biedt een raamwerk om het heden te begrijpen en toekomstige acties te plannen. Sensemaking is

daarnaast een sociaal proces. Het vindt vaak plaats binnen groepen of teams, waarin individuen informatie delen, perspectieven bespreken en samen betekenis creëren. In een professionele setting kan deze samenwerking leiden tot gedeelde normen en een beter begrip van de rol en verantwoordelijkheid van elkaar (Weick et al., 2005).

Sensemaking is hiermee van belang voor de ontwikkeling of het behoud van professionele identiteit. Het stelt professionals in staat om hun rol te begrijpen en aan te passen aan veranderende omstandigheden, terwijl ze navigeren tussen persoonlijke waarden en externe verwachtingen. Bij veranderingen, zoals nieuwe werkprocessen of beleidswijzigingen, helpt sensemaking om deze aanpassingen te interpreteren en te integreren in het professionele zelfbeeld (Cornelissen, 2012; Weick et al., 2005).

Naast sensemaking staat het concept belonging in relatie met de vorming van professionele identiteit. *Belonging* wordt gedefinieerd als het gevoel van acceptatie, verbondenheid en waarde binnen een sociale context. Het omvat een emotionele en cognitieve component: mensen voelen zich niet alleen verbonden, maar interpreteren ook hun plaats binnen een groep of gemeenschap (Covarrubias, 2024; Shotter, 1993). Er kan onderscheid worden gemaakt tussen subjectieve belonging (persoonlijke percepties van verbondenheid) en objectieve belonging (de daadwerkelijke aanwezigheid in sociale netwerken) (Covarrubias, 2024). Belonging gaat dan verder dan het simpelweg deel uitmaken van een gemeenschap of beroepsgroep. Het impliceert een gevoel van echt thuis zijn en betekenis hebben binnen die gemeenschap of beroepsgroep (Shotter, 1993). Belonging wordt actief gevorm door deelname aan (sociale) processen en hier ook erkenning voor te krijgen. Het draait hierbij vooral om de interacties met anderen uit de groep en de deelname aan gemeenschappelijke activiteiten en doelen. Juist daarmee wordt het gevoel van identificatie met de waarden en normen van een beroepsgroep versterkt. Door interactie met collega's en deelname aan beroepspraktijken, leren professionals wat er van hen wordt verwacht en wat belangrijk is binnen hun beroepsgroep. Het gevoel ergens bij te horen maakt het makkelijker om de normen en waarden van de groep te internaliseren en een professionele identiteit op te bouwen (Orsmond et al., 2022).

De wijze van betekenisgeving en het gevoel van acceptatie en verbondenheid zijn daarmee van invloed op hoe professionals om gaan met veranderingen in hun werkomgeving en hun positie in het zorglandschap. Daarmee maken deze concepten onderdeel uit van de vorming en ontwikkelingen van professionele identiteit (Orsmond et al., 2022).

2.4 Rolmodellen en begeleidingsvormen tijdens de medische vervolgopleiding in relatie tot professionele identiteit

Professionele identiteitsvorming is zoals in dit theoretisch kader opgebouwd essentieel bij de ontwikkeling van (toekomstige) medisch specialisten. Ook werd eerder geconstateerd dat de professionele identiteitsvorming al in een vroeg stadium begint, vaak ook al voor de specialistische vervolgopleiding. Deze paragraaf bespreekt hoe begeleidingsvormen en rolmodellen tijdens de opleiding bijdragen aan de identiteitsvorming van artsen in opleiding en hoe deze een blijvende impact hebben op hun functioneren als medisch specialist.

Rolmodellen en begeleidingsvormen spelen een complementaire rol in de professionele identiteitsvorming van medische studenten en jonge artsen. Rolmodellen laten zien wat het betekent om een medische professional te zijn, niet alleen door technische expertise over te dragen, maar ook door de ethische waarden, normen en interpersoonlijke vaardigheden van het beroep te belichamen (Findyartini et al., 2022; Koh et al., 2023; Orsmond et al., 2022). Zij bieden studenten een concreet voorbeeld van hoe zij hun eigen waarden en overtuigingen kunnen integreren in de dagelijkse praktijk, terwijl ze tegelijkertijd inspireren tot reflectie en groei. Door interactie met en observatie van deze rolmodellen krijgen studenten handvatten om zelf te verkennen en te ontdekken hoe hun professionele identiteit te vormen. De impact van een rolmodel hangt echter sterk af van diens authenticiteit, toegankelijkheid en de mate waarin zij openstaan voor vragen en reflectieve dialoog met studenten(Koh et al., 2023; Toh et al., 2022).

Begeleidingsvormen, zoals mentoring, coaching en supervisie, versterken dit proces door een gestructureerde en veilige omgeving te bieden waarin studenten kunnen leren, experimenteren en reflecteren op hun professionele ontwikkeling (Toh et al., 2022). Mentoren en begeleiders helpen studenten niet alleen om theoretische kennis te vertalen naar de praktijk, maar ondersteunen hen ook bij het omgaan met spanningen tussen persoonlijke waarden en professionele verwachtingen. Deze vormen van begeleiding bevorderen sociale binding, ethisch bewustzijn en zelfvertrouwen, terwijl zij bijdragen aan het ontwikkelen van de relationele en communicatieve vaardigheden.

De manier waarop rolmodellen en begeleiders hun invloed uitoefenen, kan bovendien gevolgen hebben voor hoe toekomstige medisch specialisten hun vak beleven en welke richting hun professionele interesses opgaan (Koh et al., 2023). Rolmodellen kunnen studenten inspireren om zich te richten op dat deel van hun eigen expertise en interesse. Deze invloeden spelen een rol bij de identiteitsvorming van toekomstige en jonge specialisten. Hoe zij zich uiteindelijk identificeren binnen dit spectrum, bijvoorbeeld als generalist of specialist, wordt dus mede bepaald door de rolmodellen en begeleidingsvormen die zij tijdens hun opleiding tegenkomen (Findyartini et al., 2022; Koh et al., 2023; Toh et al., 2022).

2.5 Professionele positionering binnen een systeem

Naast het individuele proces van professionele identiteitsvorming (zoals beschreven in de vorige paragrafen) speelt ook de bredere positionering van professies binnen een veranderend zorgsysteem een cruciale rol. Twee theoretische perspectieven zijn hiervoor relevant: The System of Professions van Andrew Abbott (1988) en de benadering van organised professionalism van Mirko Noordegraaf (2011, 2016).

Abbott beschrijft hoe professies functioneren binnen een dynamisch systeem waarin zij voortdurend hun werkdomein moeten legitimeren, verdedigen of heronderhandelen. Deze strijd om professionele ruimte vindt plaats op drie niveaus: binnen de beroepsgroep zelf (interne legitimatie), binnen organisaties en instituties (bureaucratische legitimatie), en binnen het publieke en politieke domein (maatschappelijke legitimatie). In Abbott's ecologische systeem ontstaan er verschuivingen wanneer externe omstandigheden veranderen, bijvoorbeeld door beleid, technologie of maatschappelijke verwachtingen. Deze

dynamiek is niet alleen zichtbaar tussen beroepen (bijv. artsen en verpleegkundigen), maar ook binnen een professie. In het geval van de interne geneeskunde kan een intraprofessionele dynamiek plaatsvinden tussen het behoud van generalistische basiskennis enerzijds en de inzet van subspecialistische kennis anderzijds. Dit kan gevolgen hebben voor de wijze van taakafbakening en het zelfbeeld.

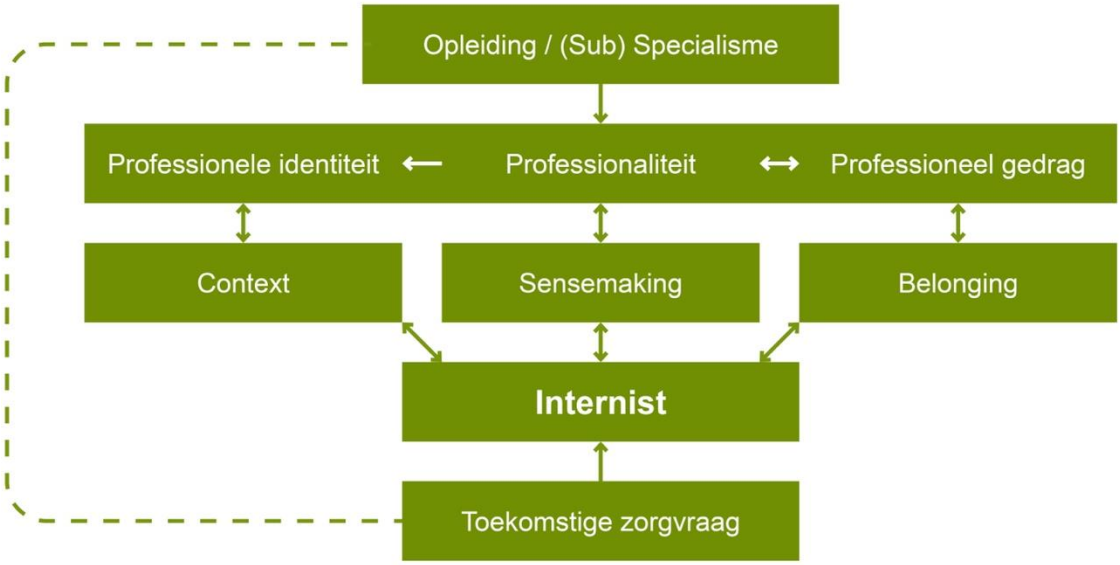
Mirko Noordegraaf voegt aan deze analyse een bestuurlijk-sociologisch perspectief toe. Volgens hem staan professionals steeds meer onder druk om zich aan te passen aan organisatorische, bestuurlijke en maatschappelijke logica's. In zijn concept van *organised professionalism* laat hij zien dat professionals niet langer uitsluitend autonoom handelen vanuit diepgaande vakkennis, maar ook opereren binnen netwerkstructuren, teamverbanden, beleidsafspraken en prestatie-indicatoren. Dit leidt tot het ontstaan van hybride professionals: zij die naast inhoudelijke expertise ook bestuurlijke en coördinerende rollen op zich nemen.

De combinatie van Abbott en Noordegraaf helpt om de positie van internisten in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit te duiden als een structureel en cultureel onderhandelingsproces. Enerzijds kunnen subspecialisten hun domein blijven verdedigen omdat deze voor hen voelt als de gepaste identiteit ondanks het gefragmenteerd zorgsysteem(Abbott, 1988), anderzijds kunnen de bestuurlijke-sociologische factoren de druk opvoeren om van internisten te verwachten dat zij meer gaan functioneren als T-shaped professionals(Noordegraaf, 2011, 2016). Deze spanning tussen specialisatie en behoud van generalisme is niet alleen een individuele uitdaging, maar weerspiegelt een bredere beweging in hoe we professionaliteit en kwaliteit in de zorg definiëren.

2.6 Conclusie

In dit hoofdstuk is een theoretisch kader geschetst met het concept professionele identiteit als kern in relatie tot professioneel gedrag en professionaliteit als beïnvloedende factoren op de vorming en ontwikkelingen van de professionele identiteit. Het kader biedt inzicht in de invloed van professionele identiteit op hoe professionals zichzelf zien en hoe zij hun beroepspraktijk definiëren. Rolconflicten onthullen de spanningen die ontstaan door tegenstrijdige verwachtingen en dwingen tot reflectie en herziening van deze identiteit. Sensemaking en belonging versterken dit proces door professionals te helpen betekenis te geven aan veranderende situaties en hun plaats binnen de professionele gemeenschap te ontwikkelen of opnieuw te bevestigen. Ook is ingegaan hoe rolmodellen en begeleidingsvormen tijdens de opleiding tot specialist een rol spelen. Samen bieden deze concepten een integraal perspectief op de factoren die de professionele beleving en ontwikkeling van internisten binnen het vakgebied de interne geneeskunde beïnvloeden. Dit theoretische kader vormt een basis voor het analyseren van de onderzoeksresultaten en het vergroten van het begrip van de uitdagingen waarmee internisten te maken krijgen bij de beleving en vorming van hun praktijkvoering in het kader van de versnippering van zorg voor chronische zieke patiënten met meerdere aandoeningen.

2.7 Relatie onderzoeksvraag en theoretische lens



3 Methodologie

Om de onderzoeksvraag - "Hoe verhouden (toekomstige) internisten zich tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit en hoe zien zij hun professionele rol en verantwoordelijkheid hierbij?" - te beantwoorden wordt gebruikgemaakt van een kwalitatieve onderzoeksopzet met een mixed-methods benadering. Het onderzoek bestond uit drie opeenvolgende onderdelen: een literatuurstudie, een focusgroep, en een survey onder internisten en internisten in opleiding (aios). Elk van deze onderdelen leverde unieke inzichten op die elkaar aanvulden en verdiepten. Zo bood de focusgroep een eerste indruk van gemeenschappelijke thema's, ideeën en percepties. De survey heeft deze inzichten aangevuld en deels getoetst doordat een bredere groep aangeschreven is waardoor een meer generaliseerbaar beeld is ontstaan. Samen versterken deze methoden elkaar en zorgen ze voor een gebalanceerde en diepgaande analyse van de onderzoeksvraag. In dit hoofdstuk wordt per methode toegelicht wat het doel ervan was, hoe deze is uitgevoerd, en op welke manier de verkregen data is geanalyseerd.

3.1 Dataverzameling

In dit onderzoek heeft de onderzoeker bewust een verbindende rol ingenomen tussen praktijk en wetenschap. Vanuit de positie als directeur bij de Nederlandse Internisten Vereniging beschikte de onderzoeker over relevante netwerken om toegang te krijgen tot een brede en diverse groep respondenten. Tegelijkertijd is zo goed als mogelijk kritisch afstand genomen van eigen aannames, en is systematisch toegewerkt naar een methodologisch verantwoord ontwerp waarin de onderzoeksdata tot hun recht konden komen.

3.1.1 Literatuuronderzoek

De literatuurstudie vormde de eerste fase van het onderzoek en had tot doel een theoretisch kader te ontwikkelen voor het begrip van professionele identiteit en de positionering van internisten binnen de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Daarnaast bood de studie houvast bij het formuleren van uitgangspunten en concepten van het onderzoek.

Er werd gezocht naar wetenschappelijke publicaties over professionele identiteit, spanningen tussen generalisme en specialisme, ontstaan en ontwikkeling van professies, en de rol van coördinatie in zorg bij multimorbiditeit. De gebruikte databases waren onder andere PubMed, Evidence Hunt en Google Scholar. De zoektermen, die zowel in het Engels als in het Nederlands zijn toegepast, betroffen onder meer professional identity, hybrid professionalism, generalism, specialism en multimorbidity in combinatie met internal medicine.

3.1.2 Focusgroep

De focusgroep bestond uit 18 internisten en 8 internisten in opleiding (aios) met verschillende subspecialisaties. Van de groep internisten zijn er 6 ook in functie als opleider interne geneeskunde. Op deze manier betrekken we zowel reeds werkende internisten als

toekomstige internisten bij de eerste stap in dataverzameling. Het doel van de focusgroep is drie-ledig, namelijk het identificeren van thema's en uitdagingen rondom de zorg voor chronische zieke patiënten met meerdere aandoeningen binnen het specialisme de interne geneeskunde, het verkrijgen van inzichten en beter begrijpen hoe internisten denken over de grenzen/afbakening tussen de subspecialisaties in relatie tot groep chronische zieke patiënten met meerdere aandoeningen, en tot slot het formuleren van een eerste opzet van onderwerpen en mogelijke vragen voor de survey.

De sessie is gemodereerd door iemand anders dan de onderzoeker zelf. Hiervoor is gekozen omdat de onderzoeker nauw verbonden is met de doelgroep en mogelijk niet objectief genoeg het gesprek met de focusgroep kon faciliteren. De onderzoeker heeft de hele bijeenkomst erbij gezeten om te observeren en aantekeningen te maken. Naast de onderzoeker en de moderator waren ook nog twee beleidsadviseurs van de Nederlandse Internisten Vereniging aanwezig om aanvullende notulen te maken en observaties te noteren. Na afloop is een thematische analyse uitgevoerd op basis van de notulen, waarbij belangrijke thema's worden gecodeerd en geclusterd. Daarnaast is de focusgroep gevraagd onderwerpen en vragen te formuleren ten behoeve van de survey.

3.1.3 Survey

Een online survey werd ontwikkeld om inzicht te verkrijgen in hoe (toekomstige) internisten hun professionele identiteit ervaren in relatie tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. De survey is verspreid onder 2700 internisten en 900 aios aangesloten bij de NIV. Hierbij is een spreiding naar subspecialisaties gehanteerd naar rato van de differentiatieaantallen van het volledige ledenbestand van de Nederlandse Internisten Vereniging. De vragenlijst is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- Achtergrondinformatie
- Professionele identiteit van internisten
- Generalisme versus subspecialisatie
- Toekomstige veranderingen in zorg en benodigde ondersteuning
- Afsluiting

De volledige survey is als bijlage toegevoegd (bijlage 1).

Met de vragenlijst werd beoogd om inzicht te verkrijgen in hoe (toekomstige) internisten hun professionele rol en identiteit vormgaven, met aandacht voor de onderliggende waarden, overtuigingen en contextuele factoren die daarop van invloed waren. Daarnaast werd onderzocht welke rol zij speelden en wensen te spelen in de coördinatie van zorg voor patiënten met multimorbiditeit. De survey had tevens tot doel om de ervaren en gewenste balans tussen generalisme en subspecialisatie in kaart te brengen, evenals de spanningen die internisten daarbij ervoeren. Tot slot richtte het onderzoek zich op het identificeren van verschillen in ervaringen en voorkeuren tussen aios en internisten, tussen diverse subspecialisaties en tussen typen ziekenhuizen, zoals academische, topklinische en algemene instellingen.

De gekozen volgorde van methoden, van literatuurstudie, via een verkennende focusgroep, naar een grootschalige survey, is bewust sequentieel opgezet. Door eerst

bestaande theoretische kaders en spanningsvelden te identificeren, konden in de focusgroep gerichte thema's worden uitgediept. Deze kwalitatieve inzichten vormden vervolgens de inhoudelijke en terminologische basis voor de vragenlijst, die breed is uitgezet onder leden van de beroepsvereniging. Deze opbouw maakte het mogelijk om vanuit verschillende perspectieven (conceptueel, ervaringsgericht en kwantitatief) tot een breed en geïntegreerd beeld van de professionele identiteit van internisten te komen.

3.2 Data-analyse

De verzamelde data zijn geanalyseerd aan de hand van een thematische analyse en triangulatie. De kwalitatieve gegevens uit de focusgroep en de open antwoorden uit de survey zijn systematisch bestudeerd op terugkerende patronen en unieke perspectieven. Op basis van deze analyse zijn onderliggende thema's gedefinieerd om de resultaten te structureren. Daarnaast zijn de bevindingen uit de literatuurstudie, de focusgroep en de survey, waar relevant, met elkaar in verband gebracht. Deze triangulatie, waarbij meerdere databronnen zijn gecombineerd, heeft bijgedragen aan een verhoogde validiteit van de resultaten en een rijker, meer genuanceerd inzicht in de professionele beleving van internisten.

Bij het analyseren van kwalitatieve data is ondersteunend gebruikgemaakt van generatieve AI-tools (zoals ChatGPT en Claude). Deze tools zijn ingezet als hulpmiddel bij het ordenen van thema's in alle open antwoorden en de gespreksnotities van de focusbijeenkomst. Daarnaast is het bij de analyse gebruikt om te toetsen of de conceptuele samenhang helder is.

3.2.1 Validiteit en betrouwbaarheid

Om de validiteit en betrouwbaarheid te waarborgen, zijn er verschillende maatregelen getroffen. Als eerst is door triangulatie, het combineren van verschillende databronnen en methoden, de betrouwbaarheid verhoogd. De bevindingen uit de focusgroep konden getoetst worden aan de hand van de resultaten van de survey. Door overeenkomsten en verschillen tussen methoden te analyseren, is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot. Ten tweede zijn de focusgroepleden gevraagd input te leveren voor de opzet van vragenlijst voor de survey. Dit heeft de validiteit vergroot, omdat het dan niet op voorhand alleen maar gestuurd wordt door de onderzoeker, die al vanuit haar functie bij de Nederlandse Internisten Verenging betrokken is bij het onderwerp. Op deze manier was er een bredere check op wat van belang is om uit te vragen. Tot slot, is de survey vooraf getest bij twee internisten en twee internisten in opleiding om de begrijpelijkheid en relevantie te waarborgen. Dit zijn actieve en bekende leden van de Nederlandse Internisten Vereniging. Daarnaast is bij de survey transparant gecommuniceerd over het doel van het onderzoek en is de anonimiteit van deelnemers gewaarborgd. Door middel van triangulatie van data uit drie bronnen is de betrouwbaarheid van de bevindingen versterkt.

3.2.2 Ethiek

De ethische aspecten van het onderzoek zijn geborgd door alle deelnemers vooraf duidelijke informatie over de doelstellingen en procedures van het onderzoek te geven. Bij de focusgroep is ook om schriftelijk informed consent gevraagd. Anonimiteit en vertrouwelijkheid

worden gegarandeerd, en data wordt opgeslagen conform de AVG-richtlijnen.

4 Resultaten

Dit hoofdstuk presenteert de resultaten van het onderzoek naar de manier waarop (toekomstige) internisten zich verhouden tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit, en hoe zij hun professionele rol hierin zien. Dit thema raakt aan een breder spanningsveld binnen de interne geneeskunde: de balans tussen generalistische zorg vanuit een brede basis en de toenemende mate van subspecialisatie.

De resultaten zijn gebaseerd op twee onderdelen: een focusgroepbijeenkomst en een aanvullende survey onder een bredere groep (toekomstige) internisten. Beide zijn ontworpen om inzicht te geven in de betekenis die internisten toekennen aan brede inzetbaarheid, generalistisch handelen en regievoering bij complexe zorgvragen zoals multimorbiditeit.

De resultaten van de focusgroep worden thematisch besproken en geïllustreerd met citaten van deelnemers, zodat ook onderliggende waarden en gevoelens zichtbaar worden. Aansluitend worden de surveyresultaten gepresenteerd. Samen bieden deze bronnen een gelaagd beeld van hoe internisten hun professionele identiteit zien en vorm willen geven in een zorglandschap dat steeds meer vraagt om samenwerking, flexibiliteit en integrale zorg.

4.1 Resultaten van de focusgroepbijeenkomst

Tijdens een focusgroepbijeenkomst kwamen in totaal 24 personen bijeen: 18 internisten, waaronder 6 opleiders interne geneeskunde, en 8 aios. Tijdens de bijeenkomst gingen zij in gesprek over hoe zij als internist en aios hun vak uitoefenen in een zorglandschap dat te maken krijgt met steeds meer schaarste enerzijds en anderzijds steeds meer multimorbiditeit. Tijdens de middag werd meermaals gesproken over dat de toekomst van de interne geneeskunde en daarmee ook dat de rol van de internist ligt in het vinden van de juiste balans tussen brede generalistische kennis waarbij de waarde van subspecialistische kennis ook benut kan blijven.

4.1.1 Competentie en vertrouwen: de brede basis vraagt om cultuurverandering

Deelnemers gaven breed aan dat het werken met een brede basis pas mogelijk is wanneer er een cultuur heerst van onderling vertrouwen, collegiaal overleg en het normaliseren van onzekerheid. De erkenning dat niemand álles weet, werd gezien als een kracht, mits ingebed in een veilig leer- en werkklimaat.

“Durven toe te geven dat je iets niet weet en dus een collega kunt vragen, is essentieel. Maar ook elkaar durven aanspreken en leermomenten creëren in een veilige sfeer zorgt ervoor dat we samen tot betere zorg komen.”

Onzekerheid werd gezien als onvermijdelijk en als iets dat bespreekbaar moet zijn binnen een veilig leerklimaat. Tegelijkertijd werd aangegeven dat deze veiligheid niet altijd vanzelfsprekend is. Sommige deelnemers ervaarden terughoudendheid in het uitspreken van twijfels, vanwege angst voor oordeel of gezichtsverlies binnen de vakgroep.

“We voelen ons soms niet meer bekwaam, en zijn bang om afgestraft te worden door collega’s als niet alle kennis exact aanwezig is.”

4.1.2 Opleiding en toetsing: borging van de brede basis in de loopbaan

Aios en opleiders benoemden de spanning tussen brede opleiding en subspecialisatie. Hoewel de aios-opleiding generalistisch van opzet is, verdwijnt die breedte vaak al tijdens en vooral na de differentiatie. De spanning tussen brede basisopleiding en de latere subspecialisatie werd benoemd. Aios geven aan dat zij na hun differentiatie minder gestimuleerd worden om breed te blijven werken, mede doordat supervisoren zich beperkt voelen tot hun eigen subspecialisme. Er werd opgemerkt dat dit ook doorwerkt in het zelfbeeld van aios, die leren binnen subspecialistische contexten, met weinig expliciete aandacht voor het integrale perspectief. Er kwamen suggesties naar voren voor bredere toetsvormen, waaronder intercollegiale toetsing en voortgangstoetsen die ontwikkeling ondersteunen in plaats van controleren.

“Supervisoren voelen zich niet meer bekwaam om iets te zeggen over het gebied waar ze niet over gaan. Aios moeten dan meerdere supervisoren bellen – dat geeft een verkeerd signaal.”

“Misschien moeten we niet individueel toetsen, maar juist intercollegiaal kijken waar nog leervragen liggen.”

4.1.3 Organisatie en werkstructuur: ruimte voor generalistisch werken

Er werd aangegeven dat dienststructuren, verwijsafspraken en werkverdeling binnen vakgroepen bepalen in hoeverre generalistisch gewerkt kan worden. Deze structuren zijn vaak historisch gegroeid en sterk gedifferentieerd. Deelnemers benoemden dat hoe sterker de vakgroep gestructureerd is rond subspecialismen, hoe moeilijker het wordt om een generalistische praktijk te behouden. Tegelijkertijd werd duidelijk dat deze structuren zelden herzien worden, ook als de omstandigheden veranderen.

De manier waarop vakgroepen en ziekenhuizen hun werk structureren bepaalt mede of en hoe internisten generalistisch kunnen en durven blijven werken. Veel deelnemers noemden dienststructuren, verwijsafspraken en werkverdeling als cruciale factoren.

“Soms denken we dat we nóg meer moeten specialiseren om goede zorg te creëren. Maar hoe meer we ons richten op een kleinere niche, hoe groter het capaciteitstekort straks wordt.”

De wens om patiënten een vast aanspreekpunt te geven werd meermaals benoemd:

“Als het je moeder is, dan wil je toch niet dat ze door meerdere internisten wordt gezien? Één internist per patiënt is prima, en daarachter een systeem waarin expertise uitgewisseld wordt.”

4.1.4 Herverdeling van taken: “Wat kan een ander ook?”

Tijdens de werkvorm 'Wat kan een ander ook?' brachten deelnemers per differentiatie in kaart welke werkzaamheden ook door andere internisten uitgevoerd zouden kunnen worden. Deze oefening maakte inzichtelijk dat er binnen veel differentiaties bereidheid bestaat om zorginhoudelijke taken los te laten, mits dat plaatsvindt op basis van vertrouwen, heldere kaders en in afstemming. De werkvorm leidde tot een overzicht van taken die nu nog te differentiatie-gericht zijn, maar die wellicht juist breder opgepakt kunnen worden door collega’s buiten betreffende differentiatie.

De uitkomsten zijn onder te verdelen in:

Voorbeelden van algemene handelingen: het behandelen van veelvoorkomende aandoeningen (bijvoorbeeld osteoporose, diabetes mellitus, hypertensie), het interpreteren van basisdiagnostiek, en de opvang van veelvoorkomende acute situaties (onder andere elektrolytstoornissen, anemie, trombose of bloeding).

Voorbeelden van specifieke taken per differentiatie:

- Endocrinologie: behandeling DM, schildklierziekten, osteoporose; insuline pomptherapie door verpleegkundige.
- IC: dialyselijn, CVVH, elektrolytstoornissen, klinisch eigenaarschap over besluitvorming einde levensfase.
- Acute geneeskunde: spoedpoli, stabiliseren vitaal bedreigde patiënt, opvang algemene interne.
- Hematologie: anemie, paraproteïnemie, trombopenie, koorts bij neutropenie, chronische transfusies, begeleiding ingestelde behandeling.
- Ouderengeneeskunde: delier, polyfarmacie, palliatieve zorg, neurodegeneratieve ziekte, comprehensive geriatric assesment.
- Immunologie/Allergologie: delabeling allergieën, immuunsuppressie.
- Infectieziekten: antiobiotic stewardship, post-infect klachten, begeleiding langdurige antibiotica, UWI, sepsis.
- Nefrologie: Een matig verminderde nierfunctie (tot 30ml/min, CKD-stadium 3b), acute nierinsufficiëntie, nierstenen, tubulo-interstitiele nefritis.
- Klinische farmacologie: medicatiebeoordelingen, farmacogenetica, dosering bij ouderen.
- Vasculaire geneeskunde: cardiovasculair risiscomanagement, hypertensie, rol bij organisatie transmuraal/intramuraal.
- Medische oncologie: basistoxiciteit, follow-up, palliatieve zorg, stopcriteria hormoontherapie.

“Dingen in de uitverkoop zetten voelde ongemakkelijk, maar uiteindelijk bleek dat er veel dingen zijn die breder opgepakt kunnen worden door collega’s met een andere differentiatie en we daarmee niet telkens een patiënt voor consult naar een ander moeten sturen. Dit raakt ook aan hoe we onze identiteit als internist definiëren.”

De oefening leidde tot bewustwording van de grenzen en mogelijkheden van de eigen rol en riep reflectie op over wat nu werkelijk differentiatiespecifieke expertise vereist, en wat juist breder gedragen zou kunnen worden. Deelnemers benadrukten dat deze inzichten alleen waarde hebben als ze worden opgevolgd met heldere afspraken binnen de vakgroep en ziekenhuisorganisatie.

4.1.5 Werkplezier en positionering van het vak

Deelnemers gaven aan dat het werken met een brede basis leidt tot meer variatie in het werk, verhoogd leerplezier en een gevoel van betekenisvol handelen. Het behoud van generalistische elementen in het werk werd benoemd als positief voor de motivatie, vitaliteit en loopbaanduur van internisten. Ook werd aangegeven dat een generalistisch profiel bijdraagt aan de positionering van de internist als regiebehandelaar in complexe zorgsituaties.

"De basis is misschien wel veel ingewikkelder dan de subspecialisatie. Het biedt juist diepgang, mits je het samen doet."

"De positionering van de internist als regisseur binnen het ziekenhuis is alleen houdbaar als internisten voldoende generalistisch blijven denken en handelen – en dat dit ook zichtbaar is in opleiding, beleid en praktijk."

"Breder werken geeft meer variatie, dat houdt me scherp en betrokken bij méér dan alleen mijn eigen subspecialisme."

4.1.6 Spanningen en zorgen bij het versterken van de brede basis

Er werden verschillende spanningen benoemd die het versterken van de brede basis belemmeren. Een veelgenoemde spanning betrof het verschil tussen formele bevoegdheid en ervaren bekwaamheid. Internisten voelen zich regelmatig onvoldoende competent om buiten hun subspecialisatie te handelen, ondanks formele bevoegdheid. Ook werd angst benoemd voor negatieve oordelen van collega's bij het maken van fouten buiten het eigen domein. Daarnaast kwam naar voren dat de professionele cultuur niet altijd ruimte biedt voor kwetsbaarheid en 'goed genoeg' zijn.

4.1.6.1 Twijfel aan eigen bekwaamheid

Deelnemers benoemden twijfel over hun eigen bekwaamheid buiten het eigen subspecialisme. De formele bevoegdheid om generalistisch te werken werd niet altijd als toereikend ervaren om zich ook daadwerkelijk competent te voelen in het handelen buiten het eigen expertisegebied. Enkele deelnemers noemden dat zij bang zijn om fouten te maken of daarop afgerekend te worden door collega's.

"Ik voel me soms niet competent genoeg om iets buiten mijn differentiatie te doen – en ben bang dat collega's daar iets van vinden."

Er werden zorgen geuit over het vervagen van grenzen tussen differentiaties. Sommige deelnemers wezen op het risico dat specifieke expertise verloren kan gaan of niet tijdig wordt ingezet.

"We moeten niet vergeten dat sommige aandoeningen écht specialistische aandacht nodig hebben – daar moeten we niet op inleveren."

4.1.6.2 Ingesleten werkstructuren en professionele silo's

De interne taakverdeling binnen vakgroepen werd beschreven als sterk gedifferentieerd en historisch gegroeid. Verschillende deelnemers noemden dat er weinig ruimte is voor overlap of roulatie tussen differentiaties. Subspecialisatie werd regelmatig gekoppeld aan status of deskundigheid. Dit zou het lastig maken om taken buiten de eigen differentiatie op te pakken.

"We zijn gewend om te denken vanuit de eigen differentiatie. Dat maakt het lastig om breder te gaan denken of iets 'los te laten'."

Ook richtlijnen, kwaliteitsindicatoren en herregistratie-eisen werden genoemd als factoren die generalistisch werken bemoeilijken. Er was geen eenduidigheid over wat precies onder de 'brede basis' wordt verstaan. Deelnemers gaven aan dat dit begrip per persoon, setting en context verschilt.

"Waar hebben we het eigenlijk over als we zeggen 'brede basis'? Dat doen we toch al? Of bedoelen we iets nieuws?"

4.1.6.3 Verschillen tussen werksettings: academie, periferie en kleinere ziekenhuizen

De betekenis en toepassing van generalistisch werken werden verschillend ingevuld afhankelijk van het type ziekenhuis. In academische centra wordt vaker samengewerkt binnen subspecialismen, terwijl in perifere of kleinere ziekenhuizen generalistisch werken als noodzaak wordt ervaren vanwege kleinere teams en bredere verantwoordelijkheden.

"In de academie is er samenhang en kun je je echt verdiepen, maar in een klein ziekenhuis moet je gewoon veel dingen zelf doen."

Er werd benoemd dat er in kleinere teams soms minder afstemming is en minder feedback beschikbaar is, wat kan leiden tot onzekerheid over de reikwijdte van het eigen handelen.

4.1.6.4 Systeemdruk, productieprikkels en tijdsgebrek

Deelnemers benoemden dat productieprikkels, declaratie-eisen en tijdsdruk belemmerend kunnen werken voor generalistisch werken en samenwerking. Meerdere

deelnemers noemden dat er weinig tijd is om met collega's af te stemmen of gezamenlijk casuïstiek te bespreken.

"Er is vaak gewoon geen tijd om met collega's af te stemmen of samen naar een patiënt te kijken – terwijl we dat wel willen."

De werkomstandigheden werden in meerdere uitspraken in verband gebracht met de wijze waarop internisten hun werk kunnen vormgeven, los van hun persoonlijke wensen of voorkeuren.

4.2 Resultaten survey

4.2.1 Beschrijving van de survey

Voor deze studie is gebruikgemaakt van een online vragenlijst die is ingevuld door in totaal **511 respondenten**. De steekproef bestaat uit zowel internisten als artsen in opleiding tot specialist (aios) binnen de interne geneeskunde.

Geslacht en leeftijd

De meerderheid van de respondenten identificeerde zich als vrouw (**n = 297**), gevolgd door mannelijke respondenten (**n = 211**) en een kleine groep non-binaire respondenten (**n = 3**). De leeftijdsverdeling laat een evenwichtige spreiding over de verschillende leeftijdscategorieën zien:

Leeftijdscategorie

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
35-45 jaar	**163**	**31.9**
45-55 jaar	**136**	**26.6**
<35 jaar	**76**	**14.9**
>55 jaar	**136**	**26.6**

Functie en werkervaring

Van de deelnemers is 80% werkzaam als internist (n = 411), terwijl 20% de vragenlijst heeft ingevuld als aios interne geneeskunde (n = 100). In de groep internisten (n = 411) zit variatie in de mate van werkervaring:

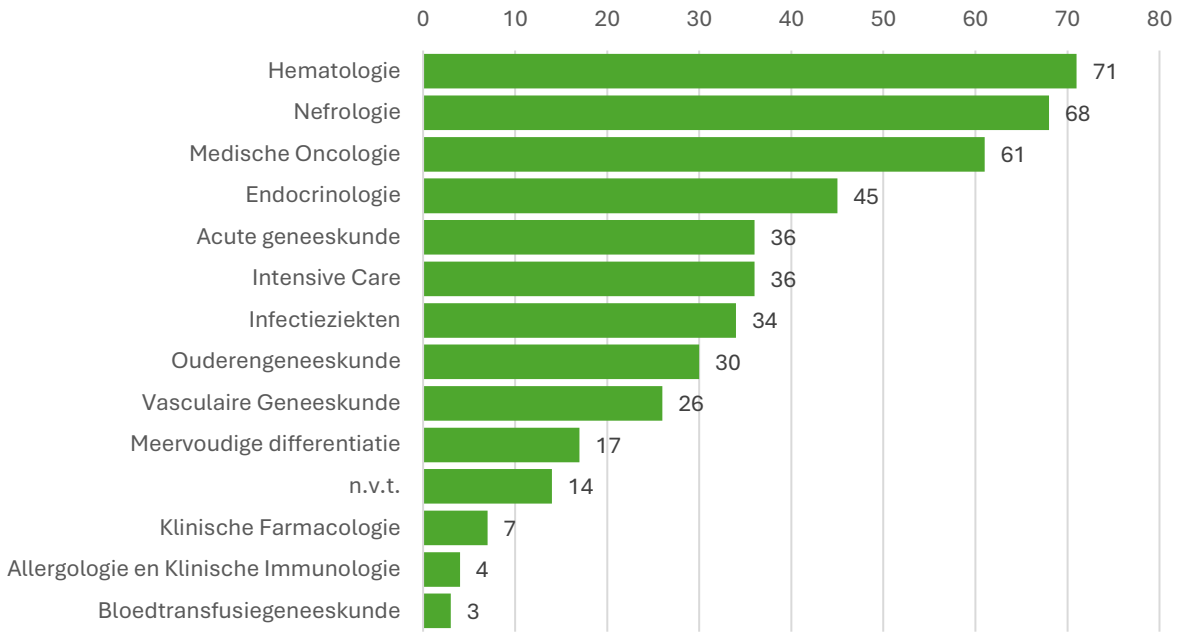
- 17% werkt minder dan vijf jaar als internist,
- 20% heeft 6 tot 10 jaar ervaring,
- 30% werkt 11 tot 20 jaar als internist,
- en 34% heeft meer dan 20 jaar ervaring in het vak.

Differentiatie binnen de interne geneeskunde

Respondenten zijn breed vertegenwoordigd over de verschillende differentiaties binnen

de interne geneeskunde. Onder de 411 internisten gaven meerdere (**n = 36**) aan meer dan één differentiatie te hebben.

De frequentie per differentiatie is als volgt (hierin zijn de dubbel registraties meegenomen):



Type ziekenhuis

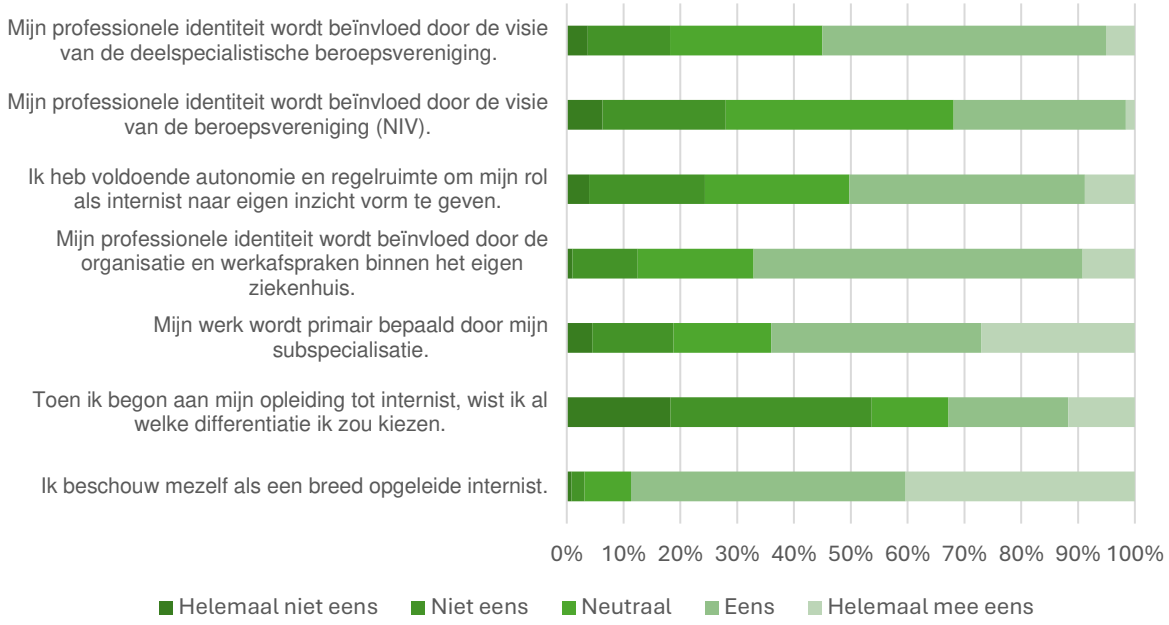
Onder de respondenten hebben de internisten aangegeven in welk type ziekenhuis zij werken. De meeste respondenten zijn werkzaam in een **groot perifeer ziekenhuis** (**n = 183**), gevolgd door een **universitair medisch centrum (UMC)** (**n = 108**) en een **klein perifeer ziekenhuis** (**n = 91**). Daarnaast werken enkele respondenten in andere typen zorginstellingen, waaronder een zelfstandigbehandelcentrum, GGZ instelling of een verpleeg/ouderenzorginstelling.

De **100 aios- respondenten** zijn niet gevraagd het type ziekenhuis in te vullen, omdat zij in de opleidingsregio bij verschillende ziekenhuizen werkzaam kunnen zijn gedurende hun opleiding.

4.2.2 Identiteit en waarden

Professionele identiteit

Respondenten kregen een reeks stellingen voorgelegd over hoe zij hun professionele rol ervaren.



Zelfbeeld: ik beschouw mijzelf als een breed opgeleide internist

Onderstaande resultaten tonen hoe aios en internisten zichzelf positioneren ten aanzien van de stelling: “Ik beschouw mezelf als een breed opgeleide internist.” De antwoorden zijn opgesplitst naar functie, met tabellen en een gecombineerde grafiek.

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	**Aantal**	**Percentage (%)**	**Aantal**	**Percentage (%)**
Helemaal niet eens	0	0.0	4	1.0
niet eens	1	1.0	11	2.7
neutraal	12	12.0	30	7.3
eens	67	67.0	180	43.8
helemaal mee eens	20	20.0	186	45.3

Differentiatiekeuze bij start opleiding - Toen ik begon aan mijn opleiding tot internist, wist ik al welke differentiatie ik zou kiezen.

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)	Aantal	Percentage (%)
Helemaal niet eens	22	22.0	71	17.3
niet eens	35	35.0	146	35.5
neutraal	9	9.0	60	14.6
eens	22	22.0	86	20.9
helemaal mee eens	12	12.0	48	11.7

Mijn werk wordt primair bepaald door mijn subspecialisatie.

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)	Aantal	Percentage (%)
Helemaal niet eens	8	8.0	15	3.6
niet eens	20	20.0	53	12.9
neutraal	27	27.0	61	14.8
eens	39	39.0	150	36.5
helemaal mee eens	6	6.0	132	32.1

Invloed organisatie op professionele identiteit

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Helemaal niet eens	5	1.0
niet eens	59	11.5
neutraal	104	20.4
eens	296	57.9
helemaal mee eens	47	9.2

Invloed NIV op professionele identiteit

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Helemaal niet eens	32	6.3
niet eens	155	30.3
neutraal	8	1.6
eens	205	40.1
helemaal mee eens	111	21.7

Invloed deelspecialistische vereniging op professionele identiteit

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Helemaal niet eens	19	3.7
niet eens	255	49.9
neutraal	26	5.1
eens	137	26.8
helemaal mee eens	74	14.5

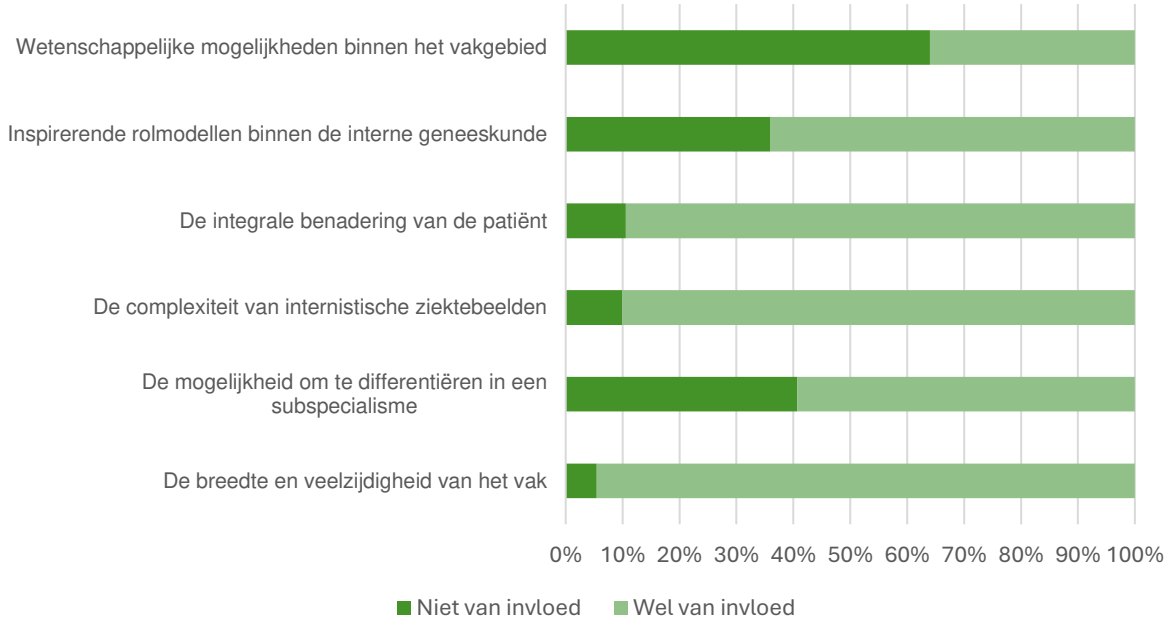
- **Breed profiel:** Zowel aios als internisten beschouwen zichzelf als breed opgeleid, maar internisten zijn hierin iets stelliger.
- **Invloed subspecialisatie:** Internisten ervaren een klein beetje meer invloed van hun subspecialisatie op hun werk dan aios.
- **Invloed verenigingen:** aios en internisten verschillen licht in hoe zij de invloed van beroepsverenigingen ervaren. Internisten ervaren meer invloed van de deelspecialistische verenigingen.

Differentiatie	Breed profiel	Invloed sub-specialisatie	Organisatie invloed	Autonomie	Invloed NIV	Invloed deelspec. ver.
Meervoudige diff.	4.93	2.21	3.50	3.07	3.29	2.57
Acute geneeskunde	4.74	3.50	3.74	3.62	3.03	3.38
Nefrologie	4.56	3.50	3.55	3.66	3.08	3.31
Ouderengeneeskunde	4.45	3.69	3.66	3.55	3.28	3.38
Endocrinologie	4.27	3.84	3.64	3.25	3.11	3.16
Infectieziekten	4.27	3.43	3.47	3.70	2.97	3.00
Intensive Care	4.19	4.62	3.59	3.34	2.44	3.91
Vasculaire Geneeskunde	4.19	3.10	3.81	3.29	3.05	3.43
Medische Oncologie	4.02	4.31	3.50	3.37	3.02	3.91
Hematologie	3.84	4.43	3.64	3.45	2.64	3.72

Verschillen in professionele identiteit per differentiatie

- Internisten met een **meervoudige differentiatie** scoren het hoogst op ‘breed profiel’, maar het laagst op ervaren invloed van subspecialisatie.
- **Intensive care** en **hematologie** scoren het hoogst op ervaren invloed van subspecialisatie op het werk.
- **Medische oncologie** en **intensive care** scoren het hoogst op invloed van de deelspecialistische vereniging.
- **Nefrologie** en **infectieziekten** scoren relatief hoog op ervaren autonomie.
- **Hematologen** ervaren relatief weinig invloed van de algemene beroepsvereniging (NIV).

In welke mate waren de volgende factoren van invloed op jouw keuze voor interne geneeskunde?



De mate van breedte & veelzijdigheid van het vakgebied

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Niet van invloed	28	5.5
Wel van invloed	483	94.5

De mogelijkheid om te kiezen voor een differentiatie

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Niet van invloed	208	40.7
Wel van invloed	303	59.3

De mate van complexiteit van het vakgebied

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Niet van invloed	51	10.0
Wel van invloed	460	90.0

Mate van integrale benadering als onderdeel van het vakgebied

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Niet van invloed	54	10.6
Wel van invloed	457	89.4

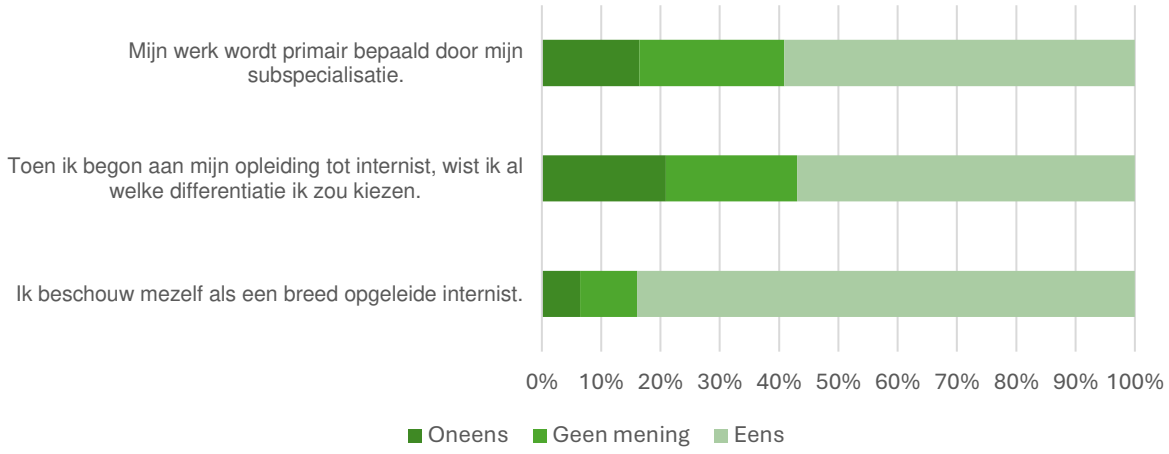
Invloed van rolmodellen

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Niet van invloed	184	36.0
Wel van invloed	327	64.0

4.2.3 Generalisme, fragmentatie en professionele spanning

Hier volgt een beschrijving van de bevindingen rond brede basiskennis en de spanningsbeleving tussen generalisme en subspecialisme:

Hoe ervaar jij jouw rol in de medisch inhoudelijke regievoering voor patiënten met multimorbiditeit?



De onderstaande tabellen en grafiek tonen hoe aios en internisten zich verhouden tot de stelling:

'Ik voel me verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke regievoering voor patiënten met multimorbiditeit.'

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	**Aantal**	**Percentage (%)**	**Aantal**	**Percentage (%)**
Eens	90	90.0	339	82.5
Oneens	2	2.0	31	7.5
Geen mening	8	8.0	41	10.0

Is het hebben van een brede basiskennis vereist voor multimorbiditeit?

Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)
Ja	482	94.3
Nee	29	5.7

Onderstaande tabel toont hoe aios en internisten de balans ervaren tussen generalisme en subspecialisatie in hun dagelijkse werk.

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)	Aantal	Percentage (%)
Volledig gericht op generalistisch internistische inzet	3	3.0	10	2.4
Meer focus op generalisme, maar met subspecialisatie	15	15.0	39	9.5
Gelijke balans tussen subspecialisatie en generalisme	26	26.0	118	28.7
Meer focus op subspecialisatie, maar met generalistische taken	45	45.0	177	43.1
Volledig gericht op subspecialisatie	11	11.0	67	16.3

Zowel AIOS als internisten ervaren hun werk het vaakst als **overwegend subspecialistisch**, met enige generalistische component.

Onderstaande tabel toon hoe aios en internisten hun gewenste balans zien tussen generalisme en subspecialisatie.

	Aios		Internisten	
Antwoordcategorie	Aantal	Percentage (%)	Aantal	Percentage (%)
Volledig gericht op generalistisch internistische inzet	**1**	**1.0**	**6**	**1.5**
Meer focus op generalisme, maar met subspecialisatie	**20**	**20.0**	**46**	**11.2**
Gelijke balans tussen subspecialisatie en generalisme	**45**	**45.0**	**150**	**36.5**
Meer focus op subspecialisatie, maar met generalistische taken	**31**	**31.0**	**163**	**39.7**
Volledig gericht op subspecialisatie	**3**	**3.0**	**46**	**11.2**

Op basis van de open vragen in de survey is nog aanvullende kwalitatieve data opgehaald. Hieruit blijkt dat naast de waarde van generalistische kerncompetenties, onderstrepen veel respondenten ook het belang van subspecialistische verdieping voor hun professionele identiteit. Voor veel internisten vormt hun subspecialisme niet slechts een taakgebied, maar een bron van vakinhoudelijke trots, deskundigheid en zingeving. Ook het gevoel van controle, behapbaarheid komt hierin terug. Uit de open vragen van de survey

"Ik voel me het beste in mijn subspecialisme."

"Door me te verdieping in één subdomein kan ik echt waarde toe te voegen."

"Er zijn mensen die zich meer aangetrokken voelen tot focus — dat is ook een vorm van professionaliteit."

Deze identificatie met het subspecialisme komt niet uit het niets. Respondenten benoemen dat de inrichting van de opleiding, waarin aios vaak al vroeg kiezen voor een differentiatie, en waarin specialisatie vaak expliciet of impliciet wordt beloond, bijdraagt aan het ontstaan van een subspecialistische identiteit.

"De huidige opleiding stimuleert vooral om deelspecialisten te creëren."

"Als aios eindig je in de academie op je eigen subspecialisme. Er is dan weinig ruimte voor het generalistische stuk."

Tegelijkertijd worstelen sommige internisten met de spanning die dit oproept: enerzijds voelen ze zich thuis in hun subspecialisme, anderzijds ervaren ze dat dit kan botsen met bredere verantwoordelijkheden in de zorg voor de groeiende groep patienten met multimorbiditeit.

"Ik kan geen brede basiskennis bijhouden, dat gaat ten koste van mijn specialistische expertise."

"Ik kan geen brede basiskennis op scholingsniveau bijhouden […]. Ik vind het belangrijk dat ik mijn deelvak heel goed doe en weet wat ik niet weet om op tijd hulp te vragen."

Brede kennis als voorwaarde voor regie

Uit de open vragen in de survey wordt gezien dat de balans tussen generalisme en subspecialisme aan de kern van de professionele identiteit van internisten raakt. Uit de open antwoorden blijkt dat veel internisten en aios generalistische kennis beschouwen als essentieel onderdeel van hun vak. Tegelijkertijd zijn er respondenten die aangeven dat vasthouden aan generalistische idealen niet altijd past bij de realiteit van hun werk.

Selectie uitspraken uit de gegeven antwoorden:

"Zonder brede basiskennis geen goede zorg voor multimorbiditeit."

“Als je geen kennis hebt van de andere problemen, kun je ook niet goed behandelen."

"Het is onmogelijk om generalistische én specialistische zorg op hoog niveau te blijven leveren."

"Niet iedereen hoeft de brede basis te behouden."

"Het streven naar brede zorg is mooi, maar vaak niet houdbaar."

"De opleiding creëert deelspecialisten, niet generalisten."

“De brede basis is een stoorzender in het verkrijgen van specialistische kennis.”

Verschillende respondenten maken expliciet onderscheid tussen de noodzaak van generalisme in perifere ziekenhuizen en de mate waarin dat haalbaar of wenselijk is in academische centra.

4.2.4 Benodigde professional en ondersteuning bij multimorbiditeit

Wat zijn volgens jou de grootste barrières in de uitvoering en inhoudelijke organisatie van zorg voor patiënten met multimorbiditeit?

Respondenten geven aan welke elementen volgens hen bijdragen aan betere zorg voor patiënten met multimorbiditeit. De antwoorden uit de open vragen bij dit onderdeel van de survey zijn te clusteren rond zes thema's:

1. Regie en verantwoordelijkheid bij één internist

Internisten noemen de behoefte aan één vaste behandelaar per patiënt. Deze regiebehandelaar moet overzicht houden, hoofd- en bijzaken onderscheiden, en deskundigheid van collega's kunnen inschakelen waar nodig.

"Uitgangspunt moet zijn: één vaste internist die expertise inroept waar nodig."

"Een patiënt moet niet bij drie internisten lopen. Kies één hoofdbehandelaar."

***2.* Minder verwijzingen, meer onderling overleg**

Meerdere respondenten noemen het herhaald doorverwijzen naar subspecialisten binnen de interne geneeskunde als inefficiënt. Overleg tussen collega's wordt gezien als effectiever.

"Niet verwijzen naar elkaar, maar overleggen wie wat doet."

3. Behouden van brede generalistische basis

Er is onder respondenten een breed gedeelde overtuiging dat algemene internistische vaardigheden behouden moeten blijven, ongeacht differentiatierichting.

"Iedere internist moet ook diabetes mellitus, schildklier, hypertensie zelf kunnen behandelen."

4. Meer tijd en middelen voor samenwerking

Tijdgebrek wordt benoemd als belemmering voor integrale zorg. Respondenten pleiten voor langere consulttijden en structurele ruimte voor overleg.

"Tien minuten is geen tijd waarin je een multimorbide patiënt goed leert kennen."

5. EPD-toegang en landelijke afstemming

De versnippering van medische dossiers over instellingen wordt benoemd als belemmerend voor continuïteit van zorg.

"We hebben één patiënt, maar wel vijf dossiers."

6. Cultuurverandering: vertrouwen, minder ego

Meer dan de helft van de respondenten benoemen cultuur als obstakel. Ego, hiërarchie en eilandvorming worden hierbij genoemd.

"Internisten houden graag alles in eigen hand."

"Deelspecialisten moeten hun ego van superioriteit afleggen."

4.2.5 Waarde van kennis en rol van AI

Respondenten beschrijven subspecialistische kennis als belangrijk tot zeer belangrijk voor hun professionele identiteit. Tegelijk geven sommigen aan dat hun identiteit als internist eerder zit in overzicht en integratie dan enkel in specialistische kennis van één ziektebeeld.

"Ik voel mij het meest deskundig en van waarde in mijn eigen subspecialisme – dat definieert mijn professionele identiteit."

"Mijn identiteit als internist zit niet in één ziektebeeld, maar in het overzicht houden en combineren."

Op de vraag naar de impact van AI en digitalisering lopen de meningen uiteen. Sommigen geven aan dat technologie parate kennis minder noodzakelijk maakt, anderen benadrukken dat interpretatie en toepassing mensenwerk blijft.

"AI helpt mij misschien sneller informatie te vinden, maar toepassen blijft mensenwerk."

4.2.6 Kansen om zorgfragmentatie te verminderen

Respondenten noemen verschillende mogelijkheden om zorgfragmentatie in de interne geneeskunde te beperken, zowel inhoudelijk als organisatorisch. Een veelgenoemde oplossing is het organiseren van zorg rondom één regiebehandelaar, waardoor duidelijkheid ontstaat over verantwoordelijkheden en samenhang behouden blijft. Daarnaast wordt intercollegiaal overleg als essentieel gezien, mits dit efficiënt wordt ingericht en voorkomt dat patiënten onnodig worden doorverwezen tussen subspecialisten. Ook het bundelen of herverdelen van taken binnen vakgroepen wordt genoemd als strategie om de coördinatie van zorg te verbeteren. Verder benadrukken veel internisten het belang van het behouden of herintroduceren van generalistische competenties, juist om bij patiënten met multimorbiditeit het overzicht te kunnen bewaren. Tot slot wordt het verbeteren van digitale informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld door betere koppelingen tussen EPD's, als belangrijke randvoorwaarde gezien voor integrale zorgverlening.

"Iedere patiënt bij één internist, en laagdrempelig overleg met andere internisten."

"Ik zie daar binnen mijn praktijk weinig kansen in, maar vraag me ook af of ik de juiste persoon ben om daar iets aan te veranderen.

Respondenten noemen verschillende rollen die de beroepsvereniging zou kunnen vervullen om internisten te ondersteunen in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. Allereerst wordt belangenbehartiging richting zorgverzekeraars en politiek genoemd, bijvoorbeeld om meer tijd en middelen voor generalistische zorg mogelijk te maken. Daarnaast is er behoefte aan praktische ondersteuning in de vorm van scholing, formats en handvatten die toepasbaar zijn in de dagelijkse praktijk. Ook het delen van inspirerende voorbeelden uit het werkveld wordt gezien als waardevol, om te laten zien hoe generalistische zorg in verschillende contexten effectief vorm kan krijgen. Tot slot wordt het bieden van duidelijke kaders voor generalistische competenties genoemd, waarmee de beroepsgroep richting en erkenning kan geven aan deze rol binnen het internistisch handelen.

"De NIV moet niet alleen zeggen wat de internist allemaal moet doen maar ook de voorwaarden scheppen door lobby bij FMS, NZa, VWS. Kom uit de ivoren toren."

"De NIV zou hier duidelijker richting in mogen geven."

4.2.7 Spanningsveld tussen professie en praktijk

Deze spanningen tonen een dilemma in de professionele identiteit van internisten: enerzijds wordt brede kennis gezien als kern van het vak, anderzijds wringt dat met de realiteit van specialisatie, richtlijnendruk en beperkte tijd. Internisten beschrijven het als een worsteling om trouw te blijven aan hun generalistische zelfbeeld, terwijl de omstandigheden daar steeds minder ruimte voor bieden.

“Het streven naar brede zorg is mooi, maar vaak niet houdbaar.”

“Ik voel me soms gedwongen om dingen te doen waar ik me minder comfortabel bij voel.”

“De opleiding creëert deelspecialisten, niet generalisten.”

Sommigen pleiten daarom voor meer keuzevrijheid en differentiatie in rollen, waarbij generalisme niet per se een universele norm is, maar een bewust gekozen pad voor wie daar de motivatie, context en competentie voor heeft.

Tot slot blijkt uit veel antwoorden dat de waarde en haalbaarheid van generalisme sterk afhankelijk zijn van de werkomgeving. In perifere ziekenhuizen is brede kennis vaak noodzakelijk, in academische centra wordt het eerder als belemmering dan als noodzaak ervaren. Respondenten benoemen dat beleid en opleidingen beter rekening moeten houden met deze verschillen.

“In perifere ziekenhuizen is brede kennis nodig. In de academie is dat een gelopen koers.”

“Generalistische competenties moet je faciliteren waar ze écht nodig zijn.”

4.3 Analyse

De vraag welke oplossingen internisten zien voor betere zorg aan multimorbide patiënten laat zien dat het niet alleen gaat om organisatorische aanpassingen, maar om een fundamentele reflectie op de professionele identiteit van de internist. Thema’s als regievoering, samenwerking, en de balans tussen generalisme en subspecialisme raken direct aan de kern van het vak. Dit hoofdstuk analyseert hoe deze reflectie samenhangt met de ontwikkeling van professionele identiteit zoals beschreven in het theoretisch kader, en hoe deze beïnvloed wordt door rolconflicten, sensemaking, en structurele kaders binnen de beroepspraktijk.

4.3.1 Subspecialisatie vormt en begrenst

Een van de meest opvallende uitkomsten is de centrale plaats die subspecialisatie inneemt in de professionele identiteit van internisten. De meerderheid van de respondenten geeft aan dat

diepgaande expertise binnen hun subspecialisme een kernonderdeel is van hun vakmanschap en legitimiteit als specialist. Dit is niet verwonderlijk gezien de wijze waarop het vakgebied is ingericht: vanaf de differentiatie worden internisten voornamelijk binnen silo's opgeleid, met beperkte structurele prikkels of ruimte om generalistisch te blijven denken of werken. Deze ontwikkeling bevestigt de literatuur: professionele identiteit is geen abstract gegeven, maar wordt gevormd door opleidingscontext, cultuur en structuur (Cornett et al., 2022; Monrouxe, 2009). De heersende opleidingspraktijk stimuleert identificatie met een subspecialistisch domein, wat enerzijds leidt tot sterke vakinhoudelijke ontwikkeling, maar anderzijds ook bijdraagt aan fragmentatie van zorg en taakopvatting. Deze bevinding sluit aan bij Abbott's (1988) theorie van het *system of professions*, waarin (deel)groepen binnen een beroep hun werkdomein verdedigen en heronderhandelen. Subspecialisatie functioneert in dit systeem als een vorm van domeinbehoud die legitimiteit verschaft. Tegelijkertijd leidt deze positionering tot fragmentatie van zorg en taakopvatting, waardoor het generalistisch profiel van de internist onder druk komt te staan. Internisten en aios geven zelf aan dat deze fragmentatie nadelen kent: inefficiëntie, verwarring bij patiënten, en een verlies aan samenhang. Respondenten pleiten daarom voor behoud van generalistische vaardigheden en herwaardering van de brede basis: niet als vervanging, maar als aanvulling. De kracht van de internist ligt volgens velen juist in de combinatie van generalistisch overzicht en specialistische diepgang – een T-shaped profiel dat nu onder druk staat door systeeminrichting.

4.3.2 Regie als kern van identiteit: generalisme als verbindende laag

Een breed gedeeld uitgangspunt onder respondenten is dat goede zorg voor multimorbide patiënten vraagt om regie vanuit één vaste internist: iemand die het verhaal van de patiënt kent, het overzicht behoudt en gericht expertise inroept. Dit raakt direct aan het concept professionele identiteit als innerlijk kompas dat richting geeft aan gedrag (Wenger, 1998; Iserson, 2019). De rol van regiebehandelaar wordt door velen gezien als een herpositionering van de internist als verbindende professional in een gefragmenteerde context. Deze herpositionering binnen het systeem sluit aan op de theorie van Abbott waarbij vanuit de taakopvatting geherdefinieerd dient te worden wie in staat is om de regierol bij complexe patientenzorg op zich te nemen.

Er klinkt daarnaast een sterke behoefte aan eigenaarschap: internisten willen niet alleen verantwoordelijkheid nemen voor medische beslissingen, maar ook voor samenhang in zorg, communicatie en afstemming. Daarmee uit zich ook een verlangen naar professionele autonomie – een centrale component van zowel professionele identiteit als professionaliteit.

Tegenover dit ideaalbeeld staat de realiteit van dagelijkse praktijkvoering. Respondenten benoemen een reeks aan belemmeringen: gebrek aan tijd, productieprikkels, versnippering van EPD-systemen, beperkte bekostiging van overleg, en een cultuur van hiërarchie en afbakening. Deze structurele beperkingen veroorzaken rolconflicten (Ashforth, 2001): internisten willen eigenaarschap nemen, maar worden systematisch beperkt in hun mogelijkheden om dat waar te maken.

Deze spanning komt ook tot uiting in hoe internisten omgaan met hun eigen bekwaamheid. Velen geven aan zich formeel bevoegd, maar niet bekwaam te voelen buiten het

eigen subspecialisme. Er is terughoudendheid om buiten het eigen domein verantwoordelijkheid te nemen, mede door angst voor fouten en oordeel van collega's. Bovendien spelen ook structurele en juridische factoren een rol, zoals herregistratie-eisen, het tuchtrecht en de druk om strikt te handelen volgens richtlijnen, die allemaal kunnen bijdragen aan terughoudendheid om buiten het eigen subspecialistische domein te treden. Dit wijst op een identiteitsconflict waarin opleidingscultuur, professionele normen en systeemstructuren elkaar in de weg zitten.

4.3.3 Samenwerking en cultuur: identiteit als collectieve opgave

Internisten uiten niet alleen zorgen over de structuur van zorg, maar ook over de cultuur binnen vakgroepen. Doorverwijzen binnen de interne geneeskunde wordt als inefficiënt en verwarrend ervaren. In plaats daarvan wordt laagdrempelig, collegiaal overleg voorgesteld – een voorstel dat de collectieve dimensie van professionele identiteit onderstreept: verantwoordelijkheid wordt niet alleen individueel, maar ook gedeeld beleefd.

De zorg over het verlies van generalistische vaardigheden leeft breed. Veel internisten zien brede kennis als voorwaarde voor regievoering en klinisch redeneren bij multimorbiditeit. Tegelijkertijd wordt erkend dat generalistisch werken tijd, afstemming en expertise vereist – iets wat in het huidige systeem niet vanzelfsprekend is. De nadruk op behoud van generalisme is daarmee niet zozeer een pleidooi voor een generalist per se, maar voor het expliciet onderhouden van een gemeenschappelijke basis. Respondenten benadrukken dat nascholing, herregistratie en opleiding blijvend aandacht moeten hebben voor deze brede basis. Niet om subspecialisatie te vervangen, maar om samenwerking en verbinding te faciliteren. Hier wordt professionele identiteit gedefinieerd als meer dan de optelsom van specialismen – het is een gedeelde professie met gedeelde verantwoordelijkheden waarin het belang van samenwerking wordt onderstreept.

De behoefte aan samenwerking raakt aan het concept belonging: het gevoel werkelijk onderdeel te zijn van een professionele gemeenschap (Orsmond et al., 2022). Waar hiërarchie en eilandvorming belemmerend werken, verlangen internisten naar een cultuur van vertrouwen, kwetsbaarheid en gelijkwaardigheid over de hele linie van het vakgebied. Hierin ligt de sleutel tot duurzame verandering: niet alleen systemen, maar ook attitudes moeten mee evolueren naar de ontwikkelingen in de uitdagingen die de zorg van nu en de toekomst brengt. Deze collectieve invulling past binnen het concept van *organised professionalism*, waarin professionaliteit vanuit teams en instituties vorm krijgt(Noordegraaf, 2011, 2016). Ook hier speelt het systeem van Abbott een rol: binnen het specialisme wordt gezocht naar een nieuwe balans tussen afgebakende expertise (jurisdictie) en gedeelde verantwoordelijkheid(Abbott, 1988). Samenwerking wordt zo niet alleen als middel gezien, maar als noodzakelijke voorwaarde voor professionele legitimiteit binnen de context van toenemende complexiteit.

4.3.4 Systeemgrenzen en structurele obstakels

Internisten signaleren verschillende structurele belemmeringen voor integrale zorg: ontbrekende digitale uitwisseling tussen instellingen, onvoldoende bekostiging van

overlegmomenten, ongelijke taakverdeling en afgebakende domeinen en hoge werkdruk en beperkte ruimte voor reflectie. Deze obstakels worden niet alleen als praktisch lastig ervaren, maar raken aan de essentie van professioneel handelen: het willen leveren van goede zorg, in samenhang, afgestemd op de patiënt. In die zin is systeemdruk een rechtstreekse uitdaging aan het professioneel zelfbeeld van internisten. De oproep tot verandering wordt dan ook niet alleen gedaan aan individuele artsen, maar aan structuren, opleidingsroutes en financiers – wat aansluit bij de sensemaking-benadering: pas als het systeem ruimte geeft, kunnen professionals hun identiteit vormgeven zoals zij die willen beleven (Weick, 1995).

Respondenten benoemen tot slot een gemengd beeld van de rol van de beroepsvereniging. Aan de ene kant wordt waardering uitgesproken voor initiatieven als de Brede Basis-nascholingen en beleidsmatige inzet op generalistische kerncompetenties. Aan de andere kant klinkt kritiek op een top-down benadering en te weinig oog voor de verscheidenheid in praktijkvoering. De impact van de vereniging wordt als betekenisvoller ervaren wanneer zij samen optrekt met andere partijen zoals de NVZ, de NFU, zorgverzekeraars, en zich explicieter mengt in de financiële en structurele randvoorwaarden voor toekomstbestendige zorg.

“De internist is expert in ziekte, maar ook in samenhang - in het verbinden van mensen, disciplines en grenzen, gedreven door de complexe zorgvraag van de patiënt.”

5 Conclusie, discussie en aanbevelingen

In dit afsluitende hoofdstuk wordt de centrale onderzoeksvraag beantwoord. Het hoofdstuk start met een overzicht van de belangrijkste conclusies op basis van de deelvragen en het conceptuele kader. In de daaropvolgende discussie worden opvallende bevindingen besproken. Deze reflectie vormt ook de basis voor een voorstel tot vervolgonderzoek. Vervolgens worden in paragraaf 5.3 aanbevelingen geformuleerd voor vervolgonderzoek en beroepspraktijk. Het hoofdstuk eindigt met een reflectie vanuit de onderzoeker.

5.1 Conclusie

De centrale onderzoeksvraag van deze thesis luidde:

Hoe verhouden (toekomstige) internisten zich tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit en hoe zien zij hun professionele rol hierbij?

De manier waarop (toekomstige) internisten zich verhouden tot de zorg voor patiënten met multimorbiditeit is nauw verbonden met hun professionele identiteit. Uit de analyse blijkt dat deze identiteit op dit moment vooral gevormd wordt binnen het kader van subspecialisatie: diepgaande vakinhoudelijke expertise wordt gezien als fundament voor professioneel zelfbegrip en legitimiteit. Tegelijkertijd leeft onder internisten het besef dat goede zorg aan multimorbide patiënten juist vraagt om verbinding, overzicht en regie. Dit zijn elementen die niet vanzelfsprekend verankerd zijn in de laatste fase van de huidige opleidingsstructuur en praktijkcultuur.

Internisten willen een verbindende rol vervullen in een gefragmenteerd zorglandschap, waarin zij niet alleen medische beslissingen nemen, maar ook afstemming en samenhang bewaken. Deze coördinerende positie wordt breed als wenselijk gezien, maar blijkt in de praktijk lastig uitvoerbaar door tijdgebrek, systeemdruk, versnippering van ICT en financiering, en hiërarchische cultuur binnen vakgroepen. Hierdoor ontstaan rolconflicten: internisten voelen zich verantwoordelijk voor regie, maar ervaren onvoldoende ruimte om deze verantwoordelijkheid daadwerkelijk te nemen.

Wat betreft de balans tussen generalisme en subspecialisme blijkt er sprake van een spanningsveld. Subspecialisatie wordt ervaren als een ‘professioneel thuis’, maar tegelijkertijd klinkt de roep om het behoud en de herwaardering van generalistische competenties, als noodzakelijke voorwaarde voor goede zorg aan patiënten met multimorbiditeit. Internisten onderschrijven het belang van een gezamenlijke brede basis, niet als vervanging van specialisme, maar als fundament voor samenwerking, klinisch redeneren en regievoering.

De uitdagingen die internisten signaleren voor toekomstbestendige zorg overstijgen het individuele niveau. Naast persoonlijke worstelingen met bekwaamheid en verantwoordelijkheidsgevoel, wordt gewezen op structurele obstakels zoals financiering, werkdruk, en versnipperde zorgstructuren. Ook de cultuur binnen vakgroepen vraagt om verandering: minder hiërarchie, meer samenwerking en gedeeld eigenaarschap. Hierin ligt volgens velen een rol voor

de beroepsvereniging, mits zij bottom-up blijft handelen en zich nadrukkelijk uitspreekt over randvoorwaarden in beleid en bekostiging.

De professionele identiteit van internisten wordt sterk beïnvloed door de context waarin zij werken: opleiding, cultuur binnen vakgroepen en systeemstructuren zoals financiering en organisatie van zorg. De zorg voor patiënten met multimorbiditeit stelt andere eisen aan het internistenvak dan de huidige praktijk vaak mogelijk maakt. Internisten willen subspecialist zijn, maar ook de regie voeren over samenhangende, afgestemde zorg. Dat vraagt om een verbreding van hun professionele rol en een herwaardering van generalistische vaardigheden. Om die rol werkelijk te kunnen vervullen, zijn veranderingen nodig in hoe de zorg is ingericht en hoe binnen het vak naar verantwoordelijkheid, samenwerking en bekwaamheid wordt gekeken.

Kortom, internisten willen bijdragen aan samenhangende zorg voor multimorbide patiënten en zien zichzelf idealiter als regiebehandelaar met overzicht over het geheel. Tegelijkertijd voelen zij zich gevormd en begrensd door een subspecialistisch systeem dat deze rol bemoeilijkt. De centrale uitdaging ligt dan ook niet in het kiezen tussen breedte of diepte, maar in het creëren van een professioneel profiel waarin beide dimensies verenigd zijn. Om dat mogelijk te maken, is verandering nodig op het niveau van opleiding, cultuur en systeem. Alleen dan kan de internist daadwerkelijk de verbindende rol vervullen die de zorg van de toekomst vraagt.

5.2 Discussie

De conclusie van dit onderzoek laat zien dat internisten vanuit de huidige situatie hun professionele identiteit vormen vanuit het subspecialisme, maar zich idealiter positioneren als breed inzetbare specialistisch met brede generalistische kennis in combinatie met subspecialistische kennis in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit. In de praktijk worden zij echter gevormd en begrensd door een subspecialistisch ziektegerichtsysteem. De professionele identiteit van internisten is sterk verweven met hun specialistische expertise, terwijl juist de toenemende complexiteit van patiëntenzorg vraagt om generalistisch overzicht, afstemming en eigenaarschap. Deze spanning tussen gewenste en beleefde rol vormt het vertrekpunt voor deze discussie. In dit hoofdstuk wordt de koppeling gelegd met de uitgangspunten uit de inleiding en het theoretisch kader. Daarbij komt ook de vraag aan bod wat nodig is om het ideaal van de T-shaped professional daadwerkelijk mogelijk te maken.

De spanning tussen generalisme en subspecialisme raakt daarmee aan de kern van het vraagstuk: hoe organiseren we een zorgsysteem waarin de kracht van beide werelden benut wordt? De zorg voor multimorbide patiënten vraagt niet om een keuze tussen breed of diep, maar om een geïntegreerd model waarin internisten zowel generalistische kerncompetenties behouden als specialistische expertise ontwikkelen, het T-profiel zoals in de inleiding geschetst.

Dit onderzoek laat zien dat internisten en internisten in opleiding zich in toenemende mate bewust zijn van hun dubbele rol: als specialist met diepgaande expertise én als arts met brede generalistische kennis die in staat moet zijn om regie te voeren bij complexe zorgvragen, zoals bij patiënten met multimorbiditeit. Subspecialisatie vormt voor velen de kern van hun vakmanschap

en daarmee de professionele identiteit, maar er is ook een breed gedragen besef dat een generalistische basis essentieel is voor goede patiëntenzorg. Internisten willen eigenaarschap nemen over samenhangende zorg, maar lopen tegen structurele, organisatorische en culturele barrières aan.

Tegelijkertijd bestaan er ook nog vraagtekens bij de haalbaarheid van de combinatierol van generalist en subspecialist. De vraag is of het in de praktijk realistisch is om internisten zowel generalistisch als subspecialistisch in te zetten. Subspecialisatie is immers niet voor niets ontstaan: juist om de kwaliteit van zorg te verhogen door inzet van (super) specialistische medisch inhoudelijke kennis gericht op specifieke ziektebeelden. In het huidige referentiekader wordt hoogwaardige zorg vaak geassocieerd met diepgaande kennis en specialistische precisie. Als we streven naar een optimale balans tussen generalistische en subspecialistische inzet, dan vraagt dat niet alleen om herontwerp van systemen en werkwijzen, maar ook om een herdefiniëring van wat wij als samenleving verstaan onder “de beste kwaliteit van zorg”. Zeker in een tijd waarin schaarste en daarmee de toegankelijkheid van zorg onder druk komen te staan. Ook zien we dat door de ontwikkelingen van AI er opnieuw vragen ontstaan over het vakmanschap als arts en de mogelijke veranderingen in hoe beschikbare kennis wordt ingezet én toegepast. Dit laatste is in dit onderzoek minimaal aan bod gekomen en verdient de aandacht bij mogelijk vervolgonderzoek.

Mijn reflectie als onderzoeker is dan ook dat we onze professionele en maatschappelijke opvattingen over kwaliteit en de beschikbaarheid van kennis zullen moeten laten meegroeien met de veranderende context van de zorg. In een tijd van toenemende schaarste aan personeel, middelen en tijd, kunnen we ons niet langer permitteren om kwaliteit uitsluitend te definiëren in termen van maximale inzet van (super) specialistische kennis en expertise. Goede, maar vooral ook toegankelijke, zorg betekent ook: overzicht, continuïteit, afstemming en gepaste inzet van expertise. Het ideaal van de T-shaped professional, met brede generalistische basis én specialistische diepgang, is van grote waarde, maar vraagt om een collectief leerproces waarin ook onze normen en verwachtingen meebewegen met de realiteit van het zorglandschap.

5.3 Aanbevelingen

In deze paragraaf worden de aanbevelingen beschreven voor vervolgonderzoek en de Nederlandse internisten Vereniging als beroepsvereniging van internisten en internisten in opleiding.

5.3.1 Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

De combinatie van een focusgroep en een brede survey heeft ervoor gezorgd dat bij een grote en brede groep internisten en aios inzichten zijn opgehaald. De methoden kennen echter ook enkele beperkingen en contextuele nuances die in de interpretatie van de resultaten moeten worden meegenomen.

Ten eerste vond het onderzoek plaats in een periode waarin de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) al actief werkte aan het versterken van het behoud van de generalistische basis

binnen het vakgebied. Via onder andere nascholing, beleidsontwikkeling en positioneringsdocumenten is de afgelopen jaren nadrukkelijk aandacht besteed aan het herwaarderen van brede internistische competenties en inzet van de internist. Het is daarom denkbaar dat de uitkomsten van dit onderzoek drie tot vijf jaar geleden een minder prominente plaats zouden hebben ingenomen. In die zin weerspiegelen de resultaten niet alleen de actuele opvattingen van internisten, maar ook het momentum waarin het vakgebied zich op dit moment bevindt.

Ten tweede is relevant om te benoemen dat de onderzoeker zelf een actieve rol speelt binnen de visievorming van de beroepsvereniging. Deze positionering heeft zowel voordelen als risico's. Enerzijds betekent het dat de onderzoeker beschikt over een diepgaand begrip van de context, taal en gevoeligheden binnen de beroepsgroep. Dit heeft geholpen bij de themakeuze, analyse en interpretatie. Anderzijds kan deze betrokkenheid geleid hebben tot een zekere mate van bias, zowel in de manier waarop vragen zijn geformuleerd als in hoe respondenten deze mogelijk geïnterpreteerd hebben. De positie van de onderzoeker als vertrouwd gezicht binnen de beroepsvereniging kan bovendien van invloed zijn geweest op de mate van openheid of bevestiging in de gegeven antwoorden. Deze contextuele factoren onderstrepen het belang van kritisch kijken naar de overdraagbaarheid van de resultaten. Hoewel de bevindingen een actueel en breed gedragen beeld geven, kan aanvullend onderzoek nodig zijn om deze inzichten verder te verdiepen of in de context te toetsen door iemand die verder van de organisatie af staat.

De resultaten bieden daarnaast nog twee aanknopingspunten voor verdiepend vervolgonderzoek.

Zo is het aan te bevelen om in vervolgonderzoek meer verdieping aan te brengen in de invloed van de ziekenhuissetting zoals academische centra, topklinische instellingen en (kleinere) perifere ziekenhuizen op de professionele rolopvatting van internisten en de behoeften die daarin worden ervaren. Daarbij kan specifiek gekeken worden naar de wijze waarop toekomstige internisten worden voorbereid op de werksetting waarin zij uiteindelijk terecht willen of zullen komen. Ook is het interessant om nader onderzoek te doen naar de rol van rolmodellen en teamsamenstellingen in het bevorderen of juist belemmeren van de ontwikkeling van een T-shaped professionele identiteit. Dit aspect is in dit onderzoek slechts kort aangestipt en biedt ruimte voor verdere verdieping. In bredere zin vormt dus verdiepend kwalitatief onderzoek naar de invloed van organisatiecontext en leiderschap op identiteitsvorming een waardevolle en logische vervolgstap.

Tot slot is het relevant om in vervolgonderzoek aandacht te besteden aan de betekenis van kunstmatige intelligentie (AI) voor de rol van medisch specialistische kennis. Waar toegang tot (super)gespecialiseerde kennis traditioneel leidde tot vergaande subspecialisatie, maakt AI-technologie het mogelijk om complexe kennis sneller en breder beschikbaar te maken. Dit roept de vraag op of verdere verdieping in smalle niches nog noodzakelijk is, of dat de toegevoegde waarde van de arts zich juist verplaatst naar het kritisch toepassen van AI-gegenereerde kennis in de klinische context. Vervolgonderzoek is nodig om te verkennen hoe dit de balans tussen generalistisch en specialistisch handelen beïnvloedt, en welke implicaties dit heeft voor de

professionele identiteit en benodigde competenties van internisten.

5.3.2 Aanbevelingen voor de Nederlandse Internisten Vereniging

De bevindingen uit dit onderzoek maken duidelijk dat de professionele identiteit van internisten wordt gevormd in een samenspel van opleiding, cultuur, systemen en organisatie. Na differentiatie verschuift de focus in de opleiding sterk naar subspecialisatie, waardoor generalistische competenties onvoldoende worden onderhouden. Binnen vakgroepen is er vaak weinig ruimte om kwetsbaarheid of onzekerheid te bespreken. De huidige systemen, medisch specialistische richtlijnen en bekostigingsmodellen faciliteren deze generalistische rol nauwelijks, en in de organisatiepraktijk zijn collegiale consultatie en gedeeld eigenaarschap niet altijd goed in te bedden.

Toch bieden deze knelpunten ook kansen. Internisten en aios laten zien dat zij bereid zijn om na te denken over hun rol voor integrale zorg. Het vraagt om ruimte voor gedeeld vakmanschap. Die ruimte kan op vier samenhangende manieren worden ingericht:

1. **Erken het belang van subspecialisme en herken generalistisch vakmanschap als fundament van toekomstbestendige specialistenzorg.**

Generalistische competenties verdienen een volwaardige plek in opleiding, nascholing, herregistratie en loopbaanontwikkeling. Beide dimensies verdienen erkenning als volwaardige en complementaire onderdelen van het vak. Subspecialistische expertise is onmisbaar voor het verdiepen van medische kennis en behandeling van complexe ziektebeelden. Tegelijkertijd vraagt goede zorg voor patiënten met multimorbiditeit ook om overzicht, coördinatie en een generalistische blik. Dit vraagt om een gedeeld raamwerk, waarin gezamenlijk wordt vastgesteld hoe de brede basis van de internist behouden en versterkt wordt in combinatie met het subspecialisme. Dit kan betekenen dat in de basis de gedachten achter deze combinatie voor iedereen binnen de beroepsgroep geldt, maar maak ruimte om de balans tussen deze twee meer op maat mogelijk te maken. Wellicht afhankelijk van werksetting (type ziekenhuis) of samenstelling vakgroep. Daarbij is erkenning nodig voor de generalistische rol als gelijkwaardig aan die van de subspecialistische rol, in de vorm van gelijkwaardige status en beloning. In een zorglandschap waarin complexiteit en multimorbiditeit toenemen, wordt juist die generalistische blik steeds essentiëler. De medisch specialist van de toekomst zal méér moeten kunnen dan alleen zijn of haar eigen subspecialistische expertise inzetten. De toekomstige ‘superspecialisten’ zijn diegenen die in staat zijn om hun specialistische kennis te combineren met een stevig verankerde generalistische basis om daarmee in het belang van toegankelijkheid van zorg bij te dragen aan samenhang, overzicht en duurzame patiëntenzorg. Om dit mogelijk te maken, is het essentieel dat de huidige opleidingsstructuur van de interne geneeskunde wordt geëvalueerd en herzien.

2. **Versterk generalistische professionaliteit en organiseer kruisbestuiving over de grenzen van subspecialismen heen.**

De kracht van de interne geneeskunde ligt in de combinatie van specialistische diepgang en een stevige, generalistische basis. Ontwikkel intervisievormen en opleidings- en nascholingsstructuren die meer flexibiliteit stimuleren in samenwerking, kruisbestuiving tussen differentiaties en onderlinge reflectie. Organiseer consultatie minder als formeel verwijzingsproces en meer als collegiale dialoog. Gedeeld eigenaarschap en horizontale samenwerking zouden de norm moeten zijn, niet de uitzondering.

3. **Veranker de regierol van de internist structureel.**

De internist als regiebehandelaar vraagt om actieve positionering, in beleid, opleiding en bekostigingsstructuren. De beroepsvereniging kan hier het voortouw nemen door deze rol expliciet te duiden, te onderbouwen richting ketenpartners, collega specialismen en andere stakeholders zoals zorgverzekeraars en overige koepelorganisaties. Daarmee kan zij ook pro-actief meedenken over passende randvoorwaarden in financiering en ICT. Hierbij is het van belang om voorstellen te doen over werkstructuren en consultvormen waarin collegiale afstemming kan plaatsen over patiënten met multimorbiditeit. In het verlengde daarvan dienen daarnaast met de stakeholders gezamenlijk gewerkt te worden aan passende bekostigingsmodellen die juist de ruimte geven voor overleg en coördinatie. Daarbij is het van belang om blijvend bewustwording te creëren over de maatschappelijke relevantie van de medische beroepsidentiteit in relatie tot de veranderende zorgvraag.

4. **Bied ruimte voor gedeelde betekenisgeving binnen de beroepsvereniging.**

Professionele identiteit ontstaat in interactie, niet in isolatie. De NIV heeft een unieke positie om een ruimte te creëren waarin internisten vanuit alle deelspecialismen samen kunnen reflecteren op hun rol in een veranderende zorgpraktijk. Niet alleen via beleidsdocumenten, maar via doorlopende dialoog, via commissies en werkgroepen en via ontmoetingen tijdens symposia en congressen. Maak het mogelijk om de goede voorbeelden met elkaar te delen en kennis uit te wisselen over de wijze waarop internisten en internisten in opleiding onderling aan de slag gaan met het bevorderen van intercollegiale samenwerking en kruisbestuiving.

5.4 Reflectie vanuit de onderzoeker

Het schrijven van deze thesis betekende voor mij niet alleen het afronden van een academisch traject, maar ook het verdiepen van mijn reflectie op het vak van internist en op mijn rol binnen de beroepsgroep. Het centrale thema – de professionele identiteit van (toekomstige) internisten in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit – raakt aan een wezenlijk vraagstuk: hoe kijk je naar je vak, hoe geef je daar vorm aan, en wat betekent dat in een zorgcontext die steeds complexer wordt?

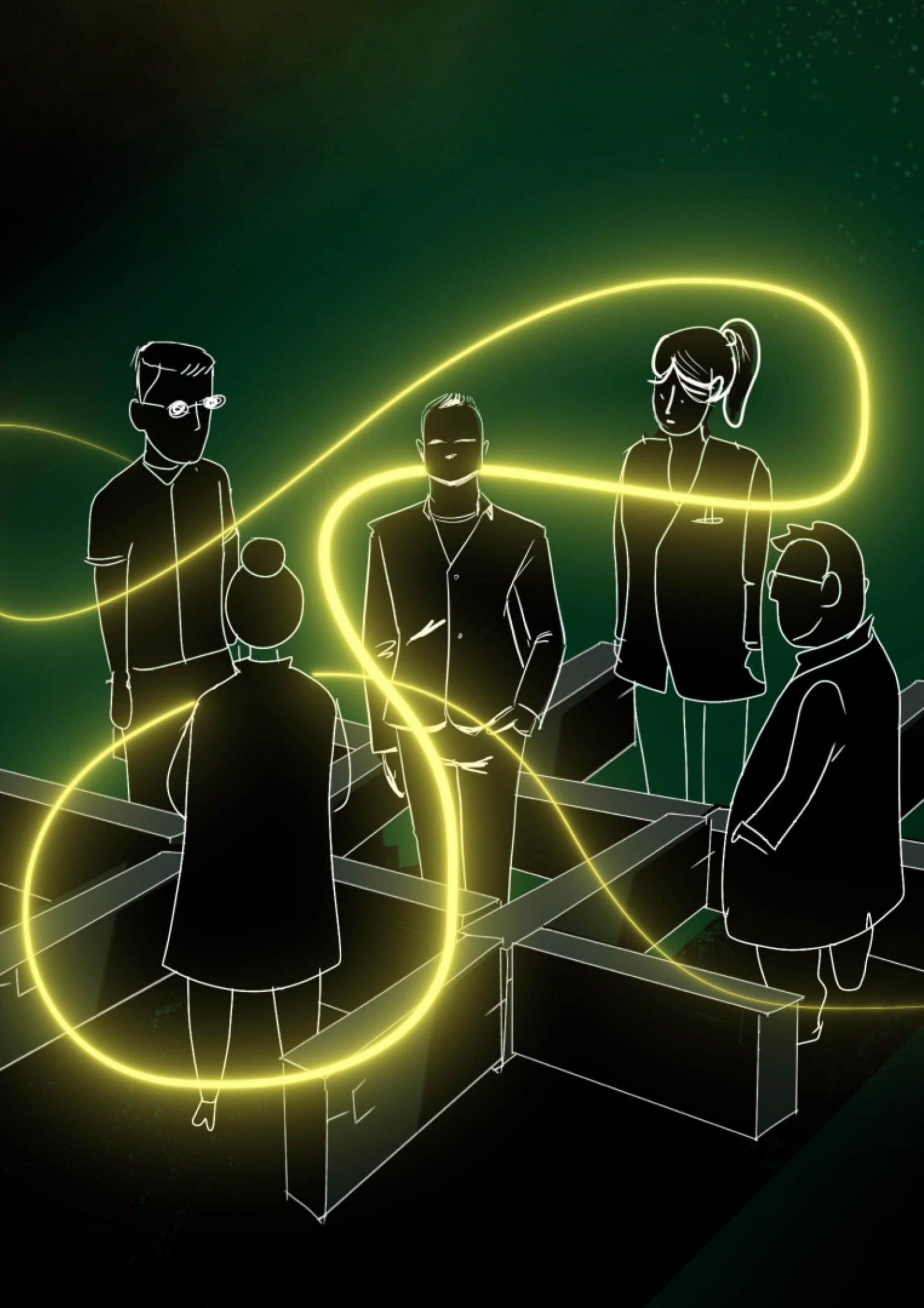
Wat dit onderzoek voor mij zo waardevol maakte, is dat ik het vraagstuk niet alleen vanuit mijn rol als directeur van de NIV benaderde, maar juist met een bredere, onderzoekende blik. Het dwong mij om ook andere perspectieven in te nemen: die van het collectief, die van de individuele internist, en die van de wetenschap. Vanuit een bestuurlijke en beleidsmatige bril kun je de koers uitdenken, maar onderzoek helpt om scherp te krijgen welke aannames daarin besloten liggen en welke realiteiten zich in de praktijk voordoen. Juist in dit onderzoek werd zichtbaar hoe relevant het subspecialisme is in de vorming van professionele identiteit. Dat inzicht is onmisbaar in het gesprek over verandering. Daarmee helpt onderzoek voor mij om de vertaalslag naar de praktijk beter en scherper te maken.

Ik heb gedurende dit traject soms geworsteld met de dubbele positie die ik innam; die van onderzoeker én die van directeur van de beroepsvereniging. De balans tussen professionele afstand en onvermijdelijke nabijheid vroeg om voortdurende afstemming. Tegelijkertijd bood het ook voordelen: het maakte het makkelijker om vragen te stellen, om door te vragen, en om echt het gesprek aan te gaan. De combinatie van literatuurstudie, focusgroep en grootschalige survey bood mij de mogelijkheid om te schakelen tussen analyse en intuïtie, tussen cijfers en verhalen.

Wat ik zo mooi vond was de bereidheid van internisten en aios om mee te denken en inzichten te delen. Dat bevestigde dat het onderwerp leeft binnen de beroepsgroep. In een tijd waarin het zorglandschap voortdurend verandert, groeit de behoefte om niet alleen te reageren, maar ook richting te geven. Daarbij valt op hoe internisten reflecteren op hun eigen rol. Bijvoorbeeld in gesprekken over het overdragen van handelingen aan collega internisten met een ander subspecialisme. Eén van de deelnemers zei daarover: “Het voelt alsof ik iets in de uitverkoop zet.” Maar juist die uitspraak voelde voor mij zowel vanuit een directie-rol als vanuit de rol van onderzoeker als een kantelpunt. Het bleek geen verlies, maar een uitnodiging tot verbinding. Een erkenning dat we samen verantwoordelijk zijn en dat juist daarin een enorme kracht schuilt.

Het was soms ook lastig om de veelheid aan data te ordenen en te interpreteren zonder te snel conclusies te trekken. Ik heb mezelf actief moeten aanleren om echt de tijd te nemen, om te vertragen, om niet over dingen heen te stappen en weer snel door te gaan. Daarin heb ik gedurende het gehele traject continue heel bewust mezelf moeten uitdagen om bij de kern te blijven.

Ik kijk terug op een leerzaam en waardevol thesis-traject. Het heeft niet alleen inzichten opgeleverd, maar ook een bredere basis om verder te bouwen aan beleid dat recht doet aan de praktijk en aan de verbinding met de mensen die het vak van internist elke dag vormgeven.



6 Literatuurlijst

Abbott, A. (1988). The System of Professions: An Essay on the Division of Expert Labor. The University of Chicago Press.

Adviesrapport Opleiden FMS. (2023). Opleidingenstructuur medisch-specialistische vervolgopleidingen. www.medischevervolgopleidingen.nl

Ashforth, B. E. (2001). Role transitions in organizational life: An identity-based perspective. https://psycnet.apa.org/record/2000-16265-000

Berghout, M. A., Oldenhof, L., van der Scheer, W. K., & Hilders, C. G. J. M. (2020). From context to contexting: professional identity un/doing in a medical leadership development programme. Sociology of Health & Illness, 42(2), 359–378. https://doi.org/10.1111/1467-9566.13007

Bloom, T. J. (2022). COMMENTARY Understanding Professionalism's Interplay Between the Profession's Identity and One's Professional Identity. https://doi.org/10.1016/S1086-5802

Cassel, C. K., & Reuben, D. B. (2011). Specialization, subspecialization, and subsubspecialization in internal medicine. The New England Journal of Medicine, 364(12), 1169–1173. https://doi.org/10.1056/NEJMSB1012647

CGS. (2023). Houtskoolschets voor het medisch specialismenlandschap 2035. College Geneeskundige Specialismen. https://www.knmg.nl/download/houtskoolschets-van-het-specialismenlandschap-2035

Cornelissen, J. P. (2012). Sensemaking under pressure: The influence of professional roles and social accountability on the creation of sense. Organization Science, 23(1), 118–137. https://doi.org/10.1287/ORSC.1100.0640

Cornett, M., Palermo, C., & Ash, S. (2022). Professional identity research in the health professions—a scoping review. Advances in Health Sciences Education, 28(2), 589. https://doi.org/10.1007/S10459-022-10171-1

Covarrubias, R. (2024). What does it mean to belong? An interdisciplinary integration of theory and research on belonging. Social and Personality Psychology Compass, 18(1). https://doi.org/10.1111/SPC3.12858

Findyartini, A., Greviana, N., Felaza, E., Faruqi, M., Zahratul Afifah, T., & Auliya Firdausy, M. (2022). Professional identity formation of medical students: A mixed-methods study in a hierarchical and collectivist culture. BMC medical education, 22(1). https://doi.org/10.1186/S12909-022-03393-9

Findyartini, A., & Sudarsono, N. C. (2018). Remediating lapses in professionalism among undergraduate pre-clinical medical students in an Asian Institution: a multimodal approach. https://doi.org/10.1186/s12909-018-1206-2

Goldie, J. (2012a). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. Medical Teacher, 34(9). https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687476

Goldie, J. (2012b). The formation of professional identity in medical students: Considerations for educators. Medical Teacher, 34(9). https://doi.org/10.3109/0142159X.2012.687476

Harrison, C., Fortin, M., van den Akker, M., Mair, F., Calderon-Larranaga, A., Boland, F., Wallace, E., Jani, B., & Smith, S. (2021). Comorbidity versus multimorbidity: Why it matters. Journal of Multimorbidity and Comorbidity, 11, 263355652199399. https://doi.org/10.1177/2633556521993993

Irby, D. M., & Hamstra, S. J. (2016). Parting the Clouds: Three Professionalism Frameworks in Medical Education. Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges, 91(12), 1606–1611. https://doi.org/10.1097/ACM.0000000000001190

Iserson, K. V. (2019). Talking About Professionalism Through the Lens of Professional Identity. AEM Education and Training, 3(1), 105–112. https://doi.org/10.1002/AET2.10307

Jambroes, M., Van Veenendaal, N., & Damoiseaux, R. A. M. J. (z.d.). Op naar een nieuw specialismenlandschap.

Johnson, M., Cowin, L. S., Wilson, I., & Young, H. (2012). Professional identity and nursing: contemporary theoretical developments and future research challenges. International Nursing Review, 59(4), 562–569. https://doi.org/10.1111/J.1466-7657.2012.01013.X

Koh, E. Y. H., Koh, K. K., Renganathan, Y., & Krishna, L. (2023). Role modelling in professional identity formation: a systematic scoping review. BMC Medical Education, 23(1), 194. https://doi.org/10.1186/S12909-023-04144-0

Levi, M. (z.d.). De generalist in de moderne specialistische geneeskunde UITSTERVEND RAS OF ONMISBAAR? Geraadpleegd 27 december 2024, van www.ntvg.nl/opinie

M. Verhoeff, H.J. van der Zaag, & B.C. van Munster. (2018). Secondary care experiences of patients with multiple chronic conditions.

Ministerie van Financien. (2024). Miljoenennota | Ministerie van Financiën - Rijksoverheid. https://www.rijksfinancien.nl/miljoenennota/2024

Monrouxe, L. V. (2009). Negotiating professional identities: dominant and contesting narratives in Negotiating professional identities: dominant and contesting narratives in medical students' longitudinal audio diaries medical students' longitudinal audio diaries. https://ro.uow.edu.au/currentnarrativeshttps://ro.uow.edu.au/currentnarratives/vol1/iss1/5

Noordegraaf, M. (2011). Risky Business: How Professionals and Professional Fields (Must) Deal with Organizational Issues. Organization Studies, 32(10), 1349–1371. https://doi.org/10.1177/0170840611416748

Noordegraaf, M. (2016). Reconfiguring Professional Work. Administration & Society, 48(7), 783–810. https://doi.org/10.1177/0095399713509242

Oostrom, S. H., Van, H. S. J., Gelder, B. M., Van, L. C., & Hoeymans, N. (2011). Multimorbiditeit en comorbiditeit in de Nederlandse bevolking: gegevens van huisartsenpraktijken. http://www.ntvg.nl/publicatie/Multimorbiditeit-en-comorbiditeit-de-

Orsmond, P., McMillan, H., & Zvauya, R. (2022). It's how we practice that matters: professional identity formation and legitimate peripheral participation in medical students: a qualitative study. BMC Medical Education, 22(1). https://doi.org/10.1186/s12909-022-03107-1

Pearson-Stuttard, J., Ezzati, M., & Gregg, E. W. (2019). MultimorbidityÃ¢â‚¬â€?a defining challenge for health systems. The Lancet Public Health, 4, e599–e600. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30222-1

Prior, A., Vestergaard, C. H., Vedsted, P., Smith, S. M., Rasmussen, L. A., & Fenger-Grøn, M. (2023). Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. https://doi.org/10.1186/s12916-023-03021-3

Ruijter, U. (2025). EUR Research Information Portal Toward better coordination of care for high-need high-cost patients.

Shotter, J. (1993). Discourse and Lifespan Development. 5–27.

Stange, K. C. (2009). AN INTERACTIVE SERIES THE PROBLEM OF FRAGMENTATION The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. ANNALS OF FAMILY MEDICINE ✦ WWW.ANNFAMMED.ORG ✦, 7(2), 100–103. https://doi.org/10.1370/afm.971

Thomas Plochg, J. F. E. M. K. en M. M. L. (2012). De 'multimorbiditeitsdokter' heeft de toekomst.

Toh, R. Q. E., Koh, K. K., Lua, J. K., Wong, R. S. M., Quah, E. L. Y., Panda, A., Ho, C. Y., Lim, N. A., Ong, Y. T., Chua, K. Z. Y., Ng, V. W. W., Wong, S. L. C. H., Yeo, L. Y. X., See, S. Y., Teo, J. J. Y., Renganathan, Y., Chin, A. M. C., & Krishna, L. K. R. (2022). The role of mentoring, supervision, coaching, teaching and instruction on professional identity formation: a systematic scoping review. BMC medical education, 22(1). https://doi.org/10.1186/S12909-022-03589-Z

Verhoeff, M. (2023). Towards coordination and tailoring of hospital care for patients with multimorbidity.

Weick, K. E. (1995). Sensemaking in Organizations. 533–552.

https://doi.org/10.1515/9780691229270-022

Weick, K. E., Sutcliffe, K. M., & Obstfeld, D. (2005). Organizing and the Process of Sensemaking. Organization Science, 16(4), 409. https://doi.org/10.1287/orsc.1050.0133

Weil, L. (2024). Hospital care organization for patients with multimorbidity - An analysis of a wicked problem [University of Groningen]. https://doi.org/10.33612/diss.1072033119

Wenger, E. (1998). Communities of Practice: Learning, Meaning, and Identity. https://books.google.nl/books?hl=nl&lr=&id=heBZpgYUKdAC&oi=fnd&pg=PP15&dq=%E2%80%A2%09Wenger,+E.+(1998).+Communities+of+Practice:+Learning,+Meaning,+and+Identity.+Cambridge+University+Press.%5D&ots=khnf3tgv_j&sig=ZvNDwJ5_i2kRpotWNOJgaOf9uWA&redir_esc=y#v=onepage&q=%E2%80%A2%09Wenger%2C%20E.%20(1998).%20Communities%20of%20Practice%3A%20Learning%2C%20Meaning%2C%20and%20Identity.%20Cambridge%20University%20Press.%5D&f=false

WRR. (2021). Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid - Kiezen voor houdbare zorg.

Xu, X., Mishra, G. D., & Jones, M. (2017). Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. Ageing Research Reviews, 37, 53–68. https://doi.org/10.1016/J.ARR.2017.05.003

7 Bijlagen

7.1 Survey – vragenlijst

A. Achtergrondinformatie

1. Ik ben:

- Non-binair
- Vrouw
- Man

2. Leeftijdscategorie

- <35 jaar
- 35-45 jaar
- 45-55 jaar
- >55 jaar

3. Wat is jouw functie?

- Internist (naar vraag 4)
- AIOS interne geneeskunde (naar vraag 5)

4. Hoeveel jaar ervaring heb je als internist? (naar vraag 6)

- 0-5 jaar
- 6-10 jaar
- 11-20 jaar
- Meer dan 20 jaar

5. In welk jaar van de opleiding zit je nu (naar vraag 8)?

- Jaar 1 – 2
- Jaar 3 – 4
- Jaar 5 – 6

6. In welk type ziekenhuis werk je voornamelijk?

- Universitair Medisch Centrum
- Groot perifeer ziekenhuis
- Klein perifeer ziekenhuis
- Zelfstandig behandelcentrum
- Anders, namelijk <open veld>

7. **Binnen welk subspecialisatie binnen de interne geneeskunde ben je geregistreerd?**

    - Alle 13 als keuzemogelijkheid opnemen(let op; ook meervoudig profiel meenemen)

B. Professionele identiteit van internisten

8. **In welke mate herken je jezelf in de volgende stellingen? (Schaal: 1 = Helemaal niet mee eens, 5 = Helemaal mee eens)**

    - Ik beschouw mezelf als een breed opgeleide internist.
    - Toen ik begon aan mijn opleiding tot internist, wist ik al welke differentiatie ik zou kiezen.
    - Mijn werk wordt primair bepaald door mijn subspecialisatie.
    - Brede internistische kennis en inzetbaarheid wordt minder gewaardeerd dan superspecialistische kennis.
    - Mijn professionele identiteit wordt beïnvloed door de organisatie en werkafspraken binnen het eigen ziekenhuis.
    - Ik heb voldoende autonomie en regelruimte om mijn rol als internist naar eigen inzicht vorm te geven.
    - Mijn professionele identiteit wordt beïnvloed door de visie van de beroepsvereniging (NIV).
    - Mijn professionele identiteit wordt beïnvloed door de visie van de deelspecialistische beroepsvereniging.

9. **Welke van de onderstaande waarden vind jij het meest typerend voor jouw professionele identiteit als internist? (Meerdere antwoorden mogelijk, kies er maximaal vijf)**

    - Effectiviteit
    - Communicatie
    - Probleemoplossend vermogen
    - Holistisch denken
    - Regievoering
    - Interdisciplinaire verbinding
    - Toekomstgerichtheid
    - Samenwerking
    - Deskundigheid
    - Autonomie
    - Betrokkenheid
    - Leiderschap
    - Empathie
    - Patiëntgerichtheid
    - Besluitvaardigheid

- Wetenschappelijke onderbouwing
- Flexibiliteit

10. In welke mate waren de volgende factoren van invloed op jouw keuze voor interne geneeskunde? (Schaal: 1 = Niet van invloed, 5 = Zeer veel invloed)

- De breedte en veelzijdigheid van het vak
- De mogelijkheid om te differentiëren in een subspecialisme
- De complexiteit van internistische ziektebeelden
- De integrale benadering van de patiënt
- Inspirerende rolmodellen binnen de interne geneeskunde
- Wetenschappelijke mogelijkheden binnen het vakgebied

11. Indien een inspirerend rolmodel van invloed was, was dit meer een generalist of meer een subspecialist? (geen verplichte vraag)

- Generalist
- Subspecialist

12. Het contact met patiënten en de maatschappelijke rol van het arts-zijn staan centraal in het vak als internist. Welke andere aspecten van jouw vak als internist vind je daarnaast het mooiste? (ranking)

- De complexiteit van ziektebeelden
- Het verdiepen in een specifiek subspecialisme
- Het doen van onderzoek
- Het opleiden van toekomstige artsen en specialisten
- De combinatie van generalistische en specialistische zorg
- De combinatie van acute en chronische zorg
- De samenwerking met andere specialismen
- In het ziekenhuis werken

C. Medisch inhoudelijke regievoering en multimorbiditeit

13. Hoe ervaar jij jouw rol in de medisch inhoudelijke regievoering voor patiënten met multimorbiditeit? (Schaal: 1 = Oneens, 3= eens)

- Ik voel me verantwoordelijk voor de medisch inhoudelijke regievoering voor patiënten met multimorbiditeit
- Ik kan de verantwoordelijkheid die ik voel voor regievoering voor patiënten met multimorbiditeit in de praktijk uitvoeren
- Ik vind dat ik een centrale rol in de medische zorgcoördinatie van patiënten met multimorbiditeit zou moeten hebben

14. Wat zijn volgens jou de grootste barrières in de uitvoering en inhoudelijke organisatie van zorg voor patiënten met multimorbiditeit? (Meerkeuze, meerdere antwoorden mogelijk, max 4)

- Fragmentatie van zorg over verschillende specialismen
- Beperkte tijd om patiënten adequaat te behandelen
- Gebrek aan financiële middelen
- Richtlijnen en protocollen
- Gebrek aan fysieke middelen (zoals kantoorruimte, polikliniekplekken, ondersteunend personeel)
- Gebrek aan samenwerking en communicatie tussen specialisten
- Gebrek aan nascholing in de breedte van het vak
- Gebrek aan duidelijke organisatievormen en werkafspraken voor multidisciplinaire samenwerking
- Het ontbreken van een geïntegreerde aanpak waarbij meer zorg bij één internist kan plaatsvinden in plaats van verspreid over meerdere specialisten
- Licht toe (Toelichting … (open veld)) (niet verplicht veld)

15. In hoeverre vind jij het jouw verantwoordelijkheid om bij te dragen aan het verminderen van zorgfragmentatie? *(Schaal: 1 = Helemaal niet, 5 = Volledig mijn verantwoordelijkheid)*

16. Hoe beoordeel je de samenwerking tussen internisten onderling in de zorg voor patiënten met multimorbiditeit? (zeer slecht tot zeer goed)

17. Wat zou volgens jou verbeterd kunnen worden in de samenwerking tussen internisten onderling bij multimorbiditeit? (open veld)

D. Generalisme vs. Subspecialisatie

20. Hoe ervaar jij de balans tussen generalisme en subspecialisatie in jouw dagelijkse werk? (Schaal: 1 = Volledig gericht op subspecialisatie, 5 = Volledig gericht op generalistisch internistische inzet)

20a. Hoe zou jouw ideale balans tussen generalisme en subspecialisatie eruitzien? *(Schaal: 1 = Volledig gericht op subspecialisatie, 5 = Volledig gericht op generalistisch internistische inzet)*

20b. Vind jij dat brede basiskennis van de interne geneeskunde een vereiste is om patiënten met multimorbiditeit te kunnen behandelen?

- Ja
- Nee
- Toelichting (open veld, niet verplicht)

21. In hoeverre ervaar jij spanning tussen enerzijds behoud van brede basiskennis

(generalistische kijk) en ruimte voor voldoende subspecialisatie in de manier waarop jij je werk als internist zou willen inrichten? Schaal: 1 = Geen spanning, 5 = Zeer veel spanning, toelichting in open veld)

22. Welke oplossingen zie jij om een (nog) betere balans te vinden tussen generalisme en subspecialisatie? (open veld)

E. De veranderende waarde van kennis

23. Hoe belangrijk vind jij diepgaande subspecialistische kennis voor jouw professionele identiteit? (Schaal: 1 = Niet belangrijk, 5 = Zeer belangrijk)

24. In hoeverre vind jij dat de waarde van medische kennis verandert door digitalisering en AI? (Schaal: 1 = Helemaal niet, 5 = Zeer veel)

24a Kun je dit toelichten? (verplicht)

F. Toekomstige Verbeteringen en Ondersteuning

25. Welke kansen zie jij om zorgfragmentatie te verminderen binnen jouw praktijkvoering? *(open veld)*

26. Welke rol zou de beroepsvereniging kunnen innemen hierbij? (*open veld)*

G. Afsluiting

***27.* Zou jij bereid zijn om deel te nemen aan een aanvullend interview over dit onderwerp?** *(ja/nee, optioneel e-mailadres invullen)*

7.2 Programma focusgroepbijeenkomst

13:00 - 13:30 | Inloop met koffie/thee

13:30 - 13:40 | Opening van de middag door onderzoeker. (incl. introductie moderator en beleidsmedewerkers/notulisten)

13:40 - 14:00 | Pitch door onderzoeker

Aanleiding bijeenkomst i.v.m. thesisonderzoek MHBA.

Inleiding onderwerp en toelichting op de probleem- en vraagstelling.

14:00 - 14:45 | Werkvorm 1: opwarmen aan de hand van stellingen en het onderlinge gesprek op basis van de antwoorden

Stellingen:

1. Maximaal één internist per patiënt is een voorwaarde voor kwaliteit van zorg
2. Overlap in zorg door/tussen verschillende differentiaties is noodzakelijk om de zorg toegankelijk te houden.
3. Subspecialisatie is de kern van mijn vakmanschap.
4. De brede basis is alleen nodig voor perifere internisten.

14:45 - 15:00 | Pauze

15:00 - 16:30 | Werkvorm 2 – Wat ligt aan de essentie van je professionele identiteit. Welke aandachtspunten zijn er?

In vier subgroepen uiteen. Bij de verdeling is rekening gehouden met een groep aios, groep opleiders, groep academisch gevestigd en een groep perifeer gevestigd.

Per groep werd het gesprek gevoerd op basis van de volgende thema's:

1. Professionele identiteit: wie is de internist anno nu?
2. Grenswerk en rolgrenzen tussen differentiaties
3. Waar voel je thuis? (belonging)
4. De internist als T-shaped professional en je rol in een gefragmenteerd systeem (sensemaking)
5. Positionering en legitimiteit in het ziekenhuislandschap?

16:30 - 17:15 | Werkvorm 3 – Wat kan een ander ook?

Met elkaar twee ronde doen welke zaken binnen de eigen differentiatie ook door collega-internisten uit andere differentiaties uitgevoerd kunnen worden.

- Ronde 1; iedereen gaat langs een flipover van een differentiatie om daar zaken op te benoemen. Je mag in deze rond niet reflecteren op wat een collega heeft opgeschreven.
- Ronde 2: iedereen loopt langs de flipovers en beoordeelt de lijst en geeft een reflectie op de weergegeven zaken. Er mogen geen nieuwe dingen bij worden gevoegd.

17:15 – 18:00 | Afsluiting

Welke vragen en onderwerpen dienen in een vervolg survey, die breder wordt uitgezet onder internisten en aios, meegenomen te worden?

(briefjes uitdelen; per persoon in laten vullen. Input delen en vervolgens met de groep thematisch clusteren en een prioriteringsselectie maken.)