

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 2
JAARGANG 10
JUNI 2019

Magazine voor de internist

Willem Jan Bos & Jan Baars

“Ga aan de slag met waardegedreven zorg”

PROMS

Praktische toepassing in de spreekkamer

Glazen plafond

De positie van vrouwen in de politiek én het medische circuit

Spoedzorg

Het domein van de internist

Historie

Het Concilium Interne Geneeskunde bestaat 60 jaar



INTERVIEW 6

De NIV wil al haar deelspecialistische verenigingen inspireren en faciliteren om aan de slag te gaan met waardegedreven zorg. Jan Baars, internist-hematoloog in het Flevoziekenhuis in Almere en bestuurslid kwaliteit van de NIV en prof. Willem Jan Bos, internist-nefroloog in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein, geven hun visie op dit onderwerp



PROMS

Internist-hematoloog dr. Lidwine Tick maakt in het Maxima Medisch Centrum gebruik van PROMS voor waardegedreven zorg

10



Videobellen

Sjoerd van Thiel is als lid van de MSB-commissie ICT op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en vertelt over zijn ervaringen

12



Glazen plafond

De positie van vrouwen in de politiek én het medische circuit

16

Leading the change - DIALOGICA

14

Opinie

Het domein van de internist

20

Verslag European school of internal medicine in Lapland

22

Vluchtelingen in Nederland: een kwetsbare groep

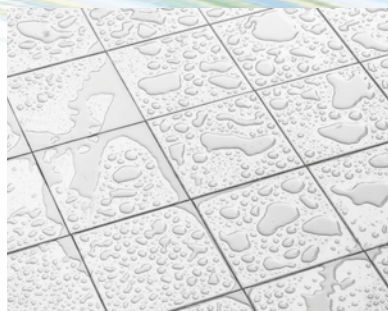
24

In the spotlight

29

RUBRIEKEN

- Cartoon** 22
- Historie** 26
Het Concilium Interne Geneeskunde bestaat 60 jaar
- De knuppel in het internistenhok** 31
Gedachtegoed en beeldvorming
- De medicus in de literatuur** 32
Belcampo, Zwervend naar de geneeskunde
- Column Yvo Smulders** 34
Goed misbruik



18th

European Congress of INTERNAL MEDICINE



EFIM
www.efim.org

29-31 August, 2019

Lisbon Congress Centre, Portugal

President of ECIM 2019: Luís Campos, Lisbon, Portugal

EFIM President: Nicola Montano, Milan, Italy

Join us
in Lisbon!

Design: Ad Médic



Innovation in Health Care:
New Opportunities for Internal Medicine

www.efim.org/ecim2019

EFIM Executive Committee

Nicola Montano | President, Italy
Dror Dicker | President Elect, Israel
Runólfur Pálsson | Immediate Past President, Iceland
Xavier Corbella | Secretary General, Spain
Valentin Kokorin | Treasurer, Russian Federation
Daniel Sereni | FDMIE President, France
Ieva Ruza | Young Internists Chair, Latvia
Reinold Gans | President UEMS section of Internal Medicine, The Netherlands

Local Organising Committee

Luís Campos, Portugal
João Araújo Correia, Portugal
Armando Carvalho, Portugal
Vasco Barreto, Portugal
Lêlita Santos, Portugal
António Oliveira e Silva, Portugal
Luís Duarte Costa, Portugal
Faustino Ferreira, Portugal
João Sá, Portugal
António José Novais, Portugal
Teresa Mesquita, Portugal
Ana Lynce, Portugal

Organization



Congress Secretariat

admedic⁺

CONGRESS, MEETING
& EVENT MANAGEMENT

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 | 1000-027 Lisboa
T: +351 21 842 97 10
ana.pais@admedic.pt
www.admedic.pt

Official Travel Agency

admedic⁺
Tours

Calçada de Arroios, 16 C, Sala 3 | 1000-027 Lisboa
+351 21 841 89 50
paula.gomes@admedictours.pt
www.admedictours.pt
RNAVT 2526

Program

Registration at
www.admedic.pt





Werkcultuur

Niet zo lang geleden liep ik in Tokio op een van de drukste metrostations. De metro die net was gestopt braakte een golf mannen uit, die allemaal gekleed gingen in een zwart pak met wit overhemd, het uniform van de “salariman”. Het bestaan van deze kantoorklerken kenmerkt zich door hoge werkdruk, lange werkdagen en extreme loyaliteit aan het bedrijf waar ze, meestal levenslang, in dienst zijn. Regelmatig komt het voor dat deze werknemers plots overlijden, niet langer bestand tegen de hoge druk die hun werk hen oplegt. In Japan is daar zelfs een term voor, “karoshi”, letterlijk “dood door overwerk”. De horde ontwijkend op het station telde ik de zegeningen van onze werkcultuur. Hoewel? Ook in ons vak is de werkdruk hoog, maken we lange dagen en hebben we helaas vaak te maken met druk van “boven”, hetzij van onze werkgever, hetzij van de overheid. Toch ben ik niet bang dat het in Nederland zo’n vaart zal lopen, omdat onze mentaliteit toch meer past bij een gezonde werk/privébalans.

In het meer nabije buitenland, namelijk het Verenigd Koninkrijk, staat het onderwerp werkdruk sinds enige tijd hoog op de agenda. Geplaagd door hoge uitstroom, naderende Brexit en onvoldoende interesse brokkelt het artsenvak daar af. Andrew Goddard, de voorzitter van de Royal College of Physicians, reist door het hele land om zijn boodschap “Keeping medicine brilliant” uit te dragen: wij kunnen alleen plezier in ons werk hebben als we voldoende autonomie, competentie (het beheersen van bepaalde vaardigheden) en verbondenheid (het ergens bij horen) ervaren. Deze kenmerken uit de zelfdeterminatietheorie houden ons intrinsiek gemotiveerd om het zware werk te kunnen volhouden. In een lezenswaardig interview op pagina 18 en 19 geven Nel Geelhoed-Duijvestein en Johanneke Portielje aan welke extra hordes nog eens gelden voor vrouwelijke internisten. Gelukkig hebben zij geen glazen plafond ervaren. Hun tips voor een gelukkige internistencarrière zijn echter zeer relevant, of je nu Heidi of Howard heet (zie het interview met Julia Wouters op pagina 16).

Ik wens u de komende maanden in ieder geval weer veel werk- (en vakantie)plezier toe.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
10e jaargang, nummer 2, juni 2019

Redactie

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

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2019
Website NIV: www.internisten.nl

“Ga aan de slag met waardegedreven zorg”

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG & DIRK HUCKRIEDE

De NIV wil al haar deelspecialistische verenigingen inspireren en faciliteren om aan de slag te gaan met value based healthcare, oftewel waardegedreven zorg. “Ga daarmee experimenteren en leer ervan.” Dat zegt Jan Baars, internist-hematoloog in het Flevoziekenhuis in Almere en bestuurslid kwaliteit van de NIV. Hij trekt hierin op met onder anderen prof. Willem Jan Bos, internist-nefroloog in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Sinds juli 2018 is Bos ook bijzonder hoogleraar Nierziekten bij het LUMC. Hij bekleedt de nieuwe parttime leerstoel Nefrologie: uitkomsten van zorg en gaat waardegedreven zorg ontwikkelen.

Het idee van waardegedreven zorg is gepostuleerd door de Amerikaanse ‘managementgoeroe’ en econoom Michael Porter. In 2006 schreef hij er samen met prof. Elizabeth Teisberg (Dell Medical School) een boek over. Volgens hen moet zorg worden geleverd op basis van de ‘waarde voor de patiënt’. “Het Amerikaanse systeem is ontzettend duur. Tegelijk missen steeds meer mensen daar de essentiële zorg”, legt Baars uit. “Porter deed met het boek een voorzet voor een meer betaalbaar systeem. Volgens hem moet de zorg niet gedreven zijn door output, zoals aantallen patiënten die een zorgverlener heeft gezien of het aantal behandelingen dat een arts heeft gedaan, maar meer gericht

zijn op gezondheidswinst en kwaliteit van leven. Kan de patiënt blijven leven zoals hij of zij wil? Dat ligt voor iedere patiënt anders.”

Integrale visie

Porter stelde voor om gezondheid integraal te benaderen en de waarde voor de patiënt te gaan meten. Gezondheidszorg zou moeten worden gefinancierd op uitkomsten in plaats van aantallen. En ook transmuraal zou de waarde voor de patiënt in het oog moeten worden gehouden. Dat laatste vraagt een integrale visie op de zorg, dus ook als de patiënt weer teruggaat naar de huisarts. “Porter keert de traditionele gedachtegang om”, verklaart

Baars. “Uitgangspunt is nu vaak het geld: er is x dollar voor een zorgproduct, en dat moet steeds goedkoper. Porter wil meer zorgwaarde voor hetzelfde geld.”

De NIV sluit zich hier bij aan. Maar voor internisten is het nog niet eenvoudig om zorguitkomsten te meten. Baars: “Wij leveren vaak trajectzorg. Patiënten worden ouder en hebben multimorbiditeit. Dat vraagt regie van de zorg. Meestal gebeurt dat door een internist. Maar hoe en waar ligt de waarde voor de patiënt, en hoe toon je dat aan? Binnen de chirurgie zijn harde parameters mogelijk, bijvoorbeeld naadlekkage binnen een maand of recidiefpercentage na een jaar. Maar hoe meet je beleefde kwaliteit van leven buiten het ziekenhuis? Dat is een lastige opgave. Maar in de visie van de NIV is het wel een transitie die de zorg de komende jaren gaat doormaken.”

Krachtig instrument

Bos houdt zich al enige tijd bezig met de vraag wat de waarde van de zorg is voor de patiënt. Zowel in



WAT MERKT DE PATIËNT?

Kwaliteitsverbetering is voor de patiënt niet altijd meteen zichtbaar. Toch kunnen zij wel degelijk iets gaan merken van waardegedreven zorg in hun ziekenhuis. Bijvoorbeeld een betere organisatie van de multidisciplinaire zorg, meer aandacht voor de persoonlijke klachten via onder meer vragenlijsten, en meer keuzemomenten en ondersteuning in de behandeling. Willem Jan Bos noemt het Erasmus MC als ziekenhuis dat al ver is met het inrichten van zogeheten integrated practice units, oftewel zorg rond bepaalde thema's. "Ook Leiden is ermee bezig, en in Santeon-verband lopen projecten om uitkomsten samen te vergelijken. En binnen de nefrologie heeft de Federatie recent besloten om bij visitatie de HKZ-certificering los te laten en meer te kijken naar resultaten van zorg en hoe we daarmee kunnen omgaan. Maar ook individuele behandelaars kunnen met waardegedreven zorg aan de slag. De eerste stap kan zijn om kritisch te kijken naar je eigen handelen en je eigen organisatie. Dat motiveert, want je bent heel direct bezig met de kwaliteit van jouw eigen patiëntenzorg. Dat is heel wat anders dan een regelmatig patiënttevredenheidsonderzoek."

“Gezondheidszorg zou moeten worden gefinancierd op uitkomsten in plaats van aantallen”

Nieuwegein als in Leiden neemt hij deel aan de commissie voor waardegedreven zorg. Ook zijn recente

oratie, op 15 maart 2019 in Leiden, ging over dit onderwerp. Zijn boodschap was dat waardegedreven zorg



Jan Baars

geen bureaucratisch geheel is, maar een krachtig instrument om de kwaliteit van de zorg voor de patiënt te verhogen. Landelijk is hij een van de twee voorzitters van het Linnean Initiatief (zie kader). Hij heeft de afgelopen jaren onderzoek gedaan naar de toegevoegde waarde van dialyse of juist niet-dialyseren voor de oudere nierpatiënt. Het bleek dat bij patiënten van 80 jaar en ouder het voordeel van dialyseren op de levensverwachting sterk afneemt. Hoewel nog niet te voorspellen is wie wel of niet baat zal hebben bij dialyse, kan dit gegeven worden meegenomen in het gesprek met de patiënt. Ook binnen de Nederlandse Federatie voor Nefrologie speelt de vraag naar de waarde voor de patiënt en wat behandelaars daaraan bijdragen. Enkele jaren geleden is de al langer bestaande kwaliteitsregistratie voor de nefrologie heringericht in Nefrovisie. "Daarin komt het thema overal terug", vertelt Bos. "Ook met het Linnean Initiatief willen we het gebruik van dit gedachtegoed versnellen en barrières wegnemen."

Een mogelijke aanpak is volgens Bos om multidisciplinaire zorg rond de patiënt te organiseren, steeds te meten wat de resultaten zijn en die uitkomsten met elkaar te delen. "Dit gebeurt al in academische ziekenhuizen en enkele zbc's, bijvoorbeeld op het gebied van diabetes of mammacarcinoom. Een mooi voorbeeld in Leiden is de manier waarop de zorg rond hypofyseadenomen is georganiseerd."

Een andere aanpak is om in een ziekenhuis eerst de resultaten van behandelingen te beoordelen op indicatoren zoals overleving, complicaties, kwaliteit van leven en kosten. Zo kunnen ziekenhuizen met elkaar worden vergeleken. Dit gebeurt momenteel in Santeonverband. "Zo vind je verschillen en verbeterpunten. Inmiddels zijn de eerste verbeteringen gerealiseerd in de zorg rond borstkanker, heupartrose en CVA. Het is goed om je eigen handelen te vergelijken met dat van anderen. Dan zie je ineens dingen in je eigen praktijk die je voorheen nooit zag."



Willem Jan Bos

Scepsis

Bos en Baars realiseren zich dat er ook scepsis bestaat over waardegedreven zorg. De kritiek is dat het slechts een hype is, dat iedereen er zelf invulling aan geeft, of dat de zorg altijd al rond de patiënt wordt georganiseerd. Maar Bos vindt dat er nog veel te winnen valt in de zorg: “Wat betreft uitkomsten zijn we met ons allen nog erg gericht op overleving. Maar kijk bijvoorbeeld naar prostaatchirurgie. Daarbij is de overleving bij alle patiënten ongeveer even hoog, maar zijn er tussen centra veel verschillen in bijvoorbeeld

incontinentie of impotentie na een behandeling. Dat zijn heel relevante uitkomstmaten die in hoge mate de kwaliteit van leven bepalen. Je kunt dat soort gegevens voorafgaand aan het spreekuur met vragenlijsten peilen bij de patiënt, zodat je je kunt richten op aspecten waar de patiënt het meest last van heeft.”

Ook de angst voor registratielast speelt mee in de kritiek op waardegedreven zorg. Daarom moeten handelingen en uitkomsten volgens Bos met beperkte meetsets worden gemeten. “Bij voorkeur alleen met automatisch afleidbare

maten. Daarvoor is wel een uniforme manier van registreren nodig. Dat vraagt wel iets van behandelaars en ICT-mensen. Maar het is volgens mij de enige manier om te weten te komen wat we doen, zonder extra registratielast.”

Bundeling van thema's

Waardegedreven zorg is een bundeling van verschillende thema's in de zorg waar alle behandelaars mee aan de slag moeten: samen beslissen, het meten van uitkomsten, transparantie, feedback geven op elkaars handelen, vermijden van zinloze zorg, trajecten voor kwaliteitsverbetering en wetenschappelijke evaluatie van de resultaten. Bos: “Het zijn feitelijk bestaande ingrediënten, waarmee we veel verbetering kunnen bereiken. Benchmarking is een belangrijk onderdeel: vergelijken op het niveau van patiënten, behandelaars en ziekenhuizen. Patiënten willen in de spreekkamer graag weten hoe zij het doen ten opzichte van andere, vergelijkbare patiënten: zitten zij onder of boven het gemiddelde? En artsen en ziekenhuizen kunnen onderling aspecten vergelijken en nagaan waar het beter kan.”

De ambitie van de NIV is om deelspecialismen te motiveren om deze kant op te gaan, en uit te leggen waarom dat nodig is. De nefrologie is er al mee bezig, de diabeteszorg begint ermee en op deelgebieden ook de hematologie. “Het is wel een enorm karwei om een kwaliteitsregistratie op te zetten”, zegt Baars. “Als NIV kunnen we proberen om gezamenlijk ergens aan te sluiten, bijvoorbeeld bij DICA of een vergelijkbare organisatie. Maar initiatieven kunnen klein beginnen. Door goede, en misschien ook wel onconventionele voorbeelden te laten zien hopen we dat anderen hierin meegaan. De zorg zal in de toekomst niet meer draaien om de vraag hoeveel je als behandelaar produceert voor je ziekenhuis, maar hoeveel waarde je creëert voor je patiënt. Dat is de omslag die zal gaan plaatsvinden.” ■

LINNEAN INITIATIEF

Het Linnean Initiatief is een Nederlands samenwerkingsverband dat de ontwikkeling naar meer uitkomstgerichte zorg wil versnellen. De leden zijn zorgverleners en vertegenwoordigers van patiënten-, beroeps- en overheidsorganisaties. Zij kwamen in 2017 bij elkaar in Washington, tijdens een congres van ICHOM (het internationale consortium voor uitkomstmetingen in de zorg, gelieerd aan de Harvard Business School, de Boston Consulting Group en het Zweedse Karolinska Instituut) over het meten en gebruiken van uitkomstinformatie. Bij een aansluitende bijeenkomst op de Nederlandse ambassade deelden de toen aanwezigen het gevoel van urgentie om uitkomstinformatie versneld beschikbaar te maken. Zo ontstond het Linnean Initiatief, dat is genoemd naar het adres van de ambassade aan Linnean Avenue in Washington. Willem Jan Bos en Arie Franx (hoogleraar verloskunde UMCU) zijn de aanjagers van het Linnean-initiatief.

Máxima Medisch Centrum aan de slag met PROMs

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: CHARLOTTE GRIPS



In de zorg worden steeds meer PROMs gebruikt: door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten. Zo kunnen hemato-oncologische patiënten in het Máxima Medisch Centrum (Eindhoven/Veldhoven) voorafgaand aan hun consult vragen beantwoorden over hun kwaliteit van leven. De antwoorden worden digitaal en grafisch verwerkt in het EPD. Internist-hematoloog dr. Lidwine Tick vertelt: “Ik zie in een oogopslag op welke onderdelen de patiënt goed of slecht scoort. We kunnen dus meteen bespreken wat wel of niet goed gaat. Dat verhoogt de efficiëntie van het consult.”

Tick is al enkele jaren bezig met value based healthcare; zorg op basis van de waarde voor de patiënt. Zij zet het onder meer in bij de zorg voor patiënten met multipel myeloom. Daarbij worden deels de traditionele oncologische uitkomstmaten gebruikt, zoals percentage complete remissie, overleving en aantal complicaties. Daarnaast worden steeds meer PROMs gebruikt: Patient Reported Outcome Measures, ofwel door de patiënt gerapporteerde uitkomstmaten. Daarvoor worden veelal gestandaardiseerde vragenlijsten gebruikt, bijvoorbeeld van de EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). In het Máxima MC worden vragenlijsten uitgezet via het patiëntenportaal, zodat de patiënt ze kan invullen voorafgaand aan het gesprek met de behandelaar. De antwoorden komen rechtstreeks in het EPD: de arts ziet de scores in rode, witte en groene balkjes. Bij een score in rood doet de patiënt het slechter dan gemiddeld, wit is gemiddeld en in groen is de score beter dan gemiddeld. “Ik zie dus meteen wat ik met de patiënt wil bespreken, bijvoorbeeld moeheid, polyneuropathie of depressie”, legt Tick uit. “Ik maak een top 3 en vraag dat ook aan de patiënt. Het is snel duidelijk wat we kunnen bespreken.”

ICHOM

Meetinstrumenten voor uitkomsten van zorg worden internationaal ontwikkeld door het International

Consortium for Health Outcomes Measurement (ICHOM). Dit is ontstaan vanuit de Harvard Business School, de Boston Consulting Group en het Zweedse Karolinska Instituut. Doel is om de gezondheidszorg te verbeteren door uitkomsten bij patiënten gestandaardiseerd te meten en te registreren. Dat gebeurt door samen met patiënten en professionals sets te ontwikkelen die uitkomsten van zorg standaard meten. Er zijn al verschillende ICHOM-sets beschikbaar. “We gebruiken deze voor onder andere mamma-, colon- en prostaatcarcinoom, diabetes en chronisch nierfalen”, vertelt Tick. “Voor multipel myeloom hebben we zelf, naar voorbeeld van ICHOM, een set uitkomstmaten vastgesteld. Dat is een omvangrijk traject waarbij we met alle verschillende betrokken zorgprofessionals, maar vooral met patiënten, hebben geïnventariseerd welke uitkomsten we kunnen meten. Daarna hebben we uitkomsten geselecteerd die het meest van belang zijn voor zowel de zorgprofessional als de patiënt. Deze uitkomstset hebben we gevalideerd met het Erasmus MC, Albert Schweitzer en Amphia. Tegelijkertijd hebben we in ons ziekenhuis geïmplementeerd dat we deze uitkomsten uit het EPD kunnen halen.”

In de oncologie is ook de lastmeter als vragenlijst in gebruik, voor het signaleren van (psychosociale) klachten. Dat gebeurt ook in het Máxima MC, en volgens Tick werkt ook die meting goed. “We willen wel voorkomen dat we verschillende metingen naast elkaar gebruiken. Om de registratielast te beperken hebben we gekozen om uitkomsten te meten volgens de ICHOM-sets. Het lijkt

INTEGRAAL KANKERCENTRUM NEDERLAND (IKNL)

Uitkomsten van zorg worden al gemeten via registers, bijvoorbeeld de Nederlandse Kankerregistratie (NKR). IKNL-datamanagers verzamelen daarvoor gegevens uit EPD's in ziekenhuizen. “Voor bijvoorbeeld multipel myeloom zijn zij daar in ons ziekenhuis ongeveer drie uur per patiënt mee bezig”, laat Tick weten. “Wij krijgen die informatie teruggekoppeld. Dit systeem heeft wel nadelen: het kost veel tijd en wij zien data terug van enkele jaren geleden. Maar IKNL is een belangrijke partner omdat zij al jarenlang ervaring hebben met studies naar kwaliteit van leven. Daardoor kunnen wij met onze uitkomstset de scores op de vragen over kwaliteit van leven afzetten tegen de gemiddelde scores onder de gehele Nederlandse bevolking en onder vergelijkbare patiëntengroepen. IKNL heeft daarvoor de normaalwaarden aangeleverd.”

me verstandig als alle ziekenhuizen gebruikmaken van dezelfde metingen, om zowel nationaal als internationaal en bovendien ziektespecifiek uitkomsten te kunnen vergelijken.”

Sturing per patiënt

Aan de hand van de uitkomsten van de vragenlijsten is het volgens Tick goed mogelijk om het behandelbeleid te sturen op onderdelen van de kwaliteit van leven. Bij bijvoorbeeld neuropathie, wat veel voorkomt bij multipel myeloom, is het mogelijk om tijdens de behandeling de dosering aan te passen of neuropathische pijnstilling toe te voegen. “Iemand met een ‘groene’ score en beperkte klachten, kan toch veel last hebben van die klachten. Bij een beroepsmusicus kan minimale neuropathie grote invloed hebben op het functioneren. Terwijl een andere patiënt meer klachten kan accepteren als ze weinig invloed hebben in het dagelijks leven. De consequenties van de klachten verschillen per patiënt. Daarover gaat het gesprek in de spreekkamer.”

Het is volgens Tick een hele klus geweest om de uitkomsten van de

vragenlijsten rechtstreeks in het EPD te krijgen. Maar dat is wel nodig, want een losstaand portaal wordt minder gebruikt. “Dan verzandt het systeem. Een andere belangrijke voorwaarde is dat de uitkomsten worden besproken met de patiënt. Want anders verdwijnt de bereidwilligheid om vragenlijsten in te vullen.”

Dat laatste heeft Tick gemerkt in haar contacten met patiëntenverenigingen. Patiënten willen niet alleen dat er iets met de uitkomsten van de vragenlijsten wordt gedaan, maar ook dat de vragen aansluiten bij de ziektefase. Bij diagnose spelen immers andere aspecten dan tijdens behandeling of herstel. “Iedere fase vraagt om een aangepaste vragenlijst. We willen daarom de komende tijd gaan werken aan vragenlijsten met relevante vragen voor dat moment, bijvoorbeeld over werkherleving na de behandeling.”

Volharding

Het is vaak een kwestie van volharding om zaken te kunnen veranderen, heeft Tick ervaren. “Mijn inspiratie is dat zorgprofessionals erg gemotiveerd zijn om de beste zorg te leveren. Maar hoe weet je of je goede zorg levert? Natuurlijk weet je of je patiënten tevreden zijn, maar dat geeft geen garantie dat je goede zorg levert. Het is daarom belangrijk om uitkomsten van zorg inzichtelijk te maken. Daarmee wordt het mogelijk om behandelaars en ziekenhuizen onderling te vergelijken en van elkaar te leren. En zo de zorg te verbeteren.” ■

“Het lijkt me verstandig als **alle ziekenhuizen** gebruikmaken van **dezelfde metingen**”

Videobellen: face to face zonder reistijd

TEKST: CHARLOTTE KROL

Videobellen is de snelst groeiende E-health toepassing in de zorg. Hoe gaat dat precies in zijn werk, en is het geschikt voor de internistische patiënt? Sjoerd van Thiel, internist-endocrinoloog in het Amphia in Breda, is als lid van de MSB-commissie ICT op de hoogte van de laatste ontwikkelingen en vertelt over zijn ervaringen.

Waarom zijn jullie gestart met videobellen?

Het begon met het idee van een patiënte. Van Thiel: "Vijf jaar geleden zag ik een captain of industry die was verwezen vanwege een schildkliernodus. Ze zei: "Langskomen voor de uitslag van de punctie? Daar heb ik geen tijd voor met mijn drukke baan. Kunnen we niet gewoon skypen?" Terwijl videobellen toen al uitgebreid in gebruik was in zowel de privésfeer als zakelijk, werd deze technologie nog niet gebruikt in de patiëntenzorg. "Het leek ineens wel erg inefficiënt om drukke hardwerkende jonge mensen een halve dag vrij te laten nemen, helemaal naar het ziekenhuis te laten komen, parkeren en wachten in de wachtkamer, en dat alles voor een gesprekje van tien minuten met de dokter. Dat

paste niet meer in de moderne tijd, waar de hypotheekadviseur ook gewoon 's avonds thuis langskomt. Dit was de aanleiding om ons te verdiepen in videobellen."

Moeizame start

Het opstarten van videobellen is lastig geweest. Van Thiel: "De businesscase is negatief: videobellen kost geld voor de organisatie, maar levert geen extra inkomsten op. Eerst moet je investeren in het programma en de hardware. Vervolgens moet de ICT-afdeling leren hoe ze het programma kunnen ondersteunen. En een doktersassistente moet de app aan de patiënten uitleggen." Een videobelconsult kun je weliswaar declareren als e-healthconsult, maar dat staat gelijk aan 'gewoon' bellen met de ouderwetse telefoon. Van Thiel

heeft de ervaring dat er weinig budget is voor innovatie. "Uiteindelijk is het wel gelukt omdat we het ziekenhuis ervan konden overtuigen dat deze vorm van communicatie de toekomst heeft in de zorg: het is service voor naar de patiënt toe. Bovendien hoort deze vorm van innovatie óók bij een STZ-profiel."

Hoe werkt videobellen precies?

Van Thiel: "In het EPD staat in de poli-afsprakenlijst een afspraak gepland voor de patiënt, gewoon tussen alle andere afspraken. Wij loggen vervolgens in via de webbrowser in het videobelprogramma. De patiënt heeft een app op de smartphone of tablet geïnstalleerd, die na klikken op een link in een e-mail verbinding maakt." De arts ziet vervolgens in de digitale wachtkamer dat de patiënt online is en kan verbinding maken. Via de webcam en luidsprekers is er beeld- en geluidverbinding. Van Thiel: "Wij werken met twee schermen, zodat je op het ene scherm de patiënt in je webbrowser ziet, en in het andere scherm het EPD. De patiënt kan ook meekijken met de resultaten in het EPD."

Wat is het voordeel van videobellen boven 'gewoon' bellen?

Het grote voordeel van videobellen is volgens van Thiel het face to

"Deze vorm van innovatie hoort óók bij een **STZ-profiel**"



Sjoerd van Thiel

face contact. “Je hebt als het ware een normaal gesprek omdat je de patiënt ook ziet. Je kunt zien hoe de patiënt reageert, beter inspelen op de behoeftes en vragen. Wij vinden dit veel prettiger communiceren dan door de telefoon.” Verder blijken de patiënten enthousiast over de tijdsinstaat van e-health boven een fysieke controle. “Patiënten zitten nu eenmaal liever op de bank op mij te wachten dan in de wachtkamer”. Verrassend is dat het ook voor de dokter zélf tijdsinstaat oplevert. In de digitale wachtkamer is namelijk zichtbaar wanneer de patiënt beschikbaar is, en op dat moment kun je direct verbinding maken. “De patiënt zit klaar voor het gesprek; je hoeft niet meerdere telefoonnummers en gezinsleden af om je patiënt te pakken te krijgen.”

Wat zijn de hindernissen?

Er zijn ook nadelen verbonden aan het videobellen. Van Thiel: “Aanvankelijk was het soms lastig om verbinding te maken met de

patiënt en hadden we last van kinderziektes, maar inmiddels komt dat bijna niet meer voor.” Opmerkelijk is dat het enthousiasme bij de patiënt soms achterblijft. “We krijgen regelmatig te horen: bellen kan ook. We moeten soms de patiënt overtuigen.” Verder vindt hij het jammer dat het videobellen het fysieke consult niet volledig kan vervangen. “Wil je een nieuwe DBC-DOT declarabel maken, dan moet je de patiënt alsnog een keer fysiek zien in het ziekenhuis” licht van Thiel toe. “Dit is inefficiënt bij patiënten waar een fysiek consult weinig toevoegt, zoals bij patiënten met diabetes gravidarum. Wij gaan binnenkort in gesprek met de zorgverzekeraars of we hier wat aan kunnen veranderen.”

Voor welke patiënt is het geschikt?

“Videobellen is geschikt voor iedereen die kan begrijpen hoe het werkt. De app is relatief eenvoudig. We hebben ook 90-jarigen met een tablet”, vertelt van Thiel.

Verder is het logischerwijs belangrijk dat videobel-afspraken worden gepland voor patiënten waarvoor geen fysieke metingen nodig zijn. “Zodra je lichamelijk onderzoek wilt doen, heb je toch een fysiek consult nodig.”

Waar gaat het naartoe?

Innovatie schrijdt voort, ook op het vlak van videobellen. Van Thiel: “De volgende stap is integratie van videobellen in het EPD, zodat we

“**Videobellen**
kan echt
overal”

geen apart programma meer nodig hebben.” Daarnaast worden steeds meer korte belafspraken vervangen door mailcontact. “Dat de uitslag goed is, mailen we vaak door via het patiëntenportaal.” Ook in het contact met de eerste lijn kan videobellen een uitkomst bieden, en van Thiel vertelt over plannen om hier concreet mee aan de slag te gaan. “Zo hoeven wij niet af te reizen naar de huisartsenpraktijk, maar kunnen we wel meekijken in het dossier bij de huisarts en gericht advies geven.”

Bergen op de achtergrond

De captain of industry kan inmiddels haar uitslagen bespreken per videoverbinding. Van Thiel lacht: “Tijdens het videobellen zie ik haar wat contracten tekenen en de secretaresse naar buiten sturen, waarna we de uitslagen en het beleid bespreken.” Hij heeft nog meer voorbeelden: “Neem een van mijn patiënten die vaak voor het werk op reis is. Die sprak ik laatst terwijl hij in de Kaukasus was. Hij liet me het prachtige uitzicht op de bergen zien. Of de patiënte die ik videobelde tijdens haar bezoek aan de dierentuin. Zo hoefde ze haar dagje uit niet te onderbreken, videobellen kan echt overal.” ■



Subsidie voor DIALOGICA-onderzoek Hebben ouderen baat bij dialyse?

TEKST: DIEUWKE LEEREVELD • BEELD: 123RF

In Nederland zijn momenteel meer dan 6300 patiënten met nierfalen afhankelijk van dialyse. Het merendeel van de nieuwe dialysepatiënten is ouder dan 70 jaar. Dialyse is zwaar, kostbaar en de mortaliteit onder deze groep is hoog. Voor een deel van deze ouderen is conservatieve zorg in plaats van dialyse misschien een beter alternatief. Het project DIALOGICA moet leiden tot betere besluitvorming over het al dan niet dialyseren bij de oudere patiënt.

In 2017 werd de NIV kennisagenda gepresenteerd tijdens het nationale symposium Zorgevaluatie. Een eerste stap in het stimuleren van klinisch onderzoek naar evaluatie van kennishiaten in bestaande zorg binnen de interne geneeskunde.

Eén van de hiaten die toen werd geformuleerd en geprioriteerd, is de kennis over voorspellende factoren en uitkomsten bij oudere patiënten met ernstig nierfalen, die voor de keuze staan om wel of niet te starten met dialyse. Een vraagstuk dat niet alleen leeft binnen de NIV, maar ook hoog op de agenda staat van de landelijke politiek.

De oudere nierpatiënt

Nederland telt meer dan 6300 patiënten met nierfalen die afhankelijk zijn van dialyse. Van de nieuwe dialysepatiënten is het grootste deel ouder dan 70 jaar. In deze groep is de mortaliteit in het eerste jaar hoog (24%) en na vijf jaar is 75% overleden. Daarnaast besluit een toenemend aantal patiënten te stoppen met dialyse, omdat de behandeling te zwaar is. Bij ouderen boven de 65 jaar is stoppen met dialyse zelfs de meest voorkomende oorzaak van overlijden. Deze gegevens stemmen tot nadenken. Voor een deel van deze ouderen is conservatieve zorg

in plaats van dialyse misschien een beter alternatief. Een betere identificatie van deze groep ouderen is gewenst.

Onvoldoende data

Op dit moment worden patiënten die starten met dialyse landelijk geregistreerd in RENINE (REGistratie Nierpatiënten NEDerland). Er is echter geen registratie van patiënten die kiezen voor conservatieve therapie. Dit maakt het moeilijk om iets te zeggen over de prevalentie en uitkomsten van ouderen die kiezen voor conservatieve therapie. Ook zijn er onvoldoende data over welke patiëntenkarakteristieken geassocieerd zijn met een slechte uitkomst en snelle achteruitgang van kwaliteit van leven en zelfstandig functioneren.

Bestaande onderzoeken naar de overleving van oudere patiënten behandeld met dialyse versus

“Dialyse is verreweg de duurste behandeling binnen de interne geneeskunde”

conservatieve zorg, variëren van geen overlevingsvoordeel met dialyse bij kwetsbare ouderen met veel comorbiditeit, tot een overlevingsvoordeel van 2,3 jaar bij ouderen met weinig andere bijkomende problemen dan hun nierziekte. De heterogeniteit van comorbiditeit en geriatrische condities in deze groep patiënten is groot. Ontwikkeling van kennis over welke van deze factoren van belang zijn voor de prognose, kan helpen om patiënten te identificeren die een hoog risico hebben op slechte uitkomsten na start van dialyse. Dit kan het besluit ondersteunen om wel of niet te dialyseren. De huidige kennis over het verschil in kwaliteit van leven of het behoud van zelfstandigheid in de verschillende behandelgroepen is zeer beperkt. De bestaande studies zijn bovendien onderhevig aan bias. Er is dus behoefte aan grote prospectieve studies die de effecten van dialyse tegenover conservatieve zorg helder in kaart brengen, op uitkomsten zoals kwaliteit van leven, behoud van zelfstandigheid en overleving.

Dialyse is voor de patiënt intensief en is bovendien kostbaar. Met een geschatte kostenpost van 600 miljoen euro per jaar is dialyse verreweg de duurste behandeling binnen de interne geneeskunde. Als dialyse geen voordeel biedt ten opzichte van conservatieve zorg in bijvoorbeeld kwaliteit van leven of overleving, dan is conservatieve zorg misschien wel een betere optie voor een bepaalde categorie patiënten.

Leading the Change

De NIV heeft naar aanleiding van bovenstaande een aantal internisten, nefrologen, internisten ouderengeneeskunde en geriaters, die zich al langere tijd bezig houden met projecten en onderzoek naar uitkomsten van zorg bij (oudere) patiënten met nierfalen, gevraagd om gezamenlijk een onderzoeksvoorstel te schrijven voor het *Leading the Change* programma. Het primaire doel van de *Leading the Change* zorgevaluatieprojecten is het verbeteren van de kwaliteit van zorg. Daarnaast gaat de voorkeur uit naar

projecten die ook leiden tot kostenbesparing, zonder negatieve gevolgen voor de gezondheid. *Leading the Change* wordt gefinancierd door Zorgverzekeraars Nederland. In de werkgroep die het project stuurt zijn de Federatie Medisch Specialisten, Zorgverzekeraars Nederland en Patiëntenfederatie Nederland vertegenwoordigd. Projecten kunnen uitsluitend ingediend worden met steun van de wetenschappelijke vereniging. In 2017 is er voor de eerste keer een *Leading the Change* subsidieronde geweest, waarna vijf projecten zijn gehonoreerd. De tweede ronde in 2018 leidde tot honorering van negen projecten vanuit zeven verschillende wetenschappelijke verenigingen, waaronder de NIV.

DIALOGICA

Het door de NIV voorgedragen project dat resulteerde in een toegekende subsidie van 600.000 euro, heet DIALOGICA, (DIALysis or not: Outcomes in older kidney patients with Geriatric Assessment). Het is een zorgevaluatie die als doel heeft om tot betere besluitvorming te komen over het al dan niet dialyseren bij de oudere patiënt. Onderzocht wordt of conservatieve behandeling bij (een subgroep van) oudere patiënten met eindstadium nierfalen leidt tot minder snelle achteruitgang van kwaliteit van leven, gelijke klinische uitkomsten en lagere kosten in vergelijking met dialyse. Daarnaast wordt geëvalueerd welke (geriatrische) kenmerken in deze groep patiënten geassocieerd zijn met kwaliteit van leven en klinische uitkomsten. Zo kunnen mogelijk die patiënten worden geïdentificeerd voor wie conservatieve behandeling een betere behandeloptie is dan dialyse. DIALOGICA wil in minstens 30 Nederlandse ziekenhuizen 1500 patiënten ouder dan

70 jaar met een eGFR < 15 ml/min includeren en prospectief vervolgen. Naast steun van de NIV, wordt dit project ook gesteund door de Nederlandse Federatie van Nefrologie (NFN) en de Nederlandse Vereniging van Klinische Geriatrie (NVKG).

Projectleiding

Het project DIALOGICA wordt geleid door Marjolijn van Buren, internistenefroloog in het HagaZiekenhuis en het LUMC en Alferso Abrahams, internistenefroloog in het UMC Utrecht.

Marjolijn van Buren is één van de hoofdonderzoekers van POLDER (Pathway for OLDER patients reaching End stage Renal disease), waarbij in twaalf centra de implementatie wordt uitgerold van een nefro-geriatrische assessment in de routinezorg bij oudere patiënten (> 70 jaar) die voor de keuze staan voor wel of geen dialyse. Hierbij worden ook de effecten van geriatrische maten op klinische uitkomsten geëvalueerd.

Alferso Abrahams is één van de hoofdonderzoekers van DOMESTICO (Dutch nocturnal and home dialysis Study To Improve Clinical Outcomes), waarbij in 53 centra de effecten van thuisdialyse versus centrumdialyse worden vergeleken op kwaliteit van leven, klinische uitkomsten en kosten.

Beide studies maken gebruik van een door Nefrovisie gebouwde database, waardoor koppeling met de landelijke RENINE database en de recent geïmplementeerde PROMs data mogelijk is. Ook DIALOGICA zal aansluiten op deze bestaande infrastructuur. ■

Voor meer informatie zie <https://zorgevaluatienederland.nl/dialogica/> of stuur een mail naar dialogica@zorgevaluatienederland.nl

Julia Wouters: “Dezelfde rechten hebben is **niet genoeg**”

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Waar in de medische wereld het aantal vrouwen snel toeneemt, neemt dit in de politiek juist af. Betekent dit dat de emancipatie in het medische circuit wél succesvol is geweest en dat de vrouwen hier door het glazen plafond heen zijn gebroken? Nee, zo simpel ligt het bepaald niet, stelt Julia Wouters, die vrouwen traint en coacht om bewust authentiek te zijn.

In de twaalf jaar (tot 2017) dat Wouters werkte als politiek adviseur en speechschrijver voor Lodewijk Asscher, is haar beeld over de positie van de vrouw in de politiek fiks gekanteld. “Ik dacht dat het aantal vrouwen in de politiek groeide en dat het een kwestie van tijd was tot ze in alle opzichten hun achterstand hadden ingelopen”, vertelt ze. “Ik vergiste me: hun aantal nam af en bij de belangrijke beslissingen verdwenen ze in de coulissen. Terugkijkend ging het halverwege de jaren negentig fout: het feministische gedachtegoed werd impopulair en er kwamen powerfeministen die stelden dat het je eigen schuld was als je nog steeds geen gelijkwaardige positie had gecreëerd voor jezelf.”

Met het verlies voor de PvdA bij de laatste landelijke verkiezingen

verloor Wouters haar baan. In de kabinetsformatie die volgde, zei premier Mark Rutte dat hij meer geïnteresseerd was in de kwaliteit van mensen dan in de man-vrouwverhouding van het kabinet. “Toch zagen we in dat kabinet weer vooral mannen”, zegt ze. “Ik wilde het mechanisme achter dat woord kwaliteit begrijpen, dus ging ik literatuur over man-vrouwverschillen lezen en politici en wetenschappers interviewen over het onderwerp.”

Veel herkenning

Wouters' zoektocht leidde in november 2018 tot het boek *De zijkant van de macht*. En hoewel de ondertitel *Waarom de politiek te belangrijk is om aan mannen over te laten* duidelijk maakt dat de focus op de politiek ligt, kreeg ze reacties van

vrouwen uit heel andere sectoren, ook de zorg. “De herkenning voor wat ik schreef uit die hoek verraste me, want iedereen denkt dat dit een heel gefeminiseerde tak is”, vertelt ze. “Dat beeld klopt niet, want in de zorg werken weliswaar veel vrouwen, maar het aantal dat de top bereikt is nog steeds klein. De cultuur is masculien en de top wordt bepaald door witte mannen. En zolang de verantwoordelijkheid voor het gebrek aan vrouwen aan de top alleen maar bij de vrouwen zelf wordt gelegd, zal dat niet veranderen. De cultuur veranderen vergt een divers gezelschap en vergt dus ook een rol van de mannen. En zo lang ook de mannen die het gerechtvaardigd vinden dat vrouwen gelijkwaardige posities krijgen dit onderwerp niet bovenaan de agenda plaatsen, gebeurt er niets.” Een van de eerste mensen die Wouters belde over haar boek, was een internist. “Ze herkende de patronen die ik beschreef”, zegt ze. “Hoe moeilijk het is om in een vergadering met in meerderheid mannen het woord te krijgen. Je wordt steeds onderbroken. Hoe moeilijk het is om een idee te pitchen. Het wordt niet serieus genomen, maar als een van de mannen tien minuten later met hetzelfde idee komt wordt daar ineens enthousiast op gereageerd. Hoe je deskundigheid ter discussie wordt gesteld: ‘Je hebt daar duidelijk

“De cultuur is **masculien** en de top wordt bepaald door **witte mannen**”

geen verstand van'. Vrouwen denken dan vaak: ik ben betrapt, ik weet het inderdaad niet. Terwijl ze zich veel beter op vergaderingen voorbereiden dan mannen. De mannen krijgen het voordeel van de twijfel. Een man is jong en veelbelovend, een vrouw jong en onervaren."

Howard en Heidi

Verandert er dan niets? "O ja, er is in vijftig jaar enorm veel veranderd", zegt Wouters, "maar dezelfde rechten hebben is niet genoeg. Wat nu nodig is, is dat mannen zich ervan bewust worden dat ze onbewuste vooroordelen hebben en zich schuldig maken aan onbewust seksisme. In de zorg is een van die onbewuste vooroordelen dat het feit dat zoveel vrouwen nu in de zorg werken wel móet betekenen dat het vak minder status heeft gekregen en dus niet meer zo interessant is voor mannen." Onbewust seksisme is heel helder aangetoond in de Howard/Heidi-studie. Hetzelfde cv van een bestaande persoon werd voorgelegd aan een onderzoeksgroep met de vraag of je die persoon zou aannemen. Wouters: "Als het Howard was ja, want die werd op basis van de beschreven netwerken gezien als een netwerker en heel competent. Maar Heidi werd op basis van dezelfde kenmerken bestempeld als lastig, een bitch en een opportunist."

Het patroon doorbreken

Hoe kunnen vrouwen dit patroon doorbreken? "Verdiep je in de problematiek zodat je de patronen herkent," zegt Wouters, "dan weet je dat je ze niet op jezelf hoeft te betrekken. Zorg dat je het woord terugpakt als je wordt geïnterrupteerd in een vergadering. Verdiep je in de strategieën die ervoor zorgen dat je de aandacht krijgt die je verdient." Toch wel wrang natuurlijk: vrouwen moeten dus extra hun best doen om te worden gehoord, mannen niet. "Eens", zegt ze. "Maar het goede daarvan is dat ze ervan leren empathischer te zijn en beter te luisteren, in de zorg belangrijke kenmerken." Het helpt natuurlijk wel als sprake is van een cultuur die openstaat voor gelijkwaardigheid. Het College voor



Julia Wouters

de Rechten van de Mens onderzocht in 2012 de loonkloof in ziekenhuizen. Het ene deel reageerde hierop met: kom maar, we hebben niets te verbergen. Het andere met: geen idee hoe dat bij ons is eigenlijk, wat een interessante vraag. In de eerste groep bleek de loonkloof het grootst. "Als je ervan uitgaat dat je intenties goed zijn, sluit je jezelf af voor de mogelijkheid dat dit niet zo is", zegt Wouters.

De cultuur kan in een ziekenhuis van maatschap tot maatschap verschillen. Vakken als orthopedie en cardiologie

worden gezien als mannenbolwerken. "Toch zal dat beeld gaan kantelen", zegt Wouters. "Als ook hier meer vrouwen komen, gaan vrouwen vanzelf denken: dat kan ik dus ook. En het is ook belangrijk dat dit gebeurt. Het mannenlichaam is in de zorg nog steeds de norm, terwijl we inmiddels heel goed weten hoe belangrijk het is om in de zorg man-vrouwonderscheid te maken. Zeker ook in de cardiologie, waar vrouwen doodgaan aan hartklachten die niet worden onderkend omdat het mannenhart de norm is." ■

Niet gehinderd door een glazen plafond

TEKST: FRANK VAN WIJCK • BEELD J. PORTIELJE: NADINE VANDEN BERG

Internist-endocrinoloog Nel Geelhoed-Duijvestein, nu met pensioen, en Johanneke Portielje, hoogleraar interne oncologie in het LUMC, zien in de medische wereld niet zo het glazen plafond dat Julia Wouters zich voorstelt. Vrouwen hebben hierin alle ruimte om carrière te maken.

Portielje herinnert zich nog heel goed het moment waarin ze met haar opleider in gesprek ging over haar differentiatie. Hij zei: “Mijn vrouw is gepromoveerd, maar toen ze kinderen kreeg is ze gestopt met werken. Weet je wel zeker dat je hiermee door wilt gaan?”. “En ik had toen nog niet eens kinderen”, zegt Portielje. Ze liet zich niet van de wijs brengen. Ze kreeg drie kinderen én een carrière. “Niet dat ik die nu zo heel bewust gepland heb”, zegt ze. “Ik had geen vastomlijnd doel voor ogen, maar ik heb wel heel erg de ‘niet lullen maar poetsen’-attitude en dan vind je steeds wel weer een klus. Van klussen doen komt dan vanzelf een carrière.”

Geelhoed was een voorbeeld voor Portielje. “Aan haar had ik gezien hoe je als vrouw je doel kunt bereiken”, zegt ze. Geelhoed op haar beurt vertelt dat ze er wel bewust voor had gekozen om af te zien van het moederschap: “Toen ik ging solliciteren naar een plek in de maatschap in het Westeinde Ziekenhuis kreeg ik de vraag voorgelegd of ik een gezin wilde stichten. Ik zei dat ik wist waaraan ik begon en dat ik daarom geen kinderen wilde.” Al zit er dan weer wel een ironisch randje aan dit verhaal, stelt Geelhoed: “Mijn mannelijke collega’s gingen wel met de kinderen naar de dokter – ook als hun vrouw niet werkte – en moesten met sinterklaas zo nodig

vroeg naar huis”, vertelt ze. Portielje. “Van de vrouwelijke dokters die mijn voorbeeld waren hadden de meesten geen kinderen. Toch is het wel aan deze vrouwen te danken dat dit nu niet meer het geval is”, zegt zij. “Je moet eerst het podium beklimmen om de regels te kunnen veranderen: van mijn lichtung vrouwelijke dokters vond niemand meer dat je niet kon proberen om werk te combineren met kinderen”

Glazen plafond

Herkennen beide vrouwen wat Julia Wouters stelt over de man-vrouw-verhouding? Maar in beperkte mate, stellen beiden. “Ik was bijna overal de eerste vrouw”, vertelt Geelhoed, “in de maatschap en ook als voorzitter van de Nederlandse Internisten Vereniging. Maar ik heb nooit het gevoel gehad dat ik niet serieus genomen of gewaardeerd werd. Ik heb het altijd heerlijk gevonden om

met mannen te werken, ik deed trouwens ook de financiën van de maatschap en verzorgde de opleiding. Wel heb ik gezien dat mannen vaker doordrongen tot hoge posities. Het ligt zeker deels aan vrouwen zelf dat dit voor hen minder opgaat. Niet omdat ze geen ambitie hebben, want dat hebben ze wel degelijk. Maar ze nemen zichzelf voortdurend de maat en vragen ook steeds om bevestiging. Dat heb ik de mannen nooit zien doen. Als vrouwen succes hebben, zijn ze nogal eens geneigd te zeggen dat ze geluk hebben gehad. Kijk maar naar Marleen Kamperman, die na haar benoeming tot hoogleraar in *de Volkskrant* zei: ‘Regelmatig klooi ik maar wat aan’. Ik herkende dat wel.” Zelf zei Geelhoed tot twee keer toe nee tegen een hoogleraar-schap, omdat ze dacht dat ze nooit een mooiere baan zou kunnen krijgen dan ze al had.

Portielje: “Zelf heb ik geen glazen plafond ervaren”, vertelt ze. “Wel is er een tijd geweest dat ik kinderen kreeg en mijn mannelijke baas in het academisch ziekenhuis het vertrouwen verloor dat ik een carrièrepad

Vrouwen nemen zichzelf voortdurend de maat en vragen ook steeds om bevestiging



Johanneke Portielje

zou lopen dat voldeed aan zijn verwachtingspatroon. Eén kind prima, maar drie? Hij gaf mij een ingewikkeld verhaal over een tijdelijk contract. Ik heb me toen over de teleurstelling heen gezet en de benen genomen. Ik heb dat nooit als een glazen plafond ervaren. Buiten de academie was het evenwicht tussen werk en gezin gemakkelijk gevonden. Daar was de hiërarchie met louter mannen aan de top al aan het afbrokkelen en was de gelijkheid tussen de seksen en de collegialiteit groot.”

Verandering in de tijd

Hebben de veranderende maatschappelijke verhoudingen geholpen om dat nieuwe evenwicht te helpen ontstaan? “Ja, er is wat dat betreft inmiddels wel het nodige veranderd”, zegt Portielje. “Het is nu breed geaccepteerd dat de taken thuis moeten worden verdeeld, en ook dat je een deel van de taken uitbesteedt. ‘Er zijn voor de kinderen’ is niet hetzelfde als voortdurend naast ze gaan zitten. Ik denk dan ook dat het

slechts een kwestie van tijd is voordat de man-vrouwverhouding ook in topposities in evenwicht is gekomen. In de medische vakken neemt het aantal vrouwen toe, in de studie interne geneeskunde overtreffen ze zelfs al het aantal mannen. Geneeskunde is natuurlijk een zorgzaam vak en dat spreekt vrouwen aan. De huidige toelatingsprocedure selecteert bovendien nijvere meisjes. Je moet jezelf langdurige doelen stellen om met hoge cijfers eindexamen te doen zodat je toegang krijgt tot geneeskunde en dat is iets waar jongens op de middelbare school vaak niet mee bezig zijn.”

In het verleden was de zorg inderdaad veel meer een mannenbolwerk, stelt ook Geelhoed. “De eerste keer dat ik werd gevraagd als voorzitter van de NIV zei ik ook nee”, herinnert ze zich. “En toen ik na aandringen toch ja zei kreeg ik te horen: ‘Vrouwen moet je het altijd twee keer vragen’. Hoewel ik denk dat ik het goed gedaan heb, heb ik het nooit echt leuk gevonden. Mannen die in vergaderingen moeilijk gaan



Nel Geelhoed-Duijvestein

zitten doen en die dan als je ze daarop aanspreekt, zeggen dat dat het spel is.”

Doen wat energie geeft

Welke tip hebben beiden voor de jonge vrouwen in de zorg van nu? “Doe vooral dingen die je leuk vindt”, zegt Geelhoed. “Word beter in de dingen waar je goed in bent en probeer niet goed te worden in de dingen waarin je dat niet bent. De medisch-specialistische zorg kost veel tijd en energie dus zorg dat je de dingen doet die je energie geven.”

Portielje voegt hieraan toe: “Verdeel thuis de zaken goed. En geef in het begin van je carrière een groot deel van je geld uit aan hulpkrachten zodat je je kunt focussen op je werk. Maar sta het jezelf ook toe om er wel te zijn voor het thuisfront op de momenten dat dit nodig is. En ga niet mee in de vaak gehoorde gedachte dat je jong moet vlammen en dat je rond je veertigste je zaakjes wel op orde moet hebben. Dat slaat helemaal nergens op. Gun jezelf het tempo dat haalbaar is.” ■



Spoedzorg interne patiënten: het domein van de internist op de SEH

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

In veel ziekenhuizen is al enkele jaren discussie over de eventuele positie van SEH-artsen op de spoedeisende hulp. Er zijn argumenten voor en tegen een prominente rol voor de SEH-artsen voor de spoedzorg. Maar waar het voor ons om gaat: willen wij als interne geneeskunde de zorg voor onze patiënten die zich op de SEH presenteren uit handen geven?

In ons ziekenhuis wordt de SEH momenteel bemenst door anios, aios en medisch specialisten. De wens voor de komst van SEH-artsen komt vooral van de kleinere vakgroepen: KNO, urologie en plastische chirurgie. Dat is ook wel begrijpelijk: de hoeveelheid spoedzorg voor deze vakgroepen is klein, maar door het kleine aantal vakgroepleden zijn de diensten frequent en daardoor belastend.

Geen SEH-artsen

Na werkbezoeken op verschillende SEH's kwam ons managementteam echter tot de conclusie dat

ons ziekenhuis voorlopig weinig tot geen baat heeft bij een SEH-arts. Dit heeft verschillende redenen. Allereerst: de SEH-artsen vervullen nauwelijks klinische taken. Dat is op zijn minst verwonderlijk. Klinisch werk behoort immers tot de kerntaak van dit specialisme, maar op de ene of de andere manier is deze kerntaak in rap tempo naar de reservebank verwezen en heeft de SEH-artsen vooral een coördinerende rol gekregen. Die rol is overigens niet onbelangrijk en kan in sommige gevallen voor een ziekenhuis de reden zijn om wél met SEH-artsen te gaan werken.

Ten tweede waren er twijfels over de kwaliteit van de SEH-artsen op het medisch inhoudelijke vlak. De SEH-geneeskunde is een jong vak in ontwikkeling en de kwaliteit zal de komende jaren naar verwachting wel verbeteren. Toch zijn er ziekenhuizen die inmiddels de SEH-artsen weer vaarwel hebben gezegd na enkele seizoenen 'experimenteren'. Tot slot: het blijkt lastig om goede SEH-artsen te krijgen, de spoeling is dun. De enige ziekenhuizen die tevreden zijn over de kwaliteit van de SEH-artsen zijn dan ook de klinieken die een opleiding hebben voor SEH-geneeskunde.

Ons domein

Acute interne geneeskunde is ons domein, ons vak en onze zorg. De pathologie van de interne geneeskunde is voor de SEH-artsen te moeilijk

“De interne pathologie is voor de SEH-arts een brug te ver”

en kan zelfs voor de ervaren internist razend ingewikkeld zijn, waarbij we niet zelden op het verkeerde been worden gezet. Welke internist kan zeggen dat hij bij een overdracht nooit denkt dat het beter had gekund? Of dat alle interpretaties, inschattingen en afwegingen die zijn gemaakt helemaal juist zijn geweest? Ik niet eerlijk gezegd. Is het erg dat ik stel dat de interne pathologie voor de SEH-arts een brug te ver is? Nee. Als dat niet zo zou zijn, of we zouden als wetenschappelijke vereniging deze mening niet zijn toegegaan, dan zou dit gedeelte van ons vak acuut in een laagconjunctuur duikelen. Vrijwel onze hele klinische patiëntenpopulatie die op de afdelingen ligt, komt binnen via de SEH. Het zou daarom een vreemde stellingname zijn als we vinden dat de poort naar de kliniek bewaakt kan worden door SEH-artsen.

Verantwoordelijkheid nemen

Vanuit de interne geneeskunde willen we optimaal zorgen voor onze patiënten die zich presenteren op een SEH. We definiëren optimale zorg als een snelle triage en inschatting van het medische probleem, de meest doelmatige inzet van diagnostiek, korte wacht- en doorlooptijden en een zo goed mogelijk medisch beleid bij ontslag naar huis of voor opname op de afdeling. In ons ziekenhuis streven we naar een maximale ligduur van drie uur op de SEH, een terecht en haalbaar tijdspad dat ook recht doet aan het gevoel van urgentie bij patiënt en familie. Dat het niet altijd lukt om die drie uur te halen kan meerdere oorzaken hebben, zoals bijvoorbeeld de duur van radiologische diagnostiek en de tijd voor transport naar de afdeling of naar een andere zorginstelling. Wij

zelf zijn ook een tijdsbepalende factor, waarbij de ervaring van de anios/aios een grote rol kan spelen in de doorlooptijd. Minder ervaring betekent een langere ligduur. De verantwoordelijkheid voor de optimale zorg voor de interne patiënt ligt echter bij de internist. Vooruitlopend op de komende Intramuraal Kwaliteitsstandaard Spoedzorg, moeten we als beroepsgroep deze verantwoordelijkheid op ons nemen. Deze standaard is een ziekenhuisbreed plan, waarin een arts met de juiste competenties in SEH-zorg aanwezig moet zijn.

Eigen kaders

Voor de spoedzorg die we onze interne patiënten willen geven moeten we vooral voor de troepen uit lopen en onze eigen kaders opstellen. Dit betekent fysieke aanwezigheid van de internist op de SEH tijdens de piekuren. Dat zal resulteren in doelmatiger gebruik van diagnostiek, sneller medisch beleid, minder consulten en snellere afhandeling daarvan. Zeker als de anios weinig ervaring heeft is snelle medebeoordeling essentieel. Dit geldt ook voor moeilijke gesprekken over behandelbeperkingen en of er überhaupt een behandeling ingezet moet worden. Deze vragen zullen op de SEH steeds vaker gesteld moeten worden. Hoogbejaarde patiënten zijn een groeiende populatie op onze SEH's en we hebben geen geriater nodig om dit soort urgente problematiek voor ons op te lossen. Een en ander betekent niet dat de anios van de SEH geweerd moet worden, integendeel. De fysieke aanwezigheid van de internist zal de anios een betere dokter maken. Samen een patiënt beoordelen is hiervoor een belangrijk fundament. Het aloude meestergezel-model is voor de acute interne

geneeskunde onvervangbaar. Kort samengevat: de aanwezigheid van de internist op de SEH, zeker tijdens de drukke uren, verhoogt de kwaliteit van zorg met een kortere doorlooptijd.

Keuze

De komst van de SEH-arts is een keuze van het ziekenhuis. Een coördinerende rol of ondersteuning van de kleine vakgroepen kan tot zijn takenpakket behoren. Dat zal niet goedkoop zijn, maar misschien wel nodig. De keuze om met SEH-artsen te gaan werken heeft ook te maken met de strategie van het ziekenhuis. Is het ziekenhuis bereid om een financiële investering te doen in een pool van SEH-artsen, waarbij de winst nog enkele jaren op zich laat wachten? Met de veranderingen in het zorglandschap moeten er keuzes gemaakt worden. Electieve zorg zal steeds meer buiten het ziekenhuis aangeboden worden, in ZBC's en privéklinieken. Concurrentiebepalingen zijn straks niet meer houdbaar.

Er is echter één soort zorg die niet buiten het ziekenhuis geleverd kan worden en waar we nauwelijks beducht hoeven te zijn voor concurrentie: spoedzorg. Deze zorg zal niet krimpen, maar slechts toemenen. Het ziekenhuis moet daarom de zaken goed voor elkaar hebben: een goed geoutilleerde SEH, met voldoende ruimte, radiologische diagnostiek (echo en CT) en voldoende personeel. Er moet gestreefd worden naar enige redundantie in infrastructuur en personeel om de pieken goed op te vangen. Spoedzorg is niet planbaar, maar wel voorspelbaar. Er is voldoende data voorhanden van eerdere jaren, bijvoorbeeld wanneer er voor welk specialisme piekuren zijn en met welke seizoenswisselingen rekening gehouden moet worden. Denk bijvoorbeeld aan het griepseizoen en de hete zomers.

Het zou best zo kunnen zijn dat de SEH-arts in de toekomst een rol gaat spelen in de organisatie van de spoedzorg, maar de zorg voor interne patiënten op de SEH is en blijft onze verantwoordelijkheid. Met of zonder SEH-arts. ■

European school of internal medicine in Lapland

TEKST: CAROLINE CANTÉ

Afgelopen januari kwamen ruim vijftig jonge internisten in opleiding uit alle hoeken van Europa samen in het prachtige winterlandschap van Lapland voor de negende wintereditie van de ESIM: the European school of internal medicine. En Europa is in internistenland een breed begrip: de arts-assistenten kwamen uit zeer uiteenlopende landen; van Rusland, Portugal en Turkije tot IJsland. Een week lang, elke ochtend vanaf acht uur, stond er een zeer gevarieerd programma voor hen klaar: van onder begeleiding met elkaar echografie in de praktijk beoefenen tot presentaties van alledaagse of juist zeer zeldzame casus door de aios zelf. Een terugblik.

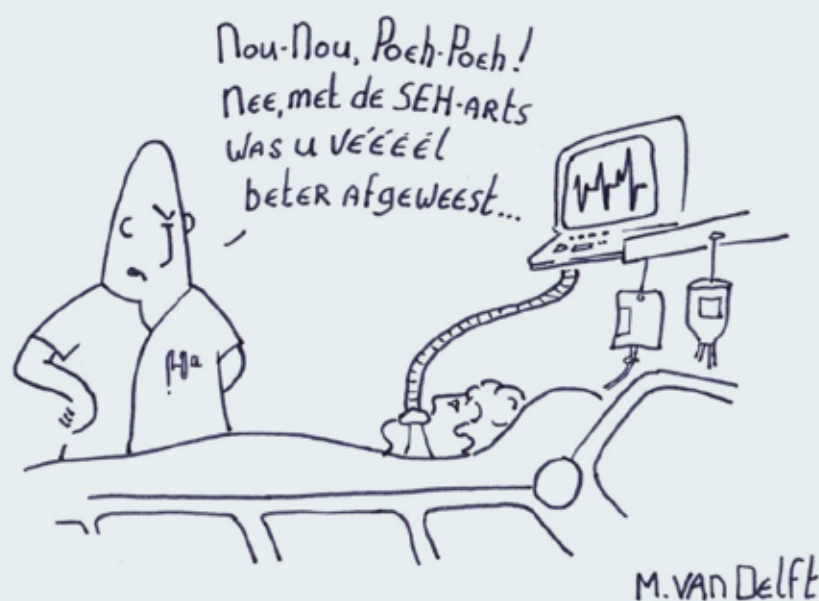
Een van de meer interactieve sessies was die over *adverse events in clinical practice*. De aios kregen casus onder ogen waarbij ze zelf retrospectief de stappen van besluitvorming in

het diagnostisch en behandelproces onder de loep namen en aanknopingspunten ter discussie brachten die mogelijke complicaties hadden kunnen voorkomen. Zo kwamen zij

tot de verrassende conclusie dat veel klinische vervolgstappen en overwegingen, zoals de indicatie voor een urinekatheter of het geven van antibiotica, nog erg verschillen per land. Dit inspireerde de aios niet alleen om stellig hun eigen beleid onderling te verdedigen, maar ook om toch thuis nog eens kritisch de evidence erop na te slaan. Ook bracht dit, voor mij althans, enige relativering met zich mee, als representant van de Nederlandse gezondheidszorg met een goede positie in de top vijf van beste gezondheidszorg in Europa. Wellicht zou de introductie van een

Cartoon

DR Punthoofd... RAAKT LICHTELIJK
GEÏRRITEERD





Europese versie van ‘Heilige huisjes’ menig Europees land wel veel zorgkosten kunnen schelen.

Opvallende verschillen

Opvallend was ook dat de aandacht voor ouderenzorg binnen de Interne geneeskunde in de meeste deelnemende landen niet erg hoog op de agenda staat binnen de opleiding. Waar we in Nederland in ons nieuwste opleidingsplan recent zelfs een leerlijn ouderengeneeskunde hebben toegevoegd, was er tijdens het onderwijs en bespreken van casus en mogelijke complicaties nauwelijks aandacht voor geriatrische syndromen of het herkennen van kwetsbaarheid bij de patiënt.

Wel lijkt Nederland achter te lopen met betrekking tot ouderschapsverlof, met name ten opzichte van onze Scandinavische en Duitse collega’s. Gelukkig kwam ook naar voren dat

ons dienstensysteem er de afgelopen jaren wel op vooruit is gegaan, vooral vergeleken met de vele 24-uurs diensten met nauwelijks compensatie in andere deelnemende landen. In hoeverre de ruim 50 deelnemers representatief zijn voor alle Europese ziekenhuizen blijft natuurlijk de vraag, maar als aios beklijft toch het algemene gevoel trots te kunnen zijn op veel punten van onze opleiding.

Ontroerende lezing

Tijdens een zeer ontroerende lezing van één van de Engelse internisten over het maken van fouten en hoe men hier mee om zou kunnen gaan, bleef het muisstil in de zaal. De spreker zette openhartig uiteen hoe zij haar ‘medische fout’ heeft beleefd en ook hoe haar omgeving hier mee om ging. Ze stelde zich kwetsbaar op en vertelde hoe zij uiteindelijk de moed hervond om verder te werken

als arts. En hoe zij zich, in tegenstelling tot het ziekenhuis waar ze destijds werkte, inzet voor het bespreekbaar maken van medische fouten in het openbaar om er zo samen van te leren. Een zeer actueel onderwerp, naar analogie van recente discussies in Nederland en herziening van enkele regels rondom het tuchtrecht door de KNMG. Hoe kunnen we als medici onze kwaliteit van zorg nu echt verbeteren? En voor wie ook op de internistendagen de sessie over tuchtrecht heeft bijgewoond is deze vraag nog lang niet beantwoord.

Finland

Ondanks het volle cursusprogramma bleek er voldoende tijd om Finland te ontdekken, het land van het Noorderlicht en duizend meren. De school vond plaats in Kittilä, gesticht in 1854, met 6386 inwoners een kleine gemeente in Lapland, het noordelijke deel van Finland. En met een gemiddelde temperatuur van -14.8 graden Celsius en altijd sneeuw in januari, was er genoeg te doen voor wintersportliefhebbers. De deelnemers werden verrast met een Husky-safari en deden elke avond een poging om het bijzondere Noorderlicht te zien. Uiteindelijk verlieten we dan ook met een tas vol prachtige herinneringen, nieuwe facebook- en instagramvrienden, verfrissende ideeën voor een volgend opleidingsplan en secundaire arbeidsvoorwaarden het koude Lapland. ■

THE EUROPEAN SCHOOL OF INTERNAL MEDICINE

In 1998 werd The European School of Internal Medicine (ESIM) opgericht vanuit de Spaanse vereniging van interne geneeskunde om de kwaliteit van medisch onderwijs voor jonge internisten in Europa te stimuleren. Het moest een ontmoetingsplek worden voor Europese internisten in opleiding; een plek om kennis uit te wisselen en internationale vriendschappen te doen ontstaan. ESIM werd opgericht door professor Jaime Merino uit Spanje en in de jaren die volgden verplaatste de school zich naar onder andere Portugal, Engeland, Turkije en natuurlijk ook Nederland (onder leiding van Professor Rijk Gans). Sinds 2011 is ESIM uitgebreid naar een tweejaarlijkse cursus, waarbij er ook voor het eerst een winterschool ontstond: aanvankelijk in Zwitserland en momenteel elke 3 à 4 jaar in een ander Europees land. Jaarlijks biedt de NIV arts-assistenten uit Nederland de kans om mee te doen aan zowel de zomer- als de wintereditie van de ESIM. In juni 2019 is de ESIM zomereditie weer in Ede, onder leiding van Professor Rijk Gans.



Vluchtelingzorg(en)

TEKST: YALDA ALAM & JET GISOLF • BEELD: 123RF

Vluchtelingen in Nederland: een kwetsbare groep en onderwerp van veel maatschappelijk debat. Ook de zorg voor deze groep levert vraagstukken op, voor zowel zorgvrager als zorgverlener: taalbarrière, culturele verschillen, andere verwachtingspatronen. In dit artikel: de uitdagingen in de vluchtelingenzorg én praktische handvatten voor hulpverleners.

Definitie

Wanneer is iemand een vluchteling? En is dit hetzelfde als een asielzoeker? Deze vragen worden beantwoord in het Vluchtelingenverdrag van de Verenigde Naties: 'Een *vluchteling* is een persoon die zijn thuisland ontvlucht met een gegronde vrees voor geweld of vervolging vanwege zijn godsdienst, politieke overtuiging, seksuele voorkeur of afkomst'.

Op het moment dat een vluchteling asiel aanvraagt in Nederland, krijgt hij de titel '*asielzoeker*'. Ook wordt de

woordcombinatie 'illegale asielzoeker' gehanteerd. Echter, asiel zoeken is een recht en daarom dus nooit illegaal. Dit betekent ook dat een vluchteling recht heeft op dezelfde behandeling als een burger van het land waar hij of zij asiel heeft gekregen, waaronder toegang tot medische zorg, onderwijs en werk.¹

Aantallen

De afgelopen jaren kwamen er fors meer vluchtelingen naar Nederland dan daarvoor. Dit heeft veelal met

oorlogen en conflicten te maken, zoals in Afghanistan en Syrië. Alleen in 2015 kreeg Nederland al ruim 58.000 asielaanvragen; in 2013 waren dat er nog 16.000. De grote aantallen maken de persoonlijke drama's die achter de vluchtelingencrisis schuilen vaak onzichtbaar. Echter, het gaat om een zeer kwetsbare groep, zowel economisch, maatschappelijk, juridisch als qua gezondheid.²

Uitdagingen voor zorgverlener

Besmettelijke ziektes

Zorgverleners kunnen via mensen uit deze groep in aanraking komen met ziektes die in Nederland niet of nauwelijks (meer) voorkwamen, zoals tuberculose. Dit geldt ook voor bijvoorbeeld Syrische vluchtelingen.

In hun geboorteland is de incidentie van tuberculose laag, maar door de lange reis, vaak samen met vluchtelingen uit Afrikaanse landen zoals Eritrea, neemt de kans op besmetting met tuberculose toe.³ Ook zullen artsen regelmatig kinderen en volwassenen zien die niet gevaccineerd zijn tegen ziektes die in Nederland standaard in het Rijksvaccinatieprogramma zitten, zoals de mazelen. Sommige kinderziekten hebben in (sub)tropische klimaten namelijk een lagere prevalentie dan in Nederland, wat leidt tot uitbraken van deze kinderziekten onder vluchtelingen/asielzoekers. Deze kunnen bij volwassenen een veel ernstiger beloop hebben, zoals het geval was tijdens de waterpokken-uitbraak in 2014 in een asielzoekerscentrum in Limburg.^{4,5}

Gynaecologische zorg

Ook gynaecologische aandoeningen zijn een punt van zorg. Zo zijn meisjes en jonge vrouwen extra kwetsbaar voor seksueel misbruik, seksuele uitbuiting, tienergeboorten en vrouwelijke genitale verminking.⁶ Naar schatting zijn er in Nederland ongeveer 29.000 vrouwen die besneden zijn. Tachtig procent van deze vrouwen komt uit Somalië, Egypte, Ethiopië, Eritrea en de Koerdische autonome regio in Irak.⁷ Besnijdenis geeft een verhoogd risico op complicaties tijdens de bevalling.⁸ Verder heersen in sommige culturen dominante danwel rigide opvattingen over seksualiteit, waardoor het een taboe is hierover te spreken.⁶ Het gebrek aan seksuele voorlichting in het land van herkomst zorgt er soms voor dat vrouwen weinig kennis hebben van hun eigen lichaam, anticonceptie en de zorg rondom zwangerschap en bevalling.⁹ (Zie ook Zanzu.nl: een website voor niet-Nederlandstaligen over seksualiteit, geboorte en zwangerschap in meer dan 14 talen.)

Psychosociale problemen

Vluchtelingen en asielzoekers kampen geregeld met psychosociale problemen. Zo is het aantal suïcidepogingen onder asielzoekers tweemaal hoger dan onder de Nederlandse bevolking. Ook heeft tot wel 80%

TIPS

1. Let op co-morbiditeit, al dan niet psychiatrisch.
2. Laat de patiënt een samenvatting geven van het gesprek, om te bevestigen dat hij het begrepen heeft.
3. Vraag de patiënt naar culturele en religieuze wensen.
4. Doe altijd lichamelijk onderzoek. Hiermee win je objectieve informatie over de gezondheid van de patiënt en zal deze zich serieuzer genomen voelen.
5. Via de tolktelefoon (088 255 52 22) kunt u vooraf of ad hoc een telefonische tolk vragen, dit wordt vergoed vanuit de zorgverzekering van de asielzoeker.
6. De tolktelefoon:
 - a. Maak een eventuele nieuwe afspraak via het tolk- en vertaalcentrum, niet met de tolk zelf.
 - b. Maak een goede inschatting van de duur van het gesprek. De aanwezigheid van een tussenpersoon kost extra tijd.
 - c. Meld wie er aanwezig zijn bij het gesprek.
 - d. Richt u tijdens een gesprek tot uw cliënt/patiënt, daar voert u een gesprek mee, niet met de tolk.
 - e. Vraag de tolk niet om een oordeel. Een tolk is verplicht zich onder alle omstandigheden neutraal op te stellen.

Zie ook het draaiboek asielzoekers van de LCI (<https://lci.rivm.nl/draaiboeken/asielzoekers>).

van hen last van angst of depressie en 50% heeft traumagerelateerde klachten. Jonge vluchtelingen hebben ruim tien keer zo veel behoefte aan psychosociale hulp dan autochtone jongeren.¹⁰

Continuïteit

De continuïteit van de zorg komt vaak in gevaar door frequente verplaatsingen tussen centra. Een efficiënte en complete overdracht naar andere zorgverleners is daarom van groot belang.

Taalbarrière

Tot slot misschien wel het grootste obstakel in de zorg voor deze groep: de taalbarrière. De communicatie met patiënten kan moeizaam zijn. Familieleden kunnen soms tolken, maar dat belemmert direct contact met je patiënt en laat ruimte voor interpretatie, emoties en perspectieven van het familielid. Niet de meest ideale situatie.

Een (telefonische) tolk is dan beter. Een telefonische tolk wordt vergoed via het Centraal Orgaan opvang asielzoekers (COA), voor zowel geregistreerde als niet-geregistreerde asielzoekers.¹¹ Ook is er de gratis 'Tolktelefoonapp' van het Tolk- en Vertaalcentrum Nederland, speciaal voor de zorgsector. Hiermee heeft elke zorgverlener in Nederland

24/7 een tolk op zak; binnen zestig seconden is een tolk in de gewenste taal beschikbaar. Een uitkomst voor elke zorgverlener met anderstalige patiënten! ■

Referenties

1. Verdrag betreffende de status van vluchtelingen, Genève, 28-07-1951. Chapter 1: General Provisions; Article 1: Definition of the Term "Refugee".
2. Vluchtelingenwerk Nederland. Totaal asielaanvragen Nederland 1990-2017. Vluchtelingen in getallen. 19 juli 2018.
3. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Landen met een lage tbc-incidentie. TBC screening in tijdens van massale migratie. 08-11-2016.
4. Francis NE, e.a. Infectieziektebestrijding bij asielzoekers in Nederland. NTVG. 2018.
5. Den Heijer CDJ, Heijman KCMT, Hoebe CJP. 'Uitbraak van waterpokken in een asielzoekerscentrum'. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. 2015;26:35-6.
6. Tankink M. Over zwijgen gesproken. Pharos. 2009. p 24-30, p 69-71.
7. Exterkate M. Vrouwelijke Genitale Verminking in Nederland. Omvang, risico en determinanten. Pharos. 2013, p12.
8. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. The Lancet. 2006;367:1835-41.
9. Pharos Infosheet. Asielzoekers, vluchtelingen, statushouders – Seksuele weerbaarheid en geboortezorg. 2018.
10. Hoeymans N., Melse JM, Schoemaker CG. Gezondheid en determinanten. Deelrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010 Van Gezond naar Beter. Verschillen binnen Nederland. 2010 p.31.
11. Centraal Orgaan opvang Asielzoekers. Asielopvang; Wonen op een asielzoekerscentrum; Gezondheidszorg. www.coa.nl



Zestig jaar Concilium Interne Geneeskunde

TEKST: JOS VAN DER MEER & JACQUELINE DE GRAAF • BEELD: 123RF

“Al jaren bestond in de boezem der Vereeniging een groeiende overtuiging dat ze niet langer een Concilium kon ontberen.”¹ Die woorden, aangehaald door prof. Lindenboom bij het vijftigjarig bestaan van de NIV, markeren het begin van het Concilium in 1959. Een Concilium dat zich bezig ging houden met de kwaliteit van de opleiding tot internist. In de zestig jaar die inmiddels zijn verstreken vonden goede en grote veranderingen plaats, maar het leverde ons ook onnodige franje op. Een terugblik.

De start

Op 30 mei 1959 werd op een NIV-vergadering in Maastricht met algemene stemmen het voorstel tot oprichting van een Concilium aangenomen. Eerdere pogingen waren gestrand, vooral omdat de hoogleraren interne geneeskunde niet bereid waren hieraan mee te werken "om de schijn van bevoogding te vermijden".

Men besloot dat het Concilium zou bestaan uit tien leden: vijf hoogleraren en vijf door de NIV benoemde leden. Het Concilium kreeg drie hoofdtaken:

1. Het formuleren van de te stellen eisen aan de opleiding, opleiders en opleidingsinrichtingen.
2. Het beoordelen van de opleidingsinrichtingen en de opleiders.

3. Het adviseren van de internist, die lid was van de Specialisten Registratie Commissie (SRC). De officiële installatie van de leden van het Concilium vond plaats op 30 juni 1959 in Amsterdam.

Vóór 1959

Een voor de hand liggende vraag is hoe de opleiding tot internist vóór de start van het Concilium werd bewaakt. Al kort na de oprichting van de NIV in 1931 werd er een internist in de SRC afgevaardigd. De SRC stelde bovendien voor ieder specialisme een Commissie van Beoordeling in. Die commissie bezocht de ziekenhuizen waar

specialisten werden opgeleid en beoordeelde deze. Interessant is dat de specialistenopleiding in de academische ziekenhuizen niet werd gecontroleerd.¹

Of een niet-academisch ziekenhuis internisten mocht opleiden werd apart beoordeeld. Geleidelijk aan werden daartoe criteria ontwikkeld: zo moest er een aparte afdeling interne geneeskunde zijn met minstens 100 bedden en met minimaal 1200 opnames per jaar. Er moesten bovendien obducties worden verricht.²

In 1949 werd de opleidingsduur verlengd van 3 naar 5 jaar. Ook werd onderscheid gemaakt in drie soorten klinieken: A5-klinieken (met een volledige opleiding), A2-klinieken (waar twee opleidingsjaren werden erkend) en B-klinieken (waarin slechts de helft van de tijd voor de opleiding werd erkend).

In 1958 werden de opleidingseisen door de NIV beschreven, met daarin de eisen die werden gesteld aan de kwaliteit van de statusvoering, regelmatige besprekingen, de aanwezigheid van een bibliotheek en het minimum en maximum aantal bedden per internist in opleiding, te weten vijftien, respectievelijk dertig (!).

De eerste periode (1959 - 1980)

In de eerste twintig jaar van het bestaan van het Concilium werden belangrijke fundamenten gelegd die ook vandaag nog herkenbaar zijn in de internistenopleiding. Door Schalm en Roos is deze periode uitvoerig beschreven.²

Begin jaren zestig werd naast de Specialisten Registratie Commissie ('het uitvoerend orgaan'), het Centraal College ('het wetgevend orgaan') opgericht. Het Centraal College beoordeelde de voorwaarden wat betreft de opleiding (duur, inhoud, etc.), die werden voorgesteld door een specialistische vereniging zoals de NIV. Het College kon deze vervolgens goedkeuren, wijzigen of afkeuren. In 1972 werden de herziene opleidingseisen voor de interne geneeskunde door het Centraal College vastgesteld.

Schalm en Roos wezen op de kwaliteitsverbetering van de opleidingen

“Meer en meer werd duidelijk dat **de internist in opleiding primair het vak moest leren** en niet slechts aanwezig was om de patiëntenzorg te doen reilen en zeilen”

die in die jaren werd bereikt.² Er kwamen herhaalde (en eventueel vervroegde) visitaties met adviezen tot erkenning of opheffing van de opleidingsbevoegdheid. Terugkerende discussiepunten waren de gedeelde niet-academische en academische opleiding, de vraag of er een examen moest komen en de competenties (alhoewel dat woord toen nog niet in zwang was) van de op te leiden internisten. Ook werd de dubbele rol van het Concilium steeds duidelijker: enerzijds de rol als visiterend orgaan (de Plenaire Visitatiecommissie), anderzijds het adviesorgaan voor het bestuur van de NIV wat betreft opleidingszaken (de latere Centrale Opleidingscommissie).

Een meningsverschil dat in de jaren zeventig speelde was de vraag of de SRC kennis moest nemen van de jaarlijkse beoordeling van de individuele assistent. Het Concilium weigerde dit categorisch. Terecht, want dit soort informatie berustte bij de opleider. Een hardnekkig probleem was (en is) daarnaast de vraag welke criteria moeten worden gehanteerd voor een faire en 'objectieve' beoordeling van een opleiding.

Eind jaren zeventig bestond het Concilium uit de acht universitaire opleiders en acht niet-universitaire opleiders, de vertegenwoordiger bij de SRC, de voorzitter en secretaris van het NIV-bestuur en (vanaf 1978) twee leden van de JNIV.

De periode 1981-2006

Deze periode is door Meinders en Hillen uitstekend beschreven in het

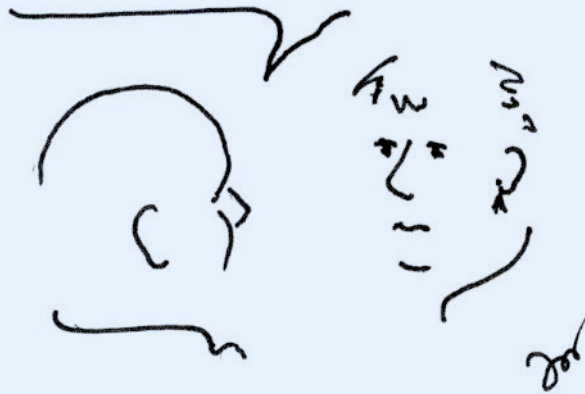
gedenboek bij het 75-jarig bestaan van de NIV.³

Vanaf 1981 werd gewerkt aan een grondige herziening van de opleidingseisen. Na veel discussies werd deze herziening pas in 1987 van kracht. De opleidingsduur werd zes jaar, mede om aan het eind daarvan de mogelijkheid van (anderhalf jaar) opleiding in een aandachtsgebied mogelijk te maken. De opleiding begon met twee jaar algemeen interne geneeskunde met daarin verplichte stages cardiologie en longziekten, poliklinisch werken en consulten.

De opleiding moest bij voorkeur deels niet-academisch en deels academisch worden gevolgd. Een volledig academische opleiding was ook toegestaan. De opleidingen werden onderscheiden in 5 varianten: G (Grondopleiding: 2 jaar, waarvan 1,5 tot 2 jaar algemene interne geneeskunde), G+ (3jaar), GV2 (4 jaar, waarin ten minste alle verplichte stages), GV4 (volledige niet-academische opleiding) en een volledig academische opleiding.

Vanaf 1981 zijn er zeer grote stappen gemaakt in het theoretisch cursorisch onderwijs in de internistenopleiding. Het doel hiervan was enerzijds het opvullen van lacunes in de basiskennis van de internist in wording, anderzijds was het idee om door middel van het cursorisch onderwijs de internisten in de opleidingsklinieken actief te laten participeren in dit onderwijs.³ Er werden drie lagen gecreëerd: lokaal, regionaal en landelijk onderwijs. De

Ik... kaakaabee met jou doen?
Dat vindt mijn vrouw vast niet goed...



landelijke cursusedagen waren aanvankelijk gericht op de eerste twee jaar van de opleiding en de toets was niet verplicht. Eind jaren negentig werden landelijke cursussen (klinische epidemiologie en farmacotherapie) ingesteld voor het derde en vierde jaar van de opleiding. Bovendien waren de toetsen niet langer anoniem en gold er een resultaatverplichting. Dit bleek een sterk positief effect op de prestaties op te leveren.³

In het Concilium was inmiddels een striktere scheiding aangebracht tussen de Centrale Opleidingscommissie en de Plenaire Visitatiecommissie. In deze periode werd het Concilium verder uitgebreid. Eerst met de voorzitters van de Landelijke Begeleidingscommissie Basisonderwijs Interne Geneeskunde en de Landelijke Begeleidingscommissie Regionale Opleiding (later de Commissie Logistiek). Vanaf 2001 kwamen daar nog opleiders uit de aandachtsgebieden bij.

Al in 1992 werd begonnen de opleidingseisen opnieuw aan te passen; de formele bekrachtiging door het Centraal College vond plaats in 1997. Er kwam een versoepeld opleidingsschema, de stage intensive care werd verplicht, terwijl cardiologie en longziekten niet langer verplicht waren, maar voorkeurstages werden. Een belangrijke verandering was de versterking van de regionale opleidingsstructuur met een regionale academische hoofdopleider en een Regionale Opleidingscommissie.

In 1998 schreven Meinders en Hillen het Raamplan Interne Geneeskunde. Dit om de opleiding beter te structureren en de eindtermen van de opleiding tot internist te beschrijven (en ook duidelijk te maken wat een internist allemaal doet). Dit Raamplan werd in eerste versie in 2000 door de NIV aanvaard. Een tweede uitgave volgde in 2002, met daarin ook de eindtermen van de erkende aandachtsgebieden. Dit was een belangrijke stap voorwaarts. De consequentie hiervan was dat de opleidingseisen nu zo moesten worden beschreven dat de op te leiden internist in zes jaar tijd kon voldoen aan de eindtermen van het raamplan. In 2003 werden deze nieuwe opleidingseisen een feit. Het onderwijs werd daarmee verder gestructureerd: er kwamen twintig regionale opleidingsdagen, verdeeld over de eerste vier opleidingsjaren. Daarnaast was er een jaarlijkse landelijke opleidingsdag. Er werd bovendien aan een landelijke formatieve toets gewerkt. Meer en meer werd duidelijk dat de internist in opleiding primair het vak moest leren en niet slechts aanwezig was om de patiëntenzorg te doen reilen en zeilen.

Geleidelijk aan deed ook de gestructureerde feedback zijn intrede.

Gebaseerd op de Amerikaanse Mini-Cex werd de Korte Klinische Beoordeling (KKB, later klinische praktijkbeoordeling, KPB) ingevoerd.

De periode 2006 tot heden

Deze periode stond vooral in het licht van het competentiegericht opleiden. De SRC, inmiddels omgedoopt in MSRC, nam hier het voortouw. Arts-assistenten werden aios (arts in opleiding tot specialist) genoemd. Met groot enthousiasme werden de CANMEDS-competenties omarmd, zoals ontwikkeld door de Canadese Royal College of Physicians and Surgeons. Ze werden vastgelegd in een kaderbesluit door het Centraal College Medische Specialisten. Nadat andere specialistenopleidingen waren voorgegaan, moest ook voor de interne geneeskunde een opleidingsplan op basis van de CANMEDS worden uitgewerkt. Voor een omvangrijk en gecompliceerd specialisme als de interne geneeskunde bleek het formuleren van competenties, deelcompetenties, leerdoelen (134!), leermiddelen en toetsen geen sinecure. Er was een duidelijke worsteling tussen de grote lijn en het detail. Het uiteindelijke opleidingsplan omvat maar liefst 150 pagina's. Onlangs wijdde Smulders hieraan een geestige, maar ook kritische beschouwing.⁴

Parallel aan deze hervorming nam de MSRC (inmiddels Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten, RGS) ook de visitatieprocedure op de schop. Er kwam een sterke nadruk op beleidsregels en meer standaardisatie. Ook deze vernieuwing leidde tot zeer gedetailleerde en derhalve omvangrijke zelfevaluatie-documenten. Visitatoren moesten vanwege dit 'nieuwe denken' uitvoerig getraind worden.⁵

Mogelijk moesten we ons door deze rijstebrijbergen heen worstelen om

“Een belangrijke verandering in de laatste periode is de **meervoudige differentiatie**”

weer tot nieuwe, louterende simplificaties te komen. De ontwikkeling van 'entrustable professional activities' (EPAs) is wellicht zo'n simplificatie die het leven van aios, opleider, visitator/conciliumlid positief uitdagender maakt.

Een belangrijke verandering in de laatste periode is de meervoudige differentiatie: de mogelijkheid voor de aios om zich te bekwamen in meer dan één differentiatie (de nieuwe benaming voor aandachtsgebied). Hiermee wordt voorkomen dat de interne geneeskunde geheel wordt opgeknipt in deelgebieden. De kracht van de internist - als cruciale schakel in de zorg - is óók de generalistische kijk en holistische benadering van de patiënt. En dat sluit naadloos aan bij de zorgvraag van de toekomst.

Tot slot. In de pas met ontwikkelingen in de maatschappij is de opleiding steeds meer een 'opleiding op maat' geworden. Centraal staan individualisering, profilering, reflectie, leiderschap van en door aios en

maatschappelijke thema's. Men leze het nieuwe opleidingsplan Interne geneeskunde 'de cruciale schakel in de zorg' 2019.⁶

Terugblik

Terugkijkend op de veranderingen sinds 1959 is er veel gebeurd. Ontegengesteld is de internistenopleiding en de kwaliteitsbewaking ervan sterk geprofessionaliseerd. De meester-gezelrelatie bestaat gelukkig nog steeds, maar wordt nu geflankeerd door onderwijsmomenten, feedbackprocedures en toetsen. Zo wordt er aanmerkelijk minder aan het toeval overgelaten. Geheel in lijn met de wet van Parkinson is de prijs hiervan een gecompliceerde en gebureaucratiseerde logistieke organisatie⁷

Grote en goede veranderingen hebben plaatsgehad: vrouwen zijn in aantal de interne geneeskunde gaan overheersen, de balans tussen werk en leren is in gunstige zin verschoven. Deeltijdwerken en zwangerschapsverlof zijn geaccepteerd.

De hoop is dat we in de komende periode in staat zijn ons te ontdoen van onnodige franje en ons kunnen focussen op de essentie van waar het om gaat: het zonder veel rompslomp opleiden van kundige en empathische internisten. ■

Referenties

1. Lindenboom GA. Schets van de geschiedenis der Nederlandsche Internisten Vereeniging. In: Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931 - 1981. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
2. Schalm L, Roos J. De geschiedenis van het Concilium van de Nederlandsche Internisten Vereeniging. In: Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931 - 1981. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1981.
3. Meinders AE, Hillen H. Het Concilium Medicinae Internae 1981 - 2006. In: Interne Geneeskunde - Pijler van de moderne gezondheidszorg. Utrecht, NIV, 2006.
4. Smulders Y. Competentiegericht opleiden - tijd voor bezinning. Interne Geneeskunde - Magazine voor de internist 10 (1): 18 - 22.
5. Toonder M. Het Nieuwe Denken in: Parbleu, Amsterdam. De Bezige Bij, 1998
6. [www.internisten.nl/sites/internisten.nl/files/NIV_Opleidingsplan_IG_2019_Deel_1_DEF\(v08\).pdf](http://www.internisten.nl/sites/internisten.nl/files/NIV_Opleidingsplan_IG_2019_Deel_1_DEF(v08).pdf)
7. Parkinson CN. Parkinson's Law: The Pursuit of Progress. London, John Murray, 1958

In the spotlight

Dr. C.J. Roosprijs 2019

Op 25 april jl. zijn namens de dr. C. J. Roosstichting de drie prijzen voor de beste klinische, patiëntgebonden proefschriften uitgereikt. De prijzen gingen naar Hanne Rooijackers, Daniëlle van den Berg en Sonja van Roeden.

De jury, bestaande uit prof dr. H.A.H Kaasjager, prof dr. M. M. Levi, prof dr. A. E. Meinders, dr. J. C. Roos, dr. P. M. Stassen en dr. D. J. Stenvers, selecteerde de drie prijswinnaars uit achttien proefschriften. De prijzen werden uitgereikt na afloop van een zeer goed bezochte sessie Topproefschriften, tijdens de Internistendagen in Maastricht.

Onopgemerkte hypoglykemie

De eerste prijs wordt dit jaar toegekend aan het proefschrift van dr. Hanne M.M. Rooijackers, getiteld *Impaired awareness of hypoglycemia in type 1 diabetes*, met als subtitel

the role of lactate. Het niet opmerken van hypoglykemie is een klinisch probleem dat met ernstige complicaties en mortaliteit gepaard kan gaan, en waarmee iedere internist te maken heeft. Het proefschrift van Hanne Rooijackers is een voorbeeld van uitstekend klinisch, patiëntgebonden onderzoek. Gebruikmakend van geavanceerde technieken kwam zij tot een stimulerende bevinding, die de basis was voor verder onderzoek naar de vraag, waarom sommige diabeten hun hypoglykemie niet voelen. Vervolgens heeft zij op elegante wijze systematisch en consequent dit eerste resultaat verder

uitgewerkt. Daarbij vond zij gaandeweg steeds meer steun voor de rol die het lactaatmetabolisme in de hersenen hierbij speelt. Gebruik makend van proton magnetische resonantiespectroscopie, waarmee het lactaatgehalte in de hersenen gemeten kan worden, en de vertrouwde glucose-clamptechniek, onderzocht zij systematisch het lactaatmetabolisme in de hersenen tijdens hypoglycaemie bij telkens twee groepen patiënten: de ene groep zonder en de andere met verminderd opmerkingsvermogen van hypoglykemie (VOH), plus een controlegroep van personen zonder diabetes. Zij vond dat bij patiënten met VOH de lactaatspiegel daalt, in tegenstelling tot de andere twee groepen. Daarmee rees het sterke vermoeden dat



deze patiënten lactaat metaboliseren bij gebrek aan glucose, en daarvoor de hypoglykemie niet opmerken. Vervolgens onderzocht zij hoe deze interessante bevinding verder kon worden bevestigd. Bij patiënten zonder VOH onderdrukte lactaattoediening de symptomen en de adrenalineresponse, terwijl het lactaat in de hersenen weinig toenam. Dat rechtvaardigde de veronderstelling dat het surplus aan lactaat door de hersenen meteen gebruikt wordt om te compenseren voor het glucosegebrek. Bij lactaatproductie door inspanning gevolgd door hypoglykemie, vond zij dat in de groep met VOH meer lactaat in de hersenen beschikbaar kwam, en veel gretiger werd gemetaboliseerd. Al eerder is een verband aangetoond tussen ernstige hypoglykemieën en cardiovasculair risico, mogelijk door een pro-inflammatoir effect. Als toegift vond zij dat bij patiënten met VOH leukocytose en adrenalinerespons ontbraken bij hypoglykemie, in tegenstelling tot de andere twee groepen. Een vergelijkbaar verschil bestond als zij mononucleaire bloedcellen in vitro blootstelde aan hypoglykemie. Met dit voorbeeldige onderzoek heeft zij ons inzicht in een belangrijk klinisch probleem aanzienlijk verdiept, met mogelijke therapeutische consequenties in de toekomst. De jury is

dan ook unaniem van mening dat de eerste prijs haar ten volle toekomt.

Aldosteron en cardiovasculair risico

De tweede prijs is toegekend aan dr. Daniëlle van den Berg voor haar proefschrift *The role of aldosterone and mineralocorticoid receptor antagonists in cardiovascular damage*. Primair hyperaldosteronisme (PH) door bilaterale bijnierhyperplasie is de meest voorkomende vorm van secundaire hypertensie. In haar onderzoek vergeleek zij steeds patiënten met PH met lijdende aan essentiële hypertensie, gebruik makend van een groot arsenaal aan technieken om cardiovasculaire effecten en schade te meten. Patiënten met PH bleken al in een vroeg stadium linker kamert hypertrofie en een verlaagd gehalte aan het cardioprotectieve adenosine te hebben. Zij kon echter ook aantonen dat het beschermend effect van mineralocorticoid receptorantagonisten niet berust op een toename van de adenosineproductie. Aanwijzingen in eerdere onderzoeken dat galectine-3 een rol speelt bij myocardfibrose, kon zij in een vergelijkend onderzoek van patiënten met PH en essentiële hypertensie niet bevestigen. Uit onderzoek bij muizen weten we dat mineralocorticoid receptorantagonisten

een gunstige invloed hebben op de schade door perfusie na ischemie. In een elegante experimentele studie ex vivo van menselijk atriumweefsel, verkregen bij open hartchirurgie, waarbij de contractiekracht na herstel van ischemie werd gemeten, kon zij dit effect echter niet aantonen. De jury is van mening dat zij met dit zeer degelijke klinische onderzoek bij patiënten een belangrijke bijdrage levert aan ons inzicht in de schadelijke effecten van hyperaldosteronisme op het hartvaatstelsel, met consequenties voor de dagelijkse praktijk.

Chronische Q-koorts

De derde prijs gaat naar dr. Sonja E van Roeden, voor haar proefschrift getiteld: *Prognosis and treatment of chronic Q fever*.

Haar veelomvattende onderzoek maakt de balans op van de klinische gevolgen van de epidemie in Nederland tussen 2007 en 2010, toen naar schatting 40.000 tot 50.000 mensen zijn geïnfecteerd met *Coxiella Burnetii*, van wie ongeveer 1% chronische Q-koorts kreeg. Het risico op complicaties was hoog in de groep met bewezen chronische Q-koorts. Deze complicaties, zoals aneurysmavorming, arteriële fistelvorming, endocarditis en geïnfecteerde vaatprotheses, gingen gepaard met een hoge mortaliteit. De combinatie doxycycline/quinolon bleek de meest effectieve, met als alternatief doxycycline/hydroxychloroquine. Het meten van doxycyclinespiegels bleek een nuttig hulpmiddel bij de behandeling. Al langer bestond het vermoeden dat non-hodgkinlymfom vaker voorkomt bij chronische Q-koorts. Het epidemiologische deel van het onderzoek kon echter geen overtuigend bewijs hiervoor aantonen. De jury is van mening dat dit onderzoek waardevolle kennis verschaft over een potentieel ernstige chronische ziekte die het gevolg was van een recente omvangrijke epidemie in Nederland. Kennis, die na de begrijpelijke commotie in den lande na de epidemie zeer welkom is en die in de toekomst van groot nut kan blijken te zijn. ■

Gedachtegoed en beeldvorming

TEKST: HEIN VISSER • BEELD: 123RF

Mijn aannemer belde mij tijdens de verbouwing van mijn huis op met de mededeling: “Ik moet even met je communiceren, want ik wil weten wat jouw gedachtegoed is over de tegels in de badkamer”. Ik word van dat soort zinsconstructies altijd heel blij, tenzij ze geformuleerd worden door ziekenhuismanagers of, nog erger, dokters. Maar die kunnen er ook wat van.

Zo is in de Nederlandse ziekenhuizen het tabblad radiologie/nucleaire steevast vervangen door de term beeldvorming. Zet de metoclopramide maar klaar en trek de broekriem stevig aan. Hoezo beeldvorming?

Tijdens de internistendagen had ons aller voorzitter De Kruijf het ook over beeldvorming, maar dan die over internisten. Dat we niet opereren en dat niemand weet wat we nou eigenlijk doen. Wat verder op de dag werd een uitleg gegeven over het woord flashmob-onderzoek. De definitie van flashmob is een groep mensen die ergens samenkomt, iets ludieks doet en vervolgens weer vertrekt.

De flashmob van het jaar zijn de internistendagen! Wat een mooi evenement is het en wat een zegen dat we nog steeds samen onder een dak (niet) opereren: Er worden mooie plannen gemaakt, grootheden worden gelauwerd, er wordt gedanst. Een wervelend cabaret uit het UMCU topte het af.

En uitgerekend een longarts moest in het hol van de leeuw komen vertellen dat niv niet deugt, maar daar bedoelde hij gelukkig *noninvasive ventilation* mee.

Verder veel geleerd over migranten aan wie je slecht nieuws zacht moet brengen. Het blijft moeilijk. Met alleen het verlagen van het aantal decibellen kom je er niet. En je hebt toch altijd het gevoel dat je iedereen voor de gek houdt.

In het internistisch gedachtegoed speelt theoretische kennis een belangrijke rol. Internisten tobben met moeilijke formules en hebben de grootste moeite om de

praktijk met de theorie in het reine te brengen. We willen wel dat een SIADH niet bestaat, maar soms moet je iets. Hetzelfde geldt voor vullen, sederen, koelen en teugvolume. *Less is more*, hebben we geleerd.

Innovatie, ook zo'n woord waar je jeuk van krijgt, maar nu toch ook weer actueel. Met een soort sensor die je op de patiënt plakt kun je iedereen in de gaten houden en ook een soort SIT op afstand oproepen. De internist zit ook op afstand, bleek tijdens een vergadering van de NIV. Die maakt de radijsjes schoon, terwijl de assistent de chateaubriand staat te braden (vrij naar Marcel Levi).

En dat kan binnenkort ook, want het toverwoord is 'GAMEN'. We gaan klinische problemen benaderen met een game op de telefoon. Hoe meer games, hoe beter je score en hoe beter je bestand bent tegen het klinische geweld. Voor je op de eerste hulp mag functioneren moet je eerst je game-vaardigheidsbewijs gehaald hebben (GVB).

In deze tijd van emoticons en ballonnen met 'get well soon' kon dit er ook nog wel bij. Van ingewikkelde kluisen zijn we overgegaan op hapklare brokken, maar inmiddels zitten we op een dieet van doorgekookt gemalen voedsel. Alles op de telefoon, schermvrij is vogelvrij, we leven en werken beschermd, Apple en Samsung begeleiden ons. In Noord-Holland en volgens mij ook daarbuiten (ik kom zelden ergens anders) is de *g*, zoals die in Duits, Frans en Engels wordt uitgesproken, verworpen tot een *k*. Het kan dan dus gebeuren dat de patiënten in de spreekkamer zitten te koekelen, terwijl de dokter nog even gaat kemen om zijn kennis wat te verdiepen, en dat allemaal op hun eigen kedsjets. En als we dan ook nog iedereen een sensor opplakken, kunnen we de verbale confrontatie voortaan achterwege laten. En dan maar hopen dat de beeldvorming over het gedachtegoed van internisten geen schade lijdt. *It's all in the keem.* ■

De medicus in de literatuur

Belcampo

Zwervend naar de geneeskunde

TEKST: HANS ABLIJ

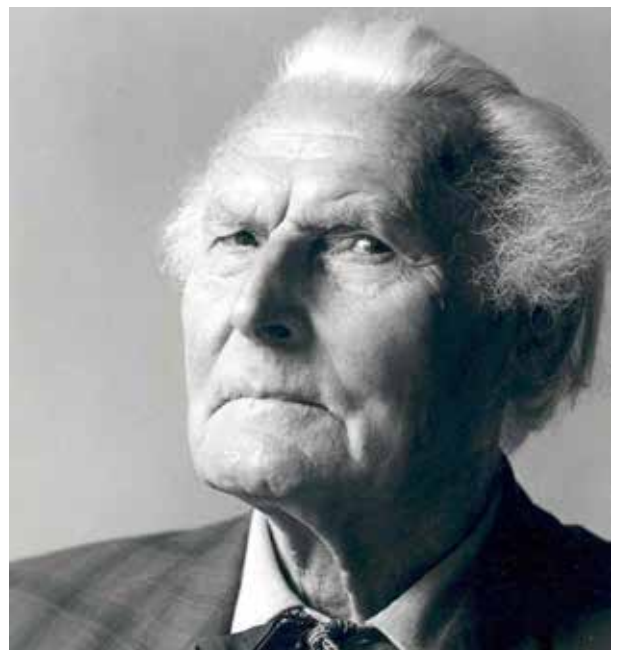
“Het enige dat wij absoluut zeker weten is dat wij hier op aarde een tijd moeten doorbrengen. Welnu, die tijd moeten wij zo goed mogelijk zien te besteden.”

Er zal in zijn voormalige woonplaats Rijssen voorlopig geen plein, straat of doodlopende steeg naar hem vernoemd worden. Laat staan dat er een standbeeld wordt opgericht voor de beroemde Overijsselaar: Belcampo. Even buiten de stad ligt een modderpad dat zijn naam draagt, ergens verscholen achter de struiken, niet langer dan 50 meter en onvindbaar op Google Maps. Welhaast een metafoor voor Rijssens ontkenning van Belcampo. Dat hij in Rijssen opgegroeid is, is niet meer dan een voetnoot in de gemeentelijke annalen van de – grotendeels – reformatorische gemeenschap. Het heeft alles te maken met zijn novelle *Het grote gebeuren*, een magisch-realistisch verhaal uit 1958. Men zou hem het situeren van de Dag des Oordeels in hun stad nog kunnen vergeven. Echter niet alleen bespot Belcampo hierbij de alwetendheid van God, hij laat bij het Laatste Oordeel slechts 60 procent van de Rijssenaars genade vinden. Dit was voor de notabelen en zijn stadsgenoten niet te verkroppen. Na meer dan zestig jaar is het hem nog steeds niet vergeven.

Belcampo en Rijssen

Herman Pieter Schönfeld Wichers werd in 1902 in Naarden geboren. Het gezin verhuisde in 1904 naar Rijssen, waar zijn vader als notaris kantoor hield. Herman bracht een groot gedeelte van zijn jeugd door in deze streng-protestantse stad, waar het geloof volgens de bevindelijk gereformeerde traditie werd en nog steeds wordt beleden.

Deze stroming is afgeleid van het Engelse puritanisme dat in de zeventiende eeuw tijdens het *lord protestorschap* onder Oliver Cromwell opgang deed. De nadruk ligt hier op de persoonlijke toepassing van het heil. Dat doet een bepaalde mate van verlichting vermoeden, maar die is er beslist niet. De uitwerking is streng-orthodox, waarin de grenzen van het denken en het maatschappelijk functioneren, de ideeën over man en vrouw, het gezin en homoseksualiteit van hogerhand en als vanzelfsprekend worden opgelegd en volgens de onfeilbare Schrift in de



preken worden overgebracht. Het lijkt onvermijdelijk dat deze streng-calvinistische, onwrikbare kijk op de wereld van grote invloed is geweest op de mens Herman Pieter Schönfeld Wichers en de schrijver Belcampo: hel en verdoemenis liggen altijd op de loer bij de geringste misstap. Dat hij decennia later ‘Het grote gebeuren’ in Rijssen laat afspelen is echter geen resolute sneer naar de stad, maar wel een vingerwijzing. Hoewel zijn jeugd niet ongelukkig is geweest en er geen aanwijzingen zijn dat Belcampo heeft geleden onder een reformatorisch juk, zal hij zich als buitenstaander verwonderd moeten hebben over de Bijbelse proporties van de invulling van het dagelijks leven in zijn woonplaats. Belcampo was een schrijver van absurdistische, fantastische en surrealistische verhalen en dat hij de dag des oordeels in Rijssen liet plaatsvinden paste in deze traditie. Hij zal de belijdenis van het geloof in Rijssen vast en zeker absurdistisch hebben gevonden en bij vlagen hypocriet of zelfs stuitend. En daarbij hoefden sommige individuen geen genade te verwachten – in ieder geval niet van Belcampo. Rijssen was nu eenmaal een deel van zijn leven geweest waar hij de belangrijke jaren van zijn jeugd heeft doorgebracht. Die vroege jaren in het leven zijn voor elk mens bepalend en het is de periode waarin de basis wordt gelegd hoe je als individu je blik op de wereld richt. En op latere leeftijd reis je zo nu en dan weer terug naar deze tijd. Dat zal voor Belcampo niet anders zijn geweest. En dat in het verhaal niet elke Rijssenaar genade vindt, leek hem niet meer dan logisch, als er al een werkelijke dag des oordeels komt.

De student en schrijver

Vanaf 1922 studeerde Belcampo rechten in Leiden en Amsterdam, met de bedoeling - zoals in die tijd gebruikelijk was - om in de voetsporen van zijn vader te treden. Tijdens een lang ziekbed in zijn tienerjaren was hij al begonnen met het schrijven van fantasieverhalen, maar in zijn tweede studiejaar debuteerde hij officieel als schrijver onder zijn pseudoniem A.B.C.: zijn verhaal *Koningin Voozenkoone* werd in het Amsterdamse studentenblad *Propria Cures* gepubliceerd. Hij was over zijn vroege werken niet erg te spreken, maar accepteerde deze ‘allerzwakste broertjes’ om bewaard te blijven voor het nageslacht, om de doodeenvoudige reden dat het het werk was van een overledene. Want, aldus Wichers, het leven bevat een onophoudelijk overlijden en wie ik gisteren was ben ik vandaag niet meer. Na zijn afstuderen werkte hij korte tijd op een advocatenkantoor en zag al snel in dat de advocatuur en het notarieel recht hem geen levensgeluk zouden brengen. Van 1928 tot 1937 zwierf hij te voet door Europa, met een lang verblijf in Italië. Deze hang naar zwerftochten en avontuur zou zijn hele leven blijven bestaan. Hij verdiende zijn kostje met het vertellen van verhalen en het maken van tekeningen. Bij terugkomst in Nederland besloot hij de advocatuur definitief de rug toe te keren. Zijn reizen en avonturen beschreef hij in het werk *De zwerftocht van Belcampo*, gepubliceerd in 1938. Zijn pseudoniem was een vrije Italiaans vertaling van het eerste gedeelte van zijn achternaam Schönfeld: mooi veld, in het Italiaans letterlijk bello campo. De naam



heeft hij echter ook ontleend aan het kappersbaasje Pietro Belcampo uit *Het duivelselixir* van E.T.A. Hoffmann, de Duitse schrijver waar Belcampo een enorme bewondering voor had. Hoewel *De zwerftocht* zijn doorbraak als schrijver betekende, zag hij het broodschrijverschap niet zitten. Schrijven doe je voor je plezier en brood moet met andere middelen op de plank komen. In 1937 begint hij daarom aan de studie geneeskunde in Amsterdam.

Het avontuur en de geneeskunde

Dat hij geneeskunde koos om later als dokter geld te verdienen is niet verwonderlijk. Belcampo was graag onder de mensen, hij hield van luisteren naar verhalen en was zelf een verwoed verhalenverteller. Als praktiserend arts ontmoet je dagelijks patiënten van allerlei pluimage. De hoofdvraag is medisch, maar patiënten zitten vol met avonturen en belevenissen die ze in hun soms innige band met de dokter maar al te graag kwijt willen. Als je daarnaar wilt luisteren is elke dag anders. Er zat voor Belcampo gewoonweg meer avontuur en fantasie in de geneeskunde dan in de advocatuur. In 1949 behaalde hij zijn artsexamen. Nadat hij in Bathmen enkele jaren als huisarts had gewerkt, werd hij in 1953 studentenarts in Groningen, waar hij tot aan zijn pensioen zou blijven. Groningen was jarenlang zijn uitvalsbasis voor zijn periodieke zwerftochten, waarbij hij nauwgezet alle plekken opschreef waar hij was geweest. Dat er weinig tot niets bekend is over zijn werkzame leven als medicus is veelzeggend. Al zwervend en verhalen vertellend was hij in de geneeskunde terechtgekomen, om zo een praktische invulling te geven aan zijn werkzame leven. Zijn werkelijke passies lagen echter in het zwerven en schrijven en deze verhalen heeft hij ons nagelaten.

In 1990 overleed Belcampo en werd hij begraven naast zijn vader, op de Oude Algemene begraafplaats van Rijssen. Zijn naam zal dus altijd aan Rijssen verbonden blijven, straatnaam of niet, want over de doden niets dan goeds. Belcampo vatte het als volgt samen: “Je wordt geboren, je leeft een tijdje, je begrijpt er geen bliksem van en je gaat dood.” ■

Yvo Smulders



Goed misbruik

Ik herinner me het nog goed. Terwijl ik als consulent de afdeling afliep zag ik vanuit mijn ooghoeken de orthopeden elkaar een *high five* geven. Het was ze gelukt mij zover te krijgen mevrouw de Vries over te nemen. De hoofddiagnose was weliswaar orthopedisch, maar er waren complicaties opgetreden en die voorspelden, samen met de leeftijd, een lang en arbeidsintensief beloop. 'Probeer die te slijten aan de Interne'...

Dit is het type 'misbruik' waaraan wij gewoonlijk een hekel hebben. Het gaat bijvoorbeeld om consulten waarbij je ongerichte vragen krijgt en in feite een groot deel van de klinische zorg (of zelfs de hele patiënt) kan overnemen. Of om SEH-taferelen waarbij 'de Interne het maar moet oplossen' omdat de patiënt oud, krakkemikkig en multimorbide is. Een jonge patiënt met hartfalen heeft echt meer kans op de Cardiologie te komen dan een hoogbejaarde met hetzelfde probleem. Aios die aan hun consultenstage beginnen noemen 'misbruik voorkómen' regelmatig als leerdoel. Niet zelden moet je als achterwacht bemiddelen bij sluimerende conflicten op de SEH over het opnemend specialisme voor iemand met ziekte X, comorbiditeit Y, vitaliteit Z en een evident zorgprobleem. Vroeger was ik er typisch een die niet over zich liet lopen. In een consult werd slechts toegestemd als er één specifieke vraag was en als dienstdoende was ik gevreesd bij andere specialismen die hun SEH-patiënt over de heg poogden te gooien. Tegenwoordig ben ik echter veel milder. Voor zover het leven bestaat uit beetnemers en beetgenomenen zijn internisten gewoon vaker het laatste. Waarom is dat eigenlijk erg? O zo vaak is het wel degelijk in het belang van patiënten dat wij ons over hen ontfemen. O zo vaak is een schijnbaar onzinnig consult in feite een 'help me alsjeblieft' van een onervaren zaalarts die wel ziet dat een patiënt niet goed gaat, maar het probleem niet goed kan benoemen en daarom een echte dokter in consult vraagt.

Onze afkeer van misbruik heeft te maken met ons ego. Als je beetgenomen wordt voel je je een loser, nietwaar? En dat wil je niet. Je wil winnen. Mijn advies is hier anders tegenaan te kijken: ónze ego's kunnen het hebben beetgenomen te worden. Met een knipoog (ik zie wat je doet) zeg je: 'Tuurlijk ga voor deze patiënt zorgen. Zij heeft mij nodig'. Terwijl achter je rug de handen omhoog gaan loop je trots de afdeling af, wetende dat als ze 's avonds in bed liggen er bij sommigen van hen misschien toch wel iets begint te knagen. 'Was ik nou wel de dokter die ik ooit had willen zijn?'. Wie nooit misbruikt wil worden, moet misschien maar geen internist worden.