

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3
JAARGANG 11
OKTOBER 2020

Magazine voor de internist



Bas Oude Elberink

Directeur van de Nederlandse Internisten Vereniging neemt na 13,5 jaar afscheid

COVID-19

Vijf artsen blikken terug op een hectische en bijzondere crisistijd

Integrative Medicine

Voor- en tegenstanders aan het woord

Telehealth

Het gebruik van digitale technologie voor gezondheidszorg op afstand

Buitengewone conciliumvergadering 2020

Positieve ontwikkelingen rondom de COVID-19-crisis



Nederlandse Internisten Vereniging

Kracht in *diversiteit.*



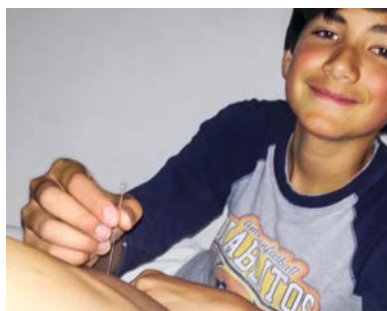
INTERVIEW 6

Bas Oude Elberink, directeur van de Nederlandse Internisten Vereniging, neemt na 13,5 jaar afscheid



Integrative Medicine
Hoe begeleid je vanuit het ziekenhuis de patiënt bij aanvullende behandelingen?

16



Acupunctuur
Een pleidooi voor de eeuwenoude geneeskundige behandelmethode

18



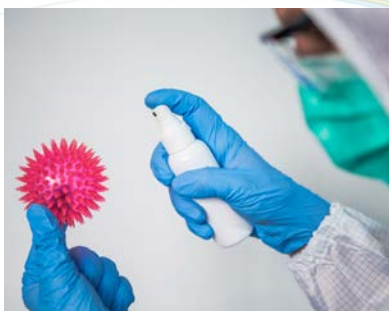
Integrative Medicine
Een kritische noot

20

COVID-19 -
Terugblik op een hectische en bijzondere crisistijd 10

Dokter Media -
Nuance bij medisch nieuws 15

Telehealth vraagt om nieuwe vaardigheden 24



Buitengewone conciliumvergadering 2020 26

Een Nederlandse arts in dienst van het Habsburgse rijk 28

Rondetafel Diabeteszorg adviseert over best mogelijke zorg 32



RUBRIEKEN

Reactie 9
Een voltooid leven: een onvoltooide rol voor de internist

Cartoon 23

Boekbespreking 35
Niet-helpen voor hulpverleners

De medicus in de literatuur 36
Cola Debrat - Een Antilliaan in Europa

Column Yvo Smulders 38
Refereren 2.0





Cruciale schakel

Op het moment van schrijven van deze column hebben we net de eerste sessie gehad van de allereerste online internistendagen. Deze sessie smaakte naar meer! Wat een prestatie van de commissie, die het gelukt is om in zeer korte tijd een heel aantrekkelijk en divers online programma aan te bieden. En dat was ook te zien in het grote aantal van meer dan 1000 aanmeldingen. Ik kijk wat dat betreft nu al uit naar de grand rounds, de heilige huisjes, en als uitsmijter de beste abstractsessie.

De impact van de pandemie op ons dagelijks werk is nog steeds enorm. Voor een belangrijk deel heeft dat te maken met de cruciale rol die wij internisten spelen in de opvang en behandeling van COVID-19-patiënten, zowel op de SEH, IC en cohortafdelingen. Aan de vooravond van de tweede golf is het een continue uitdaging om naast de uitbreiding van klinische capaciteit voor COVID-19-patiënten ook te zorgen dat de reguliere zorg zoveel mogelijk doorgang kan vinden. Op het moment van verschijnen van dit blad zal duidelijk zijn in hoeverre we daar in geslaagd zijn. Het is hierbij in ieder geval erg interessant om in de terugblik op de crisistijd te lezen hoe een aantal collega's uit het Amphia ziekenhuis de periode van de eerste golf hebben ervaren (pagina 10-14). Ook is het mooi om te lezen hoe de crisis een aantal belangrijke positieve ontwikkelingen heeft gehad voor de opleiding (pagina 26-27) en voor telehealth, met de uitdagingen die daar vervolgens bij komen kijken (pagina 24-25). Het is daarbij in deze gepolariseerde tijd belangrijk dat collega's proberen enige nuance en duiding te geven bij het medisch nieuws (pagina 15). En voor ons artsen om goed en helder te blijven communiceren, ook met andersdenkenden of twijfelaars. Zoals Febe Smits betoogt in haar artikel (pagina 22-23), 'Communicatie is de enige remedie tegen verdeeldheid'.

Ook is communicatie ontzettend belangrijk om inzichtelijk te maken wat wij internisten doen. Als medisch specialisten met de breedste medische kennis zijn wij in het ziekenhuis multi-inzetbaar, maar helaas leidt die brede inzetbaarheid soms ook tot vanzelfsprekendheid. Die brede basis is wat ons bindt en is onze kracht, maar maakt het soms ook moeilijk om deze kracht zichtbaar te maken. Wij moeten daarom met elkaar laten zien hoe wij een essentiële bijdrage leveren in de huidige zorg. Het is daarbij van belang dat wij gezamenlijk één boodschap uitdragen, hoe verschillend wij soms ook lijken door onze eigen expertises. De komende tijd zullen wij als NIV-bestuur daarom met jullie de uitdaging aan gaan om aan Nederland te laten zien waarom de internist een cruciale schakel in de zorg is, zodat we ook de komende jaren deze belangrijke rol kunnen blijven vervullen.

Na een periode van 13,5 jaar treedt Bas Oude Elberink terug als directeur van de NIV. In die periode heeft de NIV onder zijn leiding een enorme professionalisering doorgemaakt, waar Bas met genoeg op terug kijkt in het interview aan het begin van dit magazine (pagina 6-8). Wij zijn Bas erg dankbaar voor het belangrijke werk dat hij voor de NIV heeft verricht.

Robin Peeters

Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
11e jaargang, nummer 3, oktober 2020

Redactie

Hans Ablj, Gysèle Bleumink (hoofdredacteur), Caroline Canté,
Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Coco Ophij, 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, 2020

Website NIV: www.internisten.nl



Bas Oude Elberink blikt – met genoeg – terug

TEKST: FRANK VAN WIJCK • BEELD: MARLOU PULLES

Hoewel Bas Oude Elberink dacht zijn functie voor vijf jaar te zullen vervullen, neemt hij pas na 13,5 jaar afscheid als directeur van de Nederlandse Internisten Vereniging. Een doelgroep die hij heeft moeten leren kennen, zo geeft hij toe, maar die hij blijkens zijn uitlatingen in dit afscheidsinterview nu duidelijk een warm hart toedraagt.

Oude Elberink herinnert zich nog terdege hoe hij moest wennen aan de doelgroep waarmee hij als directeur van de NIV te maken kreeg. 'Ik kwam uit een beleidsfunctie bij de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen', vertelt hij. 'Ik werkte daar met ziekenhuisbestuurders, mensen die meteen in de gordijnen klimmen als je over details begint. En ik kreeg bij de NIV te maken met internisten, die – met het oog op hun functie volstrekt begrijpelijk – juist heel erg van de details zijn. Dat was wennen voor me.'

Met de zorg was Oude Elberink toen wél al vertrouwd. Na in zijn jonge jaren meerdere keren in het ziekenhuis te zijn beland, besloot hij geneeskunde te gaan studeren. Toch kwam hij daar twee jaar later, na het behalen van zijn propedeuse, op terug. 'Ik vond het te breed', zegt hij. 'Bovendien had ik inmiddels besloten dat de managementkant me toch meer trok. Dus werd

het Gezondheidswetenschappen, management en beheer om precies te zijn, wat toen nog alleen mogelijk was in Maastricht.' En zo kwam van het een het ander. Na zijn opleiding kwam Oude Elberink als junior binnen bij het ministerie van VWS, waar hij opklom tot beleidsmedewerker en zich ging bezighouden met de lokale initiatieven en het goodwillvraagstuk van medisch specialisten. En daarna volgde dus de NVZ, waar hij zich boog over de cao-onderhandelingen. 'Een bijzondere tak van sport waar ik veel van heb geleerd. Maar ik had ook leidinggevende ambities en de NIV bood mij een unieke kans om die te realiseren.' Dat maakte het directeurschap van de NIV tot een logische vervolgstap.

Professionalisering

Vijf jaar, dacht Oude Elberink, dat zou lang genoeg moeten zijn om de opdracht waarmee hij werd binnengehaald – het bureau

professionaliseren – af te ronden. 'En in principe was dat ook wel zo,' zegt hij nu hij na 13,5 jaar afscheid neemt, 'maar die professionalisering belandde steeds weer in een nieuwe fase. Dus zei ik op een gegeven moment: "Ik blijf gewoon zo lang als ik er energie van krijg, niet met tegenzin naar mijn werk ga en niet het gevoel heb dat ik op de winkel zit te passen". Dat gevoel heb ik overigens nog steeds niet, want ik blijf mij verbazen over het feit dat iedereen wel ziet in welke richting de zorg zich moet ontwikkelen, maar dat de weg daar naartoe toch zo ontzettend lang is. Hoe lang praten we al niet over zaken als anderhalvelijnszorg en perverse prikkels? Net zoals ik mij verbaas over hoe wij als verzekeren met onze gezondheidszorg omgaan. We vinden gezondheid het grootste goed, maar als de zorgpremie een euro omhoog gaat, klagen we steen en been. Terwijl de verzekeringspremie voor onze auto net zoveel kost, en die betalen we zonder morren.'

Het agendapunt dat voor Oude Elberink al die jaren het belangrijkste bleef, is het bijhouden van de interne geneeskunde. 'Dat

zal ook een belangrijk aandachtspunt blijven’, zegt hij. ‘We hebben die dertien differentiaties en de kunst is ondanks het bestaan daarvan toch de eenheid te blijven bewaken. Het is immers juist de samenhang die de interne geneeskunde en dus ook de internist zo sterk maakt. Versnippering zou dramatisch zijn en de dreiging daarvan is er zeker wel geweest. Daarom hebben we als NIV ook zo geïnvesteerd in goede samenwerking met onze deelspecialistische verenigingen – denk aan oncologie en hematologie – en in het streven naar een gezamenlijke strategie. We hebben nu ook op het bureau medewerkers die de deelspecialismen ondersteunen. Zo kunnen zij onze expertise benutten en blijven wij op de hoogte van hun ontwikkelingen. Een win-winsituatie dus.’

Profilering

Andere onderwerpen waarmee Oude Elberink zich als directeur heeft beziggehouden, vallen naar zijn zeggen onder de categorie ‘die horen er gewoon bij’. Indicatoren, richtlijnontwikkeling, visitaties en opleiding bijvoorbeeld, of samenwerking met overige medisch specialisten en ook de huisartsen. Maar één onderwerp springt eruit en dat is de externe profilering van de internist en de interne geneeskunde. ‘Een moeilijk onderwerp’, zegt hij. ‘Onze kracht zit erin dat we in samenwerking met andere specialismen heel veel kunnen betekenen, maar dat wordt niet altijd gezien. Bij de coronacrisis merkten we dat ook weer: alle aandacht ging uit naar de IC-artsen, maar overige internisten hebben in

‘Externe profilering van de internist en de interne geneeskunde blijft een moeilijk onderwerp’

die periode ook een enorm belangrijke rol gespeeld. Omdat hetzelfde geldt voor de huisartsen en longartsen willen we onszelf dan niet op de borst kloppen, maar het was wel wéér zo’n moment waarop we merken hoe moeilijk het is deze rol van de internist te communiceren.’

Iets wat de internisten zelf ook niet per se makkelijk maken, erkent hij. ‘Als we over die rol iets op papier hebben gezet waarover we als NIV tevreden zijn, zijn er weer internisten die zeggen: “Ja maar...”. Typisch hun vak natuurlijk. Daarin onderscheiden ze zich ook heel nadrukkelijk van de chirurgen. Dat merkte ik in 2010 toen ik ad interim directeur bij de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde was. Chirurgen hebben halverwege je zin al een beslissing genomen en gaan daar dan ook voor.’

Waardevolle kans

De veranderingen in de zorg bieden internisten een waardevolle kans, vindt Oude Elberink. Bijvoorbeeld op het gebied van preventie en het

gedachtegoed van JZOJP (juiste zorg op juiste plaats). ‘In preventie kunnen internisten door hun brede kennis een enorme belangrijke rol spelen’, zegt hij. ‘Denk alleen al aan wat ze samen met huisartsen kunnen betekenen voor diabetespatiënten. Er liggen dus zeker kansen voor de internist buiten het ziekenhuis, denk aan deeltijdwerk in een huisartspraktijk of een verpleeghuis. Zulke initiatieven zijn er ook al wel geweest. Daarnaast heeft de coronacrisis laten zien dat er ook heel veel ruimte is voor zorg op afstand.’

Het is mede de coronacrisis die Oude Elberink heeft doen besluiten om zijn functie neer te leggen. ‘Het was een extreem drukke tijd met lange werkweken’, zegt hij. ‘Ik merkte op een gegeven moment dat ik heel moe was en dat het steeds langer duurde om daarvan te herstellen. Op een gegeven moment moet je dan aan jezelf toegeven: de energie komt niet meer terug. De huidige voorzitter Robin Peeters bleek dat volkomen te begrijpen, dus we zijn er in goed overleg uitgekomen. En het bureau staat als een huis. Vier van de zes bureaumedewerkers die er al zaten toen ik aantrad in 2007, werken hier nog steeds. Ik begrijp dat: ze krijgen de ruimte om verantwoordelijkheid te nemen voor hun werk en er hangt een goede sfeer op het bureau, waarin ook veel ruimte bestaat voor humor. Dat laatste vind ik ook erg belangrijk om als bureau goed te functioneren. Als mijn opvolger en ook de NIV erin slaagt die sfeer vast te houden, zit het goed.’ ■

‘In preventie kunnen internisten door hun brede kennis **een enorme belangrijke rol** spelen’

Een voltooid leven: een onvoltooide rol voor de internist

TEKST: BART KOOPMAN, AIOS INTERNE GENEESKUNDE

‘Een voltooid leven: is er een rol voor de internist?’ vroegen Hans Ablij en Hein Visser zich af in het gelijknamige artikel in de vorige editie van *Interne Geneeskunde*. Als antwoord redeneerden ze, samengevat, als volgt: internisten zijn er om mensen beter te maken; de zorg die internisten aanbieden, grijpen patiënten hoopvol aan; mede door die zorg leven patiënten langer en met meer gebreken; deze combinatie maakt dat patiënten hun leven als voltooid beschouwen; huisartsen kunnen het best met patiënten spreken over de zin en zinloosheid van deze zorg; internisten kunnen bijspringen wanneer het gesprek met de huisarts niet lukt. Deze gedachtelijk doet echter onrecht aan de veelzijdigheid en ingewikkeldheid van voltooide levens in de praktijk.

Al eeuwen lang luidt het adagium: *‘la médecine c’est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours’*.¹ Internisten zijn er niet alleen om te genezen, maar ook om lijden te verlichten en te begeleiden, vooral in de laatste levensfase. Patiënten begrijpen dat: als ze goed worden voorlicht over de gewenste en ongewenste effecten van een behandeling, kiezen ze vaker voor een terughoudend beleid.² De oplopende levensverwachting en de gezondheidsservaring op hogere leeftijd zijn dan ook minder van geneeskunde afhankelijk dan van sociaaleconomische processen.³ Dit verklaart hoe het kan dat mensen die hun leven als voltooid beschouwen niet altijd lijden aan een ernstige medische aandoening, maar soms ook aan een aandoening waarvan de medische grondslag twijfelachtig is, of ze lijden zelfs in het geheel niet.⁴ Het gevoel kan al een leven lang bestaan, veranderen gedurende de tijd en beïnvloed worden door bijvoorbeeld financiële problemen of het jaargetijde.⁵ Bovendien hebben niet al deze mensen een actieve doodswens.^{4,5} Een voltooid leven is, kortom, een haast niet te definiëren verzamelbegrip dat zich uitstrekt tot elk medisch domein.

Huisartsen spelen vanzelfsprekend een cruciale rol bij de tijdige voorlichting en ondersteuning van mensen die hun leven als voltooid beschouwen, gezien het brede scala aan medische en niet-medische oorzaken en redenen. Maar internisten, die zich toch laten voorstaan op hun zorg voor moeilijke, grensoverschrijdende problemen, kunnen zich moeilijk afwenden van zo’n rol of zich ‘verre houden van de ethische discussie rond dit maatschappelijke probleem’, zoals Ablij en Visser stelden. Zij toonden dat fraai aan in hun eigen artikel door eerst goedkeurend te beschrijven hoe een vrouw met een gemetastaseerd pancreascarcinoom uit eigen beweging koos voor een palliatief traject – ‘Ik kon haar niet op andere gedachten

krijgen en respecteerde haar keuze’ – en vervolgens opgelucht verhaalden hoe een andere vrouw niet behoefde af te zien van intensieve zorg – ‘Want het leven van deze patiënte was beslist niet voltooid’.

Al vrij lang woedt een politiek-maatschappelijk debat over de zorg voor mensen die hun leven als voltooid beschouwen, maar internisten laten nauwelijks van zich horen. Dat is een nog onvoltooide rol. Internisten zijn kundig in het vaststellen en prioriteren van gezondheidsproblemen, het opsporen van gunstige en ongunstige factoren in de mens en diens omgeving, het afwegen van voor- en nadelen van mogelijke interventies, het betrekken en coördineren van hulp van andere disciplines. Vanuit die ervaring zouden internisten juist een waardevolle bijdrage aan het debat kunnen leveren. ■

Referenties

1. Geneeskunde is soms genezen, vaak verlichten en altijd troosten. Zie bijvoorbeeld: A.P.N.A. de Groof. ‘La médecine c’est guérir parfois, soulager souvent, consoler toujours’: zoektocht naar de oorsprong van een aforisme. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2002;146:2494-8.
2. Zie bijvoorbeeld: S. Visser, R. Westendorp, K. Cools, J. Kremer, A. Klink. Kwaliteit als medicijn: aanpak voor betere zorg en lagere kosten. Booz & Co, 2012.
3. Zie bijvoorbeeld: E.M. Zantinge, E.A. van der Wilk, S. van Wieren, C.G. Schoemaker. Gezond ouder worden in Nederland. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2011 en Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2018: Een gezond vooruitzicht. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2018.
4. P. Schnabel, B. Meyboom-de Jong, W.J. Schudel, e.a. Voltooid leven: over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Adviescommissie voltooid leven, 2016.
5. E. van Wijngaarden. Voltooid leven, over leven en willen sterven. Atlas Contact, 2016 en E. van Wijngaarden, G. van Thiel, I. Hartog, e.a. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. ZonMw, 2020.

Terugblik op hectische en bijzondere crisistijd

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: 123RF

Het Amphia Ziekenhuis in Breda is een van de ziekenhuizen die begin dit jaar hard is getroffen door de COVID-19-crisis. Begin juli blikten vijf medewerkers terug op een hectische en bijzondere tijd. Vooral de saamhorigheid in het hele ziekenhuis is als bijzonder en positief ervaren.



Peter van Wijngaarden,
internist-infectioloog

‘Er was **geen ruimte voor discussie of tegenwerpingen** over het beleid. Dat werkte heel goed.’

Internist-infectioloog Peter van Wijngaarden had supervisie op de verpleegafdeling met COVID-patiënten. ‘Ik deed onder andere de dagelijkse visites, iets wat ik normaal gesproken een keer per week doe. Het was uitzonderlijk dat alle patiënten dezelfde diagnose en een identiek ziektebeeld hadden. En ook dat we feitelijk weinig voor hen konden doen. Sommigen lagen dagenlang aan de zuurstof, terwijl er weinig veranderde en we niet wisten welke kant het op zou gaan met hen. Het was bovendien een heel nieuw ziektebeeld. Op speciale websites werden nieuwe studies en inzichten gepubliceerd. Daar zochten we doorlopend naar informatie, met name over nieuwe behandel mogelijkheden.’



Schouders eronder

‘Zelf was ik niet bang om ziek te worden. Dit kwam gewoon op onze weg en gezamenlijk hebben we de schouders eronder gezet om de problemen op te vangen. Er was veel saamhorigheid, dat was erg plezierig om te ervaren. Er werkten ook bijvoorbeeld reumatologen en dermatologen

op de afdeling, onder supervisie van de internisten en longartsen. Het behandelbeleid werd bepaald door een ziekenhuisbrede commissie, waarin we afspraken welke behandelingen we wel of niet zouden geven. Uiteraard volgden we daarbij de adviezen van de SWAB, de landelijke Stichting Werkgroep Antibioticabeleid. Zo probeerden we steeds tot gezamenlijk beleid te komen voor het ziekenhuis. Er was ook een brede commissie voor de logistiek van patiënten, met daarin een vertegenwoordiging van onder meer de internisten, longartsen, intensivisten, cardiologen en kinderartsen. De commissie was heel duidelijk in het beleid, er was geen ruimte voor discussie of tegenwerpingen. En dat werkte heel goed. Iedereen committeerde zich zonder protest.’

Lange weg te gaan

‘Eind juni waren de interne afdelingen weer grotendeels open. Er lagen nog enkele COVID-patiënten in het ziekenhuis en er waren een paar terugplaatsingen van patiënten die lange tijd in Groningen op de IC hadden gelegen. Zij zijn in de herstelfase, maar hebben nog een lange weg te gaan met revalidatie. We doen nu verschillende studies, met name op microbiologisch gebied. Met de MDL-afdeling kijken we bovendien naar gastro-entereologische aspecten van een COVID-infectie. Er is een grote wetenschappelijke commissie gevormd voor alle studies in het ziekenhuis. De commissie heeft ook een database opgezet van alle COVID-patiënten. Die kunnen we gebruiken voor verder onderzoek.’ □

Dorothee Arnold, patholoog

‘Ik werkte veel met arts-assistenten, voor wie ik **ongelofelijk veel respect** heb gekregen’

Patholoog Dorothee Arnold hielp tijdens de coronacrisis op de SEH. ‘Aan afdelingen en specialisten is gevraagd om een kwart van de capaciteit te leveren voor de COVID-zorg. Vanuit de pathologen betekende dat één persoon, en ik vond het interessant om te doen. Ik wilde graag op de SEH bijspringen, omdat ik daar ooit mijn werk ben begonnen en wist hoe ik bijvoorbeeld een anamnese en lichamelijk onderzoek moest doen. Op het intranet van het ziekenhuis stonden bovendien trainingen over het ziektebeeld en zaken als beschermende kleding en

het elektronisch patiëntendossier. Het zien van patiënten was even wennen, maar ik kon het weer snel oppikken. Bovendien waren er altijd andere dokters aanwezig aan wie ik iets kon vragen. Ik werkte voornamelijk met arts-assistenten, voor wie ik ongelofelijk veel respect heb gekregen. Normaal zie ik hen alleen tijdens de lessen pathologie, maar nu heb ik gezien hoe goed en gedreven ze zijn in hun werk. Het ziekenhuis zou nooit goed kunnen functioneren zonder de arts-assistenten.'

Nieuwe slangen voor stethoscoop

'In mijn normale werk stel ik diagnoses achter de microscoop. Maar nu had ik weer echt contact met patiënten. Dat vond ik erg leuk. Ik stelde me aan patiënten voor als arts van het COVID-team, en niet als patholoog. Want ik weet niet of een patiënt dat in deze situatie wel zou waarderen. Voor het lichamelijk onderzoek gebruikte ik mijn eigen stethoscoop. Ik moest nog even zoeken waar die lag, want ik had hem lang niet gebruikt. Ik heb 'm gekocht in 1985 en hij deed het nog, maar de rubberen slangen waren helemaal vergaan. Die brokkelden helemaal af. Dat geeft wel aan hoe lang ik niet klinisch heb gewerkt. Toevallig had ik de rekening nog met de naam van de leverancier. Die heb ik gebeld en het bleek dat zij nog slangen hadden voor deze stethoscoop. Zo kon ik mijn eigen stethoscoop weer gebruiken. Ik was een aantal weken ingeroosterd op de SEH. Er was uiteindelijk een grote pool van specialisten die konden bijspringen in de COVID-zorg. Dat gaf echt het idee dat we het samen deden, en dat voelde heel goed en bijzonder.'



© LYNN HOLLAR

Leon Elmans, orthopedisch chirurg

'Thuiszitten voelde vreemd, want dat komt normaal gesproken weinig voor'



© ESTHER HERELIGERS

Het werk van orthopedisch chirurg Leon Elmans kwam grotendeels stil te liggen. 'Al snel na de uitbraak van het coronavirus is alle reguliere, niet-spoedeisende zorg stilgelegd. De piek van de crisis was ongeveer rond Pasen, maar het heeft ook daarna nog lang doorgewerkt. Dus het was lange tijd rustig in de reguliere zorg. Om onze patiënten toch zo goed mogelijk te begeleiden, hebben we wel telefonische spreekuren gehouden. Maar veel nieuwe, niet-acute patiënten hebben we afgehouden omdat we toch niets voor ze konden doen. We waren ons wel bewust dat dat verborgen leed kan opleveren. Landelijk wordt nu onderzocht hoe groot de impact is van het stopzetten van de reguliere zorg.'

Thuis

'Aanvankelijk vulde ik de tijd met het wegwerken van andere zaken, zoals e-learnings en protocollen updaten. Maar dat is op een gegeven moment klaar. Sommige collega's pakten andere taken op, bijvoorbeeld bestuurlijk of in de wetenschap. Vijf collega's hebben geholpen in de COVID-zorg. Zelf heb ik veel acute traumatologische

zorg gedaan. Maar ik heb ook enkele dagdelen thuis gezeten. Dat voelde vreemd, want dat komt normaal gesproken weinig voor. Het relativeert je werk ook: waar loop ik me nou altijd zo druk over te maken? Ik heb gefietst en thuis klusjes gedaan, maar niemand wist wat er ging gebeuren en hoe lang het zou gaan duren. Dat treft onze vakgroep ook financieel. Veel hangt af van wat zorgverzekeraars hiermee doen. We zijn weliswaar ondernemers, maar tegelijk een coöperatie van medisch specialisten. En we mochten gewoon niet werken.'

Grote uitdaging

'Later konden we weer opstarten, maar dat is nog niet zo eenvoudig. Het stilleggen van een operatiekamer is niet ingewikkeld, maar het weer opschalen is een grote uitdaging. Er is een flinke achterstand en begin juli zaten we nog maar op zo'n zestig procent van onze capaciteit. Als electief specialisme hebben we weinig inspraak in het opstartproces. Maar onze patiënten zitten thuis met pijn, en de wachtlijst is opgelopen tot maar liefst 1500 operaties. Het is logisch dat acute en semi-acute zorg eerst aan de beurt komen, maar we moeten oppassen dat we de electieve zorg niet vergeten.' □

Merijn Kant, longarts-intensivist en medisch manager van de IC

'In alle lagen van de organisatie stapten mensen uit hun comfortzone om ondersteuning te bieden'

Merijn Kant, longarts-intensivist en medisch manager van de IC, liep zelf een besmetting op met het coronavirus. 'Samen met mijn collega-intensivisten, het managementteam en de bedrijfsmanager hebben we de IC klaargemaakt voor de toestroom van COVID-patiënten. Ik heb het als een bijzondere tijd ervaren. In alle lagen van de organisatie stapten mensen uit hun comfortzone om ondersteuning te bieden, ook op de IC. Iedereen leverde maximale inspanning om de zorg te bieden die nodig was en zette andere belangen opzij. Dat was een fantastische ervaring, naast alle vervelende momenten die we hebben meegemaakt met patiënten en familie. Bij zowel medisch specialisten als verpleegkundigen was er uiteraard wel meer werkdruk dan normaal. Op de IC lag dat vooral in

de opschaling in verband met de toestroom van patiënten. Dat vertaalt zich in meer diensten met meer mensen. Ikzelf was bijna zeven dagen per week van 's ochtends vroeg tot 's avonds laat bezig om te zorgen dat iedereen z'n werk kon doen en gezond bleef.'

Niet onveilig

'Elke ochtend vroeg was er overleg met het *outbreak management team* van het ziekenhuis, en daarna met het eigen team. Dat gaf ons regelmaat en structuur om heel snel met iedereen te kunnen schakelen en actiepunten uit te zetten, aan de hand van de problemen op dat moment. Het voelde niet onveilig om op de IC te werken. We stonden continu in contact met mensen van de infectiepreventie en konden ons beleid steeds aanpassen als dat nodig was. Ik was me wel bewust van het risico dat ik het virus mee naar huis zou nemen. Maar aan de andere kant hoort dat aspect bij ons werk. We zijn heel voorzichtig te werk gegaan en hebben meer beschermingsmaatregelen toegepast dan strikt noodzakelijk was. Natuurlijk is het spannend en ben je bang dat iemand op een of andere manier toch besmet raakt. Maar in die hectische periode was er een duidelijke en veilige werkstructuur.'

Toch besmet

'Op een gegeven moment zijn toch enkele collega's besmet geraakt en ook ikzelf. Mogelijk via een patiënt die geen typische COVID-verschijnselen had. Gelukkig is niemand ernstig ziek geworden. Ik moest minimaal zeven dagen in isolatie, maar was al na drie dagen hersteld. Ook mijn gezin moest in quarantaine en dat was vooral sneu voor mijn kinderen: zij mochten aanvankelijk juist weer naar school maar moesten toen toch thuisblijven. Ik had tijdens mijn isolatie wel continu contact met het team in het ziekenhuis. Ik mocht na een week weer gaan werken en ben gelukkig volledig hersteld. Terugkijkend zijn we in het ziekenhuis nooit in acute problemen gekomen. Er was steeds voldoende alertheid voor de juiste stappen. Dat geeft een goed gevoel.' □

Anne van Rooijen, aios interne geneeskunde

'Crisismanagement was heel leerzaam en interessant'

Derdejaars aios interne geneeskunde Anne van Rooijen heeft meegeholpen in de organisatie van COVID-19-zorg. 'Bijzonder was dat ik 22 weken zwanger was toen de crisis uitbrak. Ik liep op dat moment stage op de longafdeling

en met een collega ben ik aan de slag gegaan op de COVID-verpleegafdeling. Maar na een Engelse richtlijn over corona en zwangerschap mocht ik daar niet meer werken. Later kwam er een Nederlandse richtlijn en toen mocht ik wel weer op de afdeling werken. Het was dus even een vreemde situatie. In de tussentijd heb ik crisismanagement gedaan, wat heel leerzaam en interessant was. In eerste instantie hielp ik met het maken van roosters voor helpende specialisten en het verdelen van de arts-assistenten. De roosters moesten vrijwel dagelijks worden aangepast, omdat er steeds dingen veranderden. We maakten ook protocollen voor het werken op de afdeling, en ik richtte me specifiek op wat arts-assistenten nodig hadden. Ik zat bij vergaderingen en had veel contact met de bedrijfsmanager. Hoe vervelend en ernstig de situatie ook was, ik wilde niet thuiszitten maar graag mijn steentje bijdragen.'

Geen hiërarchie

'Ik heb in totaal zo'n drie weken bij de patiënten gewerkt, totdat het fysiek te zwaar werd. De samenwerking met andere specialismen was heel goed. Ik heb veel enthousiasme gezien en bereidheid om te helpen. Het hele ziekenhuis werkte samen en er is geen onvertogen woord gevallen. Specialisten werkten samen met arts-assistenten en vroegen elkaar hulp en advies. Er was geen hiërarchie, dat vond ik heel bijzonder. Er zijn zo'n dertig arts-assistenten interne en longgeneeskunde, verdeeld



over verschillende groepen. Voor arts-assistenten was er intervisie georganiseerd, er was *peer support* en er waren psychologen beschikbaar. Dus er was veel steun vanuit het ziekenhuis. In de roosters werd ruimte ingebouwd zodat mensen ook naar huis konden om even uit te rusten.'

Hulp op alle niveaus

'Hoewel alles rond de COVID-zorg heel snel is opgezet, heb ik van veel arts-assistenten gehoord dat zij tevreden zijn over hoe het is gegaan. Als je in een crisis als deze wilt helpen, moet je dat denk ik goed duidelijk maken. Arts-assistenten moeten in een ziekenhuis soms vechten voor hun plekje. Maar er is altijd wel ruimte voor iemand die zich extra wil inzetten. In een crisis is op alle niveaus hulp nodig.' ■

Advertentie

Collega, ben jij al lid van DJS?

Voor zowel aios als basisartsen bij de interne geneeskunde biedt het lidmaatschap van DJS vele voordelen. Je kan gebruikmaken van persoonlijke voordelen, waaronder gratis juridische hulp en rechtsbijstand, gratis roosteradvies, korting op trainingen en cursussen en een gratis aanvullende beroepsaansprakelijkheidsverzekering. Daarnaast werkt DJS als vakbond voor alle jonge artsen en is de belangrijkste gesprekspartner voor de politiek als het gaat over regels rondom werk-privébalans, dienstbelasting en regelingen rondom de COVID-zorg.

Dé landelijke stem voor aios, basisartsen en arts-onderzoekers.

Een sterke stem voor alle basisartsen (nog niet) in opleiding op landelijk niveau biedt ons een sterke onderhandelingspositie met als uitkomst een betere positie voor jou en al je collega's.

Kijk op de website www.dejongespecialist.nl en **meld je aan!**



Nuance

bij medisch nieuws

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Populaire media beschrijven medische berichtgeving nogal eens op een zodanige manier dat dit bij patiënten tot valse verwachtingen kan leiden. Dokter Media is door twee artsen opgezet om de nieuws waarde van die berichtgeving terug te brengen naar realistische proporties, zodat lezers weten wat ze er feitelijk aan hebben.

Zorgt het coronavirus voor een verzevenvoudiging van het aantal mensen dat een beroerte krijgt? Typisch zo'n nieuwsfeitje waar Dokter Media wel raad mee weet. 'Deze voorspelling bleek gebaseerd te zijn op onderzoek in de Mount Sinai ziekenhuizen in New York, dat liet zien dat gedurende de eerste golf van de coronacrisis in twee weken tijd vijf patiënten jonger dan 50 jaar werden opgenomen met een beroerte, tegen 0,7 patiënten in een vergelijkbare periode vóór de coronacrisis', zegt Lester du Perron. 'In die berichtgeving klonk het alsof de afdelingen neurologie zouden overstroomd met coronapatiënten met beroertes,' zegt Du Perron, 'maar zo is het natuurlijk niet. Iets soortgelijks zagen we ook bij de berichtgeving over moedermelk als mogelijk medicijn tegen het coronavirus. Een interessant idee, maar de eerste stap van het onderzoek moest nog worden gezet toen in de kranten al was te lezen dat we ons misschien maar over de schaamte heen moeten zetten om ouderen dagelijks een kopje moedermelk voor te zetten.' Samen met Tijs Stehmann was Du Perron in 2016 de initiatiefnemer van Dokter Media, het online platform waarop zij medische berichtgeving uit de media van korte begrijpelijke uitleg voorzien, en daarmee vaak ook nuanceren. Du Perron, die begon als anios interne geneeskunde, is huisarts en wordt opgeleid tot ziekenhuisarts, Stehmann is arts in opleiding tot kinderarts.

Erkenning

Du Perron zegt zich te verbazen over hoe de publieke media soms met medisch nieuws aan de haal gaan. En precies die verbazing was de reden om samen met Stehmann Dokter Media op te zetten. 'Om te voorkomen dat op basis van ongenueerde berichtgeving de volgende dag de huisartswachtkamer vol zit met mensen met veel te hooggespannen verwachtingen', zegt hij. Dokter Media won snel aan populariteit onder huisartsen. Een aantal van hen toont de berichtgeving hiervan inmiddels op de beeldschermen in hun wachtkamers. Ook onder

medisch specialisten groeit de aandacht, en de waardering. 'We houden steeds vaker presentaties op medische onderwijsdagen en symposia', zegt Du Perron. 'Ook zij erkennen het probleem van populaire berichtgeving die patiënten verkeerde verwachtingen geeft.'

Uitbreiding

Du Perron en Stehmann doen hun werk voor Dokter Media onbezoldigd, omdat ze onafhankelijk willen blijven. Du Perron: 'We krijgen vergoedingen voor presentaties en onderwijs, maar verder worden we niet gefinancierd. Dit neemt niet weg dat we wel de redactie uitbreiden met twee basisartsen die al een aantal keer voor ons hebben geschreven. Een van de twee had gemerkt dat media aan de haal waren gegaan met haar eigen promotieonderzoek. Ze was daarover te gast geweest in de podcast die we via BNR verzorgen en had daar gezegd dat meer promovendi Dokter Media zouden moeten gebruiken om nieuws over onderzoeken en promoties te nuanceren. Zo'n opmerking is natuurlijk heel goed om ons bereik te vergroten. Ook de afspraak die we nu met uitgeverij Elsevier hebben draagt daaraan bij: door artikelen van hen die wij bespreken via *open access* op onze website beschikbaar te stellen. En we brengen dit najaar bij uitgeverij De Arbeiderspers een boek uit, een bundel van de leukste teksten die we eerder publiceerden aangevuld met nieuw materiaal.' ■

CONTACT

Ben jij arts (in opleiding) of promovendus en wil je ook een bericht schrijven voor Dokter Media? Of heb je een nieuwsbericht gelezen en wil je dat Dokter Media hier uitleg bij geeft? Dat kan! Neem contact met Dokter Media op via het contactformulier op <https://doktermedia.nl>.

Integrative Medicine bij Oncologisch Centrum Rijnstate



TEKST: VERA MATTIJSSSEN, ANDRÉ VLOT, MARIJKE MAALDERINK EN INES VON ROSENSTIEL • BEELD: 123RF

Veel patiënten willen graag zelf bijdragen aan hun gezondheid en aan de behandeling van hun ziekte en daarin alle mogelijkheden benutten. Daarnaast zien zij vaak op tegen de zwaarte van de reguliere (oncologische) therapie die zij zullen ondergaan. Ze overwegen of gebruiken aanvullende behandelingen en stellen daarover hun vragen aan u als behandelend arts. Vragen over bijvoorbeeld wietolie, kurkuma of acupunctuur. Van deze behandelingen zijn werkzaamheid, veiligheid en interacties met medicijnen niet altijd goed bekend bij de patiënt, noch bij de zorgverlener. Hoe kunnen we vanuit het ziekenhuis de patiënt hierin begeleiden?

Vooraf oncoloatiepatiënten gebrui-ken naast de reguliere zorg vaak één of meer vormen van complementaire zorg. In ziekenhuis Rijnstate bleek dit in 2018 bij een inventariserend onderzoek te gaan om 64% van 124 patiënten met kanker. Zij gebruikten met name voedingssupplementen en kruiden (>40%), maar ook mindfulness, ontspanningsoefeningen, massage en manuele therapie. De patiënt praat hier niet altijd over met de hoofdbehandelaar, en deze laatste zal er zeker in het verleden vaak niet naar geïnformeerd hebben. Dat is spijtig, want leefstijl en aanvullende

zorg kunnen van invloed zijn op het welzijn van de patiënt, in positieve en negatieve zin. Zo kan acupunctuur *hot flushing*, dat veroorzaakt kan worden door hormonale behandeling bij borstkanker, verlichten zonder evidente bijwerkingen.¹ Anderzijds kunnen omega 3-vetzuren (in vette vis of visoliesupplementen) het effect van bijvoorbeeld irinotecan en platinumbevattende chemotherapie verminderen.

Wat is Integrative Medicine?

Integrative Medicine (IM) heeft zich met name in de Verenigde

Staten ontwikkeld. In het Academic Consortium for Integrative Medicine & Health werken grote universiteiten als Harvard, Yale, Duke en Stanford sinds 2000 samen in research en scholing.² IM vindt zijn oorsprong in toenemend inzicht in de interactie tussen lichaam en geest en in de rol van leefstijl in ziekte en gezondheid.

Het is een holistische benadering van de patiënt die vier pijlers kent:

1. Arts- patiëntrelatie gebaseerd op partnership (de arts als coach)
2. Preventie en welzijn
3. Gezonde omgeving
4. Multidisciplinaire aanpak van reguliere geneeskunde met aanvullende methoden die bewezen effectief en veilig zijn.

Integrative Oncology

Integrative Oncology is gericht op het optimaliseren van gezondheid, kwaliteit van leven en klinische uitkomsten in het continuüm van

kankerzorg, naast de conventionele behandelingen. Ook op dit gebied is er in de VS al veel onderzocht en geïmplementeerd. De grote oncologiecentra daar hebben afdelingen *integrative oncology* waar gespecialiseerde artsen spreekuur houden, en waar klinisch en poliklinisch complementaire zorg wordt aangeboden. De richtlijn van de Society for Integrative Oncology (SIO) voor *evidence based* IM en borstkankerbehandeling is in 2018 beoordeeld en overgenomen door de ASCO (American Society of Clinical Oncology).^{3,4} In deze richtlijn worden interventies als meditatie, mindfulness, yoga, massage, muziektherapie, acupunctuur en acupressuur beoordeeld in de behandeling van angst, depressie, moeheid, chemotherapiegeïnduceerde misselijkheid, pijn, slaapstoornissen en *flushing*. Het Memorial Sloan Kettering Cancer Center (MSKCC) in New York onderhoudt een uitgebreide database over kruiden, vitamines en supplementen, hun mogelijke werking, bijwerkingen, en interacties met medicijnen. Hun website (*About Herbs, Botanicals & Other Products*) en app (*About Herbs*) zijn zeer bruikbaar.⁵

Werkwijze Rijnstate

Het visiedocument van de Federatie Medisch Specialisten uit 2017 (*Medisch Specialist 2025*) kent vier thema's:

1. Unieke patiënt, holistische benadering
2. Netwerkgeneeskunde
3. Gezondheid en gedrag, preventie
4. Innovatie

De ambities van ziekenhuis Rijnstate sluiten hierbij aan. Wij willen een betrokken en zichtbare partner zijn voor de patiënt, zelfmanagement ondersteunen, en met onze medisch-specialistische expertise de samenwerking in de zorgketen versterken. Als één van de acties in Rijnstate is in 2018 de stuurgroep IM opgericht en is een specialist met expertise op gebied van IM aangetrokken (Ines von Rosenstiel). Bij een deel van onze medisch specialisten bestond er zeker scepsis ten aanzien van IM. De wens om een goede gesprekspartner

te zijn, kwaliteit van leven te verbeteren, veilige zorg te bieden en patiënten te behoeden voor onwerkzame en/of dure zorg, wordt echter breed gedeeld.

Er wordt scholing in IM verzorgd voor artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, diëtisten en andere zorgverleners. Het doel is te komen tot eenduidige informatie en adviezen aan de patiënt: waar staan we als behandelteam achter, en waar niet. In het oncologisch centrum wordt wekelijks een spreekuur IM gehouden, waar nu in twee jaar tijd 242 patiënten zijn gezien. Bij de bespreking van supplementen en andere behandelingen gebruiken we het *Ethisch raamwerk IM voor werkzaamheid en veiligheid* (zie figuur 1). Het consult IM wordt vastgelegd in het EPD en de huisarts wordt schriftelijk ingelicht.

Rijnstate verzorgt zelf geen complementaire behandelingen. Wel wordt gewerkt aan een lijst van geselecteerde, kwalitatief hoogwaardige externe complementaire therapeuten aan de hand van de zorgvuldigheidseisen van het CIZG (zie hierna), zodat desgewenst verwezen kan worden.

Wetenschappelijk onderzoek wordt verricht met onder meer de Wageningen Universiteit (naar gebruik van supplementen bij kanker), de Hogeschool Arnhem-Nijmegen, het NIVEL COMMON project (over communicatie over effectieve aanvul-



Figuur 1. Het ethisch raamwerk IM voor werkzaamheid en veiligheid

lende behandelingen als onderdeel van routine kankerzorg) en met het Radboud UMC (Buddy; onderzoek naar Mindfulness Based Cognitieve Therapie bij (ex-)kankerpatiënten). Beide laatstgenoemde projecten worden gesubsidieerd door KWF Kankerbestrijding.

Andere initiatieven

In Nederlandse ziekenhuizen is een beperkt aantal medisch specialisten geschoold in IM. Zo kent ook het Haga Ziekenhuis een oncologisch-hematologisch spreekuur IM. De eerste stappen zijn gezet om te komen tot een landelijk platform medisch specialisten IM (contact: IM@rijnstate.nl).

Het Consortium voor Integrale Zorg en Gezondheid (CIZG) is een samenwerkingsverband tussen een aantal Nederlandse (academische) ziekenhuizen, ggz-organisaties en andere kennisinstituten.⁶ Het CIZG is in overleg met de NZA over bekostiging van IM-zorg.

Scholing in IM wordt onder meer verzorgd door de Academy for Integrative Medicine (AIM) in Amsterdam.⁷ ■

Noot

Meer informatie over IM in Rijnstate: www.rijnstate.nl/im.

Over de auteurs

Vera Mattijssen, internist-oncoloog (tot 1 mei 2020)

André Vlot, internist-hematoloog

Marijke Maalderink, afdelingshoofd Oncologisch Centrum en projectleider IM

Ines von Rosenstiel, kinderarts en IM-expert allen in ziekenhuis Rijnstate Arnhem

Referenties

1. Zia FZ e.a. The National Cancer Institute's conference on acupuncture for symptom management in oncology: State of the science, evidence and research gaps. *J Natl Cancer Inst Monogr* 2017;52:68-73.
2. www.imconsortium.org
3. www.integrativeonc.org
4. Lyman GH e.a. Integrative therapies during and after breast cancer treatment: ASCO endorsement of the SIO clinical practice guideline. *J Clin Oncol* 2018; 36:2647-2655.
5. www.mskcc.org
6. www.cizg.nl
7. www.aim-edu.nl

Acupunctuur voor de moderne internist

TEKST: LIOE-TING DIJKHORST-OEI • BEELD: CASPER & ANNE-FLEUR DIJKHORST

Acupunctuur wordt in China al meer dan 3000 jaar toegepast, de laatste eeuw naast de reguliere biomedische geneeskunde. Lioe-Ting Dijkhorst-Oei, voorzitter medische staf bij het Meander Medisch Centrum, houdt een pleidooi voor de opwaardering van acupunctuur door de moderne Nederlandse internist.

Van de vier thema's die de Federatie Medisch Specialisten in haar visie *Medisch Specialist 2025* centraal heeft gezet, is 'de unieke patiënt en de moderne medisch specialist' het thema dat het meest gezicht krijgt in *Interne Geneeskunde*.¹ De redactie

laat dat wederom zien door een deel van dit nummer te wijden aan complementaire geneeskunde. Zij verzocht mij om een kort stuk over acupunctuur. Waarom aan mij? Een van mijn eerste wetenschappelijke publicaties ging over de potentiëring van

het analgetisch effect van acupunctuur door farmacologische blokkade met een intracerebroventriculair toegediende cholecystokininerceptorblokker. Dit was voordat ik me ging beperken tot onderzoek in mensen... Proefdieronderzoek heeft naast vele andere voordelen ook de kracht om bezwaren te pareren van xenofobe critici die deze van oorsprong Chinese behandelmethodescharen onder traditionele volksgeneeskunde en dan elk effect willen toeschrijven aan louter suggestie. Zo'n houding staat het 'vooropgaan in vernieuwing' in de weg.¹

De scope van de internist

Hoort de acupunctuur – in China al meer dan 3000 jaar toegepast, de laatste eeuw naast de reguliere biomedische geneeskunde –, in de scope van de moderne Nederlandse internist? Jazeker! Interne geneeskunde baseert zich op het zorgvuldig stellen van gedifferentieerde diagnoses en daarop geëigende complexe behandelplannen inzetten. Zo keek geen enkele internist ervan op toen de afgelopen twee jaar studies aantoonde dat diabetes type 2 diverse verschijningsvormen kent en dat behandelkeuzes mede hierdoor gedreven moeten worden.² Ook de effectiviteit van acupunctuurbehandelingen leunt op een juiste, precieze diagnose. Daarom is het mooi dat de WHO binnen haar strategie ten aanzien van traditionele en complementaire geneeskunde twee jaar geleden besloot om in de *International*



Casper Dijkhorst, thans 3e jaars geneeskundestudent, kon op 13-jarige leeftijd tijdens een rondreis door Indonesië zijn moeder noodhulp verlenen bij haar recidief ischias.

Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-11) ook de diagnoses volgens de *Traditional Chinese Medicine* (TCM) op te nemen.

Dit opent de weg naar breder gewaardeerd patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek. Want de kennis die we al sinds de vorige eeuw hebben opgedaan uit fundamenteel onderzoek, zoals dat acupunctuur diverse neurotransmittersystemen beïnvloedt en functionele MRI consistent fysiologische activatie in diverse hersendelen aantoonde die niet door nep-acupunctuur kan worden opgewekt, is niet genoeg om deze behandelmethode optimaal te kunnen implementeren.³ Momenteel profiteren in Nederland vooral die patiënten van acupunctuur, die zich via andere wegen laten informeren dan door hun behandelend internist. Het is wenselijk dit te veranderen.

Netwerkgeneeskunde

Netwerkgeneeskunde kan ons daarin helpen en ook dat is bij uitstek het terrein van de internist.¹ Denk bijvoorbeeld aan de oncologische patiënt. Het multidisciplinair overleg (MDO) rondom deze categorie patiënten gebeurt aan de hand van een richtlijn. De patholoog-anatoom benoemt het type tumor, de radioloog en nucleair geneeskundige doen uitspraken over metastasering/stadiering, de snijdend specialisten over de mogelijkheid tot resectie, de radiotherapeut wordt gevraagd naar de mogelijkheid van bestralen, het pijnteam naar mogelijkheden van een plexusblokkade etc. Hoe mooi zal het zijn als bij het MDO binnenkort ook een specialist in acupunctuur aanschuift die zich aan de hand van de casuspresentatie een beeld kan vormen van de diagnose volgens de TCM en kan aangeven of acupunctuur ondersteunend kan werken bij de voorgestelde therapie.

Wetenschappelijk onderzoek

Hoe zit dat met *evidence based medicine* en het eerder genoemde herwaarderden van patiëntgebonden wetenschappelijk onderzoek? Nog fundamenteler: kunnen we het werkingsmechanisme van acupunctuur

uitleggen? En pragmatisch: is het wel kosteneffectief? Bovenal: is het veilig? Laten we ons deze vragen blijven stellen! Ook voor dat deel van de interne geneeskunde waarvan het werkingsmechanisme verondersteld wordt biomedisch verklaarbaar te zijn... De antwoorden hebben we lang niet altijd. Het wetenschappelijk onderzoek moet daarom op een rijtje gezet worden en nieuwe potentiële behandeltrajecten ten minste prospectief vervolgd. Laten we echter niet voorbijgaan aan de enorme hoeveelheid onderzoek dat reeds gepubliceerd is in recente jaren: van 1995 tot 2014 werden meer dan 13.300 artikelen over acupunctuur gepubliceerd in *peer-reviewed* tijdschriften.⁴⁻⁵ Nog té vaak lukt het niet om die ene, unieke patiënt een behandeling aan te bieden waarmee diens hulpvraag beantwoord wordt. Een patiënt vraagt niet om uitsluitend tijd van leven, maar ook om kwaliteit, door onder andere bestrijding van (terugkeer van) pijn, chemotherapiegerelateerde misselijkheid en/of braken, veranderde defaecatie, dan wel moeheid. Laten dit nou juist indicatiegebieden zijn waarbinnen in zekere mate bewijs van de werkzaamheid van acupunctuur bestaat.⁵ Een ander indicatiegebied uit deze categorie om verder te exploreren is obesitas, volksziekte nummer 1, bij wie we nu alleen voor de ernstigste vormen bariatrische chirurgie als beduidend effectieve behandeling hebben. Is de juiste (TCM)diagnose gesteld, dan kan de patiënt een deel van de onderhoudsbehandeling overnemen in de vorm van acupressuur (drukken op acupunctuurpunten) en daarmee tonen we ons meteen betrokken bij gezondheid en gedrag.¹ Ook kosteneffectiviteitsstudies zijn uitgevoerd voor acupunctuur/acupressuur. Acupunctuur valt in Duitsland sinds 2006 onder de basisverzekering vanwege op basis van data-analyses ingeschatte kosteneffectiviteit bij lage rugklachten zoals ischias.⁶ Deze kosteneffectiviteit zal nog duidelijker worden als met een 'prikrecept' van de acupuncturist zelfmanagement voor patiënten mogelijk wordt. Ook familie kan daarbij betrokken

worden (zie foto), vergelijkbaar met het aanleren van het spuiten van glucagon bij een diabetespatiënt in nood.

Wat kunt u doen?

Het valt op dat het onderzoek naar acupunctuur minder goed aangeboden en gepubliceerd wordt in 'onze' tijdschriften, maar meer in gespecialiseerde neurowetenschappelijke tijdschriften. Laten we kijken of we de research in de acupunctuur kunnen incorporeren in onze programma's van wetenschap en zorg en daarvoor op voornoemde MDO's elkaar herinneren aan de mogelijkheid om patiënten te includeren. Gelijktijdige revisie van de actuele richtlijnen is interessant ter analyse van de baten en bijwerkingen van conventionele interventies. Ook head-to-head-vergelijkingen van acupunctuur met momenteel vigerende, meestal medicamenteuze interventies zijn daarom interessant. En *last but not least*, tevens *primum non nocere*: neem de voorkeur van de unieke patiënt mee: wil deze echt nog een extra lading medicijnen innemen waarvan er één gericht is tegen de klacht (bijvoorbeeld pijn) en de tweede ter preventie van de bijwerkingen van nummer één (maagbloeding of obstipatie)? Op deze wijze geven wij door verdieping in deze eeuwenoude geneeskundige behandelmethode allen goed inhoud aan de visie op de moderne internist anno 2020 op weg naar 2025. ■

Referenties

1. www.demedischspecialist.nl/onderwerp/medisch-specialist-2025
2. Dennis JM, Shields BM, Henley WE, Jones AG, Hattersley AT. Disease progression and treatment response in data-driven subgroups of type 2 diabetes compared with models based on simple clinical features: an analysis using clinical trial data. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2019; 7: 442-51.
3. Ahn, AC. Acupuncture. UpToDate 2020.
4. www.evidencebasedacupuncture.org/acupuncture-scientific-evidence
5. Ma Y, Dong M, Zhou K, e.a. Publication Trends in Acupuncture Research: A 20-Year Bibliometric Analysis Based on PubMed. *PLoS ONE* 2016;11:e0168123.
6. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, e.a. German Acupuncture Trials (GERAC) for chronic low back pain: randomized, multicenter, blinded, parallel-group trial with 3 groups. *Arch Intern Med.* 2007; 167(17): 1892-98.



Integrative Medicine

voor internisten verklaard

TEKST: CEES RENCKENS • BEELD: 123RF

Rond 2005 introduceerden kinderarts Ines von Rosenstiel en chirurg (n.p.) Karlien Bongers een nieuwe stroming in Nederland: Integrative Medicine (IM). De IM-visie kent vier pijlers: de arts als coach en de patiënt als mederegisseur van zijn ziekte, aandacht voor preventie en welzijn, een helende omgeving en de combinatie van regulier en *evidence based* complementair. Die pijlers zijn inmiddels letterlijk terug te vinden in onder meer *De Huisarts van morgen* en *Medisch Specialist 2025*, aldus IM-pionier Von Rosenstiel (Van Praag Instituut, 2017).¹ Cees Renckens, oud-voorzitter van de Vereniging tegen de Kwakzalverij, denkt er het zijne van.

Terug naar de bron

Voor dit artikel over IM ben ik teruggegaan naar de bron. In dit geval is dat het eerste Nederlandstalige boek over deze nieuwe stroming, geschreven door Karlien Bongers en Astrid van Koppen: *Integrative Medicine, zorg voor gezondheid en geluk* (Arbeiderspers, 2011).

In het boek lezen we hoe Bongers en Von Rosenstiel in 2006 het Nationaal informatie- en kenniscentrum integrale geneeskunde (NIKIM) oprichtten. Het centrum liep enige tijd goed.

In 2008 organiseerden ze een congres dat bezocht werd door 300 deelnemers en waar 'inspirerende sprekers' het woord voerden, waaronder psycho-oncoloog Servan-Schreiber, neurowetenschapper Dick Swaab en acupuncturist Keppel Hesselink. De auteurs van het boek schetsen de ambities van de IM en al snel blijkt dat die niet kinderachtig zijn: het gaat er volgens de auteurs niet alleen om zieke mensen te behandelen, maar om niet minder dan het bevorderen van het menselijk geluk. De gewone

geneeskunde wordt afgeserveerd in ergerlijke karikaturen als: 'De huidige geneeskunde is nog steeds gebaseerd op het dogma van Descartes *cogito ergo sum* uit de zeventiende eeuw', 'De veiligheid van zorgvragers wordt onder meer bedreigd door medische fouten, het oplopen van een infectie in het ziekenhuis en valincidenten en ze heeft veel te weinig aandacht voor preventie en leefstijlinterventies'. Ook een citaat als 'IM benut alles wat veilig en effectief is voor de gezondheid' en die kennis kan voortkomen uit 'biomedisch, (epi)genetisch, psycho-immunologisch, psychologisch, antropologisch, sociologisch, filosofisch, theologisch of (kwantum) fysisch onderzoek' is representatief voor deze inleiding.

'Belangwekkende ontdekkingen'

Deel 2 van het boek beslaat 112 pagina's over de 'basiskennis'. Ik citeer een aantal van de talrijke weetjes

hieruit, die overigens worden opgeblazen tot belangwekkende ontdekkingen. De lezer oordele zelf.

- ‘De kennis die wij hebben over (geluks)hormonen kunnen wij benutten om effectiever met stress om te gaan. Dat kan door gebruik te maken van kant-en-klare voedingssupplementen en medicijnen die de spiegels van gelukshormonen kunnen verhogen, maar echt nodig is dat niet.’ (p. 118).
- ‘Een uitgebalanceerd dieet met bijvoorbeeld vis en fruit ondersteunt een leven in balans. Als je een snelle oppepper nodig hebt, dan kun je kiezen voor bijvoorbeeld chilipepers of (pure) chocolade.’ (p. 119).
- ‘Bij een stevige borstelmassage komt extra adrenaline vrij plus oestrogenen en serotonine.’
- ‘Lymfocyten bijvoorbeeld delen zich vooral tussen 21.00 en 22.00 uur. Darmepitheel deelt zich met name om 7.00 uur ’s ochtends.’ (p. 123).
- ‘Zo liet een Amerikaans onderzoek zien dat het hebben van een religieuze overtuiging gepaard gaat met verminderde activiteit van de gyrus cingularis, een onderdeel van het limbische systeem dat betrokken is bij de verwerking van emotionele prikkels.’ (p. 151).
- ‘Zo maakt het streven naar geluk mensen gelukkiger. Ze maken daarbij gebruik van de werking van de nucleus accumbens in de hersenen, die bij verhoging van de dopaminespiegels wordt geactiveerd en aanzet tot actie als je graag iets wilt en er moeite voor moet doen.’ (p. 152).

Evidence based

Na deel 2 volgt een bespreking van de vier pijlers van de IM. Veel elementen zijn al lang gemeengoed in de reguliere geneeskunde, maar worden gepresenteerd als nagelnieuw. Omwille van de mij toegemeten ruimte wil ik mij verder beperken tot bespreking van het meest controverse deel van de IM: pijler drie, dat wil zeggen de ‘combinatie van reguliere met *evidence based* complementaire geneeskunde’. Pijler 3 heeft als omineuze titel ‘Gebruik alle *evidence based* behandelingen’.

‘Artsen die zich **schuldig maken aan integratieve geneeskunde** dienen daarop door hun vakgenoten te worden aangesproken’

Tot verdriet van de auteurs wordt acupunctuur ‘nog steeds’ geschaard onder de alternatieve behandelingen. En dat terwijl ‘de bewijslast van acupunctuur enorm is’ (p. 219). Met deze krompraat bedoelen de auteurs, zo valt uit de context op te maken, dat het beschikbare bewijsmateriaal voor acupunctuur enorm is: zij geloven er heilig in. Hier wrekt zich niet alleen het onverwoestbare therapeutisch optimisme zo gauw het over niet-reguliere zaken gaat, maar ook het ontbreken van enige kritische publicatie over deze Chinese en alle andere alternatieve geneeswijzen. Aanbevelenswaardig zijn hier de overzichten van Derry en Barker Bausell, maar ook aan de boeken van Goldacre (*Bad Science*) en Ernst/Singh (*Trick or Treatment*), waarin de conclusies over de werkzaamheid van alternatieve geneeswijzen negatief zijn en waarvan Nederlandse vertalingen beschikbaar zijn.^{2,3} Het leidt ertoe dat de auteurs talrijke geneeswijzen als bewezen effectief presenteren. Om er enkelen te noemen: massage bij hoofdpijn, acupunctuur in het algemeen (met een beroep op de WHO!), meditatie en visualisatie bij pijn, aromazorg, tea-tree olie op de IC, humor van cliniclowns na hartchirurgie, ‘dondergod liaan’ tegen reuma en Tong Bi-tabletten bij dezelfde indicatie, pure chocolade bij vaatziekten en omega-3 bij kanker.

Geen van deze beweerdelijk bewezen effectieve behandelmethoden is terug te vinden in de richtlijnen en standaarden van de reguliere geneeskunde. Dat berust niet op vooroordeel of kennisachterstand,

maar onderstreept dat het begrip ‘*evidence based* complementaire geneeskunde’ een *contradictio in terminis* bevat. De reguliere geneeskunde is een open en gretig onderling samenhangend systeem, en ieder die meent een bijdrage of ontdekking te kunnen bieden is welkom in het forum van de betreffende wetenschappelijke gemeenschap. Daar wordt geoordeeld en een *evidence based* geneeswijze vanuit de IM kan daar worden aangeboden. Bij een gunstige beoordeling verandert zo’n geneeswijze van alternatief naar regulier. In de praktijk gebeurt dat overigens praktisch nooit: de onderliggende hypothesen zijn daarvoor meestal te absurd.

Geen ruimte

Wetenschapsfilosofisch is er geen ruimte voor zoiets als complementaire geneeskunde. Artsen die zich schuldig maken aan integratieve geneeskunde dienen daarop door hun vakgenoten te worden aangesproken en bij aanhoudende overtredingen uit hun wetenschappelijke vereniging te worden geëxcommuniceerd. Zulk een actie zou ook de NIV niet misstaan. Uit onze ziekenhuizen dienen zij te worden geweerd. ■

Referenties

1. www.facebook.com/VanPraagInstituut/posts/integrative-medicine-pionier-ines-von-rosenstiel-over-haar-zorgdroom-ik-droom-na/2008428132738639/
2. Derry e.a. Systematic review of systematic reviews of acupuncture published 1996-2005. *Clin Med.* 2006;6(4):381-6
3. Barker Bausell R. Are positive alternative medical therapy trials credible? Evidence from four high-impact medical journals. *Evaluation & the Health Professions.* 2009;32(4) 349-369.

‘Wetenschap, blijft u verklaren!’

TEKST: FEBE SMITS

Febe Smits, coassistent, werkt vanaf het begin van de coronacrisis op de corona-spoedposten van de huisartsenpost in Voorhout en het Alrijne ziekenhuis in Leiderdorp. Ze maakt zich zorgen over de infodemic die de pandemie met zich mee heeft gebracht: een vloedgolf aan halve waarheden en onwaarheden spoelt via (sociale) media over ons heen. Smits roept wetenschappers op om in gesprek te blijven met andersdenkenden of twijfelaars. ‘Communicatie is de enige remedie tegen verdeeldheid’.

Terwijl ik voorheen naarstig alle nieuwsartikelen en ontwikkelingen in wetenschappelijk onderzoek volgde, overheerst nu het moedeloze gevoel niet meer te willen praten over het nieuwe coronavirus. In de gespannen weken van maart en april was het inspirerend om te zien in wat voor een recordtempo samenwerkingen werden opgezet – zowel lokaal als internationaal. Kijk nou wat we voor elkaar kunnen krijgen; iedereen doet zo zijn best! Maar het blijkt een roze bril. Hopeloos naïef. Wanneer ik goed om mij heen kijk, zie ik minstens evenveel controverse. De ene na de andere theorie over de origine van het virus vliegt je om de oren. Hoewel wantrouwen jegens de regering geen nieuw fenomeen is, lijkt het nu meer dan ooit op een andere gevestigde orde te focussen: de wetenschap.

Kritisch denken

De Verlichting bracht aan het eind van de 18e eeuw het redeneren op basis van feiten naar het ‘gewone volk’. Het maakte een einde aan de alomtegenwoordige autoriteit van kerk en staat. Deze stroming bevorderde wetenschap en intellectuele

uitwisseling voor eenieder die maar nieuwsgierig was. Zo begon de burger zichzelf steeds meer als een individu te zien, met eigen rede en gedachten. Hij was zelf in staat tot het maken van beslissingen, gebaseerd op verworven kennis. Deze onafhankelijkheid is vandaag de dag vanzelfsprekend, maar voor de mensen van toen – wiens leven werd bepaald door de wil van de koning en de lokale priester – was het revolutionair.

Inmiddels, ruim 250 jaar verder, is het vrije denken verweven met onze identiteit als wereldburger. Nu is er echter sprake van een nieuw soort dreiging: die van de pseudowetenschap. In het huidige digitale tijdperk heeft iedereen toegang tot een onuitputtelijke bron van kennis, maar ook van onzin. Combineer dit immer uitdijende, digitale universum met het feit dat iedereen 24/7 met elkaar kan communiceren, en een vloedgolf aan halve waarheden en onwaarheden ontstaat. Struinend op het internet of zittend in een verjaardagskring, moet men zich daarom te allen tijde afvragen of voor bepaalde uitspraken enigszins wetenschappelijk bewijs bestaat of niet. Zodra dit cruciale

detail mensen niet meer interesseert, wordt het gevaarlijk.

With great answers comes great responsibility

Het kunnen en mogen opwerpen van kritische vragen is een groot goed. In het beantwoorden van kritische vragen echter, berust een grote verantwoordelijkheid. Ieder antwoord heeft namelijk direct consequenties voor het gedrag van mensen. Geloofd men dat het virus een vorm van Chinees bioterrorisme is, dat zou fungeren als excuus voor grootschalige surveillance en controle door de regering, dan zal de kritische burger zich verzetten tegen de voorzorgsmaatregelen tegen verdere verspreiding van het virus. Geloofd men dat medicijnen voor de behandeling van het virus al lang beschikbaar zijn, maar bewust worden achtergehouden zodat verplichte vaccinatie ingevoerd kan worden, dan zal de burger minder geneigd zijn zich te laten vaccineren. Hij is immers niet van gisteren.

Paradox

Er heeft altijd een kloof bestaan tussen wetenschappers en de rest van de samenleving. Met oneindige bronnen van kennis voor iedereen voorhanden, lijkt het alsof de kloof in de laatste decennia nauwer wordt. Maar het is een paradox: door foutieve interpretatie van bronnen, wordt de kloof juist groter. De opleidingsgraad in Nederland stijgt sinds jaar en dag, maar intelligentie blijkt

geen garantie voor de vaardigheid van daadwerkelijk kritisch denken. Dit omvat meer dan het lezen van de krant en de plannen van een kabinet in twijfel trekken. Het gaat hier om het verifiëren van bronnen en bewijs. Niet één anekdote, niet 'eigen onderzoek' door middel van een Google-search; bewijs is een gepubliceerd wetenschappelijk onderzoek, reproduceerbare data en statistische significantie. Eenieder die niet bekend is met deze pijlers der wetenschap, is een mogelijke prooi voor iedere vorm van zogenaamd 'bewijs' dat op zijn of haar pad komt.

Wetenschap aan zet

Het is daarom de plicht van de wetenschapper om anderen de weg te wijzen in deze *infodemic*, hen te behoeden voor nepnieuws. Ook het nader verklaren van wetenschappelijke publicaties is een absolute noodzaak. In een crisis als deze, waarin de wetenschap een leidende rol wordt toebedeeld, is het

niet gek dat mensen behoefte hebben aan meer duiding van de situatie dan de regering in een persconferentie geeft. Honderd jaar geleden bestond wetenschapscommunicatie uit niet veel meer dan: "Omdat ik het zeg". Tegenwoordig heeft een wetenschapper, net als een minister, de verantwoordelijkheid naar het publiek om zich nader te verklaren. Het wegwuiven van 'onzin'-vragen volstaat niet. Ook al is het onzin; iemand die de biologische, epidemiologische en geneeskundige kennis niet bezit, kan zonder aanvullende uitleg onmogelijk zelf tot dit inzicht komen. De rolverdeling is dus: ministeries gieten de briefings van het Outbreak Management Team in regels voor een samenleving en het is aan de wetenschap om achtergrond en perspectief te bieden,

zodat de naleving van deze maatregelen gewaarborgd blijft – ook voor een langere tijd.

Blijf uitleggen

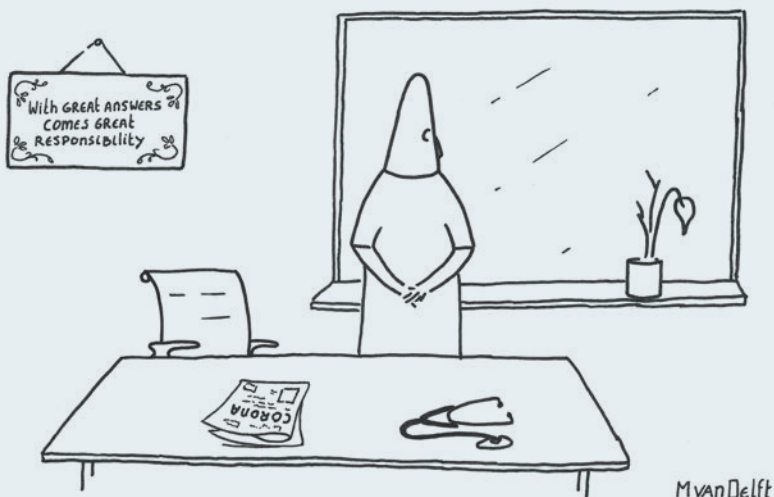
Dit is een betoog om wetenschappers van allerlei kunne op te roepen te blijven praten met alles en iedereen om zich heen. Het zou een grote fout zijn om niet meer met andersdenkenden of twijfelaars in gesprek te gaan. Communicatie is de enige remedie voor (onnodige) verdeeldheid. De kloof tussen academici en de rest bestaat nog altijd, maar gelukkig kunnen beide kanten elkaar verstaan. Dus: blijf praten, neem de opgeworpen twijfels en theorieën voor één moment serieus, om ze vervolgens voor eens en voor altijd weg te nemen. Nu kan het nog, straks horen we elkaar niet meer. ■

'The whole problem with the world is that fools and fanatics are always so certain of themselves, and wiser people so full of doubt.'

Bertrand Russel

Cartoon

Dr Punthoofd... Weet soms ook niets te zeggen



Telehealth vraagt om nieuwe vaardigheden

TEKST: LOUISE VAN GALEN & GEERTEKE VAN LIEROP • BEELD: 123RF

Door de COVID-19-pandemie is het fysieke contact met patiënten grotendeels vervangen door communicatie op afstand. Binnen de interne geneeskunde was vóór COVID-19 ongeveer 30% van de poliklinische contacten telefonisch.^{1,2} Op het hoogtepunt van de crisis was dit in veel ziekenhuizen rond de 90%. Ook het aantal videoconsulten nam een vlucht. Echter, van beide kanten blijkt het vaak nog een uitdaging om het contact soepel te laten verlopen.

De communicatie tussen arts en patiënt is een belangrijk onderdeel van goede zorgverlening. Communicatieve vaardigheden worden tot de essentiële klinische expertise gerekend. Wereldwijd heeft dan ook bijna elk medisch curriculum een uitgebreid programma gericht op communicatie.³ De arts gebruikt communicatie om een compleet beeld te krijgen, op basis daarvan een klinisch oordeel te vellen en een gelijkwaardige patiëntrelatie op te bouwen. De patiënt wil goed contact met zijn arts, antwoorden op vragen in heldere taal, geruststelling en duidelijkheid.

Competenties

Een consult op afstand, via telefoon of internet (*telehealth*), vraagt om andere competenties dan een face-to-face-gesprek (zie tabel 1). Er is dus specifieke training nodig. De dagelijkse praktijk loopt echter vooruit op de benodigde educatie en beleidsvoering (bijvoorbeeld financiële middelen). Daarnaast is er aanzienlijk minder wetenschappelijk

onderzoek naar effectieve *telehealth*-vaardigheden dan naar het traditionele face-to-face-gesprek.⁴

Voors en tegens

Communicatie op afstand heeft zeker voordelen. Zo kunnen patiënt en arts zelf bepalen waar ze het gesprek voeren, het geeft minder wachttijd, minder gemiste werkuren, geen vervoerskosten en er is een lagere drempel voor patiënten met minder goede toegang tot zorg (bijvoorbeeld vanwege lichamelijke beperkingen).⁵ Uit onderzoek blijkt dat bij contact via e-mail ook barrières zoals leeftijd, psychiatrische comorbiditeit en stigmatisering wegvallen.⁶

Vanzelfsprekend zijn er ook nadelen te noemen. In de praktijk wordt het 'niet kunnen zien' van de patiënt als nadelig beschouwd bij consulten via telefoon of e-mail. Het is moeilijker om een algemene indruk te krijgen en een relatie op te bouwen, bijvoorbeeld door gemiste informatie bij afwezigheid van lichaamstaal en het 'deurknopfenomeen'. De

afsluiting van een gesprek wordt soms als lastig ervaren, met name als er nog geen diagnose is. Ook blijkt dat veel artsen zich uitgeblust voelen na een dag telefonische consulten, en minder voldoening halen uit hun spreekuur.

Stroomlijnen

Binnen de interne geneeskunde zijn er veel verschillende vormen van telefonische gesprekken: van het doorgeven van een uitslag van een normale schildklierwaarde, tot gesprekken met een chronisch zieke die niet meer thuis kan wonen. Die diversiteit maakt dat de internist anno 2020 een inschatting moet kunnen maken wanneer iets op afstand kan, en wanneer niet. In de documentatie van *telehealth*-consulten is nog veel te winnen. De poliklinische logistiek zal zich moeten stroomlijnen. Zo is er na een telefonisch consult geen baliemedewerker die uitlegt waar aanvullende onderzoeken plaatsvinden en waar urine moet worden ingeleverd. Deze praktische zaken moeten nu worden ingepast in het vaak toch al (te) korte telefonische consult.

Simpele aanpassingen

Een aantal simpele aanpassingen in de dagelijkse praktijk kunnen helpen om bij een teleconsult een beter klinisch oordeel te vellen, een

Tabel 1. Verschillen tussen communicatievormen op afstand

	Woorden	Beelden	Stem	Gezicht	Lichaamstaal	Lichamelijk onderzoek	Aanwezigheid
Synchroon	•	•	•	•	•	•	•
Face-to-face	•	•	•	•	•	•	•
Video	•	•	•	•	•		
Telefoon	•		•				
Asynchroon	•	•					
Berichtservice (zoals whatsapp/sms)	•	•	•				
E-mail	•	•					
Sociale media	•	•					



gelijkwaardige patiëntrelatie op te bouwen en het werkplezier te vergroten. Denk bijvoorbeeld aan een headset: dat geeft minder lichamelijke belasting en je hebt je handen vrij om notities te maken van het gesprek. Bij een telefonisch gesprek is het handig om hardop te bevestigen met luistersignalen als 'ja' en 'hmmhmm', in plaats van te knikken; voor patiënten een teken dat ze gehoord worden.

In videoconsulten zijn technische aspecten belangrijk, zoals rustige kleuren van licht en kleding en een goede positie van het scherm voor oogcontact. Ook rustig praten en bewegen maakt het voor de patiënt makkelijker om het gesprek te volgen. Verder zijn bepaalde technische vaardigheden nodig om met de beschikbare computerprogramma's en apps om te gaan.

Tot slot: ook bij consulten via *telehealth* is het van belang om je te realiseren dat er daadwerkelijk een patiënt wacht op de dokter. Voer ook deze gesprekken op tijd en met volle aandacht, dat kan eventuele weerstand wegnemen.

Meer aandacht nodig

In de medisch specialistische vervolgopleiding, en ook erna, is meer aandacht nodig voor het belang van goede *telehealth*-communicatie. Dit begint al met de opleiding van coassistenten, die nu vaak worden weggestuurd op het moment dat telefonische consulten gedaan worden (*'Ik heb alleen nog maar wat belers, dat is niet zo interessant'*). Ook worden er in de specialistenopleiding nagenoeg geen klinische praktijkbeoordelingen aan aios gegeven voor hun telefoongesprekken. Op deze manier wordt er impliciet een signaal afgegeven dat telefonische consulten minder waardevol

zijn, terwijl deze gesprekken alleen maar belangrijker zijn geworden en dit naar verwachting zo blijft. In de opleiding is het daarom van groot belang dat scholing in *telehealth*-consulten ingebed wordt in het communicatiecurriculum.

Training

Voor het verbeteren van telefonische en online gespreksvoering blijven verschillende methoden effectief: training in groepsverband aan de hand van ingebrachte consultgesprekken, het gezamenlijk bespreken van uitdagingen en rollenspellen.⁷

Wij hebben een trainingsprogramma ontwikkeld waarin artsen in een paar uur hun vaardigheden in *telehealth*-communicatie versterken. Ze krijgen gesprekstechnieken en tools aangereikt en er is aandacht voor de uitdagingen in *telehealth*-gesprekken. Bij weerstand of een breedspakige patiënt helpt het bijvoorbeeld om actief te luisteren en aandacht te schenken aan de emoties. Hierdoor voelt een patiënt zich gehoord, verloopt het gesprek dikwijls soepeler en kom je sneller tot de kern. Goed communiceren bespaart dus ook tijd. Ook is er aandacht voor stem- en taalgebruik. Het aanpassen van je spreektempo, het gebruik van stiltes en concrete en eenvoudige woorden is essentieel bij een telefonisch consult. Zeker als het een oudere en

BEGRIPPEN

Telehealth is het gebruik van digitale technologie en telecommunicatie voor gezondheidszorg op afstand. De term wordt vaak door elkaar gebruikt met de begrippen *telemedicine* en *e-health*. In feite is *telehealth* een onderdeel van *e-health*.

slechthorende patiënt betreft of een patiënt die de Nederlandse taal niet goed beheerst.

Daarnaast krijgen de artsen praktische tools om zich tussen de gesprekken door te kunnen opladen, om te voorkomen dat ze uitgeblust raken na een dag met telefonische en/of online consulten.

Er wordt rekening gehouden met ieders persoonlijke communicatiestijl en specialisme. Een oncoloog voert nu eenmaal andere gesprekken dan een infectioloog.

Een deelnemer van de training vertelt: 'Ik liep leeg op mijn telefonische consulten. De training heeft mij bewust gemaakt van basale zaken die ik niet eerder geleerd heb en die direct hun vruchten afwierpen. Na de training bereidde ik mij op een andere manier voor op mijn telefoongesprekken wat leidde tot prettige en efficiëntere gesprekken.'

Wij hopen dat communiceren via *telehealth* voor optimale patiëntenzorg door trainingen als de onze de nodige aandacht krijgt. ■

Over de auteurs

Louise S. van Galen, arts in opleiding tot internist, afdeling interne geneeskunde, Noordwest Ziekenhuis groep, Alkmaar, louisevgalen@hotmail.com.

Geerteke J.M.A. van Lierop, trainer en coach in communicatieve vaardigheden, info@geerteke.com / www.geerteke.com.

Referenties

1. Elnicki DM, Ogden P, Flannery M, Hannis M & Cykert S. Telephone medicine for internists. *Journal of general internal medicine* 2000;15(5):337-343.
2. Lonkhuyzen L van. Een virtuele dokter is beter dan helemaal geen dokter. NRC Handelsblad, 1 mei 2020.
3. Makoul G. Communication Skills Education in Medical School and Beyond. *JAMA* 2--3;289(1):93-93.
4. van Galen LS, e.a. Telehealth requires expansion of physicians' communication competencies training. *Med Teach* 2019;41(6):714-715.
5. Tuckson RV, Edmunds M & Hodgkins ML. Telehealth. *New England Journal of Medicine* 2017;377(16):1585-1592.
6. Car J & Sheikh A. Email consultations in health care: 1--scope and effectiveness. *BMJ (Clinical research ed.)* 2004;329(7463):435-438.
7. Lum E, van Galen LS & Car J. Competency-Based Training for Entrustment in Telehealth Consultations. *Pediatric clinics of North America* 2020;67(4):735-757.



Buitengewone conciliumvergadering 2020

Positieve ontwikkelingen rondom de COVID-19-crisis

TEKST: MARK VAN HAAREN, RICHARD KOOPMANS & CAROLINE CANTÉ • BEELD: 123RF

Door de COVID-19-epidemie waren de afgelopen maanden voor veel aios en opleiders zeer intensief. Op meerdere fronten is om flexibiliteit en bijzondere inzet gevraagd. Maar er waren ook positieve ontwikkelingen. Ze werden besproken tijdens de buitengewone conciliumvergadering, in aanwezigheid van alle opleiders interne geneeskunde en het JNIV-bestuur. Het doel: de geconstateerde positieve ontwikkelingen inbedden in de opleiding Interne Geneeskunde om ervan te kunnen blijven profiteren, ook na de COVID-19-crisis en tijdens een eventuele tweede golf. In dit artikel bespreken wij enkele positieve aspecten rondom de crisis die tijdens de vergadering aan het licht kwamen.

De COVID-19-uitbraak heeft veel van mensen gevraagd, ook van aios en opleider. Dit is niet altijd voor iedereen een positieve ervaring geweest. Toch zijn er ook (lokaal) goede initiatieven ontstaan om in deze periode de kwaliteit van de opleiding te waarborgen. Bovendien bleken nu veel zaken (versneld) mogelijk die aanvankelijk gehinderd werden door bijvoorbeeld administratieve lasten of bestuurlijke bemoeienissen.

Onderwijs

Door een noodgedwongen en snelle verplaatsing van frontaal naar digitaal onderwijs werden vanuit meerdere beroepsverenigingen al snel online webinars georganiseerd. Door de laagdrempeligheid om digitaal in te stappen werd er op deze manier een zeer groot publiek bereikt. Een mooi voorbeeld waren de COVID-19-webinars van de NIV. Ook het Regionaal Onderwijs

Interne Geneeskunde (ROIG) maakte een digitale omslag. Zo werd in het Erasmus MC de ROIG via Microsoft Teams gedaan. Hoewel het digitale onderwijs maar drie uur duurde en geen hele dag, was het zo toch mogelijk om in crisistijd het regionale onderwijs voort te zetten. In de toekomst zullen we dan ook activerende en motiverende vormen van digitaal onderwijs moeten gaan ontwikkelen, zodat dit daadwerkelijk een waardige aanvulling kan zijn op een klassieke onderwijsdag. Dit kan in samenwerking met bijvoorbeeld onderwijskundigen, aios die zich verdiepen in een onderwijsprofiel en collega's met affiniteit voor onderwijs. Om te voorkomen dat men het wiel steeds opnieuw uit moet vinden is het van belang om (bijvoorbeeld) een besloten website op te zetten, waarop de opleidingsactiviteiten kunnen worden gecoördineerd. Hier

kunnen ook digitale onderwijsvormen die eerder zijn opgenomen worden teruggekeken. Digitaal en klas-sikaal onderwijs zouden op deze manier in de toekomst complementair aan elkaar kunnen zijn. Men zou er bijvoorbeeld voor kunnen kiezen om regionale onderwijsdagen en fellowdagen afwisselend digitaal en fysiek te organiseren.

Supervisie

De grote toestroom van COVID-19-patiënten en het feit dat patiënten op de afdeling snel respiratoir instabiel konden raken, zorgden ervoor dat in veel ziekenhuizen supervisors uit voorzorg in huis zijn gaan slapen. Al snel bleek dat niet alleen voor de superviserend internist veel voeten in de aarde te hebben, maar ook voor sommige aios. Met name voor de aios in een latere fase van hun opleiding, bleek dat de aanwezigheid van hun supervisor soms remmend werkte op hun ontwikkeling. Het te verwachten niveau van supervisie is inmiddels dan ook indirect en op afstand, zoals vastgelegd in ons opleidingsplan. Anderzijds bleek het voor aios ook erg verfrissend te kunnen zijn om meer met de supervisor aan bed te staan om zo direct van diens vaardigheden te leren, zowel communicatief als klinisch. Los van de COVID-19-crisis is de fysieke aanwezigheid van de supervisor op de eerste hulp al een langer bestaand onderwerp van discussie. Deze discussie gaat over twee belangrijke zaken: het belang van de positionering van de internist op de eerste hulp en de kwaliteit van de opvang van ernstige zieke patiënten door relatief onervaren eerstejaars arts-assistenten. Met anderzijds de impact en de haalbaarheid hiervan voor bijvoorbeeld kleinere vakgroepen. Wellicht

dat de praktijkervaringen tijdens de COVID-19-crisis dit bij sommigen in een ander daglicht hebben gesteld.

Werkplezier

In veel centra werd al snel aandacht besteed aan de emotioneel zware kant van het werken in een crisis door middel van debriefingsessies en/of intervisie. Ook ontstond er ineens een (tijdelijke) grote maatschappelijke waardering voor ons werk, terwijl veel aios het gevoel hadden gewoon hun werk te doen. Bovendien varieerde de werkdruk ook per ziekenhuis. De aanwezigheid van intervisie en debriefing werd zeker gewaardeerd. Maar de soms ethisch en emotioneel lastige situaties waarin we ons, dus los van de COVID-19-crisis, tijdens de opleiding en ook later als internist bevinden, doen ons realiseren dat dit een aspect van ons werk is dat structureel aandacht behoeft om ons werkplezier te bevorderen.

Bij veel aios en opleiders werd de intrinsieke motivatie juist meer aangewakkerd. Randzaken bleken opeens ondergeschikt, in korte tijd werden veel logistieke bergen verzet en de klinische werkzaamheden kregen voorrang. Geen urenlange MDO's of administratie, maar aan bed bij de patiënt de handen uit de mouwen steken. Het viel opleiders op dat veel aios hierdoor opleefden. Het is dan ook aan te bevelen lokaal na te gaan welke oneigenlijke taken of administratieve lasten het werkplezier in de dagelijkse praktijk belemmeren.

Toch zien ook veel aios op tegen een eventuele tweede golf. En dat niet alleen door de fysieke inzet die is geleverd, omdat er in veel centra veel meer diensten moesten worden gedraaid dan voorheen, maar ook door het bereiken van de grens aan

nieuwe leerdoelen en competenties die kunnen worden behaald. Door de eenzijdigheid van het ziektebeeld en het afschalen van reguliere zorg hebben aios ook het gevoel gehad niet altijd met evenveel voldoening met de opleiding bezig te zijn geweest. Belangrijk aandachtspunt voor de toekomst moet dan ook zijn om competentiegericht te blijven opleiden aan de hand van de individuele leerdoelen van de aios, ook tijdens een crisis. Als het enkel werken op een COVID-19-afdeling niet aansluit bij het individuele leerplan van de aios, dient dit te worden heroverwogen, zeker als de reguliere zorg niet geheel wordt afgeschaald.

Leiderschap

Veel artsen hadden tijdens de COVID-19-crisis het gevoel dat zij de regie van de zorg weer terug in handen kregen. Hierdoor veranderde ook de rol van de aios en opleiders; velen namen een leiderschapsrol op zich, niet alleen op bestuurlijk niveau maar ook bijvoorbeeld op logistiek of medisch inhoudelijk niveau (denk aan een aios die een speciale website voor COVID-protocollen opzet). Na de acute fase namen de bestuurlijke bemoeienissen echter weer snel toe en kwamen de administratieve en logistieke lasten weer terug. Waar eerst nog gewoon voor patiënten werd gezorgd, kwam al snel de vinkjes-cultuur weer om de hoek kijken. Tijdens de vergadering kwam duidelijk naar voren dat het gevoel van autonomie en vertrouwen in clinici dan ook belangrijke factoren lijken om artsen bevlogen hun werk te kunnen laten doen, een leiderschapsrol op zich te kunnen nemen en zich verder te ontwikkelen.

Terug naar het oude normaal?

De opleiding tot internist zal hoe dan ook blijvend veranderd zijn door de COVID-19-crisis. Maar tijdens de buitengewone conciliumvergadering kwam duidelijk naar voren dat deze moeilijke periode ook positieve ontwikkelingen met zich mee heeft gebracht. Laten we deze verder uitwerken om de opleiding tot internist te verbeteren, en dus *niet* door terug te gaan naar het oude normaal. ■

‘Randzaken bleken opeens ondergeschikt (...) en de klinische werkzaamheden kregen voorrang’

Gerard van Swieten,

Een Nederlandse arts in dienst van het Habsburgse rijk

TEKST: HANS ABLIJ

Wie in Wenen de Maria-Theresien-Platz bezoekt zal niet om het immens grote standbeeld van de keizerin heen kunnen. Zij torent hoog boven de haar omringende figuren uit. Deze figuren hebben op diverse gebieden – militair, bestuurlijk, wetenschappelijk en cultureel – een prominente rol gespeeld in het Wenen en het Habsburgse rijk van de 18 e eeuw. Van haar vier belangrijkste raadsheren valt een naam op, althans, voor de landgenoot die enige kennis van de geschiedenis heeft: de Nederlandse arts Gerard van Swieten.

Gerard van Swieten bevindt zich in het illustere gezelschap van Kaunitz, Liechtenstein en Haugwitz. Achter Van Swieten staat Joseph Haydn, die zijn hand op de schouder heeft van de nog piepjonge Mozart. Deze twee componisten – en ook Ludwig van Beethoven – kregen tijdens de regeerperiode van Maria Theresia's zoon Jozef II, veel te maken met de in Nederland geboren zoon van Gerard van Swieten, Gottfried. Maar dat terzijde.

Gerard van Swieten was de *proto-medicus* van de keizerin, wiens adviezen zij voetstoots overnam. Er was echter een uitzondering: de behan-

deling van de pokken. In dit dossier koos de vorstin uiteindelijk voor een revolutionaire behandelmethodie die Van Swieten niet zo zag zitten.

Van Leiden naar Wenen

Er was heel wat overredingskracht nodig om Gerard van Swieten over te halen om zijn geliefde Leiden te verlaten en in Wenen aan de slag te gaan als prefect van de hofbibliotheek en als lijfarts van de keizerin en haar gezin. Na de eerste brief van de vorstin, die bol stond van bewondering voor de Leidse arts, bedankte Van Swieten beleefd maar gedecideerd. Nog geen jaar later volgde een

tweede brief, vergezeld van een gouden tabaksdoos ingelegd met diamanten. Maria Theresia vroeg hem allerhartelijkst om het aanbod om naar Wenen te komen toch nog eens te overwegen. Hierbij somde ze ook nog even de vorstelijke primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden op. En mocht hij volharden in zijn weigering, dan zag de keizerin dit als 'Gods weg' en zou haar achting in de Leidse arts er geenszins onder lijden. Na wat wikken en wegen en het inwinnen van informatie besloot Van Swieten op het aanbod in te gaan. Er waren twee belangrijke redenen waarom de keizerin Van Swieten op deze posities wilde hebben: zijn reputatie als medicus én het feit dat hij een leerling van Herman Boerhaave was geweest. Dat Van Swieten afkomstig was van de Republiek der Zeven Verenigde Nederlanden vormde voor haar geen enkele belemmering om hem op te nemen in haar hofhouding. Ze had

maar een doel voor ogen: de modernisering van de geneeskunde in haar Habsburgse rijk, want die had nogal wat achterstallig onderhoud. Dat gold ook voor de hofbibliotheek die een grote achterstand had in catalogisering en binding van de rijke collectie geschriften. Daarbij zag zij ook in dat haar zittende lijfarts, de onaangename en zelfgenoegzame querulant baron Engel, niet de juiste persoon was om de geneeskunde naar een hoger plan te tillen. Bij zijn aankomst in 1745 werd Van Swieten niet bepaald met open armen ontvangen. Het was ook nogal wat voor de zittende heren die dachten de touwtjes in handen te hebben om te verwerken: plotsklaps was daar een buitenlandse republikein (hij was dan gelukkig nog wel katholiek) die vanaf dag een de gunsteling van de keizerin was en vrijwel carte blanche kreeg om zijn hervormingen door te voeren. Al die afgunst heeft hem nooit dwars gezeten. Dat blijkt ook wel uit het feit dat hij zich niets aantrok van de hofetiquette: de 'verplichte' pruik en manchetten waren aan de corpulente – en soms onbehouwen – Van Swieten niet besteed. Van Swieten trok zich eigenlijk helemaal nergens wat van aan, behalve van de keizerin en haar gezin. Verder moest iedereen wijken voor zijn plannen.

Leerling van Boerhaave

Gerard van Swieten werd in 1700 geboren in Leiden en studeerde daar chemie en later geneeskunde. Hij was een leerling en adept van Herman Boerhaave, die destijds in heel Europa gold als de briljantste *doctor medicinae*. De ideeën van Boerhaave golden als de standaard van de geneeskundige praktijk in het Europa van toen en hij werd alom bewonderd om zijn inzicht en pragmatisme. Studenten uit heel Europa kwamen naar Leiden om zijn colleges te volgen. Ook Gerard van Swieten volgde zijn colleges en maakte collegedictaten die gretig aftrek vonden bij zijn collega's. Van Swieten had een snelschrift aangeleerd waardoor hij de colleges van Boerhaave vrijwel letterlijk op papier kon zetten. Na de dood van Boerhaave begon



‘Variolatie werd in alle grote steden in Europa in meer of mindere mate toegepast, behalve in Wenen’

Van Swieten met het beschrijven en commentariëren van de bijna 1500 aforismen van Boerhaave: de *Commentaria (voluit: Commentaria in Hermannii Boerhaave Aphorismos, de Cognoscendis et Curandis Morbis)*. De eerste twee delen van dit praktische handboek voor geneeskunde schreef Van Swieten in Leiden. Vervolgens pakte hij deze draad weer op enkele jaren nadat hij in Wenen was aangekomen; eerder ontbrak het hem aan tijd door de vele verplichtingen die zijn agenda vulden. Het gehele handboek bestond uiteindelijk uit vijf delen, waarvan hij het laatste deel kort voor zijn dood voltooide. De *Commentaria* werd het standaardwerk in de destijds moderne geneeskunde en was onmisbaar voor de praktiserend medicus die aan het bed van de patiënt stond.

Hervormingen in Wenen

Van Swieten begon in zijn positie als protomedicus met het hervormen van het onderwijs, dat hij op Leidse leest wilde schoeien. Zijn maatregelen logen er niet om. Hij zette de gehele faculteit geneeskunde buitenspel en bouwde deze van de grond af aan weer op. De zittende incompetente hobby-professoren konden protesteren wat ze wilden, maar bij decreet van de vorstin kon Van Swieten doen en laten wat hij wilde. Volgens Van Swieten moest het ook afgelopen zijn met de middeleeuwse dorpsplein-geneeskundige praktijken van chirurgijns en kwakzalvers. Tegen de laatste ‘beroepsgroep’ fulmineerde hij herhaaldelijk in zijn correspondentie en beklagde zich bij de keizerin over hun gevaarlijke (be)handelingen die geen enkele wetenschappelijk basis hadden. Van Swieten speelde het uiteindelijk

klaar dat een examen van een vroedvrouw, chirurgijn of *doctor medicinae* alleen rechtsgeldig was als hij zelf als examiner was opgetreden. En alleen deze geëxamineerden mochten in Wenen en de erflanden aan de slag. In de latere jaren lukte het hem ook om het bastion van de jezuïeten, die het monopolie hadden op de theologische, filosofische en wetenschappelijke censuur, tot de grond toe af te breken.

Pokken en variolatie

Tijdens het bewind van Maria Theresia woedde al decennialang de discussie over het nut en de gevaren

van het in de huid inbrengen van pus van mensenpokken om erger te voorkomen. Oftewel: variolatie, de voorganger van het door John Fewster en Edward Jenner ontwikkelde koe-pokkenvaccin. In het China van de vroege 15e eeuw werd variolatie al toegepast, waarna de behandeling zich verspreidde over het Midden-Oosten. In het Ottomaanse rijk was de methode een standaardprocedure geworden. De ziekte had vervolgens een milder verloop, of trad helemaal niet op. Deze beschermende behandeling trok ook de aandacht van Lady Mary Wortley Montagu, die in het begin van de 18e eeuw als echtgenote van de Engelse ambassadeur in Constantinopel woonde. Zij had zelf de pokken overleefd en liet in 1715 haar zoon varioleren - met succes. Toen zij terugkeerde naar Engeland en in Londen een vurig pleidooi hield voor deze ‘Ottomaanse’ behandeling werd dat niet met enthousiasme ontvangen. Om de geleerden te overtuigen liet ze in 1721 ook haar dochter varioleren. Ook zij overleefde de behandeling, zonder



noemenswaardige bijwerkingen. Dit succes werd ook opgemerkt door het Engelse koningshuis, dat vervolgens geld en middelen ter beschikking stelde om de nieuwe methode te testen. Die middelen bestonden overigens uit zes terdoodveroordeelden - zoals dat in die tijd ging - die met pus geïnjecteerd werden. Alle zes overleefden de behandeling, en overleefden, als *part of the deal*, ook het schavot. Hierna was Engeland het expertisecentrum van de variolatie en verspreidde de behandeling zich vanuit Londen over de rest van West-Europa. Het conservatieve en weifelende Wenen was de laatste universiteitsstad in de rij, tot een koninklijk familiedrama daar verandering in bracht.

Familiedrama

Maria Theresia had een vrijwel blind vertrouwen in Gerard van Swieten. Die band was er niet tussen Gerard Van Swieten en Maria Theresias oudste zoon Jozef, integendeel. Jozef II – toen regent-keizer en na de dood van zijn moeder keizer – zag weinig in Gerard van Swieten. Dat had twee belangrijke redenen: de veranderende tijdsgeest en de behandeling van de pokken. Hoewel de vorstin en Van Swieten, soms schoorvoetend, mee gingen in de stroom van de Verlichting, omarmde Jozef de vernieuwingen met volle overtuiging. Als uitgesproken bewonderaar van Voltaire en de andere *philosophes* kon het hem ook niet snel genoeg gaan. Er was duidelijk sprake van een generatiekloof die tussen de vorstin en haar zoon uiteindelijk leidde tot een blijvende breuk. Alleen de pokken bracht de twee nog op een lijn. In 1763 en 1767 verloor Jozef II namelijk zijn beide echtgenotes aan de pokken. In de jaren 1761-1767 overleden bovendien drie kinderen van de keizerin op jonge leeftijd aan de ziekte.

Te terughoudend

Variolatie werd in alle grote steden in Europa in meer of mindere mate toegepast, behalve in Wenen. Gerard van Swieten stelde zich tot aan zijn dood neutraal op in deze discussie: hij was niet tegen en hij was niet voor, hoewel zijn leermeester

Boerhaave wél wat zag in de nieuwe methode. In het laatste deel van zijn *Commentaria* bleek Van Swieten uiteindelijk toch het meeste heil te zien in een conservatieve behandeling van de pokken. De effecten van inoculatie met pokkenpus waren volgens hem nog te ongewis. De gevaren van het veroorzaken van een epidemie, het inbrengen van een andere infectiebron (vooral syfilis) en het overlijden aan de pokken zelf, waren zijn grootste zorgen. De opvatting van rabiate tegenstanders die de inoculatie verwierpen omdat de behandeling een interventie zou zijn in Gods plan, deelde Van Swieten beslist niet. Tot deze tegenstanders behoorde wel Anthonie de Haen, de Haagse medicus die Van Swieten jaren eerder naar Wenen had gehaald om zijn hervormingsplannen in de praktische geneeskunde kracht bij te zetten. Van Swieten was gewoonweg te terughoudend en te voorzichtig om deze nieuwe behandelmethode *evidence based* in te voeren. En dat is des te meer opvallend omdat hij in zijn bestrijding van de kwakzalverij moest toegeven dat hij soms moedeloos werd van het feit dat de geneeskunde zo weinig gerichte behandelingen kon bieden.

Pokkenonheil

En Maria Theresia? Zij stond te midden van haar familie de discussies aan te horen. Ze wilde maar een ding en dat was haar overgebleven 13 kinderen en de andere koninklijke

familieleden behoeden voor nog meer pokkenonheil. Jozef was een uitgesproken voorstander van de nieuwe behandelmethode en ergerde zich mateloos aan Van Swietens conservatisme in deze. Volgens de jonge monarch liep Wenen hopeloos achter en hij pleitte vurig om de revolutionaire behandelmethode in Wenen toe te passen. Maria Theresia's angst om nog een kind te verliezen was, begrijpelijk, zo allesomvattend, dat ze voor het eerst – en voor het laatst – een advies van Van Swieten naast zich neerlegde en besloot de 'noviteit' naar Wenen te halen. Daar liet ze in 1768 een andere Nederlandse arts uit Engeland voor overkomen: Johannes Ingenhousz. Hij had de techniek geleerd bij John Pringle, de lijfarts van de Engelse koning George III. Nadat Ingenhousz bepaalde Weense bevolkingsgroepen met hoopgevende resultaten behandeld had, werden alle familieleden van de keizerin geïnoculeerd. Geen van de gevarioleerde keizerlijke kinderen is ooit ziek geweest van de pokken en het experiment mag een groot succes genoemd worden. Deze affaire heeft gek genoeg tot geen enkele schade geleid in het vertrouwen dat de keizerin had in haar lijfarts. De twee paktten de draad als vanouds weer op. De in de adelstand verheven Gerard van Swieten (sinds 1753 was hij Freiherr, baron) overleed op 18 juni 1772 op paleis Schönbrunn, als een van de belangrijkste raadsheren van keizerin Maria Theresia. ■

'Hij zette de gehele faculteit geneeskunde buitenspel en bouwde deze van de grond af aan weer op'



Rondetafel Diabeteszorg adviseert over best mogelijke zorg

TEKST: ERIK SERNÉ • BEELD: 123RF

Sinds vorig jaar december is Flash glucose monitoring (FGM), een hulpmiddel voor mensen met diabetes, opgenomen in het basispakket voor mensen met diabetes mellitus type 1 en 2 met een intensief insulineschema. Dit succes werd voorbereid door de Rondetafel Diabeteszorg, een overlegorgaan van alle betrokkenen in de diabeteszorg. Erik Serné, internist in het Amsterdam UMC, is vanaf het begin deelnemer aan de Rondetafel. 'De Rondetafel Diabeteszorg maakt ons effectiever in het bereiken van onze gezamenlijke doelen in de diabeteszorg: een zeer goede kwaliteit van zorg betaalbaar en toegankelijk houden.'

Achtergrond

Diabetes mellitus is de meest frequent voorkomende chronische aandoening in Nederland en vormt een aanzienlijke ziektelast; ruim 1,2 miljoen Nederlanders hebben diabetes en ruim de helft van deze mensen heeft last van een of meerdere chronische complicaties, waaronder

hart- en vaatziekten, chronische nierschade, retinopathie en neuropathie. Mede vanwege deze complicaties staat diabetes op de derde plaats in de top tien van ziekten die de grootste ziektelast veroorzaken. Deze ziektelast gaat gepaard met een grote economische last, die wordt geschat op ruim 6,9 miljard euro. Projecties van het RIVM

suggereren enkel op basis van demografische ontwikkelingen dat het absoluut aantal gevallen van diabetes mellitus in de periode 2015-2040 naar verwachting met 34% zal stijgen. In dit licht en vanwege het feit dat zowel op het gebied van medicamenteuze behandeling als hulpmiddelen de innovaties snel gaan, is het zaak ervoor te zorgen dat betere diabeteszorg sneller beschikbaar komt. Zodat mensen met diabetes de best mogelijke zorg krijgen, terwijl deze zorg ook betaalbaar en toegankelijk blijft.

Het Zorginstituut, dat de wettelijke taak heeft om de minister te adviseren over de vergoeding en toegankelijkheid van nieuwe behandelmethoden, was tot de conclusie gekomen

dat het klassieke pakketadvies te rigide was en invoering van innovaties in de weg zat. Een nieuwe behandelmethodes kan zeer bruikbaar zijn voor een specifieke patiëntengroep. Het gaat dus om toegang te geven waar het nodig is, en beheersing waar het niet nodig is. Rond 2015 organiseerden de Nederlandse Diabetes Federatie (NDF) en het Zorginstituut Nederland een eerste Rondetafel Diabeteszorg gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de diabeteszorg en het bevorderen van gepast gebruik van geneesmiddelen en hulpmiddelen.

Rondetafel

Aan de Rondetafel Diabeteszorg zitten medisch specialisten, patiënten, verzekeraars, farmaceutische bedrijven en fabrikanten van hulpmiddelen. Het ministerie van VWS en het Zorginstituut nemen deel als waarnemer. De deelnemers aan de Rondetafel bespreken behandelingen en hulpmiddelen. Wanneer een behandeling of hulpmiddel meerwaarde heeft, wordt een gedegen analyse van wetenschappelijke literatuur uitgevoerd om dit te onderbouwen. Die analyse wordt voorgelegd aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut buigt zich over het voorstel en werkt dit mogelijk uit in een advies aan de minister van VWS om de betreffende behandeling of het hulpmiddel op te nemen in het verzekerde pakket.

Uniek

Overleggen zoals deze bestaan wel voor een paar andere gebieden, maar ze zijn schaars. Het is dus vrij uniek dat we dit hebben voor de diabeteszorg. Een groot pluspunt van de Rondetafel is dat ook patiënten aan tafel zitten. Het is heel belangrijk dat patiënten meedenken voor wie bepaalde innovaties het beste kunnen worden ingezet. We kunnen als dokters bedenken wat goed is, maar het is beter als patiënten zelf aangeven waar ze problemen ervaren. Je krijgt zo vanaf het begin de juiste zorg bij de juiste mensen. De betrokkenheid van het Zorginstituut bij de Rondetafel is een ander belangrijk pluspunt. Vanuit de beroepsgroep

‘Kansrijke nieuwe behandelmethodes komen sneller voor vergoeding in aanmerking’

zijn we veel bezig met richtlijnen, vakinhoudelijke aanbevelingen voor goede diagnostiek en behandeling. Ze vormen de basis voor de klinische besluitvorming in de spreekkamer. Richtlijnen komen tot stand op grond van een gedegen analyse van wetenschappelijke literatuur. Hoewel richtlijnen niet gaan over de vergoeding van een behandeling, is doelmatigheid echter wel één van de uitgangspunten bij het ontwikkelen van richtlijnen. Echter het ontbreken van vergoeding van een in een richtlijn geadviseerde behandeling geeft problemen. Richtlijnen en pakketbeheer liggen dus veel meer in elkaars verlengde dan op het eerste gezicht lijkt. Pakketbeheer is geen kwestie van bezuinigen, zoals vaak wordt gedacht. Het gaat juist om toegang tot nieuwe of dure zorg, waarbij die patiëntengroep wordt geïdentificeerd die in aanmerking komt voor de nieuwe of dure zorg. Dit in samenspraak en zoveel mogelijk op basis van een zelfde gedegen analyse van wetenschappelijke literatuur. Door vroegtijdige afstemming tussen alle betrokken partijen binnen de Rondetafel kunnen processen als onderzoek en richtlijnontwikkeling meer parallel en interactief verlopen, in aanloop naar een advies van het Zorginstituut. Een groot voordeel van deze samenwerking is dat kansrijke nieuwe behandelmethodes sneller voor vergoeding in aanmerking komen.

Successen

Sinds de praktische start van de Rondetafel Diabeteszorg in september 2016, heeft de samenwerking al tot meerdere successen geleid. Een aantal door de Rondetafel onderbouwde adviezen hebben sinds de oprichting bijgedragen aan betere diabeteszorg.

De eerste ging over de toepassing van GLP 1-receptor agonisten in combinatie met basale insuline. Deze combinatiebehandeling is voor een duidelijk omschreven categorie diabetespatiënten. Het gaat om patiënten met diabetes type 2 die, naast eventuele orale medicatie, met langwerkende insuline hun streefwaarden niet halen en een BMI ≥ 30 kg/m² hebben. Sinds januari 2017 wordt de combinatiebehandeling uit het basispakket vergoed.

In juni 2017 werd een tweede resultaat bereikt: drie extra groepen mensen met diabetes kunnen voortaan gebruik maken van Real Time Continue Glucose Monitoring (RT-CGM). RT-CGM valt voortaan onder de verzekerde zorg voor vrouwen met diabetes die zwanger willen worden, vrouwen die zwanger zijn, en voor mensen met diabetes type 1 die kampen met herhaalde ernstige hypoglykemiën en/of ongewoeligheid om hypoglykemie waar te nemen.

Een derde succes volgde in september 2019. Het betrof een advies over de uitbreiding van de vergoeding van de GLP 1-RA-behandeling bij type-2-diabetespatiënten met een lager BMI dan voorheen het criterium was.

Vorig jaar december volgde het vierde en voorlopig laatste succes: Flash glucosemonitoring (FGM) werd opgenomen in het basispakket voor mensen met diabetes type 1 en 2 met een intensief insulineschema.

Flash glucosemonitoring

Het stond al langere tijd op de agenda van de Rondetafel: het op basis van bewijslast vaststellen van de meerwaarde van FGM voor mensen met diabetes met intensieve insulinetherapie. Bij de vorige adviezen betreffende GLP 1-receptor-agonisten en RT-CGM konden

‘Een groot pluspunt van de Rondetafel is dat **ook patiënten aan tafel zitten**’

wij gebruikmaken van meerdere gerandomiseerde onderzoeken. Daardoor was het Zorginstituut eenvoudig te overtuigen om te komen tot een positief advies. Bij FGM lag dat anders. Een eerdere vergoedingsaanvraag door de fabrikant zelf, buiten de Rondetafel om, was al afgewezen, omdat werd geoordeeld dat het niet voldeed aan de ‘stand van de wetenschap en praktijk’. Om tijd te winnen werd binnen de Rondetafel aanvankelijk gekozen om FGM te positioneren als een (goedkopere) RT-CGM-variant, en te vergoeden onder dezelfde voorwaarden met als uitzondering mensen met diabetes type 1 die kampen

met herhaalde ernstige hypoglykemiën en/of ongevoeligheid om hypoglykemie waar te nemen. Dat lukte, maar medisch specialisten en patiënten waren eensgezind dat dit voor de langere termijn geen recht deed aan de potentie van dit hulpmiddel. Door niet alleen gerandomiseerd onderzoek te gebruiken, maar ook observationeel *real world evidence*, lukte het uiteindelijk toch het Zorginstituut te overtuigen van de meerwaarde van FGM ten opzichte van de nu geldende standaardbehandeling (meting met vingerprikken).’ Het Zorginstituut acht voldoende bewezen dat FGM de kans op langetermijncomplicaties verkleint.

Ook dit is een voorbeeld van hoe een afweging van alle effecten aan de Rondetafel er uiteindelijk voor heeft gezorgd dat bepaalde zorg beschikbaar kwam voor mensen met diabetes.

Tot besluit

De Rondetafel Diabeteszorg buigt zich op dit moment over vergoeding van SGLT2-remmers voor patiënten met diabetes type 2 met een zeer hoog risico op hart- en vaatziekten. Dit loopt parallel aan richtlijnvorming omtrent dit onderwerp in samenwerking met het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG).

Ik ben erg enthousiast over wat we als Rondetafel in de afgelopen jaren hebben bereikt. Deze zorg was zonder deze samenwerking nooit zo snel beschikbaar gekomen voor mensen met diabetes. ■

Dit artikel is een bewerking van het artikel ‘Rondetafel Diabeteszorg adviseert over best mogelijke zorg’, geschreven door Marieke Vos, gepubliceerd in het Zorginstituut Magazine november 2019, pagina 14-55.

Niet-helpen voor hulpverleners

TEKST: CHARLOTTE KROL

Als je geneeskunde studeert, word je opgeleid om diagnoses te stellen en patiënten te genezen, of in ieder geval hun lijden te verlichten. De werkelijkheid is helaas weerbarstig. Natuurlijk, soms is er een patiënt waar differentiaaldiagnostisch aan te puzzelen valt en die je met het juiste antibioticum- of prednisolonkuurtje van de klachten afhelpt. Een groot deel van de dagelijkse praktijk bestaat voor velen van ons echter uit hele andere consulten. Denk aan het coachen van patiënten die hun ziekte zelf moeten managen (zoals bij diabetes), of aan de gesprekken met patiënten met somatisch onverklaarde klachten (SOLK). Helpen we de patiënt wel (voldoende) met deze consulten en vinden wij dit wel een prettige manier van werken? Het is herkenbaar wat Wijnberg beschrijft: aan het einde van een spreekuur gevuld met deze problematiek voelt menig collega zich 'leeggezogen'. Wellicht is het tijd voor een andere benadering? Het alternatief: de provocatieve aanpak.

Provocatie komt van het Latijnse *provocare*, wat betekent: oproepen, bemoedigen, prikkelen, uitdagen. En dat is precies de bedoeling, zoals je kunt lezen in Jeffrey Wijnbergs boek met de pakkende titel: *Niet-helpen voor hulpverleners*. Het boek is geschreven voor psychologen, maar ook de internist kan er nuttige communicatievaardigheden vinden. Het uitgangspunt is dat je de patiënt dusdanig prikkelt, dat hij zelf aan het werk gaat. Je begint kritisch: is het probleem wel echt een probleem? En wil de patiënt überhaupt wel een oplossing? We gaan daarvan uit, maar soms wil hij slechts een luisterend oor, of wordt hij gestuurd door de echtgenote (en ziet hij zélf geen probleem!). En als het probleem echt als probleem wordt ervaren, verwachten patiënten vaak dat een oplossing wordt aangedragen. Wijnberg stelt echter dat je beter niet actief oplossingen kunt aanbieden, want de patiënt hecht meer waarde aan de eigen oplossingen en doet over het algemeen weinig met jouw suggesties (helaas herkenbaar). Zo weet de patiënt heus wel dat bloedsuikers meten helpt om de diabetes onder controle te krijgen, maar doet dat toch steeds niet, ook al blijven wij dat consult na consult adviseren. Een van de aardige technieken die wij vervolgens kunnen toepassen is om de patiënt mede te delen dat hij ongeschikt is voor zelfcontrole. Dat zou zomaar verandering in gedrag kunnen uitlokken (hij wil natuurlijk het tegendeel bewijzen!) en

anders leidt het wellicht tot meer realiteitsbesef en realistischere doelen.

Wijnberg beschrijft de provocatieve aanpak op amuse wijze en licht die toe met hilarische voorbeelden uit zijn praktijk. Het boek is niet geschreven voor de somatische dokter, dus niet alle technieken zijn voor ons toepasbaar. Er zitten echter wel gedeeltes tussen die ons kunnen helpen en inspireren, die leukere gesprekken met onze patiënten opleveren, of op zijn minst het onbevredigende gevoel doen afnemen. Om deze communicatiestijl echt goed onder de knie te krijgen, is het boek waarschijnlijk onvoldoende en is een gerichte training nodig. Hiervoor staan suggesties achter in het boek.

De toegevoegde waarde van hulpverleners is helemaal niet zo groot, stelt Wijnberg. Dat zou zomaar ook voor ons kunnen kloppen, zeker bij bepaalde groepen patiënten. Misschien drukt het minder zwaar op ons als we minder ons best doen om deze patiënten uit het slop te trekken en ze zélf (een deel van) het werk laten doen. ■

Waardering:



(4/5)





De medicus in de literatuur

Cola Debrot

Een Antilliaan in Europa

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: JAC. DE NIJS / ANEFO - NATIONAAL ARCHIEF, CCO

De Nederlands-Antilliaanse dichter en schrijver Cola Debrot debuteerde in 1935 met zijn novelle *Mijn zuster de negerin*. Als je in de huidige tijd als debuterende schrijver een werk met deze titel zou insturen, zou de uitgever het manuscript ongelezen terugsturen. In de actuele antiracistische beeldenstorm zou publicatie waarschijnlijk leiden tot een boekverbranding en een verbeurdverklaring van de bezittingen van schrijver en uitgever. Toch is er in deze debuutnovelle geen racistische noot te lezen. Integendeel, het gaat om een onvoorwaardelijke liefdesverklaring aan de Antillen en de diversiteit van de bevolking. De hoofdpersoon heeft een bijna obsessieve drang om een creoolse te trouwen ter bekroning van deze liefde. Naast schrijver en dichter was Debrot ook van andere markten thuis: hij was jurist, politicus, diplomaat, kunstcriticus, filosoof en medicus. Als arts heeft hij geen grote wapenfeiten op zijn naam, maar als diplomaat en politicus des te meer.

De Nederlandse Antillen en verder

Nicolaas ('Cola') Debrot werd in 1902 geboren op Bonaire in een vermogende plantersfamilie. Zijn vader was een blanke Papiamentssprekende protestant van Frans-Zwitserse afkomst en zijn moeder was een rooms-katholieke Venezolaanse. Zo kwam het dat Cola op religieus gebied vrijzinnig werd opgevoed en zijn hele verdere leven heeft opengestaan voor de verschillende wereldreligies. Thuis werd Spaans en Papiaments gesproken. Het gezin verhuisde in 1904 naar Curaçao, waar hij Nederlands leerde op de lagere school bij de fraters van het katholieke St. Thomas College in Willemstad. Cola was een briljante leerling en dankzij de niet aflatende energie en tijd die door de fraters in de Nederlandse taal werd gestoken werd Nederlands zijn derde moedertaal. Nadat hij in 1916 zijn lagerschoolexamen behaalde vertrok hij naar Nederland om in Nijmegen naar het gymnasium te gaan. Na zijn eindexamen ging hij in 1921 rechten studeren in Utrecht en behaalde in 1927 zijn bul in het staatsrecht. Hier kwam geen vervolg op, want in 1928 vertrok hij naar Parijs om aan het werk te gaan als ghostwriter. Daar ontmoette hij

Estelle Reed, een Amerikaanse balletdanseres, met wie hij in datzelfde jaar nog trouwde. Het stel raakte in Parijs bevriend met de arts en later verguisde schrijver Louis-Ferdinand Céline, nog ver voordat laatstgenoemde uitgesproken antisemitisch zou worden.

Debrot de medicus en passant

In 1931 keerde Debrot terug naar Nederland om in Amsterdam medicijnen te gaan studeren. Deze ommezwaai in zijn carrière had mogelijk te maken met zijn vriendschap met Céline, maar ook met zijn fascinatie voor de psychiatrie. Psychiater is hij echter niet geworden, want na zijn artsexamen begon hij in het voorjaar van 1942 een huisartsenpraktijk in Amsterdam Oud-West. De passie voor het huisartsenvak spatte er niet van af. Voor Debrot was het een manier van broodwinning; niets meer en niets minder. Wat we wel weten is dat schrijver en vriend W.F. Hermans in 1945 regelmatig zijn praktijk bezocht en aan zijn patiënten werd voorgesteld als zijn collega dokter Klondike. De geruchten gingen dat Hermans zo nu en dan eenvoudige medische handelingen

mocht uitvoeren onder toezicht van Debrot. Hoewel dit de toets van een medisch tuchtcollege niet zou hebben doorstaan, vergeven we Debrot, want het heeft immers geleid tot Hermans korte verhaal *Dokter Klondike*, waarin dokter Hemelrijk gemodelleerd is naar Debrot.

Na de oorlog hield Debrot het nog een paar jaar vol in Amsterdam, totdat hij in 1948 naar Curaçao vertrok om daar een huisartsenpraktijk te beginnen.

Debrot de politicus

In Curaçao raakte hij geïnteresseerd in de politiek - en de Antilliaanse cultuur - en werd hij meer en meer actief in het bestuurlijke reilen en zeilen van de eilanden. Dit mondde uit in zijn deelname aan de Ronde Tafel Conferenties, die uiteindelijk leidden tot het einde van de koloniale verhoudingen tussen Nederland en de Nederlandse Antillen in 1954. Het proces van de mondiale dekolonisatie begon in feite al in 1941, met de *Atlantic Charter* van Roosevelt en Churchill, waarin werd gesteld dat elk volk - lees: kolonie - recht had op soevereiniteit. Indonesië was in 1948 volledig onafhankelijk geworden. De geest was dus al jaren uit de fles en de Nederlandse Antillen - en Suriname - kregen zes jaar na Indonesië de status van een land en een autonoom binnenlands bestuur. Debrot keerde in 1952 terug naar Nederland als eerste gevolmachtigde minister van de Nederlandse Antillen in Den Haag. Debrot was altijd lenig genoeg om deze spagaat vol te houden, met één been in het calvinistische vaderland en het andere been in zijn geliefde thuisland, de Antillen. In 1962 keerde hij vervolgens terug naar Curaçao als de eerste gouverneur van de Nederlandse Antillen. In die hoedanigheid speelde Debrot een belangrijke rol bij de 30 mei-revolte (*Trinta de Mei*) van 1969. Een staking voor betere lonen bij Shell en Wescar liep uit op een volksopstand, waarbij enkele honderden mariniers vanuit Nederland werden overgevlogen om de orde te herstellen en te handhaven. In de kern was dit een protest tegen de raciale ongelijkheid op sociaal en economisch gebied, waar Debrot - zelf behorend tot het Antilliaanse patriciaat - diep in zijn hart begrip voor had. Willemstad stond in brand en het 'verrukkulukke' Curaçao, de oase in de Cariben waar nooit een vuiltje aan de lucht was, leek verloren te gaan in een revolutie. Debrot wist erger te voorkomen door de voltallige witte regering te overtuigen om af te treden. Hijzelf werd in 1970 vervangen door de eerste zwarte gouverneur van de Antillen, Ben Leito. Na zijn aftreden keerde Debrot gedesillusioneerd terug naar Nederland, door de witte gegoede burgerij van de Antillen afgeschreven als verrader. Hij raakte in diepe depressies, waarbij zelfs een opname in een psychiatrische inrichting volgde.

Debrot de schrijver

Het oeuvre van Debrot is divers, maar niet omvangrijk. Zijn eerste dichtbundel publiceerde hij in eigen beheer op zestienjarige leeftijd: *Heimwee* (1918). Hij werkte mee aan het tijdschrift *Forum* en in 1940 was hij medeoprichter van het literaire tijdschrift *Criterium*. Hij onderhield vriendschappen met W.F. Hermans, Simon Vestdijk,



E. du Perron en andere grote Nederlandse schrijvers. Beroepsschrijver werd hij echter nooit. Als de jaren verstrijken komt de literatuur steeds meer op de achtergrond. Voor zijn verzameld werk (gedichten, essays, toneelstukken, kunstrecencies, proza en dagboeken) hoeft ook maar weinig ruimte vrijgemaakt te worden op de boekenplank. Na zijn novelle *Bewolkt bestaan* (1948) en wat poëzie leek de inspiratie te zijn verdwenen. Zijn literaire carrière kabbelde na 1948 door als een stil watertje, waar alleen de liefhebber op het bruggetje even stilstaat om naar beneden te kijken en te turen naar wat er nog voorbij stroomt. Dat er niet meer grote werken zijn ontsproten uit zijn brein heeft waarschijnlijk niets te maken met het ontbreken van inspiratie, maar eenvoudigweg met het ontbreken van tijd. Debrot deed gewoon te veel andere dingen en had daardoor te veel aan zijn hoofd om nieuwe literaire werken te scheppen. En toen hij eenmaal tijd kreeg om te schrijven werd de inspiratie verdrongen door de depressies die hem tot zijn dood hebben geteisterd.

Zijn laatste jaren sleet hij *inter pares* in het Rosa Spierhuis in Laren. In 1981 werd hij geopereerd aan prostaatkanker op 2 december 1981 overleed hij in het Wilhelmina Gasthuis in Amsterdam aan de gevolgen van een nabloeding.

Heden ten dage wordt Debrot het meest geprezen om zijn debuutroman, die geldt als het begin van de moderne Antilliaans-Nederlandse literatuur, hoewel het lezerspubliek op de eilanden zeer beperkt is. Dáárvoor - en voor zijn rechtvaardige politieke betrokkenheid - wordt hij nog steeds geëerd, op de Antillen en in Nederland. Sinds 1968 wordt op Curaçao jaarlijks de Cola Debrotprijs uitgereikt en in Amsterdam wordt sinds 2008 elke vijf jaar de Cola Debrotlezing gehouden. ■

Yvo Smulders



Refereren 2.0

Al lang maak ik me druk over de interpretatie die velen van jullie geven aan p-waarden. Als die 0,05 of lager is wordt de uitkomst doorgaans als 'zeker' of zelfs 'bewezen' beschouwd. En als 'ie (veel) hoger is, dan wordt de uitkomst vaak beschouwd als 'onzeker', 'niet waar', 'niet-bewezen waar', of enige variant daarvan. Dit is onzin, fout, dom, onjuist, stupide, eigenlijk een schande, *fake news* ... ik weet niet hoe anders ik het nog moet zeggen. De juistheid van onderzoeksuitkomsten wordt grotendeels bepaald door een zo goed mogelijke voorspelling van die uitkomsten vóórdat het onderzoek plaatsvond. De impact die onderzoeksuitkomsten op die voorspelling hebben kan klein of groot zijn, maar dat wordt nauwelijks bepaald door de statistische significantie van die uitkomst. Veel belangrijker zijn de uitkomst zelf (bijvoorbeeld: hoe gróót is het verschil tussen de groepen) en de kwaliteit van het onderzoek.

Vanwege het maar moeilijk indalen van deze boodschap ga ik het over een andere boeg gooien. Ik daag jullie uit om bij het refereren en bij CATs een nieuwe systematiek te omarmen. Die bestaat uit 4 stappen:

1. Je presenteert de vraagstelling.
2. Op basis van bestaande literatuur, de klinische ervaring van de aanwezigen en logisch verstand (van pathofysiologie, extrapolatie enz.) bepaal je samen het meest plausibele antwoord op de vraagstelling. We noemen dat 'de oude waarheid' (in Bayesiaanse termen: de prior).
3. Je bespreekt het onderzoek dat gedaan is en weegt in de conclusie daarvan vooral de uitkomst en de kwaliteit van het onderzoek, met hooguit een paar aftrek- of bonuspunten voor de significantie.
4. Je bespreekt 'de nieuwe waarheid' op basis van 'de oude waarheid' en het onderzoek dat je hebt besproken.

Klein detail met betrekking tot stappen 3 en 4 is: *HOE DAN!?* Voorlopig help ik jullie met de figuur op de volgende pagina. Die neemt effectiviteit van behandeling als voorbeeld, maar geldt voor elke relatie tussen een oude en nieuwe waarheid (bron: *NTvG 2017;161:D1204*).

De bovenste schaal geeft de 'oude waarheid' aan. Je moet daar dus in consensus een punt op kiezen. De pijlen geven de impact van het onderzoek, dan wel de CAT-search aan. De meest rechtse, lichtgroene pijl is goed onderzoek met een uitgesproken resultaat dat de 'oude waarheid' ondersteunt. De meest linkse (rode) pijl is goed onderzoek met een uitgesproken resultaat dat de 'oude waarheid' juist weerspreekt. Waar de pijl uitkomt geeft verhoudingsgewijs aan hoe de 'nieuwe waarheid' zich tot de 'oude' verhoudt.

De twee scenario's in de figuur laten zien dat:

- iets wat eerst onwaarschijnlijk is door je referaat/CAT niet zomaar ineens waarschijnlijk kan worden;
- dat iets wat vooraf al heel waarschijnlijk was nooit onwaarschijnlijk kan worden;
- dat alleen iets wat vooraf al heel waarschijnlijk was na onderzoek als zeker mag worden beschouwd.

Het middengebied, niet aangegeven als een scenario, is ook interessant. Dit is het gebied waarin het vooraf kan vriezen of dooien. Je weet het eigenlijk niet en bent neutraal met betrekking tot wat waarschijnlijk is. In dat scenario kan de impact van het onderzoek op geloofwaardigheid van de uitkomst best groot zijn, maar nooit leidt het pijltje naar een zekerheid.

Ik realiseer me dat het even wennen zal zijn. De onzekerheid over 'de oude waarheid' en welk pijltje te kiezen zal jullie parten spelen. Niettemin: begin er maar vast mee, *for the sake of reason*. Met de mensen in het dankwoord gaan we werken aan een *online tool* die dit makkelijker maakt. Dat duurt wel even, ik kom erop terug.

Met dank aan prof. Rolf Groenwold, arts-epidemioloog en dr. Jonne Sikkens, aios.

