

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 11
DECEMBER 2020

Magazine voor de internist



Voltooid leven

Els van Wijngaarden over de waarde van een goed gesprek met mensen die niet verder willen leven

De kernboodschap van de internist

Wat maakt ons nu die cruciale schakel?

Netwerkgeneeskunde

Hoe zorgprofessionals van elkaar leren om tot betere en effectievere samenwerking te komen

De MIP-commissie

Over trendwatchen, sterk zout en de Raad van Bestuur

Ruimtevaart

Microgravitatie, gewichtloosheid en ruimteziekte



Laat Prya **er weer** **zijn** voor haar gezin

Prya (30) is afhankelijk van dialyse. Haar nierziekte is slopend voor haar lichaam en beperkt haar enorm. Prya kan door haar nierziekte niet de moeder en partner zijn die ze wil zijn. Dat breekt haar op, maar ze blijft moedig.

De Nierstichting wil nierpatiënten zoals Prya hun leven teruggeven. Zodat zij er weer kunnen zijn voor de mensen die van hen houden.

Help mee. Doneer op nierstichting.nl voor onderzoek naar meer succesvolle transplantaties.





VOLTOOID LEVEN 6

Els van Wijngaarden, universitair hoofddocent en onderzoeker aan de Universiteit voor Humanistiek, over de waarde van een goed gesprek met mensen die niet verder willen leven



Netwerkgeneeskunde

Hoe zorgprofessionals van elkaar leren om tot betere en effectievere samenwerking te komen

9



Cruciale schakel

De kernboodschap van de internist

12



De MIP-commissie

Simone Ennecker-Jans over trendwatchen, sterk zout en de Raad van Bestuur

14

COVID-19 -

persoonlijk contact en nieuwe rituelen 16

Ruimtevaart -

Microgravitatie, gewichtloosheid en ruimteziekte 18

De COIG -

infectieziekten en immuniteit online 21

In memoriam -

Jan Wouter ten Cate 25

RUBRIEKEN

De medicus in de literatuur 22

J.P. Heije - Weldoener voor volk en geneeskunst

Boekbespreking 26

Zelfverwoestingsboek

Reactie 27

Integratieve geneeskunde

Knuppel in het internistenhok 28

De p(lacebo)-waarde

Cartoon 29

Column Yvo Smulders 30

Beter een schijndiagnose dan geen diagnose





#REN TEGEN KANKER

Waar ren jij mee? Ga naar
rentegenkanker.nl



Terugkijken op 2020

Een van de typische dingen die hoort bij de maand december is terugkijken op het afgelopen jaar. En wat een bizar jaar is 2020 geweest. Een jaar om snel af te sluiten en daarbij het liefst weer terug te gaan naar het 'oude' normaal. Maar zover zijn we helaas nog niet. Hoewel we de piek van de tweede golf achter ons hebben gelaten, loopt het aantal opgenomen patiënten slechts langzaam terug en stabiliseert het aantal besmettingen. Staan we daarmee aan de vooravond van een derde golf, of lukt het om het aantal besmettingen toch verder naar beneden te brengen? Bij het verschijnen van deze column zal het antwoord duidelijk zijn. Ondertussen zijn internisten in het hele land nog steeds iedere dag verantwoordelijk voor de behandeling van het grootste deel van de in Nederland opgenomen COVID-19-patiënten, met daarbij de continue uitdaging om ook alle reguliere zorg zo goed mogelijk doorgang te laten vinden.

De combinatie van onze brede kennis én specialistische expertise, verbonden in een vakgroep, is wat ons krachtig maakt. Het zorgt ervoor dat wij voor de multimorbide patiënt vaak de verbindende factor zijn met onze collega-specialisten in en buiten het ziekenhuis, en maakt ons multi-inzetbaar zoals bewezen wordt tijdens de pandemie. Voorbeelden van die brede inzetbaarheid zijn de rollen die internisten vervullen in de laatste levensfase van patiënten met multiple chronische aandoeningen (pag. 6), in de netwerkgeneskunde (pag. 9), maar ook bijvoorbeeld in lokale MIP-commissies (pag. 14) en bij het stellen van diagnoses (pag. 30). Die vele rollen maken onze bijdrage in de huidige zorg essentieel, maar zijn soms ook moeilijk zichtbaar te maken. Daarom is het zo belangrijk dat wij met elkaar de meerwaarde van ons vak blijven benadrukken, hoe verschillend wij soms ook lijken door onze eigen expertises (pag. 12).

De pandemie heeft daarnaast ook een aantal grote veranderingen mogelijk gemaakt. Zorg op afstand, thuismonitoring en teleconsulting zijn voorbeelden van zorg die het afgelopen jaar in een stroomversnelling zijn geraakt. Ook hebben we dit jaar de allereerste online internistendagen en online COIG onderwijs gehad (pag. 21). Indrukwekkend hoe het de commissies gelukt is om zulke goede interactieve online programma's aan te bieden. Onder het motto 'if you can't beat the waves, join them' grijpt collega Jan Baars de COVID-maatregelen aan om zichzelf te verbeteren, met minder vergaderen en meer gesprek (pag. 16).

Ten slotte is met ingang van 1 december Samara Jaber benoemt als de nieuwe directeur van de NIV. Als bestuur zijn we erg blij met haar benoeming, en kijken we ernaar uit om de komende jaren samen met haar en de rest van het bureau de rol van de NIV verder vorm te geven.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
11e jaargang, nummer 4, december 2020

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Coco Opheij, Harriët Teijen, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Fjodor Buis

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2020

Website NIV: www.internisten.nl

Voltooid leven

De waarde van een goed gesprek met mensen die niet verder willen leven

TEKST: ELS VAN WIJNGAARDEN • BEELD: FJODOR BUIS, 123RF

Het debat over het zogenoemde ‘voltooide leven’ houdt al decennialang de gemoederen bezig. Reeds in 1991 stelde Huib Drion dat veel ouderen grote rust zouden vinden als zij beschikking zouden hebben over een dodelijk middel waarmee zij zelf hun levenseinde zouden kunnen bepalen. Maar wie zijn die mensen met een zogenoemd ‘voltooid leven’? Hoe groot is die groep? Wat kunnen we zeggen over de aard van de doodswens? En is er een rol voor de internist? Els van Wijngaarden doet nu zo’n acht jaar onderzoek naar deze thematiek en probeert deze vragen te beantwoorden.

Burgerinitiatief

In 2010 lanceerde de initiatiefgroep Uit Vrije Wil een burgerinitiatief met als doel legalisering van stervenshulp aan ouderen die hun leven voltooid achten. Wat dat ‘voltooide leven’ inhoudt, kan volgens de initiatiefnemers uiteenlopen: ‘Soms zien we geen mogelijkheden meer ons leven in een voor ons zinvolle vorm voort te

zetten en krijgen we het gevoel onszelf te overleven. Alles van waarde ligt achter ons en een chronische beleving van leegte resteert, wachtend op een dood, die ons vergeten schijnt. Soms raken we geheel afhankelijk van de hulp van anderen en verliezen we de regie of zelfs elke controle over ons eigen leven. Soms worden we geconfronteerd met lichamelijk verval, fysieke ontluistering en een onomkeerbaar verlies van

persoonlijke waardigheid, dat niet zelden vergezeld gaat van gevoelens van vernedering of schaamte.’¹

Wetswijziging

In 2012 is het burgerinitiatief in de Tweede Kamer behandeld. Dit leidde tot het instellen van de commissie Schnabel, die als opdracht kreeg om advies uit te brengen over de juridische mogelijkheden en de maatschappelijke dilemma’s met betrekking tot hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. In 2016 volgde het adviesrapport, waarin de commissie unaniem adviseerde om geen nieuwe wetgeving naast de bestaande euthanasiewetgeving op te tuigen.² Desalniettemin liet het toenmalige kabinet in een reactie (2016) weten

het advies naast zich neer te leggen, en de mogelijkheden voor uitbreiding van de wet toch verder te willen onderzoeken. Kort daarop volgde een initiatiefwetsvoorstel van D66 om zo'n regeling naast de bestaande euthanasiewetgeving mogelijk te maken. Ondertussen gaat het debat nog steeds door en ligt het tweede D66-wetsvoorstel bij de Raad van State.

Prangende vragen

Het pleidooi voor hulp bij zelfdoding bij ouderen die hun leven als voltooid beschouwen, roept allerlei prangende vragen op. Over welke ouderen hebben we het eigenlijk? Wat zijn de omstandigheden en kenmerken van deze ouderen? Wat is de achtergrond en aard van hun doodswens? Zijn eventuele alternatieven – anders dan hulp bij zelfdoding – denkbaar, haalbaar en passend? En hoe verhoudt de roep om legale hulp bij zelfdoding bij ouderen zich tot de huidige euthanasiewetgeving? In twee recente nummers van *Interne Geneeskunde* (nr. 2 en 3) werd daarnaast de vraag opgeroepen: is er eigenlijk een rol voor de internist bij 'voltooid leven'?

Het begrip voltooid leven

Toen ik de beide artikelen las, viel het mij weer op hoe ongrijpbaar het begrip 'voltooid leven' is. Gaat het om mensen 'die lijden aan een gestage algehele achteruitgang'? Of gaat het om mensen 'die zich sociaal uitgerangeerd voelen' en daarom hun leven voltooid vinden en een doodswens ontwikkelen? Of kan het ook gaan om mensen 'die in het geheel niet lijden maar op een gegeven moment "gewoon klaar" zijn met leven'? En is het vooral aan de

'Een doodswens betekent niet per definitie dat iemand onmiddellijk dood wil'

ouderdom gerelateerd, of hoeft dat helemaal niet?

Ouderdomsaandoeningen

Allereerst is het belangrijk om een aantal groepen te onderscheiden van mensen die niet meer verder willen leven. Zo is er een groep mensen op hoge leeftijd met een (vaak forse) stapeling van ouderdomsaandoeningen, zoals osteoporose, artrose, incontinentie, slechtziendheid en slechthorendheid. Zij gaan gebukt onder de fysieke, sociale en existentiële gevolgen van deze aandoeningen. De commissie Schnabel heeft er terecht op gewezen dat als deze ouderdomsaandoeningen de grondslag vormen voor ondraaglijk en uitzichtloos lijden, iemand binnen de huidige wetgevingspraktijk een euthanasieverzoek kan doen. In de EuthanasieCode 2018 staat hierover dat ouderdomsaandoeningen en de hieruit voortkomende klachten een lijden kunnen doen ontstaan 'dat in samenhang met de ziektegeschiedenis, de biografie, de persoonlijkheid, het waardepatroon en de draagkracht van de patiënt door déze patiënt als uitzichtloos en ondraaglijk kan worden ervaren.'³

Doodswens zonder ziekte

Daarnaast is er ook een groep van mensen met een aanhoudende

doodswens zonder dat zij ernstig ziek zijn. Deze doodswens lijkt geen duidelijke medische grondslag te hebben. En dit is de groep waar de voorgestelde nieuwe wetgeving zich met name op zou moeten richten. Uit ons grootschalige vragenlijst-onderzoek onder de bevolking blijkt dat de groep mensen met een persisterende, actieve doodswens en een wens tot levensbeëindiging (zonder dat zij ernstig ziek zijn) klein is: het gaat om zo'n 0,18% van alle 55-plus-sers.^{3,4} De demografische samenstelling van de groep is opmerkelijk: vrouwen zijn sterk oververtegenwoordigd (67%). En ruim driekwart van de mensen was tussen de 55 en 75 jaar. Deze doodswens lijkt dus helemaal niet voorbehouden aan de hoogste leeftijdscategorieën. Daarnaast blijkt de groep met een actieve doodswens én een wens tot levensbeëindiging voor een relatief groot gedeelte te bestaan uit laagopgeleiden (44%) en mensen afkomstig uit de lagere sociale klassen (53%). Belangrijke versterkende factoren die naar voren kwamen, zijn: piekeren, financiële zorgen, ziekten, eenzaamheid, afhankelijkheid van anderen en het gevoel anderen tot last te zijn.^{3,4} Eerder onderzoek liet al zien dat 'verlies van verbinding' een overkoepelend thema is dat de doodswens versterkt.^{5,6}

Grote ambivalentie

Onze studie laat ook zien dat een doodswens bij mensen die niet ernstig ziek zijn allesbehalve eenduidig is. Een doodswens – of zelfs een wens tot levensbeëindiging – betekent niet per definitie dat iemand onmiddellijk dood wil. De doodswens kenmerkt zich door een grote ambivalentie. Zo hinken mensen vaak op meerdere gedachten: in de

'Voltooid leven klinkt mooi, maar in feite is het een vertekening van de werkelijkheid'



Els van Wijngaarden is universitair hoofddocent en onderzoeker aan de Universiteit voor Humanistiek

meeste gevallen gaat een doodswens samen met de wens om te leven. Van de mensen met een wens tot levensbeëindiging gaf bijvoorbeeld ruim een derde aan dat de wens tot leven sterker was dan de doodswens. En voor 39% wogen beide even zwaar. De doodswens bij mensen die niet ernstig ziek zijn blijkt ook veranderlijk.^{3,4} Omstandigheden – zoals relaties, activiteiten, woonomgeving en de financiële situatie – hebben grote invloed op hoe de doodswens wordt beleefd. Ook blijkt dat de doodswens door de jaren heen kan verminderen of zelfs verdwijnen als de situatie van mensen verandert, ook op hoge leeftijd.^{3,4}

Nieuwe vragen

Met name het beeld van de tweede groep roept nieuwe (ethische) vragen op. Bijvoorbeeld: in hoeverre bevinden vrouwen zich in meer kwetsbare situaties? Voelen zij zich sneller tot last? En hoe moeten we de oververtegenwoordiging van mensen uit de lagere sociale klassen duiden? Wat zijn de politieke consequenties van het feit dat deze doodswens zo vaak situatiegebonden lijkt?

Is hulp bij zelfdoding in zulke gevallen wel het juiste antwoord?

Derde groep?

Hoewel er in de samenleving soms wordt gesuggereerd dat er ook nog een derde groep zou zijn, namelijk een groep gezonde zeventigplussers met duurzame doodswensen in afwezigheid van lijden, hebben wij met ons representatieve bevolkingsonderzoek geen empirische aanwijzingen gevonden dat deze groep zou bestaan. Een doodswens zonder dat er sprake is van ernstig lijden, in welke vorm dan ook, lijkt een hoge uitzondering.

Als ik de onderzoeksresultaten op me in laat werken, dan vind ik term 'voltooid leven' eigenlijk zeer onge-schikt om deze doodswensen te beschrijven. Het klinkt mooi, maar in feite is het een vertekening van de werkelijkheid. Ablij en Visser schrijven: 'Voltooid leven betreft een situatie waarin een weloverwogen besluit is genomen dat het leven goed is geweest en het einde ervan geaccepteerd of zelfs gewenst is.' (nr. 2). In de praktijk blijkt de situatie veel complexer, rommeliger en

tragischer. Mensen worstelen vaak met een kluwen van fysieke, sociale en existentiële problemen die tezamen een doodswens versterken.

Goed gesprek

Terug naar de vraag waar het allemaal om begon: is er een rol voor de internist als mensen een dergelijke doodswens uiten? De internist zal vooral in aanraking komen met de groep mensen die ik hierboven als eerste heb beschreven: ouderen met een forse stapeling van ouderdomsklachten. En ik denk dat zowel Ablij en Visser (nr. 2) als Koopman (nr. 3) terecht wijzen op het belang van het goede gesprek over de zin en zinloosheid van medische interventies. Wat in ons onderzoek ook sterk naar voren kwam, is het grote belang dat mensen hechten aan zo'n gesprek, met naasten, maar ook met hun arts.³ Wat vindt iemand belangrijk? Waar hecht iemand waarde aan? En welke behandelingen passen daar wel, of juist niet meer bij? Koopman stelt dat internisten er 'niet alleen zijn om te genezen, maar veeleer om lijden te verlichten en te begeleiden, temeer in de laatste levensfase'. Een aandachtig gesprek over mogelijkheden en grenzen – en de daarmee gepaard gaande hoop en angst – kan op zichzelf al een manier zijn om lijden en onzekerheid te verzachten. En dat lijkt mij een niet te onderschatten, buitengewoon belangrijke rol. ■

Referenties

1. Peters J, Sutorius E, van Baarle Y, e.a. . Uit vrije wil. Waardig sterven op hoge leeftijd. Amsterdam: Boom, 2011.
2. Schnabel P, Meyboom-de Jong B, Schudel WJ, e.a. Voltooid leven: Over hulp bij zelfdoding aan mensen die hun leven voltooid achten. Den Haag: Adviescommissie voltooid leven; 2016.
3. van Wijngaarden EJ, van Thiel GJMW, Hartog I, e.a. Perspectieven op de doodswens van ouderen die niet ernstig ziek zijn: de mensen en de cijfers. Den Haag: ZonMw; 2020.
4. Hartog I, Zomers ML, van Thiel GJMW, e.a.. Prevalence and characteristics of older adults with a persistent death wish without severe illness: a large cross-sectional survey. BMC Geriatrics. 2020;20(342), 1-14.
5. van Wijngaarden EJ, Leget CJW & Goossens A. Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living. Social Science & Medicine. 2015;138, 257-264.
6. van Wijngaarden EJ. Voltooid leven: over leven en willen sterven (6 ed.). Amsterdam: Atlas Contact, 2016.



Netwerkgeneeskunde en de opleiding tot internist

TEKST: MARK VAN HAAREN, THIJS TEN DOESSCHATE, BENJAMIN JELLE VISSER & KARIN KAASJAGER • BEELD: FMS

Onder netwerkg zorg verstaan we zorg vanuit een netwerk van zorgprofessionals, zoals een ziekenhuisspecialist, huisarts, specialist ouderengeneeskunde, fysiotherapeut, diëtist en wijkverpleegkundige. De zorg is op elkaar afgestemd, op de juiste plek, met de patiënt centraal. Netwerkg zorg kan de zorg goedkoper, efficiënter en duurzamer maken. En de patiënt helpen om overzicht te houden over het zorgproces. In dit artikel een aantal voorbeelden in de internistische praktijk en opleiding, reacties van aios en opleiders, en handvatten voor implementatie in de huidige opleiding.

Een voorwaarde voor netwerkg zorg is interprofessioneel samenwerken: twee of meer zorgprofessionals leren

van elkaar om tot betere en effectievere samenwerking te komen, om daarmee de uitkomsten van de zorg

te verbeteren. Belangrijk uitgangspunt voor interprofessionele samenwerking is bovendien dat de patiënt zelf participeert. Niet alleen hulpverlening vóór de patiënt, maar bovenal mét de patiënt.

Niet nieuw

Netwerkg zorg en interprofessioneel samenwerken zijn niet nieuw voor internisten. De internist vervult zelfs een essentiële functie in de netwerkg zorg. Kennis en expertise

‘Bij elkaar in de keuken kijken en leren geeft heel veel inzicht’

worden ingezet voor een multidisciplinaire behandeling van patiënten, voor het adviseren en onderwijzen van netwerkcollega's en om patiënten voorlichting te geven. En uiteraard leert de internist evengoed van netwerkcollega's, waardoor die op hun beurt beter in staat zijn om de zorg voor de patiënt te verbeteren.

Interprofessioneel leren

De rol van netwerkzorg en interprofessioneel leren in de opleiding tot internist is op dit moment echter beperkt of niet concreet genoeg. Wij bepleiten dan ook dat de opleiding tot internist zich niet beperkt tot de muren van het ziekenhuis, maar dat interprofessioneel leren daarin een centralere rol krijgt. Netwerkgeneeskunde leert de aios de organisatie van zorg te doorgronden en zichzelf als internist te positioneren.

Netwerkgeneeskunde in de praktijk

Amely Daza Zabaleta is aios interne geneeskunde in het UMC Utrecht. Zij startte een netwerkgeneeskunde-stage in het Cardiometabool zorgnetwerk (www.demedischspecialist.nl/cardiometaboolnetwerk). In dit zorgnetwerk leer je transmurale

en multidisciplinair samen te werken. De zorg wordt gedefragmenteerd en afgestemd op de wens van de patiënt. Thema's zijn 'de juiste zorg op de juiste plek' en 'intraprofessioneel samenwerken en leren'. Die thema's worden vormgegeven door teleconsulten, videobellen en samen spreekuur doen met de huisarts i.o. Ook wordt er kennis en ervaring opgedaan met het ontwikkelen en implementeren van e-health voor zorg en ondersteuning op afstand. Er werd samen met Pharos een e-module voor de patiënt vormgegeven om 'samen beslissen' te bevorderen, waarbij de nadruk lag op laaggeletterdheid. Zabaleta: 'Ik voel me gesterkt om de zorg dicht bij huis te kunnen leveren'. Acht van de tien patiënten worden niet verwezen.

Interprofessioneel leren met de haio

Jelle Visser, aios interne, ontving in 2019 de JNIV-innovatieprijs. Hiermee organiseerde hij een duospreekuur (haio en aios) in de huisartsenpraktijk. 'Door samen een patiënt te zien met de haio leer je om nog meer holistische zorg te verlenen, doordat je de patiënt in een voor hem of haar meer vertrouwde omgeving ziet.' De samenwerking leverde

ook organisatorische voordelen op voor patiënten met bijvoorbeeld hypertensie en diabetes: verwijzingen werden voorkomen. Zowel haio als aios ondervonden voordelen van dit project. Marjon Wouters (haio): 'Door elkaars vakgebied beter te leren kennen zijn mijn verwijsbrieven beter geworden'. Jelle Visser: 'Ik begrijp nu echt wat qua zorg mogelijk is in de huisartsenpraktijk'. De intensieve samenwerking werd door beiden als leerzaam ervaren en ook patiënten waren tevreden. Zowel de artsen als patiënten ervoeren meer regie.

Landelijke opleidingsdag

Tijdens de Landelijke Opleidingsdag Interne Geneeskunde (LOIG) op 5 februari 2020 werd met opleiders en aios besproken hoe netwerkgeneeskunde ingebed kan worden in de opleiding tot internist. Hierbij werden vier thema's besproken:

- Juiste zorg op de juiste plek;
- Interprofessioneel leren;
- Waardegedreven zorg en patiëntparticipatie;
- Financiering en randvoorwaarden.

Juiste zorg op de juiste plek

Internistische zorg en opleiding hoeft niet altijd in het ziekenhuis plaats te vinden. Huisartsen en medisch specialisten vormen netwerken om zo individuele, laagdrempelige zorg dicht bij huis te bieden, onnodige verwijzingen naar de tweedelijns te voorkomen en samenwerking en kennisoverdracht tussen specialisten en huisartsen te stimuleren. Maar het domein van de internist zou nog breder kunnen zijn. Bijvoorbeeld door scholing te geven over het herkennen van intoxicaties op een technofeest, het voorlichten van patiëntengroepen met diabetes mellitus en door multidisciplinair te overleggen met huisarts en wijkverpleegkundige na een complexe ziekenhuisopname. Een belangrijke vraag bij netwerkzorg is wie de regievoerder moet zijn voor de patiënt. Idealiter is dit steeds dezelfde persoon. En hoe moet de communicatie naar de patiënt verlopen, digitaal of persoonlijk? Voor de ene patiënt is

‘Geef aios ruimte voor de (tijds)investering van netwerkgeneeskunde binnen de opleiding’

digitalisering een zegen, terwijl dit voor de andere bedreigend kan zijn.

Interprofessioneel leren

Er bestaat een spanningsveld tussen het samen beslissen en de verantwoordelijkheid nemen. Vertrouwen in elkaar is dan ook een hoeksteen van interprofessioneel opleiden. Het is hiervoor niet noodzakelijk om nieuwe competenties of onderdelen toe te voegen aan de opleiding. Eerder is het belangrijk om benodigde vaardigheden structureel in te bedden binnen de bestaande opleiding. Een interprofessioneel team ontwikkelt zich door samen casussen te bespreken, te investeren in werkoverleg en interview. Dit is een doorgaand en cyclisch proces. Een concreet voorbeeld zijn de interprofessionele teams voor specifieke patiëntengroepen, bijvoorbeeld patiënten met borstkanker. Zij organiseren de zorg in een zorgpad en werken intra- en extramuraal samen.

Waardegedreven zorg en patiëntparticipatie

De patiënt bepaalt wat waardegedreven zorg voor hem of haar betekent. De patiënt moet daarom betrokken worden bij het opzetten van netwerkzorg en bij het maken van kwaliteitsindicatoren. Zorgevaluatie moet een integraal onderdeel worden van netwerkzorg. De methoden

van zorgevaluatie moeten aansluiting vinden met de patiëntenpopulatie. Bijvoorbeeld door het aanbieden van audiovisuele middelen bij laaggeletterdheid, vertalingen voor patiënten die de Nederlandse taal niet machtig zijn, door het creëren van niet-digitale alternatieven voor digibeten. De waarde van zorg laat zich moeilijk meten. Soms kun je volstaan met de patiënt te vragen: 'Wat vindt u belangrijk?'. Om zorg te kunnen vergelijken kan gebruik worden gemaakt van eenduidige *patient reported outcome measures* (PROMs) en *patient reported experience measures* (PREMs).

Financiering en randvoorwaarden

Het huidige systeem van financiering in de zorg zit nog te veel gevangen in de strikte scheidslijn tussen eerste- en tweedelijnszorg. Minder

'Vertrouwen in elkaar is een hoeksteen van interprofessioneel opleiden'

contactmomenten betekent vaak minder inkomsten. Het is dan ook een uitdaging om netwerkgeneeskunde te ontwikkelen binnen het huidige systeem. Ziekenhuizen, zoals het UMC Utrecht, laten zien dat dit wel degelijk mogelijk is. Door afspraken te maken met zorgverzekeraars, met hierbij de focus op de juiste zorg op de juiste plek, is het mogelijk netwerkgeneeskunde lokaal van de grond te krijgen. Randvoorwaarden zijn wel dat uitkomstmaten zoals PROMs en PREMs getoetst worden. De uitkomsten van kwaliteits- en doelmatigheidsmetingen zijn dan ook het uitgangspunt voor verbetering van de netwerkzorg. Daarnaast is het van belang om aios ruimte te geven voor de (tijds)investering van netwerkgeneeskunde binnen de opleiding. Voor het uitvoeren van netwerkzorg is het essentieel dat digitale systemen en eventuele dossiers compatibel worden gemaakt, zodat patiënten en zorgverleners niet in het duister tasten.

Conclusie

Netwerkgeneeskunde heeft als doel om de zorg zo dicht mogelijk bij de patiënt aan te bieden. Bovenstaande thema's worden ook omarmd in het project Opleiden 2025, waarin medisch-specialistische vervolgoopleidingen doorontwikkeld worden met behulp van actuele ontwikkelingen en innovaties. Laten we als internisten het voortouw nemen en netwerkgeneeskunde nu structureel inbedden in de opleiding. De aanbevelingen voor de praktijk (zie kader) kunnen daarbij een eerste stap zijn. ■

AANBEVELINGEN VOOR DE PRAKTIJK

- 1. Geef aios de ruimte voor de (tijds)investering in netwerkgeneeskunde.**
Geef aios tijdens hun polistage ruimte voor bijvoorbeeld een dagdeel per week multidisciplinaire poli met bijvoorbeeld huisartsen. Gebruik daarbij evt. teleconsultatie.
- 2. Laat de aios een zorgnetwerk opzetten voor een bepaald ziektebeeld en een voorstel doen om dit netwerk te optimaliseren.**
De aios optimaliseert bijvoorbeeld de multidisciplinaire aanpak rondom palliatieve zorg in het ziekenhuis en de overgang naar een andere zorginstelling.
- 3. Geef interprofessioneel leren een structurele plek in de opleiding.**
De aios creëert een interprofessioneel team dat investeert in overleg over specifieke patiëntengroepen naar zijn/haar interesse.
- 4. Doorgrond de financiën van een zorgnetwerk.**
De aios ontwerpt niet alleen een zorgnetwerk voor een specifieke patiëntengroep, maar gaat ook in gesprek met de zorgverzekeraar voor de financiële mogelijkheden.
- 5. Bepaal de waarde van verleende zorg op basis van patiëntuitkomsten.**
De aios werkt gerapporteerde PROMs en PREMs uit en onderzoekt mogelijkheden voor optimalisatie.



De kernboodschap van de internist

TEKST: NIV-BUREAU • BEELD: 123RF

In 2018 hebben wij met elkaar de strategische visie 2018 tot en met 2022 opgesteld. Een strategische visie die als hoofdtitel voert dat de internist dé cruciale schakel is in de zorg. Maar wat maakt ons nu die cruciale schakel? En hoe zichtbaar zijn wij als cruciale schakel? Vragen die we mogelijk beter zouden kunnen beantwoorden door uit te leggen wie de internist is en wat hij doet. Uiteraard makkelijker gezegd dan gedaan. Toch hebben we een poging gewaagd.

Uiteindelijk moeten we onze zichtbaarheid niet willen vergroten door enkel uit te leggen waarom we de

cruciale schakel zijn. De zichtbaarheid van onze rol dient zich te uiten in wat de zorg van ons nodig heeft. In

een steeds complexer wordende zorgomgeving is dat nu meer dan nodig, maar ook de COVID-19-pandemie is hierin de realiteit van het moment.

Breedte en diepte van het vak

Niet alleen het vak interne geneeskunde is in de afgelopen jaren complexer geworden. Ook de patiëntenzorg wordt steeds ingewikkelder. Patiënten worden ouder, het aantal

chronische patiënten neemt toe, steeds meer patiënten krijgen vaker te maken met meerdere aandoeningen tegelijkertijd en krijgen daarvoor meerdere medicijnen voorgeschreven waardoor ze een verhoogde kans lopen op acute problemen. Dit biedt niet alleen uitdagingen voor de patiënt en de arts, ook de zorgkosten blijven stijgen als gevolg van deze ontwikkelingen.

Dankzij onze gezamenlijke brede basis zijn wij als beroepsgroep het aanspreekpunt voor verreweg het

ook veel andere disciplines – hebben hun rol gepakt in deze samenwerking. Niet alleen op medisch-inhoudelijk gebied, maar ook op organisatorisch vlak. Het eerste heeft natuurlijk te maken met het vak interne geneeskunde en infectiologie. Maar laten we niet vergeten dat andere vakken, en in het bijzonder de longziekten en de anesthesie, minimaal dezelfde inspanningen hebben geleverd op de SEH's, klinieken en IC's. De NIV heeft maximale ondersteuning gegeven en hulp geboden met leidraden, nascho-

ligt en we een brede blik hebben, dan moeten we daarnaar handelen in de gehele organisatie.

De kracht van de internist zit dus in zowel de rol van de generalist als de rol van de super-specialist. Onze rol bij de COVID-19-pandemie is daar het perfecte voorbeeld van. Met elkaar hebben we niet hoeven uit te leggen wat we kunnen, maar hebben we gewoon gedaan waar we goed in zijn. De volgende stap is dat we het ook expliciet gaan maken en het sterker met elkaar uit gaan dragen. Dat lukt alleen als we daar als gehele beroepsgroep mee aan de slag gaan. Zoals u heeft kunnen lezen zijn de eerste stappen daar zeker in gezet. Ook zijn we hierover in gesprek met alle deelspecialistische verenigingen van de NIV. Maar u heeft hier tevens ook een belangrijke taak om gezamenlijk onze kernboodschap uit te dragen.

Juist doordat internisten de medisch-specialisten zijn met de breedste medische kennis, gecombineerd met ieder ons eigen specialistische expertise, kunnen wij als geen ander patiënten met complexe problemen op holistische wijze diagnosticeren en behandelen. Zo bewaken wij de regie bij multidisciplinaire zorg, waardoor we met elkaar zorgen voor goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor de patiënt én de samenleving. Wat ook op dit moment in de COVID-19-pandemie naar voren komt.

Toekomst

De NIV gaat de komende periode graag met u de uitdaging aan om collega's, patiënten, ziekenhuisbestuurders en beleidsmakers te laten zien waarom de internist een belangrijke schakel is in de zorg. Hoe kan jij ons helpen om te laten zien waarom de internist van waarde is in de steeds complexere zorgomgeving? Of beter: wat zijn onze waarden en kwaliteiten? Wij nodigen u uit om dit gesprek ook binnen uw vakgroep aan te gaan. Door gezamenlijk deze boodschap uit te dragen, kunnen we ervoor zorgen dat we onze cruciale rol binnen de zorg behouden, zodat de patiënt nu én in de toekomst de allerbeste zorg ontvangt. ■

'Het vergroten van de zichtbaarheid is **essentieel** om ons te kunnen profileren'

grootste deel van de ouderen en chronisch zieke patiënten met complexe problemen. Zo houden wij de regie op de zorg voor deze patiënten en voorkomen daarmee onnodig doorverwijzen. Dit zorgt ervoor dat de patiënt ondanks de complexe zorgvraag compassievolle zorg ontvangt, en de zorgkosten kunnen worden beperkt.

De breedte van het vak is onze kracht, maar het is moeilijk om deze kracht zichtbaar te maken. Die brede basiskennis maakt ons in het ziekenhuis multi-inzetbaar, maar tegelijkertijd lijkt deze inzetbaarheid ook een vanzelfsprekendheid te zijn geworden. Het vergroten van de zichtbaarheid is echter essentieel om ons te kunnen profileren en daarmee de meerwaarde van ons vakgebied – de interne geneeskunde – in stand te houden.

De internist in tijden van COVID-19

Tijdens de COVID-19-crisis, waar we nog steeds middenin zitten, is duidelijk geworden dat samenwerken in een ziekenhuis de belangrijkste voorwaarde is om goede patiëntenzorg te leveren. De internisten – maar

lingsprogramma's en webinars.

Internisten hebben in velerlei ziekenhuiscommissies zitting genomen om de coronacrisis het hoofd te bieden. Samen met andere specialisten en ziekenhuismedewerkers kon de expertise en de brede blik van de internist ingezet worden om de zorg voor de patiënten te garanderen. Kracht in diversiteit heeft tijdens de huidige epidemie ook een andere lading en betekenis gekregen, namelijk samenwerken met andere specialismen, ziekenhuismedewerkers en bestuurders om de organisatorische en logistieke samenwerking aan te gaan tijdens een crisis.

Hebben we tijdens de COVID-19-uitbraak een ander gezicht laten zien dan daarvoor? Nee en ja. En daar zit dus de kracht van de internist, hoe supergespecialiseerd hij of zij ook is. Nee, omdat we gewoon ons werk hebben gedaan, en ja, omdat de internist tijdens de epidemie wel zichtbaarder is geweest. En die zichtbaarheid, dáár ligt de toekomst van de internist, zowel in het medisch-inhoudelijke domein, als op organisatorisch vlak. Als we als NIV zeggen dat onze kracht in diversiteit

De MIP-commissie saai? Verre van!

Over trendwatchen, sterk zout en de Raad van Bestuur

TEKST: CHARLOTTE KROL • BEELD: 123RF

Toen ze werd gevraagd om zitting te nemen in de Melding Incidenten Patiënten (MIP)-commissie van het Amphia in Breda, werd interniste Simone Ennecker-Jans daar niet meteen enthousiast van. Bij incidenten denk je al snel aan een hoop narigheid, conflicten, en stoffige vergaderingen. Dat pakte echter heel anders uit. Na meer dan 10 jaar in de commissie, waarvan de laatste jaren als voorzitter, neemt ze afscheid en blikt terug: ‘De MIP-commissie is de leukste commissie van het ziekenhuis’.

Op zoek naar de rode draad

Toen Simone lid werd, lag er nog geen duidelijke structuur ten grondslag aan de ziekenhuisbrede MIP-commissie. De commissie kwam hooguit één keer per maand bijeen om een handjevol meldingen door te nemen. ‘De Veilig Incidenten Melden (VIM’s) werden destijds door de afdelingen zelf afgehandeld. Wij bespraken maandelijks slechts een paar meldingen, waarvan de ambtelijk secretaris de indruk had dat ze interessant waren.’ Al snel zag ze dus verbetermogelijkheden. ‘Wij hadden geen overzicht over alle meldingen en hadden daardoor niet in de gaten dat meldingen een ziekenhuisbreed probleem betroffen, en dat de oplossingen ook voor andere afdelingen nuttig zouden kunnen zijn. De rode draad ontbrak waardoor waardevolle informatie verloren ging’.

Gestructureerd selecteren

Als voorzitter neemt Simone zich voor om de zaken anders te organiseren. Zo stelt de commissie criteria op om gestructureerd uit de vele VIM’s de relevante te selecteren. Zo moest de melding een afdelingsoverstijgend probleem omvatten,

(potentiële) ernstige gevolgen hebben voor de patiënt óf vaak voorkomen. Maar soms is ook één enkele melding al genoeg. Simone vertelt: ‘Op onze afdeling kreeg een patiënt met hyponatriëmie een infuus met hypertoon zout toegediend. De zak van 500 cc werd niet op tijd stopgezet, waardoor te veel werd toegediend. Ik dacht meteen: waarom gebruiken we zulke grote zakken hypertoon zout?’ Ze belde de ziekenhuisapothek en binnen één week werden alle 500 cc-zakken uit het ziekenhuis vervangen door kleinere zakken. ‘De gevolgen voor patiënt waren gelukkig beperkt, maar door dit soort incidenten tóch op te pakken konden we problemen in de toekomst voorkomen.’

Oranje en rode risicoscores

Inmiddels is het zo ingericht dat tenminste alle VIM-meldingen met oranje en rode risicoscores (dus met potentieel ernstige gevolgen en/of frequent voorkomen) door de secretaresse worden doorgestuurd aan duo’s binnen de MIP-commissie. Deze worden getoetst aan de criteria en zo nodig geagendeerd. Elk duo binnen de MIP-commissie krijgt voor de vergadering tien meldingen

toebedeeld, die ze samen voorbereiden. ‘Je doet veel voorwerk. Op het moment dat je bij elkaar komt heb je bijvoorbeeld al met betrokkenen gesproken en relevante protocollen bekeken. Zo kun je beter doorpakken en meer meldingen bespreken.’

Frustratiemeldingen en persoonlijk verwijten

Hoe meer meldingen, hoe beter. De commissie stimuleert het melden o.a. door concrete verbeteracties in te zetten en persoonlijk terug te koppelen wat er met de melding is gedaan. Simone benadrukt dat daarnaast een veilige meldcultuur van groot belang is. ‘Het wordt steeds duidelijker dat VIM’s niet moeten worden gebruikt om iemand persoonlijk iets te verwijten, maar om in de organisatie zaken te veranderen. Hierdoor zien we nu dat ook medisch specialisten vaker melden.’ Verder zorgen ze ervoor dat VIM’s niet gebruikt kunnen worden om persoonlijke vetes uit te vechten. ‘In het verleden waren er soms zogenaemde frustratiemeldingen, waarbij het leek alsof de melding werd gebruikt om een collega een hak te zetten. Door dit te terug te koppelen aan de melder, zien mensen in dat dit soort zaken op een andere manier opgelost moeten worden.’ Daarnaast maakt de MIP-commissie gebruik van de professionele *peer support*. ‘We merkten dat mensen erg aangedaan konden zijn door een incident. Er is bij iedere afdeling, van beveiliging tot schoonmaak en medisch specialisten, geïnventariseerd: bij wie klopt jij aan?



Simone Ennecker-Jans

De collega's die genoemd werden zijn opgeleid tot professioneel *peer supporter*. Zij nemen nu contact op met de betrokkenen bij een incident en dat wordt enorm gewaardeerd.'

Van terugblikken naar trendwatchen

De commissie, inmiddels onder leiding van Simone, zit niet stil. Ze breiden de selectiecriteria uit zodat deze aansluiten bij actuele thema's in Amphia, zoals vallen, pijn en *early warning scores*. Zo weet de commissie zeker dat alle relevante meldingen worden bekeken en besproken. Daarnaast richt zij zich steeds meer op het volgen van trends, in plaats van alleen terugblikken op incidenten. Simone geeft een voorbeeld: 'Toen we vorig jaar verhuisden gingen we actief monitoren op meldingen met trefwoord 'nieuwbouw'. Daardoor hadden we snel in de gaten welke punten direct moesten worden aangepakt. Sommige dingen ontdek je namelijk pas als je een gebouw in gebruik gaat nemen'. Zo kwam een melding binnen over een reanimatie op de katheterisatiekamer. De ruimte had geen routenummer, waardoor het reanimatieteam hem niet snel kon vinden. 'De katheterisatiekamer had geen routenummer gekregen, omdat patiënten er nooit zelfstandig naar toe hoefden

te lopen', licht Simone toe. 'Hier was dus van tevoren wel over nagedacht, maar bij een reanimatie bleek het heel onhandig.' Naar aanleiding van de melding is alsnog een bordje met een routenummer opgehangen.

Leren van wat er goed gaat

De MIP-commissie maakt steeds meer gebruik van nieuwe methodes. Zo hebben ze de Functional Resonance Analysis Methods (FRAM) van het nieuwe veiligheidsdenken Safety-II in gebruik genomen. Hierbij kijk je niet alleen naar wat fout is gegaan, maar naar het gehele proces. En daarin gaat het meestal goed, soms fout en soms boven verwachting goed. Daarnaast zijn tel-VIMS handig in bepaalde situaties. 'Tel-VIMS zijn heel korte meldformulieren die je ontwikkelt om één specifiek probleem te onderzoeken. Op

die manier hebben we bijvoorbeeld de aanwezigheid van de dokters van het traumateam 'geteld', omdat werd gemopperd dat niet iedereen meteen aanwezig was. Met name de radio-loog leek te ontbreken. De verrassende conclusie was dat hij al lang klaar bleek te zitten! Hij zat namelijk buiten beeld in de verslagruimte, om direct de beelden te kunnen bekijken. Nu iedereen dat weet, geeft dit een veilig gevoel aan de teamleden.'

De rol van de internist in de MIP-commissie

Simone vindt dat de internist bij uitstek geschikt is voor zitting in een MIP-commissie. 'Wij zijn gewend om breed te denken en te puzzelen, en komen al op veel andere afdelingen in de consultensfeer.' Bovendien is het de leukste commissie van het ziekenhuis, stelt ze. 'Je bent namelijk in het hele ziekenhuis betrokken bij allerlei processen waar je geen weet van had. Het ene moment sta je in de kelder bij de technische dienst, het volgende moment zit je bij de Raad van Bestuur of spreek je een bedrijfs- en medisch manager over VIM-trends in hun zorgkern.' Ze heeft wel een belangrijke tip. 'Werk goed samen met de collega's van de afdeling Kwaliteit en Veiligheid, zij hebben veel extra kennis. Regel daarnaast dat je tijd kunt vrijmaken voor deelname aan deze commissie. Je kunt veel informatie uit VIM's halen en daarmee incidenten voorkomen, maar daar gaat wel tijd inzitten. Het is ook voor het ziekenhuis van groot belang dat er veilige zorg wordt geleverd'. ■

Heeft u vragen naar aanleiding van dit artikel of wil u tips voor de eigen MIP-commissie? Mail Simone Ennecker-Jans: SEnnecker@amphia.nl.

TIPS VOOR JE LOKALE MIP-COMMISSIE

- **Formuleer criteria om de juiste meldingen te selecteren.**
- **Zorg voor een veilige meldcultuur.**
- **Koppel de concrete vervolg- en verbeteracties terug aan de melder.**
- **Vraag om tijd en ondersteuning om de meldingen goed te kunnen verwerken.**
- **Pas ook nieuwe methodes toe, zoals Tel-VIMS en analyses met FRAM**



TEKST: JAN BAARS • BEELD: 123RF

Don't ask what corona can do with you...

Internist-hematoloog Jan Baars wandelt door Muiden in coronatijd. Ooit werd het stadje zwaar getroffen door de pestepidemie. Hij ziet overeenkomsten, maar ook verschillen. 'Er heerst nu een kloof van onbegrip tussen hen die het uit ervaring begrijpen en hen die het alleen sociaal en economisch merken'.

Onlangs maakte ik een wandeling om en door het kleine vestingstadje Muiden, gelegen aan de Vechtmond. De tweede coronagolf was nog niet begonnen, maar werd wel gevreesd,

als een diep donkere lucht en zwaar gerommel aan de horizon. Naar goede Nederlandse gewoonte werd ook in Muiden op allerlei plekken met bordjes instructie en uitleg

gegeven, zo ook over de historie van deze mooie plek.

De pest

Eind zestiende eeuw woedde hier de pest en bijna de helft van de bevolking was daar op enig moment bij omgekomen. Geen voorstelling van te maken. Toch werd hier door de kleine en zwaar getroffen bevolking daarna een grote kerk gebouwd, zo

las ik, en deelde Muiden mee in de welvaart van de zeventiende eeuw, die in onze tijd de Gouden Eeuw is gaan heten. Ook toen nog bleef de pest geregeld het toneel op komen. Onvoorstelbaar, dat herstel- en verandervermogen in die tijd.

De paradox

De COVID-pandemie is bij ons primair een acute IC-crisis geworden. Daarna ontpopte zich een stillere en sluipende crisis in de reguliere zorg. En pas nu begint de volle omvang van een zelfopgelegde sociale en economische crisis voelbaar te worden. De paradox is, dat degenen die vanuit hun professie de zorgcrisis hebben meegemaakt, nu grote baanzekerheid hebben. Terwijl zij die slechts de abstractie van een pandemie ervaren, via media en maatregelen, nu massaal hun baan verliezen, failliet gaan en/of eenzaamheid ervaren. In de zestiende eeuw was die paradox er niet. Er was geen remedie tegen de pest en er was geen zorgstelsel: ziekzijn en sterven vonden plaats in huiselijke kring, in de berm of op straat. Op elke plek in de samenleving was de epidemie heftig en onloochenbaar zichtbaar. Geen familie of huis werd gespaard. Het moderne concentreren van zorg en ziekte in instituten,

‘Laten we **beginnen met minder vergaderen en meer gesprek**’

begint vervangen te worden door een ander besef. Namelijk, dat dit wel eens niet zomaar over kan gaan, dat dit tot blijvende verandering gaat leiden. Corona blijkt te muteren, groepsimmunititeit blijft uit, het vaccin werkt maar ten dele en dan vooral bij diegenen die toch al beter een beter afweersysteem hebben tegen corona. Mijn dagelijks werk bestaat voor een aanzienlijk deel uit sociaal schrale schermcontacten en gemaskerde ontmoetingen en dat zou zomaar eens kunnen blijven. De zorgverzekeraars en beleidsmakers zijn de mogelijk kostenbesparingen alvast aan het inboeken.

Persoonlijk contact

Ja, ik ben vergroeid geraakt aan het directe en persoonlijke contact, de non-verbale intensiteit en de grote voldoening die al die mensen en teams mij brengen. Is dit een vergelijkbaar anachronisme als het intense plezier dat mijn vader

de contacten die er zijn meer waarde geven in een organisatie, waarin we steeds meer opgehokt worden?

Nieuwe rituelen

Laten we beginnen met minder vergaderen en meer gesprek, dat is een leuke en stimulerende ruil. Vaker bellen of even langslopen, een een-op-een-gesprek in de lunchpauze, echt als doel stellen en plannen. Regie via het scherm plegen en dan teams opsplitsen in wisselende duo's, hoe leuk en *agile* kan dat zijn? En waar blijven die COVID-bankjes in de hallen en de gangen? Het resultaatgerichte overleg-ommetje buiten rond het ziekenhuis, vertrap dat taboe. Goed voor het hart en het brein! En *coffee breaks* kun je ook op een scherm als een informeel sociaal moment *framen*. Nadrukkelijker momenten van aandacht voor elkaar zoeken. Attent zijn kan je plannen, maak nieuwe rituelen, wordt geen 'zoombie'.

Ask yourself what you can do with corona!

als een apart compartiment, leidt tot een kloof van onbegrip tussen hen die het uit ervaring begrijpen en hen die het alleen sociaal en economisch merken. Krachtig aangejaagd in (niet door) de sociale media.

Blijvende verandering

Het gevoel van 'schouders eronder en samen die hoge brug overgaan naar weer normale en betere tijden'

beleeft als hij luistert naar een oude, licht krakende grammofoonplaat? Volgens mij niet, met uitzondering van een enkele eikenhouten knar, is het inherent aan het zorgverlener zijn.

Maar dat betekent, dat ik allereerst zelf de toegevoegde sociale waarde van mijn werk en mijn arbeidsgeluk moet bewaken, ook als COVID alles verandert. Hoe kan ik bijvoorbeeld

Omarm de maatregelen

Ik ga dus mezelf verbeteren, ik omarm die COVID-maatregelen, want ik wil gelukkig blijven (en gelukkig maken) met en in dit mooie werk. Niet vrijblijvend, dit is te belangrijk. De komende twee kwartalen wil ik meetbare vorderingen maken. Ik ga overal kunstjes afkijken van sociale talenten en mijn omgeving moet het merken. PDCA, *fuck it*, alles is geoorloofd. ■

Microgravitatie, gewichtloosheid en ruimteziekte

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

Zwaartekracht, de zwakste van de vier natuurkrachten, veroorzaakt heel wat hoofdbrekens in de ruimtevaart. Als je met volle tanks met zuurstof en waterstof eindelijk de aardse zwaartekracht hebt overwonnen en in een baan om de aarde terecht bent gekomen – of verder – komt het volgende probleem alweer om de hoek kijken: te weinig zwaartekracht. Of eigenlijk: gewichtloosheid. Ons lichaam is niet geëvolueerd om zwevend door het leven te gaan en gewichtloosheid zal effect hebben op het functioneren van onze cellen, weefsels en organen. En dat kan grote gevolgen hebben voor de gezondheid en het functioneren van astronauten.

Bij een langere duur in de ruimte ontstaat osteoporose, spieratrofie, veranderde oogdruk, visusklachten en hypercalciurie. Maar er is ook een gevaar voor de ruimtemissie op korte termijn, en wel in de eerste dagen na lancering: ruimteziekte.

Zwaartekracht, microgravitatie en gewichtloosheid

Microgravitatie is een term die in één adem wordt genoemd met gewichtloosheid, maar het zijn feitelijk twee verschillende natuurkundige begrippen. Als we het aardse zwaartekrachtsveld als referentie

nemen, zou microgravitatie letterlijk 1/1.000.000 van de aardse zwaartekracht betekenen. Volgens Newtons gravitatiewet moeten we zes miljoen kilometer van de aarde verwijderen om dit te bereiken. In het International Space Station (ISS) – op 400 km hoogte – heerst ongeveer 90% van de aardse zwaartekracht, dus zo micro is het daar niet. We vallen dus continu naar de aarde, maar omdat je met een snelheid van 28.000 km/uur om de aarde cirkelt en je je dus steeds voorwaarts verplaatst, blijf je op die 400 km hoogte zweven. Met andere woorden: je

blijft zweven bij 90% van de aardse zwaartekracht.

Zwaartekracht is alom aanwezig in het heelal. Ook een atoom heeft zwaartekracht, maar is onmeetbaar klein en heeft nauwelijks invloed op andere atomen en moleculen. Daar spelen de sterke en zwakke kernkracht en elektromagnetische kracht een grote rol. Zwaartekracht gaat pas een rol spelen bij voldoende massa. Hoe meer massa, hoe groter de zwaartekracht. Zwaartekracht en het feit dat twee hemellichamen met elkaar gravitationeel kunnen ‘communiceren’, vindt zijn oorsprong hoogstwaarschijnlijk in de kromming van de ruimtetijd (Einstein). Zwaartekracht heeft geen massa, plant zich met de lichtsnelheid voort (en is dus eindig!) en heeft tot in het oneindige effect – hoewel dit effect met het kwadraat van de afstand afneemt. Als we volledig loskomen van het aardse zwaartekrachtsveld en met een eenparige snelheid

verder reizen, waar op enig moment de zwaartekrachtsvelden van andere hemellichamen verwaarloosbaar klein zijn, zijn we daadwerkelijk zwaartekrachteloos. Maar de problemen ontstaan dus al zodra we in een baan om de aarde cirkelen, waar zwaartekracht nog ruim aanwezig is, maar elk gewicht tot nul gereduceerd is.

Ruimteziekte

Het kan enkele uren tot dagen duren voordat het lichaam zich heeft aangepast aan de nieuwe omstandigheid van gewichtloosheid, het zgn. *Space Adaptation Syndrome* (SAS). Een van de onderdelen van SAS is ruimteziekte (*Space Motion Sickness*, SMS). SMS is als reisziekte ('wagenziek' en zeeziek) op aarde, maar dan erger – en bovendien met potentiële negatieve gevolgen voor het verloop van een ruimtemissie. Naast de gangbare klachten, zoals misselijkheid, hoofdpijn, duizeligheid en overgeven, die vrijwel elk kind ervaart op de achterbank van de auto op weg naar een pretpark, ontstaat bij ruimteziekte ook desoriëntatie. Ruimteziekte treedt bij meer dan de helft van de astronauten op en kan zo ernstig zijn dat normaal functioneren niet meer mogelijk is. Tijdens de eerste ruimtereizen kwam ruimteziekte weinig voor. Dit had te maken met de beperkte bewegingsvrijheid, waarbij de astronaut gefixeerd bleef in zijn stoel. Bovendien was het vaak een korte heen-en-weer-reis, met één of enkele rondjes om de aarde. De kosmonaut Gherman Titov, die in 1961 met de Vostok II 17 rondjes om de aarde cirkelde en een volle dag gewichtloos was, heeft de twijfelachtige eer om als eerste ruimteziek te zijn geweest. Toen de missies langer werden en gepaard gingen met meer bewegingsvrijheid, bijvoorbeeld bij Spacelab, Skylab, de reis naar de maan, een verblijf in het ISS, of tijdens een EVA (*Extra Vehicular Activity*), kwam ruimteziekte steeds vaker voor. Tijdens de Apollomissies werden sommige astronauten zó ziek dat een tweede vlucht er niet meer in zat. Ze werden door NASA uit het programma gehaald, maar dat was niet eens altijd nodig. Hoewel

sommige astronauten hun klachten bagatelliseerden als 'een griepje', waren er ook astronauten die vrijwillig af zagen van een tweede missie. Het probleem was dus ernstig en meer regel dan uitzondering. Sinds enkele decennia hebben NASA en ESA aparte wetenschappelijke afdelingen die onderzoek doen naar het ontstaan en voorkomen van ruimteziekte. Dat is niet meer dan logisch. In de miljarden verslindende ruimtevaartindustrie moet elke minuut, elk uur en elke dag in de ruimte nuttig besteed worden aan navigatie, docking, registratie en het uitvoeren van allerlei experimenten. De tijd is beperkt en peperduur.

Oorzaken van ruimteziekte

Er lijken meerdere oorzaken te zijn voor het ontstaan van ruimteziekte. De twee belangrijkste zijn de theorie van het sensorische conflict en de theorie van de volumeverplaatsing tussen de vloeistofcompartimenten. Voor de hypothese dat de asymmetrie van het otolithisch systeem ook een rol speelt in het ontstaan van het syndroom, lijken steeds meer aanwijzingen te zijn. Voor twee andere theorieën, namelijk (i) de hypothese van de ruimte-oriënterende re-adaptatie en (ii) de hypothese van de otolithische kantel-versnelling re-interpretatie, bestaan vooralsnog geen wetenschappelijke bewijzen en deze zullen hier niet ter sprake komen.

Het sensorische conflict

Op aarde wordt door verschillende sensorische systemen aangegeven hoe we er letterlijk bij staan. Visuele, proprioceptieve en neurovestibulaire prikkels (vanuit het binnenoor) worden via neuronen doorgegeven aan het centraal zenuwstelsel en zorgen voor het evenwicht en comfort dat we voelen bij onze gang op het aardoppervlak. Als één of meer van de bovengenoemde zintuigsystemen tegenstrijdige informatie doorgeven, kan een gevoel van onwelbevinden het gevolg zijn. Het is ook verstandig om voor je uit te kijken als je op de achterbank van de auto zit of een bootreisje maakt. Ga je bijvoorbeeld een strip lezen, dan zullen je visuele signalen niet

overeenkomen met je vestibulaire signalen. Er ontstaat cerebrale verwarring en het kan zomaar zijn dat de auto aan de kant gezet moet worden – of dat je over de reling van het schip moet hangen – om je maaginhoud te ledigen. Waarom de 'maag zich omdraait' bij dit conflict is nog niet opgehelderd. Bij gewichtloosheid is het gecompliceerder en ligt de oorzaak van ruimteziekte vooral aan de 'ongewone' informatie die vanuit het neurovestibulaire systeem wordt doorgegeven aan onze hersenen. Dit neurovestibulaire systeem bestaat uit het vestibulum (otolithisch membraan) en de semicirculaire kanalen. De signalen die deze systemen tijdens een ruimtemissie doorgeven aan onze hersenen is namelijk informatie waaraan ons centraal zenuwstelsel in haar evolutie nog nooit is blootgesteld. In die zin is de informatie niet conflicterend, maar juist correct. Alleen hebben onze hersenen tijd nodig om deze volstrekt nieuwe en onverwachte informatie te verwerken. Het centraal zenuwstelsel is dus in 'conflict' met zichzelf. De otolieten (gehoorsteentjes die bestaan uit calciumcarbonaatkristallen) brengen lineaire bewegingsveranderingen via een geleï, waar de kristallen op 'drijven', over op haarcellen. De buiging van deze haarcellen, de kinocilia en stereocilia, generen een elektrisch signaal dat via de nervus vestibularis wordt doorgegeven aan onze hersenen. Bij gewichtloosheid zullen de otolieten op de geleï, én de geleï zelf, hun gewichtscomponent kwijt zijn, waardoor een andere microdynamiek van de geleï en steentjes ontstaat. Ook de drie semicirculaire kanalen, die onze positie in drie dimensies en de rotatiebewegingen registreren, zullen anders functioneren bij gewichtloosheid. De verplaatsing van de endolymfe in de kanalen heeft een bepaalde traagheid (inertie) bij een verandering van de stand of rotatie van het hoofd. Bij gewichtloosheid zal de endolymfe in de kanalen gaan 'zweven', waardoor de signaaloverdracht nog trager wordt. De zwevende geleï met de otolieten én de trager bewegende endolymfe, zorgen voor een signaaloverdracht

Ruimteziekte treedt op bij meer dan de helft van de astronauten

die bij gewichtloosheid wel klopt, maar waar een 'onwetend' centraal zenuwstelsel even geen raad mee weet. Dit conflict leidt tot verwarringde interpretaties in de hersenen, waardoor je binnen de kortste keren ruimteziek kan worden.

De volumeverplaatsing tussen vloeistofcompartimenten

Bij gewichtloosheid verdwijnt de gewichtscomponent die op het aardoppervlak resulteert in een toename van de hydrostatische druk van kruin naar voetzolen. Deze hydrostatische gradiënt is bij gewichtloosheid nagenoeg afwezig. In een baan om de aarde zal de druk zich geleidelijk verdelen over het gehele lichaam, waardoor weefsel- en vloeistofcompartimenten richting het hoofd in volume zullen toenemen door verplaatsing van elektrolyten en water. Dit is ook goed te zien: astronauten krijgen bij gewichtloosheid al na enkele uren een *puffy face*. Door een toegenomen intracranieële druk ontstaat bij veel astronauten hoofdpijn, die pas na enkele dagen afneemt. Ook de fysiologie en anatomie van het neurovestibulaire systeem zal bij gewichtloosheid veranderen. Het volume en de druk van de endolymfe in het gesloten systeem van de semi-circulaire kanalen neemt toe en de gelatinesubstantie waar de otolieten op drijven zet uit. Beide veranderingen resulteren in de ongewone prikkels waar ons brein maar moeilijk mee overweg kan.

De hypothese van de asymmetrie van het otolithisch systeem

Geen mens bestaat uit identieke sagittale helften. Zo blijkt het otolithische systeem aan beide kanten ook niet exact hetzelfde te zijn en bij de één wat meer dan bij de ander. Onder normale omstandigheden is dat geen probleem. Het centraal zenuwstelsel

is dat vanaf de geboorte gewend en corrigeert het links-rechts verschil zonder dat we daar erg in hebben. Met andere woorden: we functioneren alsof links en recht exact hetzelfde zijn. Bij gewervelde dieren (vooral vissen) is aangetoond dat een veranderde zwaartekracht vooral problemen geeft bij dieren met een verschil in massa van de otolieten tussen het linker en rechter binnenoor. En bovendien bleek dat de desoriëntatie toenam naarmate het verschil in otolietmassa groter was: deze vissen zwalkten doelloos door het water, alsof ze zeeziek waren. Experimenten, waarbij proefpersonen aan een verminderde zwaartekracht werden blootgesteld door plaats te nemen in een grote draaiende centrifuge, laten resultaten zien die de hypothese ondersteunen dat de asymmetrische links-rechts verdeling van de otolithische massa's één van de oorzaken is voor het ontstaan van ruimteziekte.

Voorkómen en behandeling

Of het zover komt dat astronauten geselecteerd kunnen worden op hun otolithische symmetrie moet nog blijken. En selecteren en trainen door bijvoorbeeld deel te nemen aan parabolische vluchten met een vliegtuig (de zgn. *vomit comet*), is zinloos gebleken. De tijd dat je gewichtloos bent tijdens dit soort vluchten is eenvoudigweg te kort om een ruimtemissie te simuleren. Tot die tijd wordt gezocht naar manieren om te voorkómen dat ruimteziekte optreedt. Bij de lancering krijgen astronauten een pleister met het antihistaminicum dimenhydrinaat. Dit voorkomt dat er in het afgesloten ruimtepak wordt overgegeven, een in potentie levensgevaarlijke situatie omdat de maaginhoud de zuurstoftoevoer kan verstoppert. Eenmaal in een baan om de aarde

is een van de belangrijkste praktische oplossingen om in de eerste uren na het bereiken van gewichtloosheid zoveel mogelijk bewegingen van het hoofd te vermijden. De voorkeur van NASA en ESA is om de astronauten zonder medicatie te laten adapteren aan gewichtloosheid, in de hoop dat dit niet te lang gaat duren. Dit heeft te maken met de bijwerkingen van de anti-emetica die gebruikt worden. Dit zijn vooral scopolamine en promethazine en het zijn de sedatieve eigenschappen van deze middelen die het grootste obstakel vormen voor structureel gebruik. Scopolamine intranasaal lijkt wel veelbelovend te zijn. Door de lage en toch werkzame concentratie, treedt sufheid veel minder vaak op dan bij de orale toediening.

Ruimteziekte op de Schaal van Garn

Mochten de puissant rijken overwegen om een commerciële ruimtevlucht te maken, dan moeten ze er rekening mee houden dat dit wel eens een ontluisterende ervaring kan worden. Om er een beetje een idee en gevoel bij te krijgen, zou een tocht op een rollend en stampend schip een goede test zijn. Zo kun je kijken waar je terechtkomt op de Schaal van Garn. Als republikeins senator, die verantwoordelijk was voor de portefeuille NASA, vond Edwin Jacob ('Jake') Garn het wel een goed idee om in 1985 mee te gaan met de vierde *Discovery Space Shuttle* vlucht, gewoon "*to check things out*", en om zichzelf ervan te vergewissen dat overheidsgeld goed besteed werd. Als "*observer*" kon hij meteen ingezet worden als ruimteziekte-experiment. Dus twee vliegen in één klap. Het experiment was inderdaad succesvol. De zevendaagse missie was namelijk voor Jake een verschrikking, ronduit rampzalig en niet voor herhaling vatbaar. Niemand was tot dan toe ooit (ruimte)zieker geweest dan Garn, en ná hem ook niet meer. Zijn ruimteziekte werd gekescherend op 1,0 gezet, want erger kon het niet worden. Sindsdien heet NASA's trainingsfaciliteit *The Jake Garn Mission Simulator and Training Facility*. Eervol, maar iedereen is gewaarschuwd. ■

De COIG infectieziekten en immuniteit online

TEKST: COIG COMMISSIE IMMUNITEIT & INFECTIEZIEKTEN

De Coig commissie immuniteit & infectieziekten bestaat uit Mark de Boer, Bram Goorhuis, Leo Visser, Anna Simon, Janneke Stalenhoeft, Els van Nood, Frank van de Veerdonk en Hetty Jolink

Het landelijk onderwijs, georganiseerd door de Commissie Onderwijs Interne Geneeskunde (COIG) van de Nederlandse Internisten Vereniging, blijft zich uitbreiden en vernieuwen. Naast de COIG's *Klinische farmacologie, Water en zout* en *Genoom en genetica*, voegde de NIV in 2017 een geheel vernieuwde COIG *Infectieziekten en immuniteit* toe aan het curriculum. Alle aios interne geneeskunde volgen deze cursus in het vierde jaar van hun opleiding.

Het programma van de COIG *Infectieziekten en immuniteit* overstijgt het regionale onderwijs. Dit betekent dat we niet opnieuw uitgebreid het ziektebeeld (bijvoorbeeld pneumonie) behandelen, maar dat het onderwijs is gericht op een systematische benadering van de herkenning en behandeling van infectieziekten. Dat proberen we wel zó te doen dat de behandelde stof voor iedere toekomstig internist nuttig en toepasbaar is – ongeacht hun toekomstige subspecialisatie. Voorbeelden hiervan zijn de relaties tussen specifieke stoornissen in de immuniteit en het optreden van bepaalde infecties. Zo leert de aios welke immunosuppressieve behandelingen een verhoogd risico geven op specifieke infecties; en wanneer zij optreden. Maar ook andersom: er zijn bepaalde infecties die wijzen op aangeboren of verworven stoornissen in het afweersysteem. Verder komen vanzelfsprekend de epidemiologie van infectieziekten, antimicrobiële therapie en de systematische expositieanamnese uitgebreid aan bod. Dat laatste kan natuurlijk bij uitstek uitgelegd worden aan de hand van 'de patiënt met koorts uit de tropen'.

Blended learning

In de cursus zit veel casuïstiek. Immers, herkenbaarheid aan de hand van praktijkvoorbeelden maakt niet alleen dat de stof beter blijft hangen, maar wordt door de aios ook erg gewaardeerd. De leerstof

en casuïstiek wordt aangeboden in een *blended learning* format: de syllabus bevat naast een beperkte hoeveelheid tekst en uitleg en verplichte literatuur vooral opdrachten die de aios alleen en gezamenlijk moeten maken. Speciaal voor deze COIG werden door de commissie drie e-learning's ontwikkeld. Deze gaan over bacteriën en rationele antimicrobiële therapie, over de patiënt met koorts uit de tropen en over auto-inflammatoire aandoeningen. Omdat de groep uit vierdejaars aios bestaat, proberen we de cursus en de afsluitende dag voldoende uitdagend te maken, waarbij een gedegen voorbereiding door de aios verwacht wordt. De lat ligt in de cursus zeker niet te laag, maar het is ook niet de bedoeling om het te super-specialistisch te laten zijn. Deze visie lijkt geslaagd, want in de afgelopen jaren – en ook dit jaar – kreeg de cursus goede beoordelingen.

Faculty

We hebben als commissieleden – allround internisten met één of meer aandachtsgebieden – iets bijzonders met onderwijs. Enthousiasme en ervaring zijn de drijvers waarop we gezamenlijk de cursus voorbereiden en inhoud geven. De docenten zijn afkomstig uit verschillende ziekenhuizen, waardoor meerdere kanten van de inhoud belicht worden, bijvoorbeeld het gevoerde antibioticabeleid dat per ziekenhuis of regio

verschillend kan zijn. De wetenschap dat er soms meerdere wegen naar Rome leiden is voor de aios nuttig en geeft extra diepgang.

COIG goes online

De coronapandemie zorgde tijdens deze COIG voor een nieuwe uitdaging. In mei en juni dachten we nog dat het met enkele aanpassingen mogelijk zou moeten zijn de cursus doorgang te laten vinden. Helaas ging hier een streep doorheen. We moesten dus online gaan. De waardevolle fysieke sociale interacties en discussies én de *micro teachings* tijdens de koffiepauze vielen hierdoor weg. Alles werd dus anders en dit vroeg om creativiteit bij de organisatoren. Onmisbaar was het bedrijf MEDtalks, dat verantwoordelijk was voor de technische realisatie. Met kunst-en-vliegwerk en knip- en plakwerk is het gelukt om een goede online COIG in elkaar te zetten.

Uit de evaluatie bleek dat de aios de dag inhoudelijk zeer waardeerden. Complimenten waren er onder andere voor de cursusmaterialen, de overzichtelijke weergave op het scherm en voor het online onderwijs zelf. Een verbeterpunt was dat met een minder goede internetverbinding er bij sommige aios problemen waren met de ontvangst van beeld en/of geluid. Een goede internetverbinding thuis (of in het ziekenhuis) is uiteraard de belangrijkste voorwaarde om de cursus te volgen. Ook vonden sommigen een hele dag achter een scherm zitten niet ideaal. Op de vraag of de COIG's in de toekomst vaker online moesten plaatsvinden antwoordde een (krappe) meerderheid met 'nee'. De voornaamste reden hiervoor was het missen van de onderlinge sociale interactie en het meer aansprekende karakter van fysiek gegeven onderwijs.

Concluderend: de aios ervoeren de cursus als leuk en leerzaam, maar ze misten de fysieke interactie met andere aios en docenten. Dit is herkenbaar voor collega's, die de afgelopen maanden colleges, werkgroepen en een andere vormen van onderwijs online hebben gegeven. We hebben het prima gered, maar we hopen toch op een fysieke COIG in 2021. ■



De medicus in de literatuur

J.P. Heije

Weldoener voor volk en geneeskunst

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: P. BLOMMERS

‘Ik heb nauwelijks gedaan wat ik schuldig was te doen’

Zie de maan schijnt door de bomen, Daar zaten zeven kikkertjes en *De zilvervloot*. Een greep uit de vele kinderliedjes op teksten van J.P. Heije. Hij vond dat het gezond was om regelmatig de keel op te zetten en de longen tot het maximum met lucht te vullen, vooral voor kinderen. Naast zijn dichtwerk en zijn werk als arts bekleedde hij in zijn leven vele bestuurlijke functies en was hij de stuwende kracht achter meerdere maatschappelijke en geneeskundige initiatieven en veranderingen. Werkzaam als huisarts in Amsterdam maakte hij de cholera-epidemie mee. Dit wakkerde bij Heije een drang aan om zich louter nog in te zetten voor het verbeteren van de leefomstandigheden van de minderbedeelden.

Jan Pieter Heije werd in 1809 geboren in Amsterdam in een tijd dat Nederland onder de hegemonie van Napoleon viel. Zijn vader was barbiersknecht en de familie Heije moest elk dubbeltje omdraaien om rond te komen. Hoewel koning Lodewijk Napoleon het beste voor had met de Nederlanders, was armoede alom aanwezig. De belangrijkste oorzaak was dat Napoleon de overwonnen landen gebruikte als afzetmarkt voor Franse producten. De binnenlandse productie en export werden tot een minimum gereduceerd. Toen zijn vader, Caspar Heije, zich bezig ging houden met de handel in onroerend goed en in 1816 werd beëdigd als makelaar, werd de financiële situatie in huize Heije iets beter. Het werd pas rooskleurig toen een aanzienlijke erfenis hem ten deel viel. Deze erfenis maakte het voor Heije mogelijk om na zijn middelbare school medicijnen te gaan studeren. Zijn propedeuse voltooide hij in 1829 in Amsterdam, maar omdat de hoofdstad geen volwaardige geneeskundige opleiding had, vervolgde hij zijn studie in Leiden. Deze werd echter vlak voor het einde afgebroken doordat Heije zichzelf uit vaderlandsliefde onder de wapenen riep.

Student-soldaat van Oranje

1830 en 1831 waren turbulente jaren in het Koninkrijk. Napoleon was 15 jaar eerder verslagen en aan de tekentafel van het Congres van Wenen werd in 1815 het Verenigd Koninkrijk der Nederlanden gesticht, met koning Willem I als eerste Nederlandse monarch. Van meet af aan heeft het niet geboterd tussen het rijke protestantse noorden en het armere katholieke zuiden. Het zuidelijke deel – dat zich economisch achtergesteld voelde – kwam in 1830 in opstand en scheidde zich af van de noordelijke Nederlanden. België was een feit, maar Willem I riep – hardleers en tegen beter weten in – op om de ‘Belgische Opstand’ neer te slaan. Het oranje patriottisme zat er na de napoleontische tijd diep in en ook studenten uit verschillende steden gaven gehoor aan Willems oproep. Heije staakte abrupt zijn studie en in zijn strijdlid *Wapenkreet*, dat doorspekt is van oranjeverering en fanatisme, spoorde hij medestudenten aan om een bijdrage te leveren aan de ‘verplettering’ van de Belgen. Het ‘ongedierte’, ‘vuig geslacht’ en ‘wufte volk’ was ‘het verwaten

ras' dat 'Oranjes heilig regt verkracht', aldus Heije in zijn lied. Voor de op handen zijnde strafexpeditie tegen de Belgen werd in Leiden de *Kompagnie Vrywillige Jagers der Leydsche Hoogeschool* opgericht, kortweg de Leidse Jagerscompagnie. Na een militaire voorbereiding volgde de Tiendaagse Veldtocht van 1831. Heije en zijn 'broeders' hebben het verschil niet kunnen maken, maar met een man minder volgde er wel een triomftocht door Leiden en de gesneuvelde student-soldaat Beeckman werd met een penning geëerd in de Pieterskerk.

Promotie

Heije pakte na zijn terugkomst al snel de draad van zijn studie weer op. Op 28 juni 1832 promoveerde hij op het proefschrift *Specimen Psychologico-Medicum Inaugurale, De Morbis Qui Mentales Dicuntur*. Hij koos daarvoor dus een psychiatrisch onderwerp. In zijn dissertatie stelde hij dat de geest onstoffelijk is en voor de vorming en de werking volledig afhankelijk is van wat er via de zintuigen naar binnenkomt. Een zieke geest wordt dus veroorzaakt door verkeerde prikkels van buitenaf – of een verkeerde verwerking van die prikkels – en is geen intrinsieke ziekte die in de hersenen in aanleg aanwezig is. Deze speculatieve conclusie was in lijn met de destijds romantisch natuurfilosofische stroming die teruggrijpt op de kennistheorie van Aristoteles en later verder is ontwikkeld door John Locke (tabula rasa). Het was geen proefschrift in de moderne zin van het woord. Het boekwerkje in het latijn behelsde zo'n 55 pagina's, waarbij het aantal woorden per pagina beperkt is. De conclusies en stellingen hadden geen wetenschappelijke basis, maar dat was in deze tijd ook niet nodig. De vrije loop van de fantasie en het ventileren van ideeën was voldoende om je te verdedigen en de doctorstitel te verkrijgen. Na het *hora est* in Leiden keerde Heije in 1832 terug naar zijn geboortestad om aan het werk te gaan als arts. Het bleek een allesbepalend jaar te worden voor Heije.

De blauwe dood en de ommekeer

In 1832 kwam via Scheveningen voor het eerst de blauwe dood aan wal: cholera. De *Vibrio cholerae* verspreidde zich razendsnel over Nederland en de uitbraak bereikte al snel Amsterdam. Uiteindelijk zouden er meer dan 10.000 Amsterdammers overlijden aan de ziekte. In datzelfde jaar vestigde Heije zich als huisarts en meldde hij zich na het uitbreken van de epidemie aan als wijkarts. Als huisarts was hij al geconfronteerd met de beroerde woonomstandigheden bij de onderlagen van de bevolking, maar als wijkarts werd de structurele ellende pas echt zichtbaar. Van hygiëne was nauwelijks sprake. Toegang tot medische zorg was er wel, maar slechts mondjesmaat en van middeleeuwse kwaliteit. De epidemie sloeg hard toe onder deze bevolkingsgroep. Voor Heije was het duidelijk: de onnodige decimering van de minderbedeelden was het resultaat van de ongelijkheid tussen arm en rijk. Niet in guldens, maar in leefomstandigheden, hygiëne en medische zorg. In het beschaafde Nederland was dit voor Heije niet te accepteren en hij riep op tot verandering. En het bleef niet bij roepen.

Hervormingen in de studie geneeskunde

Na zijn promotie en zijn werk als huis- en wijkarts constateerde Heije nog een ander groot probleem, dat wellicht ook ten grondslag lag aan de ondermaatse medische zorg: de gebrekkige studie geneeskunde. Het geneeskundig onderwijs bestond namelijk uit een allegaartje aan curricula waarin wetenschap niet of nauwelijks werd beoefend. Het kwam er kortweg op neer dat iedereen maar wat deed. Een beschermd beroep als arts bestond niet en iedereen kon zich noemen wat hij of zij wilde: heelmeester, doctor, vroedvrouw, chirurgijn, plattelands- of staddokter, enzovoort. Ook de organisatie van de 'medische stand' hing houtje-touwtje van clubjes en gildes aan elkaar. Geneeskunde kon je aan meerdere instituten in verschillende steden en dorpen studeren – soms enkel gedeeltelijk – en elk instituut had een eigen onderwijsprogramma. Heije heeft decennialang gepleit voor uniformering van de geneeskundige studie. Hij was hierin rechtlijnig en stootte velen voor het hoofd met zijn revolutionaire ideeën. Het vermogen om diplomatiek te laveren binnen politieke en maatschappelijke speelvelden was niet zijn sterkste kant. Zijn starheid heeft veel opgeleverd, maar had ook de bijwerking dat hij veel mensen tegen de haren instreek. Hij pleitte onder andere voor het opdoeken van alle geneeskundige instituten en de oprichting van één grote opleiding geneeskunde, in Amsterdam welteverstaan. Zover is het nooit gekomen,



maar de beweging – die overigens al wel eerder was ingezet, maar door Heije op scherp was gezet – heeft in 1865, onder Thorbecke, uiteindelijk wel geleid tot een nieuwe geneeskundige staatsregeling die in wetten werd vastgelegd. Thorbecke heeft de drammerige Heije overigens buiten deze besluitvorming gehouden.

De KNMG en het NTvG

Heije was geen wetenschapper, maar hij vond wel dat goede gezondheidszorg niet mogelijk was zonder een wetenschappelijke basis. Het was een tijd waarin bijvoorbeeld magnetisme als behandelmethode tegen allerlei kwalen in heel Europa hoogtij vierde. Zonder wetenschap zou het aanzien van de geneeskunde en de invloed die dokters in de maatschappij zouden kunnen uitoefenen bij het toenmalige nulpunt blijven steken. Ook moest er een orgaan komen die bij monde van haar leden sprak. In 1849 leidde dit tot de oprichting van de Nederlandsche Maatschappij tot bevordering van de Geneeskunst, de voorloper van de KNMG, waarvan Heije tot 1861 hoofd-bestuurder was. Bij een vereniging hoorde ook een tijdschrift, was de stellige overtuiging van Heije. Tot dan toe waren er enkele geneeskundige tijdschriften uitgegeven, die vaak een kort leven beschoren waren. In 1856 werd besloten om alle nog bestaande tijdschriften te laten opgaan in één tijdschrift: het *Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*. De eerste editie van het NTvG kwam in januari 1857 uit en er moest voor het eerst abonnementsgeld betaald worden om deze op de mat te krijgen. Deze commercialisering van een geneeskundig tijdschrift was nieuw en heeft ertoe geleid dat het NTvG is blijven voortbestaan.

Amsterdam, de breuk en nieuwe doelen

In 1853 werd Heije gemeenteraadslid in Amsterdam. Na een termijn van vier jaar kreeg hij in 1857 te weinig stemmen voor een tweede termijn als gemeenteraadslid. Eigenlijk kun je beter zeggen dat hij weggestemd was. Hoewel hij onder de Amsterdamse bevolking op grote populariteit kon rekenen, werd zijn onorthodoxe manier van communiceren en handelen om veranderingen teweeg te brengen door veel collega's niet erg gewaardeerd. De afwijzing was een klap die hij niet meer te boven kwam. Verbitterd gooide hij de handdoek in de ring en stopte ook met zijn huisartsenpraktijk. Het was een rigoureuze breuk die in lijn was met zijn karakter. Financiële overwegingen speelden overigens geen rol in dit besluit. In 1850 was hij namelijk getrouwd met de 25 jaar jongere Maria Margaretha van Voorst, een dochter van een rijke predikant. Heije zat er dus warmpjes bij en kon vanuit deze riantie positie werken aan zijn andere liefhebberijen: dichten en muziek. Maar er bleek nog meer in het vat te zitten: Heije werd projectontwikkelaar en nog veel meer.

Abbenes

In de eerste helft van de negentiende eeuw was Abbenes een Noord-Hollands eilandje dat zo langzaam werd opgeslokt door het omliggende veenmeer, waardoor het

al sinds mensenheugenis onbewoonbaar was. In 1848 begon men met het droogleggen van het meer, wat werd voltooid in 1852: de huidige Haarlemmermeerpolder. De bouwgrond die daardoor ontstond kon in percelen gekocht worden. Heijes schoonvader was er als de kippen bij en kocht enkele grote percelen rondom het voormalige eilandje, inclusief Abbenes zelf. Voor projectontwikkeling bleek het geen slechte keus: het uiteindelijke rendement was vijf keer hoger dan was voorspeld. De rijke predikant Van Voorst werd schatrijk. Vanaf 1860 nam Heije de exploitatie van het gebied op zich. Twee keer per maand reisde hij per koets tussen Amsterdam en Abbenes op en neer. Hij stichtte er boerderijen en een kleuter-naai- en breischool en hij schonk een stuk grond voor de bouw van een hervormde kerk. Ondertussen hield 'veehouder Heije' zich ook bezig met de bestrijding van de veepest. Voor de kinderen ('de toekomst') in Abbenes richtte hij de Schoolspaarbank op.

De oprichter

Heije bekleedde nog vele andere functies. Het zijn er bijna te veel om op te noemen. Zo was hij met Nicolaas Beets en E.J. Potgieter medeoprichter van de literaire tijdschriften *Muzen* en *De Gids*. In 1843 begon hij de eerste uitzendorganisatie voor thuiszorg en wijkverpleging: de Vereeniging voor ziekenverpleging. Het pand waar de vereniging was gehuisvest werd na enkele jaren het modern ingerichte Prinsengrachtziekenhuis, het latere OLVG. Tevens nam Heije lange tijd zitting in het hoofdbestuur van de Maatschappij tot Nut van 't Algemeen en de Maatschappij tot bevordering van de Toonkunst. In 1868 richtte hij de Vereniging voor Nederlandse Muziekgeschiedenis (sinds 1962 koninklijk, KNVM) op. Sinds 1996 wordt jaarlijks de *Jan-Pieter Heije Prijs* uitgereikt voor de beste scriptie op het gebied van Nederlandse muziekgeschiedenis.

De dichter en de dood

Voor Heije was zingen 'verfijnd edel spreken'. Al sinds zijn studententijd schreef hij gedichten en liedteksten. Het waren na 1840 vrijwel allemaal kinderliederen en volkszangen die de glorie en geschiedenis van het vaderland bejubelen. Heije componeerde zelf ook, maar dat ging hem minder goed af. Dat liet hij over aan vriend en collega-arts J.J. Viotta – die veel van zijn liedjes op muziek zette – en andere componisten.

J.P. Heije overleed op 24 februari 1876 in Amsterdam. Zijn laatste reis met de koets naar Abbenes was enkele dagen later, waar hij werd begraven op een perceel dat hij 1869 voor dit doeleinde had aangewezen. Hij wilde tenslotte 'rusten te midden mijns volks'. Zijn vroegere collega-bestuurders uit Amsterdam en zijn medische vakbroeders waren bij de uitvaart in geen velden of wegen te bekennen. De inwoners van Abbenes en zijn muziekvrienden waren er wel. En een groep kinderen, die hun keel opzetten en enkele kinderliedjes van Heije ten gehore brachten. Inmiddels, bijna 150 jaar na zijn bedrijvig leven is Heije in de vergetelheid geraakt. Zelfs op 5 december wordt hij niet herinnerd. Maar wel gezongen. ■

Jan Wouter ten Cate

2 mei 1939 – 21 augustus 2020

Onlangs overleed emeritus hoogleraar Jan Wouter ten Cate, op 81-jarige leeftijd, thuis in Duivendrecht.

Ten Cate was de grondlegger van de afdeling Vasculaire Geneeskunde van het Wilhelmina Gasthuis, later Academisch Medisch Centrum, thans Amsterdam UMC. Hij behaalde zijn artsdiploma aan de Universiteit van Amsterdam en promoveerde in 1971 op het proefschrift getiteld *Bloedplaatjesfunctie in relatie tot hemostase*. Zijn interesse voor de bloedstolling ontstond naar aanleiding van een persoonlijke gebeurtenis: zijn vader kreeg een hersenbloeding als gevolg van een tromboepne. Na het voltooien van de internistenopleiding stortte hij zich op wetenschappelijk onderzoek op het gebied van de hemostase, en richtte hij de afdeling Hemostase en Trombose op, die gestaag werd uitgebreid met de vakgebieden Atherosclerose en Ontstekingsonderzoek.

Jan Wouter ten Cate was een ware visionair: hij had een scherp oog voor kansen. Hij stuurde zijn talenten voor een periode naar het buitenland, om bij verscheidene experts ervaring en inspiratie op te doen. Dit resulteerde in een groep trouwe, soms enigszins wilde jonge onderzoekers met innovatieve wetenschappelijke ideeën en een berg energie. Op deze manier verzamelde hij mensen om zich heen van wie hij maar één ding hoopte en wat hij vurig stimuleerde: dat zij zouden groeien om boven hem uit te stijgen. Voorbeelden van succesvolle internistische promovendi uit zijn stal: Harry Büller, Tom van der Poll, John Kastelein, Sander van Deventer, Marcel Levi, Bart Biemond, Menno Huisman... Mogelijk nog belangrijker was zijn vermogen om dat zo belangrijke teamgevoel te creëren: hoogleraar, promovendus, analist, trial nurse, amanuensis, iedereen droeg bij en was essentieel en gezien.

Als internist bracht Jan Wouter in de praktijk wat we nu patiëntenemancipatie en participatie en *shared decision making* noemen. Hij zette de thuisbehandeling met stollingsfactoren op, en zorgde daarmee voor een enorme verbetering in de kwaliteit van leven van hemofiliepatiënten en hun gezinnen.

Jan Wouter was een onvoorstelbaar geweldige en onconventionele man, internist en wetenschapper, die ik persoonlijk pas leerde kennen toen ik halverwege de jaren '90 mijn eerste schreden op het onderzoekspad zette en hij met een knallend feest op het eiland Pampus afscheid nam als hoofd van de afdeling. Gelukkig had ik daarvoor bij mijn eerste buitenlandse congres van de International Society of Thrombosis and Haemostasis, in Jerusalem, nog deel mogen uitmaken van een klassieke Amsterdamse avond, gepaard gaande met veel vrolijkheid, wijn en spijs (in willekeurige volgorde). Op het afscheidsfeest van wijlen Professor Vreeken nodigde hij mijn verloofde direct na hun kennismaking uit om onderzoek in zijn groep te komen doen, en het schijnt dat dergelijke korte "sollicitatiegesprekken" eerder



regel dan uitzondering waren en tot grootse carrières konden leiden (mijn echtgenoot verkoos een ander pad).

Ook na zijn afscheid, en ondanks het CVA dat hij doormaakte, bleef hij betrokken bij en geïnteresseerd in het vak en in de mensen van zijn oude afdeling. Hij bezocht altijd trouw het AMSTOL symposium, dat hij eind jaren '70 opzette en waar nog altijd elke 2 jaar de Jan Wouter ten Cate prijs wordt uitgereikt aan een jonge onderzoeker voor een buitenlandverblijf. Zijn zo kenmerkende enthousiasme voor jong talent, patiëntenzorg, en wetenschap zijn altijd enorm gebleven.

Het is bijzonder dat ik zijn internist mocht zijn, hem kon behandelen volgens de nieuwste inzichten (waar hij dan dolgraag de *NEJM*-publicatie van wilde zien, en verguld was als deze uit zijn geliefde Hamilton kwam), en hem daardoor ook met regelmaat sprak.

In zijn laatste fase werd ik door zijn kinderen in de gelegenheid gesteld om afscheid te komen nemen. Op zijn bureau had zijn dochter een geprinte versie van ons laatste artikel over de hoge incidentie van veneuze trombo-embolie bij COVID-19 gevonden, met hierop onderstrepingen en notities in de kantlijn. Ik vond het best lastig aan zijn bed te zitten, terwijl hij al vaak in slaap leek te vallen. Maar we hebben ook gelachen, zoals zo makkelijk was met hem, en zijn woorden "Ik ben zo verdomd trots op je!" koester ik.

Ik weet zeker dat ik namens velen, genoemd en hier nu niet genoemd, spreek: de nalatenschap van Jan Wouter ten Cate is immens.

Saskia Middeldorp

Internist vasculaire geneeskunde

Amsterdam UMC, locatie AMC

Waarom het goed is om af en toe gewoon eens boos of somber te zijn

TEKST: CAROLINE CANTÉ

Het kan u niet ontgaan zijn: zonder zelfhulpboek op het nachtkastje (zelfs de internist ontkomt hier niet aan)¹ ben je pas echt een loser. Maar als we er allemaal zoveel last van hebben, zou er dan niet een zinvollere verklaring voor onze mentale pijn te vinden zijn? Licht het probleem wel echt bij ons of juist bij de maatschappij waarin we leven? In haar *Zelfverwoestingsboek* zet Marion Donner duidelijk uiteen dat zaken als verdriet, angst en af en toe een kater hebben nu eenmaal bij het leven horen.

Marion Donner is hierin niet de enige. Neem psychiater Randolph Nesse, die stelt dat mentale pijn geëvolueerd moet zijn, omdat het onze genen helpt om te overleven: zonder angst zouden we namelijk in zeven sloten tegelijk lopen. Het is nuttiger om een paar keer te veel in paniek te raken dan door een leeuw te worden opgegeten, omdat je niet snel genoeg de boom hebt bereikt. Nesse stelt voor om naar psychische klachten te kijken zoals een internist naar symptomen als hoesten of koorts kijkt: op zoek naar de oorzaak in plaats van de symptomen te zien als het probleem zelf.² Donner gaat nog een stap verder: niet alleen vraagt ze zich af of er wel echt iets mis is, maar ze stelt ook dat de zelfhulpindustrie zélf onderdeel is van het probleem. Mensch, durf toch te leven!³

Stink en drink

Het boek is opgedeeld in toepasselijke hoofdstukken genaamd stink, drink, bloed, brand en dans. Donner neemt ons mee langs de heersende idealen die een fit, schoon, mooi en gezond lichaam voorschrijven. Hierbij verwijst ze naar zeer uiteenlopende achtergronden van Albert Camus en Yuval Noah Harari tot Buffy the Vampire Slayer. Donner helpt de lezer om de zelfhulpindustrie tot de orde te roepen en roept op om de teugels wat te laten vieren. Maar voor de internist is de parallel met de spreekkamer dichtbij. We hebben allen talloze voorbeelden in ons achterhoofd waarbij een overdaad aan drank, drugs en roken (tegen het advies van de lifestylecoach in) niet tot een kort maar prachtig leven hebben geleid, integendeel. *Live fast and die young* is helaas toch niet zo romantisch in de praktijk.

Verfrissend

Dit samen met de vele verwijzingen naar films, songteksten en boeken, die gaandeweg toch wat schreeuwerig aan beginnen te doen, maken dat de lezer de spanningsboog in de loop van het boek wat verliest. Maar verfrissend zijn haar uiteenzettingen zeker wel en ze zetten de lezer duidelijk aan het denken. Dat maakt dat het boek uiteindelijk niet mag ontbreken op uw nachtkastje dit jaar. Al was het maar om aan uw omgeving te laten zien dat u boven alle fitgirls en -boys met duizenden volgers op Instagram staat. Het lichaam is volgens Nesse bovendien niet gemaakt voor maximale gezondheid of geluk, maar voor maximale overdracht van genen. Dus kunnen wij het maar beter allemaal met een korreltje zout nemen en voortaan lekker de avonden met onze partner en een goede fles wijn op de bank doorbrengen (voor zover u dat nog niet deed). ■

Waardering:  (4/5)

1. Krol C. Boekbespreking 'Word een gelukkiger dokter'. *Interne geneeskunde*. 2020;2:25.
2. Vermeulen M. 'Functioneel verdrietig', interview met Amerikaanse psychiater Randolph Nesse. *Volkskrant*, 8 augustus 2020.
3. Witte D. *Mensch, durf te leven*. 1917. Onder andere bewerkt en uitgevoerd door Ramses Shaffy in 1967.



Integratieve geneeskunde

TEKST: KEES KRAMERS

Met enige verbazing las ik in het laatste nummer van ons Magazine twee artikelen die een lans braken voor integratieve geneeskunde, waarin bepaalde vormen van complementaire geneeskunde een belangrijke plaats hebben. Deze vormen van alternatieve geneeskunde zijn namelijk *evidence based medicine*, zo las ik.

Tegenover de voorvechters van integratieve geneeskunde stond een stuk van Cees Renckens, die in zijn bekende eigen stijl, gehakt maakt van iedere vorm van integratieve geneeskunde en spreekt over artsen die zich 'schuldig maken' aan integratieve geneeskunde en die moeten worden 'geëxcommuniceerd' door hun wetenschappelijke verenigingen.

Ik zal het u bekennen: ik doe ook aan 'integratieve geneeskunde'. De patiënt is namelijk meer dan een zak water, elektrolyten en wat botten en als je wat wilt bereiken zal je ook met die andere aspecten rekening moeten houden. Volgens mijn definitie van integratieve geneeskunde betekent dat dat je rekening moet houden met context, dat je een coach moet zijn en de patiënt moet accepteren als medebehandelaar. Volgen Cees Renckens doen we dat in de reguliere geneeskunde al lang. Dat zal vaak zo zijn, maar ik vrees dat er op dit vlak nog wel wat te halen is. Het kost namelijk tijd om dit goed te doen en die tijd is er vaak niet. Dat kan leiden tot een technische benadering waardoor patiënt zich niet begrepen en te kort gedaan voelt. Daarmee laten we een belangrijk deel van het placebo-effect van onze behandelingen liggen. Alternatieve dokters springen succesvol in dit gat. En laten we niet minnetjes doen over het placebo-effect, zeker op veel voorkomende klachten als moeheid en buikpijn. Ik herken het dilemma van de oncologen in het Rijnstate. Door alternatieve geneeskunde te negeren of neer te sabelen verlies je in potentie contact met een belangrijk deel van de patiënten, waardoor ze achter je rug allerlei onverstandige dingen kunnen gaan doen, zoals het innemen van Sint Janskruid, waardoor je oncolytica niet meer werken.

Het propageren van bepaalde vormen van alternatieve geneeskunde lijkt me echter niet de oplossing. In

hetzelfde nummer van ons magazine stond een stuk van Yvo Smulders, waarin hij aangeeft hoe je evidence moet duiden en dat de voorafkansen op effectiviteit meegenomen moet worden: 'Iets wat eerst onwaarschijnlijk is, wordt door je referaat niet zomaar waarschijnlijk'. Je gelooft een methodologisch wat zwakker opgezet onderzoek eerder, als de hypothese erg plausibel is. Er mist een biologisch-anatomisch substraat voor de werkzaamheid van acupunctuur. Aanvaarding van de redenering van acupuncturisten betekent een volledige paradigma-shift. Daar is ijzersterke evidence voor nodig. Die is er zeker niet. Het

'Het feit dat 1 miljard chinezen er al 1000 jaar in geloven is **geen sterk argument**'

feit dat 1 miljard chinezen er al 1000 jaar in geloven is geen sterk argument. Er zijn honderden miljoenen christenen, en honderden miljoenen moslims. Ze kunnen niet allemaal gelijk hebben.

Ik was vooral verbaasd dat deze aanprijzing van alternatieve geneeskunde door ons internistenblad als mogelijke waarheid kritiekloos gebracht werd. Ik denk dat de natuurwetenschappelijke basis van ons vak essentieel is. Daarbij past een uitermate kritische houding ten opzichte van de alternatieve geneeskunde. De NIV is namelijk onze Wetenschappelijke Vereniging. ■

De p(lacebo)-waarde

TEKST: HANS ABLIJ

In de vorige editie van dit blad waren twee artikelen opgenomen die over alternatieve geneeswijzen gingen. Het eerste artikel ging over *integrative medicine* (IM) binnen de oncologie en het tweede over acupunctuur. Een reactie van één of meer lezers kon niet uitblijven. Het bleef echter bij één: van collega Kees Kramers. Hij heeft zich enigszins verbaasd dat wij als redactie de artikelen over de IM en acupunctuur hebben geplaatst. Dat een wetenschapper zich daarover verbaast, verbaast mij niks, en is heel begrijpelijk. Omdat ik denk dat er meer lezers zijn die worstelen met de vraag waarom, voelde ik de noodzaak tot enige uitleg.

Allereerst iets over dit blad in zijn algemeenheid. De redactie van *Interne Geneeskunde* bestaat uit vier internisten en een internist-in-opleiding, die via de JNIV zitting neemt in de redactieraad. We

geplaatst die geschiedkundig van belang zijn, of in ieder geval interessant zijn. Soms zitten er onderwerpen bij die gewoon leuk zijn om iets over te weten en die hooguit enig raakvlak hebben met de (interne)

‘Ik denk dat het soms helpt, **ook al werkt het niet**’

proberen in het blad zo veel mogelijk onderwerpen op te nemen die direct of indirect met de interne geneeskunde te maken hebben. Opleiding, wetenschap, maatschappij en medisch-inhoudelijke aspecten komen allemaal aan bod. Voor de afwisseling, maar ook om niet alles in de vergetelheid te laten verdwijnen, worden er ook artikelen

geneeskunde. En om ons te realiseren dat er ook nog andere dingen in het leven zijn dan alleen maar ons vak, komt er zo nu en dan wat langs waarvan de inhoud helemaal niets met de interne geneeskunde te maken heeft. Ons magazine heeft in ieder geval niet de intentie om stelling te nemen tegen wie of wat dan ook. Wij doen niet aan *fake news* en

publiceren geen complottheorieën. Dat we af en toe prikkelende artikelen plaatsen is mooi, maar dat is niet de insteek. Althans, meestal niet. De redactie geeft bovendien altijd de mogelijkheid om een reactie in te sturen. Tot nu toe zijn alle reacties geplaatst, zonder censuur.

Hoe zit het nu met alternatieve geneeswijzen? En waarom hebben we hierover twee artikelen opgenomen in de vorige editie? Het korte antwoord hierop is eenvoudig: er zijn collega-internisten en zorginstellingen die zich met deze materie bezighouden. Het is onze taak om dit kenbaar te maken en de betrokkenen de mogelijkheid te geven hun drijfveren te duiden. In dezelfde editie hebben we ook de andere kant laten horen. Als grootinquisiteur sabelt Cees Renckens alles neer wat met alternatieve geneeswijzen te maken heeft, inclusief de mensen die zich hier ‘schuldig’ aan maken. Renckens heeft alle recht om zijn standpunt uiteen te zetten en zijn mening te uiten, ook in ons blad. Voor nuancering over de wetenschap verwijs ik naar de column van Yvo Smulders en het stuk van coassistent Febe Smits.

Kramers wijst in zijn reactie op de verantwoordelijkheid van de NIV als wetenschappelijke vereniging en dat de NIV zich als zodanig een kritische houding behoort aan te meten tegenover behandelingen die niet

evidence based zijn. Daar ben ik het mee eens, maar daar is ons magazine niet voor. We zijn niet de kwartaalkrant van de NIV waarin enige controverses niet geoorloofd is. We hebben niet de intentie te polariseren en de cartoon zal ook niet tot ophef leiden. Hooguit ontstaat er een verhitte discussie naar aanleiding van een bepaald onderwerp, en dat lijkt mij geen probleem. Ik denk ook niet dat er na de vorige editie een beweging in gang is gezet die ertoe zal leiden dat er in 2021 een COIG Alternatieve Geneeswijzen het curriculum insluip.

Dat er collega's (huisartsen en specialisten) zijn die de alternatieve geneeswijzen in hun behandelarsenaal hebben, of die er mee te maken hebben en de patiënt hierin willen begeleiden, adviseren en soms beschermen, was voor ons een goede reden om aandacht aan dit onderwerp te besteden. Alternatieve geneeswijzen worden in ons blad dus niet kritiekloos

aangeprezen. De artikelen zijn op persoonlijke titel geschreven en het is geen propaganda van de NIV-partij. En over de waarde van alternatieve behandelingen denk ik dat het soms helpt, ook al werkt het niet. De geest heeft nu eenmaal een grote invloed op het lichamelijk functioneren, waarbij het placebo-effect van welke behandeling dan ook niet te onderschatten is – precies zoals Kramers schrijft in zijn reactie. En wat de reguliere behandelingen betreft kan gesteld worden dat de patiënt geen belang hecht aan een wetenschappelijke p-waarde. Hij voelt zich uniek (en is dat ook), waardoor de statistische kans op het slagen van een behandeling voor een patiënt altijd 50% is, en soms meer. De patiënt zal dus elke strohalm beetpakken om langer te leven, bij voorkeur met de hoogst haalbare kwaliteit. Dat zien we in de reguliere geneeskunde, maar ook in de integratieve, complementaire geneeskunde. Zoals Kramers terecht stelt is het probleem dat wij geen

antwoord hebben op veel van het lijden van patiënten. Of dat alléén maar door tijdgebrek komt betwijfel ik. Tijd is wel wat we onze patiënten – als reguliere behandelaar – kunnen bieden, los van het feit of het geestelijk lijden het gevolg is van een somatisch (behandelde) aandoening, zoals kanker, of door geestelijk lijden in brede zin. En dan nóg zullen er patiënten zijn die hun heil zoeken in alternatieve behandelingen. Het is in ieder geval belangrijk om binnen deze alternatieven het kaf van het koren te scheiden. Charlatans, schurkerige geldklopers en bedriegers die patiënten schade berokkenen, mogen en móeten met alle rechtmatige middelen bestreden worden. De collega's van de hierboven genoemde artikelen behoren beslist niet tot deze categorieën. Zolang er aan de voorwaarde *primum non nocere* wordt voldaan is 'excommunicatie' dus niet nodig, ook al ontbreekt het wetenschappelijke bewijs van de werkzaamheid van deze behandelingen. ■

Cartoon

Dr Punthoofd... Gooit het over een andere boeg



Yvo Smulders



Beter een schijndiagnose dan geen diagnose

Het is alweer een tijd geleden. Misschien hoop ik dat het verjaard is. De man liep al jaren van de ene specialist naar de andere. Nu was hij bij een aios beland die polistage deed, voor een zoveelste opinie. Huisartsen willen soms ook even adempauze en in zo'n academisch ziekenhuis is een patiënt al snel weer een paar weekjes zoet.

Een volstrekt maffe constellatie van klachten deed denken aan helemaal niets wat bekend, laat staan logisch was. Maar ja, dat gesprek was al eerder met hem gevoerd, dus helemaal soepel liep dat niet. 'Ik wil de professor zien', had betrokkene vastberaden gezegd. De perceptie dat je daar als patiënt beter af bent is hardnekkig, maar gemiddeld bepaald niet waar. Niettemin vind ik dat je op zo'n verzoek moet ingaan. Misverstand of niet, een behoefte is een behoefte. En zelfs als ik het ook niet weet (wat meestal het geval is), het aura kan soms toch iets goeds teweegbrengen.

Nu wilde het geval dat ik al van de casus gehoord had en ik me weinig illusies maakte over de kans op een realistische diagnose. Niettemin, ik trok mijn jas aan, zette mijn badge recht, en toog naar de poli. Na 10 minuutjes het verhaal zwijgend aan te horen – in mijn ervaring de enige strategie die soms wat oplevert – nam ik een besluit dat mijzelf ook wat verraste. 'Meneer, ik weet wat u heeft. Het is heel zeldzaam, bijna niemand kent het. Het heeft geen naam maar het zit zo en zo: ...', waarna een verhaal volgde dat heel geleerd klonk, maar kant noch wal raakte. 'Verder,' vervolgde ik, 'is het van belang te weten dat deze aandoening weliswaar veel klachten geeft en niet behandeld kan worden, maar uw lichaam geen schade berokkent.' Ik leunde geleerd achterover. 'Voilà, uw zoektocht is ten einde', was in essentie mijn boodschap.

Zijn gezicht klaarde op en zijn stem brak. Meer dankbaarheid was mij zelden ten deel gevallen. Natuurlijk was er de teleurstelling van een onbehandelbare kwaal, maar eindelijk was zijn mysterie opgelost. Ik maakte nog een afspraak voor enkele weken later, om er nog een keertje over te praten. Hij kwam met een cadeau dat bij acceptatie zomaar een volgende tuchtzaak zou hebben opgeleverd. Maanden later sprak ik zijn huisarts. 'Gaat prima met hem,' zei die, 'je hebt hem geweldig geholpen.'

Met deze valse getuigenis schond ik in één moeite zowel het negende gebod als de Eed van Hippocrates. Toch vraag ik me af: hoe fout is dit nou precies? Goede geneeskunde bestaat niet zonder verleiden, heb ik ook op deze pagina al eerder verkondigd. Kan misleiden daar ook toe behoren? Een naam of een verhaal kunnen wonderen doen en suggereren in ieder geval dat iets bestaát. *Een stukje erkenning*, om het in moderne taal uit te drukken. Misschien is het riskant, de leugen kan uitkomen. Maar dan blijft de vraag: hoe vaak moet dit goed gaan om de prijs van het een keer fout gaan waard te zijn?

Hoe dan ook, *I plead guilty...*

Verkorte productinformatie Saxenda®

Naam: Saxenda® 6 mg/ml oplossing voor injectie in een voorgevulde pen. **Samenstelling en farmaceutische vorm:** liraglutide 6 mg/ml, oplossing voor injectie. **Indicaties:** Saxenda® is geïndiceerd als aanvulling op een caloriearm dieet en verhoogde lichamelijke activiteit ten behoeve van gewichtsbeheersing bij volwassen patiënten met een aanvankelijke BMI (Body Mass Index) van: $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ (obees), of $\geq 27 \text{ kg/m}^2$ tot $< 30 \text{ kg/m}^2$ (overgewicht) die ten minste één gewichtsgelateerde comorbiditeit hebben, zoals dysglykemie (prediabetes of diabetes mellitus type 2), hypertensie, dyslipidemie of obstructieve slaapapneu. Behandeling met Saxenda® moet worden gestaakt als de patiënt na 12 weken gebruik van de dagdosering van 3,0 mg niet ten minste 5% van zijn aanvankelijke lichaamsgewicht is kwijtgeraakt. **Dosering en wijze van toediening:** De startdosering is 0,6 mg eenmaal daags. De dosis moet worden verhoogd naar 3,0 mg eenmaal daags in stappen van 0,6 mg met tussenpozen van ten minste één week om de gastro-intestinale verdraagbaarheid te verbeteren. Als verhoging naar de volgende dosistap gedurende twee opeenvolgende weken niet wordt verdragen, moet worden overwogen de behandeling te staken. Doseringen hoger dan 3,0 mg per dag worden niet aanbevolen. Saxenda® is uitsluitend bestemd voor subcutaan gebruik. Het mag niet intraveneus of intramusculair worden toegediend. **Contra-indicaties:** Overgevoeligheid voor de werkzame stof of voor een van de hulpstoffen. **Belangrijkste waarschuwingen:** Om het terugvinden van de herkomst van biologicals te verbeteren moeten de naam en het batchnummer van het toegevoegde product goed geregistreerd worden. Er is geen klinische ervaring bij patiënten met congestief hartfalen NYHA-klasse IV en liraglutide wordt daarom niet aanbevolen voor gebruik bij deze patiënten. De veiligheid en werkzaamheid van liraglutide voor gewichtsbeheersing zijn niet vastgesteld bij patiënten: van 75 jaar of ouder; behandeld met andere producten voor gewichtsbeheersing; met obesitas secundair aan endocrinologische stoornissen, aan eetstoornissen of aan de behandeling met geneesmiddelen die gewichtstoename kunnen veroorzaken; met ernstige nierniersufficiëntie; met ernstige leverinsufficiëntie. Gebruik bij deze patiënten wordt niet aanbevolen. Het gebruik van liraglutide voor gewichtsbeheersing is niet onderzocht bij patiënten met lichte of matig ernstige leverinsufficiëntie. Er is beperkte ervaring bij patiënten met IBD (Inflammatory Bowel Disease) en diabetes gastroparese. Het gebruik van liraglutide wordt niet aanbevolen bij deze patiënten. Acute pancreatitis is waargenomen bij het gebruik van GLP-1-receptoragonisten. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van acute pancreatitis. Als er een vermoeden van pancreatitis bestaat, moet het gebruik van liraglutide worden gestaakt. Als acute pancreatitis bevestigd is, moet niet opnieuw met liraglutide worden begonnen. In klinische studies voor gewichtsbeheersing zijn bij patiënten behandeld met liraglutide meer gevallen van cholelithiasis en cholecystitis waargenomen dan bij patiënten behandeld met placebo. Patiënten moeten geïnformeerd worden over de kenmerkende symptomen van cholelithiasis en cholecystitis. Liraglutide moet met de nodige voorzichtigheid worden gebruikt bij patiënten met een schildklierandoening. Een stijging in de hartfrequentie is waargenomen bij gebruik van liraglutide in klinische studies. Patiënten moeten worden geïnformeerd over de symptomen van een verhoogde hartfrequentie. Bij patiënten met een klinisch relevante blijvende stijging van de hartfrequentie in rust, moet de behandeling met liraglutide worden gestaakt. Klachten en symptomen van dehydratie werden gemeld bij patiënten die behandeld zijn met GLP-1-receptoragonisten. Patiënten die behandeld worden met liraglutide moeten worden geïnformeerd over het potentiële risico op dehydratie met betrekking tot gastro-intestinale bijwerkingen en moeten voorzorgsmaatregelen nemen om een vochttekort te voorkomen. Patiënten met diabetes mellitus type 2 die liraglutide krijgen in combinatie met insuline en/of een sulfonyleureumderivaat hebben mogelijk een verhoogd risico op hypoglykemie. Bij patiënten met diabetes mellitus mag Saxenda® niet worden gebruikt als een vervanger van insuline. Diabetesische ketoacidose is gemeld bij insuline-afhankelijke patiënten na snelle stopzetting of dosisverlaging van insuline. **Bijwerkingen:** Samenvatting van het veiligheidsprofiel: Saxenda® werd op veiligheid geëvalueerd in 5 dubbelblinde, placebogecontroleerde studies bij 5.813 patiënten met obesitas of overgewicht en ten minste één gewichtsgelateerde comorbiditeit. De meest frequent (zeer vaak) gemelde bijwerkingen tijdens klinisch onderzoek waren aandoeningen van het maag-darmstelsel, waaronder misselijkheid, braken, diarree en obstipatie. De meeste gastro-intestinale bijwerkingen waren mild tot matig ernstig en voorbijgaand van aard, en de meeste leidden niet tot staken van de behandeling. Zie de volledige productinformatie voor informatie over overige bijwerkingen. **Farmacotherapeutische categorie:** geneesmiddelen gebruikt bij diabetes, glucagonachtig peptide-1-agonisten (GLP-1-agonisten). **ATC-code:** A10BJ02. **Afleverstatus:** U.R. **Vergoeding:** Niet vergoed. **Datum:** september 2020.

Beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg worden verzocht alle vermoedelijke bijwerkingen te melden via www.lareb.nl of bij Novo Nordisk B.V. Zie voor volledige productinformatie <http://www.ema.europa.eu>. Novo Nordisk A/S, Novo Allé, DK-2880 Bagsvaerd, Denemarken.

Referentie: 1. SPC Saxenda®.

Novo Nordisk B.V.
Postbus 443
2400 AK Alphen aan den Rijn
T +31 (0)172 44 94 94
informatie@novonordisk.com
novonordisk.nl



1020-HCP NL205X00031 Novo Nordisk® en Saxenda® zijn geregistreerde handelsmerken van Novo Nordisk A/S.

Dé diabetes type 1 community

- Voor iedereen die te maken heeft met diabetes type 1.
- Feiten, tips, en nieuwe ontwikkelingen helder uitgelegd en in perspectief gezet.
- De online plek waar mensen vragen stellen aan experts, ervaringen uitwisselen en hun verhaal delen.



Vraag posters
en flyers aan
via info@diabetestype1.nl

Een initiatief van:

diabetestype1.nl

Diabetes
Fonds

*“Ik leef heel gezond. Weet niet
wat ik meer kan doen.”*

UW VOLWASSEN PATIËNTEN MET OBESITAS HEBBEN DE WIL. U HELPT ZE OP WEG.

Saxenda®. Een receptgeneesmiddel voor gewichts-
beheersing bij volwassenen met obesitas.¹

Wilt u meer weten?

www.saxenda-voor-arts.nl

Gebruik de login code: Sax7261

óf

scan de QR-code

