

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 1
JAARGANG 12
MAART 2021

Magazine voor de internist



Samara de Jong-Jaber

'Coronacrisis heeft NIV-visie versterkt'

Online nascholing tijdens Covid-19

Hoe maak je een succes van jouw online les

De klinisch technoloog

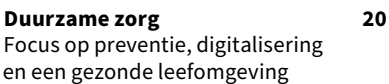
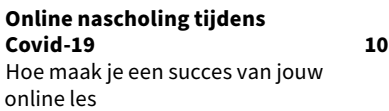
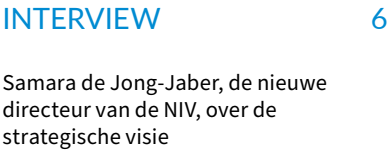
Jaap Harlaar over geneeskunde en technologie

Culturele diversiteit

De huidige situatie binnen de studie geneeskunde en de opleiding tot internist

Duurzame zorg

Focus op preventie, digitalisering en een gezonde leefomgeving



Culturele diversiteit binnen de medische opleiding

De JNIV- schrapcommissie - update

Factsheet NIV 21

Capaciteit
effectiever
benutten 22

Dr. C.J. Roosprijs
2021

RUBRIEKEN	
Cartoon	16
De medicus in de literatuur	24
Anton Tsjechov	
Knuppel in het internistenhok	28
‘Terwijl we de haven verlaten, worden de steden en de landen kleiner’	
Boekbespreking	29
Je bent jong en je krijgt wat	
Column Yvo Smulders	30
Mijn suggestie: 1 denksysteem	





Kracht in diversiteit

Vandaag zijn de vaccinatiestudies gestart naar kwetsbare patiëntengroepen, zoals patiënten met oncologische aandoeningen, transplantaties of immunodeficiënties. Een ongelofelijke mijlpaal, waarin netwerken van verschillende internisten een belangrijke rol spelen. Maar helaas beginnen de besmettingen ondertussen weer op te lopen, en is in ziekenhuizen nog steeds een deel van de zorg afgeschaald. Dat maakt het snel kunnen vaccineren van onze kwetsbare patiënten des te belangrijker. Wat dat betreft zijn de resultaten uit landen die al verder zijn met vaccineren, zoals Israël en Engeland, erg hoopgevend. De pandemie heeft niet alleen grote gevolgen voor onze manier van leven, maar ook voor onze manier van werken. En hoewel ik het sociale en informele deel van de congressen enorm mis, heeft online nascholing ook belangrijke voordelen. Zo is het erg inspirerend om te zien dat onze E-learning, gericht om basisartsen en andere medisch specialisten te trainen om onder supervisie te kunnen werken op een Covid-afdeling, inmiddels meer dan 10.000 keer is geraadpleegd (p.21). Wel zijn de spelregels bij het geven van online onderwijs net iets anders dan bij gewoon onderwijs. In het artikel op pagina 10-11 worden daarom de drie belangrijkste succesfactoren van digitale didactiek besproken.

Om onze nieuwe directeur, Samara Jaber, te citeren over de pandemie: ‘*Lessons learned* zijn belangrijk, maar we moeten ons niet blindstaren op de korte termijn. Om ons echt voor te bereiden op de toekomst moeten we breder kijken.’ En daar wordt in dit magazine op verschillende vlakken bij stil gestaan. Een belangrijk onderwerp dat tijdens de pandemie veel aandacht heeft gekregen is het belang van preventie en een gezonde leefomgeving (p.18-20), mede doordat patiënten met morbide obesitas en chronische ziekten onevenredig hard geraakt werden door het virus. Net als dat het belang van voldoende beschikbare capaciteit de afgelopen periode keer op keer werd benadrukt. Dat geldt voor capaciteit in de ziekenhuizen, maar zeker ook voor je eigen beschikbare capaciteit. Ik vond het erg nuttig om de do’s en dont’s van effectief werken weer even op een rijtje te zien (p.22-23). En om als dokter effectief te kunnen zijn, is het belangrijk dat wij kunnen doen waar wij goed in zijn, waarbij de administratielast de komende jaren steeds verder verminderd wordt (p.17).

“Kracht in diversiteit” is het motto van de NIV. Niet alleen de diversiteit van ons vak is belangrijk voor de toekomst, maar diversiteit in de breedste zin van het woord. Diversiteit in mate van competenties en kwaliteiten, diversiteit in man-vrouwverdeling, en diversiteit in etniciteit en culturele achtergrond. We zullen al deze diversiteit de komende jaren veel meer als een kracht moeten inzetten. Maar hoe doen we dat en wat is daarvoor nodig? Het artikel op pagina 14-16 laat zien dat er nog wel een aantal stappen te zetten zijn. Het is daarbij goed om te weten dat ook de JNIV diversiteit heeft bestempeld als een van haar speerpunten voor de komende jaren.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
12e jaargang, nummer 1, maart 2021

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Marianne Hendriks, 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, 2021

Website NIV: www.internisten.nl



‘Coronacrisis heeft NIV-visie versterkt’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG

Sinds 1 december is Samara Jaber officieel directeur van de NIV, nadat zij vanaf juni al werkte als interim-directeur. Met de coronacrisis kreeg zij meteen een groot dossier op haar bord. ‘Het is een enorm bewogen jaar geweest, waarin Covid-19 de strategische visie van de NIV alleen maar heeft versterkt. Die visie is helemaal tot bloei gekomen en die staat als een huis.’

Jaber is al meer dan een decennium verbonden aan de NIV. Aan de Erasmus Universiteit Rotterdam behaalde zij haar *Bachelor of Science* in Gezondheidswetenschappen, Beleid & Management en vervolgens haar *Master of Science* in Health Economics. In 2010 kwam zij als Beleidsadviseur Kwaliteit in dienst bij de NIV, en in 2019 werd zij Teammanager Kwaliteit en Wetenschap. Daarmee werd zij verantwoordelijk voor alle dossiers op het gebied van kwaliteitsbeleid en het beleid rond wetenschap. ‘Zodoende ken ik de NIV, de bestuursleden en de internist al goed. Ik leer steeds meer over hoe het vak interne geneeskunde

is opgebouwd, hoe onze leden worden opgeleid en wat hun positie is in de ziekenhuizen.’

Waardering

Vlak na het uitbreken van de Covid-19-pandemie gaf de toen zittende directeur Bas Oude Elberink aan dat het voor hem tijd was voor een nieuwe uitdaging. ‘Op dat moment was ik al betrokken bij enkele bestuurlijke dossiers, zoals de Spoedzorg. Ook op het gebied van Covid-19 draaide ik dagelijks mee met het bestuur en alles wat op de vereniging en leden afkwam. Het bestuur vroeg mij of ik de eerste

maanden na het vertrek van Bas ad interim de directeursfunctie op me wilde nemen. Het was een vrij natuurlijke overgang en het voelde als een enorme waardering.’

Strategische visie

Jaber was vanuit haar beleidsfunctie al betrokken bij het opstellen van de Strategische Visie 2018-2022. Die visie gaat vooral over de positionering van de internist en het vakgebied interne geneeskunde. En precies dát was dit jaar heel actueel. ‘Covid-19 heeft onze visie meer kracht gegeven. De pandemie heeft laten zien wie de internist is en welke meerwaarde het vak interne geneeskunde heeft. Dat helpt ons om de visie verder uit te rollen.’

In de coronacrisis is volgens Jaber duidelijk geworden dat internisten niet alleen een belangrijke medisch-inhoudelijke inbreng hebben, maar

ook een waardevolle rol in de organisatie van zorg in ziekenhuizen. Door hun brede medische blik zijn internisten betrokken bij verschillende facetten van de zorg en hebben zij ook organisatorisch een duidelijke inbreng. 'Internisten maakten deel uit van vrijwel alle Covid-crisisteam. Zij hebben een rol in de hele zorgketen, van SEH tot IC's en verpleegafdelingen. De uitdaging is nu om deze lijn door te zetten. Dat is geen eenvoudig verhaal, want de internist beweegt zich niet op een afgebakend terrein. Internisten kunnen zowel in de breedte als in de diepte kennis uitdragen. Zij zijn zowel generalist als specialist, en hun rol is heel gevarieerd.'

Kruispunt

'In de hele keten waren onze internisten betrokken bij de Covid-19-zorg. De internist-intensivisten kregen te maken met enorme piekbelasting op de IC's. Daarnaast stroomden de verpleegafdelingen vol. Hier werd het grootste deel van de covid-19-patiënten in het ziekenhuis door internisten opgevangen. De internist heeft een groot aandeel in de doorstroom van patiënten. Maar ook binnen de spoedzorg is de inbreng van de internist groot. Deze rol wordt als gevolg van onder andere de dubbele vergrijzing, een toename in multimorbiditeit en polyfarmacie de komende jaren ook groter. Steeds meer patiënten presenteren zich op de SEH met atypische klachten, en juist deze patiënten dienen gezien te worden door een internist.'

Maar toch is het soms lastig om naar buiten toe uit te dragen wie de internist is en wat hij of zij doet. Want 'de internist' kent verschillende gezichten, van generalist tot



superspecialist. Daarom is het volgens Jaber van belang om gezamenlijk als beroepsgroep de kracht van de brede basiskennis te blijven inzetten. De acute geneeskunde en de

ouderengeneeskunde spelen daarbij de komende tijd een belangrijke rol. 'We kunnen van een individuele internist niet verwachten dat die tegelijk generalist én superspecialist is, maar met elkaar kunnen we dat denk ik wel. Vakgroepen in ziekenhuizen kunnen gezamenlijk uitdragen dat zij al die kennis in huis hebben.'

Geleerde lessen

De coronacrisis heeft dus de actualiteit van de NIV-visie onderstreept. Als de pandemie straks voorbij is, moet goed worden geëvalueerd wat op het gebied van de medische zorg

'Het is van belang om
**de kracht van de brede
basiskennis** te blijven
inzetten'

is geleerd en hoe dat structureel kan worden toegepast. Zo is in de crisis gebleken wat e-health kan betekenen. 'Het is belangrijk om daarop voort te borduren', vindt Jaber. 'We hebben ook gezien dat iedereen over drempels heen kan stappen als dat nodig is, en kan samenwerken aan een goede doorstroom in het ziekenhuis. Met elkaar blijken we ook goed te kunnen beoordelen welke zorg in het ziekenhuis moet plaatsvinden en welke juist beter in de eerste lijn gedaan kan worden. Ik hoop dat we deze lessen kunnen vasthouden en hier de komende jaren samen met andere specialismen naar kunnen gaan kijken. Dit ook in het kader van 'de juiste zorg op de juiste plek'. Ook het kunnen op- en afschalen van capaciteit was het afgelopen jaar cruciaal. Hoe gaan we daar in de toekomst mee om? Hoe kunnen we personeel, waaronder ook internisten, flexibeler inzetten?' Tegelijk benadrukt Jaber ook dat iedere crisissituatie anders is. Zelfs binnen de huidige coronacrisis verschillen problemen met de tijd: 'Zo werd in de eerste golf vooral nagedacht over het vergroten van het aantal IC-bedden, maar in de tweede golf lag er juist meer nadruk op de capaciteit op de verpleegafdelingen. *Lessons learned* zijn belangrijk, maar we moeten ons niet blindstaren op de korte termijn. Om ons echt voor

'In de crisis is gebleken wat e-health kan betekenen. Het is belangrijk om daarop voort te borduren'

te bereiden op de toekomst moeten we breder kijken."

Leden ondersteunen

Jaber had het afgelopen jaar vanzelfsprekend haar handen vol aan de coronacrisis. Maar los daarvan ziet zij een ontwikkeling van de vereniging en het bureau in het ondersteunen van de leden. Zij vindt dat daarin mooie stappen worden gezet. 'Ook de samenwerking tussen de NIV en de deelspecialistische verenigingen is de afgelopen tijd geïntensiveerd en geoptimaliseerd. Er ligt nu een mooie basis waarop we verder kunnen gaan bouwen. We willen ons als bureau verder professionaliseren in de ondersteuning. Dat kan bijvoorbeeld op het gebied van ledenbeheer, maar ook in *events* en op inhoudelijke dossiers en projecten. Waar wenselijk zullen we

nagaan hoe dit ook voor de deelspecialistische verenigingen is te faciliteren. Dat is voor mij als directeur een belangrijk aandachtspunt om te gaan vormgeven.'

Marathon

Het afgelopen jaar voelde voor Jaber zo nu en dan ook als het lopen van een marathon, zonder de mogelijkheid om even pauze te nemen. 'Het was erg mooi om te zien hoe iedereen zich enorm in heeft gezet en wat we allemaal hebben bereikt. Het waren echter ook lange en volle werkweken. Met thuis twee jonge kinderen, van 2 en 4 jaar, is het soms schipperen hoe je werk en privé organiseert. Maar dat zal voor velen herkenbaar zijn.'

Netwerk van vakgroepen

In haar werk kan Jaber nu niet zo makkelijk op pad om leden in de ziekenhuizen te bezoeken. Maar zij heeft, mede vanwege de Covid-werkzaamheden, wel veel contact met bestuurders en commissieleden. 'Als het weer kan, ben ik zeker van plan om bij vakgroepen in het land langs te gaan om te ervaren wat er op de werkvloer leeft. We zijn vanuit de NIV ook een landelijk netwerk aan het opzetten met vertegenwoordigers van vakgroepen uit ziekenhuizen. Inmiddels is de eerste netwerkbijeenkomst geweest en deze was enorm waardevol. Op die manier willen we als bestuur ook op de hoogte blijven van de behoeften en wensen in de praktijk. Het is een mooie manier om laagdrempelig elkaar te informeren, kennis en ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren.' ■

ROL UITDRAGEN

De NIV wil de rol en meerwaarde van de internist in het ziekenhuis zichtbaarder maken bij collega-specialisten, ziekenhuisbesturen en beleidsmakers. Internisten spelen een belangrijke rol voor de toekomstige patiëntpopulatie. De vergrijzing van de bevolking brengt immers multimorbiditeit en toename van het aantal chronisch zieken met zich mee. 'De internist is verbindend in de zorgketen, zowel binnen het ziekenhuis als daarbuiten, naar bijvoorbeeld de eerste lijn', stelt Jaber. 'In het kader van de Covid-19-crisis hebben we ook richting het algemene publiek geprobeerd te laten zien wie de internist is. Verschillende internisten kwamen in kranten en talkshows aan bod. Ieder met inbreng vanuit zijn of haar expertise, maar wel onder de noemer 'internist'. Het is mooi om al die verschillende gezichten te zien.'

Een belangrijk dossier voor de NIV de komende maanden is de rol van de internist in de spoedzorg: 'Richting de Tweede Kamer hebben we inmiddels, samen met de expertleden uit de NIV-werkgroep Spoedzorg, regelmatig input geleverd voor het politieke debat rond de acute zorg. Dit zullen we blijven doen. Daarnaast werken we samen met andere verenigingen vanuit de Federatie van Medisch Specialisten (FMS) aan een breed medisch specialistische visie voor de inrichting van de toekomstige spoedzorg.'



Online nascholing tijdens Covid-19

TEKST: MIRIAM BOER, MANAGER AVL ACADEMIE, ANTONI VAN LEEUWENHOEK • BEELD: 123RF

Cursussen en congressen worden afgelast, klinische lessen en referaten uitgesteld. Het coronavirus heeft ook op het medisch onderwijs zo zijn weerslag. Het dwingt ons uit te wijken naar online varianten. Maar velen van ons zijn nog zoekende in de wereld van digitaal lesgeven. In dit artikel vertel ik je hoe je van jouw online les een succes maakt.

Wat bepaalt de kwaliteit van online onderwijs? In verschillende onderzoeken werd gekeken naar het succes van online lesgeven.¹ Hieruit valt op te maken dat de manier waarop online onderwijs wordt gegeven zeer divers is, en de verschillen tussen docenten groot zijn. Het is daarom lastig om hier één duidelijke succesformule uit te destilleren. Wel zie ik drie terugkerende factoren die een positieve invloed hebben op de kwaliteit.

Digitale vaardigheden

Een open deur, maar succesvol online onderwijs begint met goede techniek en digitale vaardigheden van jou als docent. De techniek is vaak al bepaald en daar heb je geen invloed op. Op je digitale vaardigheden wel. Digitaal competente docenten weten hoe hun

virtual classroom werkt. Dat gaat verder dan kennis over inloggen, delen van een presentatie, de chat of weten wanneer er een 'handje' opgestoken is. Het in één keer *muten* van alle studenten, in een handomdraai *breakout rooms* creëren en het kunnen 'bezoeken' van deze *breakout rooms* zijn een aantal vaardigheden die je minimaal onder de knie moet hebben.

Wil je echt een *digital savvy* docent zijn? Zorg dan dat je je weg weet in het landschap van online onderwijs-tools. Een digitaal brainstormboard of een digitale quiz zoals *Mentimeter* kan de kwaliteit van je les verder verhogen.

Digitale didactiek

Net zoals bij klassikaal lesgeven is ook bij online onderwijs het didactische ontwerp cruciaal. Om jouw

online les tot een succes te maken, is het aan te raden extra focus te leggen op drie specifieke onderdelen van de didactiek: duidelijke structuur, focus en mate van interactie.

Structuur

Het leerrendement vergroot je door bewuster gebruik te maken van structuur. Dat kan via het opdelen van informatie in kleinere stukjes: *chunking*. Bij iedere *chunk* kies je voor een andere werkvorm. Zo is er iedere 10 minuten een mentale break, waarmee je de aandacht vasthoudt. Bij *face to face*-onderwijs geldt dit ook, maar daarbij is het advies je les in *chunks* van 20 minuten te verdelen.

Focus

Bij online onderwijs is het nog belangrijker om focus aan te brengen in je les. Een succesvolle online les heeft maximaal drie leerdelen en duurt maximaal 45 minuten. Is jouw les langer? Zorg dan voor extra pauzes tussendoor. Zo voorkom je *zoomfatigue*, vermoeidheid

veroorzaakt door overbelasting van onze hersenen. Lesstof aanbieden met beelden in plaats van tekst maakt leren ook minder belastend én effectiever. Dit noemen we het *Picture Superiority Effect*. Door middel van beelden onthouden we informatie namelijk beter.

Mate van interactie

Het blijkt dat twee derde van de deelnemers aan een online bijeenkomst iets anders zit te doen. Interactieve werkvormen zijn daarom onmisbaar als je de studenten bij de les wilt houden. Een voorbeeld van een krachtige werkvorm is de quizvraag. Een quiz zorgt niet alleen voor interactie, je kunt ook meteen checken of de studenten de lesstof hebben begrepen én je maakt gebruik van de kracht van herhaling.

‘Een succesvolle online les heeft **maximaal drie leerdoelen** en duurt **maximaal 45 minuten**’

Digitale socialisatie

Onderwijsmomenten zijn belangrijke sociale ontmoetingsplaatsen; ze vormen studenten in hun persoonlijke en professionele ontwikkeling. Bij online onderwijs is er niet alleen een fysieke afstand, maar ook een psychologische. Online les volgen voelt eenzamer en onpersoonlijker dan met elkaar in een klaslokaal

zitten. Voor corona hoefden we niet na te denken over dit socialisatieproces, dat gebeurde vanzelf. Nu moet je socialisatie plannen. *Social presence* komt niet vanzelf. Geef studenten bijvoorbeeld de tijd om even kennis met elkaar te maken of een check-in te doen hoe hun dag is geweest. Of zet wat vaker een breakout room in. In kleine groepjes wordt de sociale interactie namelijk sneller bevorderd.

ONLINE WERKVORMEN

Inspiratie voor werkvormen die je in kunt zetten tijdens een online les: ^{2,3}

- **Stellingspel:** Geef een stelling en vraag studenten of zij het met de stelling eens of oneens zijn. Dit wordt aangegeven door mondkapje op (=eens) of af (=oneens), links of rechts in het scherm gaan zitten, in of helemaal uit beeld gaan, groen of rood voorwerp laten zien.
- **Quiz** met vijf antwoordopties: stel een vraag en laat vijf antwoordopties op jouw slide zien. Nummer de antwoorden. Vraag studenten het aantal vingers op te steken waarvan zij denken dat dit het juiste antwoordnummer is.
- **Popcorn:** Neem een popcornbakje en stop daar briefjes met de namen van de studenten in. Zo nu en dan popt er opeens een vraag op, je pakt een briefje uit het bakje, leest de naam voor die op het briefje staat en vraagt deze student om het antwoord te geven.
- **Kort interview:** Vraag een *mystery guest* (bijvoorbeeld een patiënt) en stel hem of haar vragen zoals een interviewer zou doen. De gast geeft een toelichting op de lesstof vanuit zijn/haar eigen perspectief. Laat studenten ook vragen stellen.
- **Luisteropdracht:** Vertel over een casus en vraag deelnemers tijdens het luisteren een mindmap te maken van de belangrijkste protocolstappen die zij horen.
- **Zoek de verschillen:** Toon een foto met allerlei materialen die nodig zijn voor een handeling. Laat studenten hier kort naar kijken. Toon vervolgens een bijna identieke foto, maar nu ontbreken er twee instrumenten. Vraag de groep welke instrumenten missen en bespreek daarna waarom deze instrumenten cruciaal zijn.
- **Vooruit leren denken:** Laat een filmfragment zien. Zet halverwege het fragment stil en laat deelnemers in groepjes uiteengaan. Vraag hen na te denken wat er zou moeten gebeuren. Verzamel daarna plenair alle antwoorden. Vervolg de film en geef pas na het filmfragment je toelichting op het juiste antwoord.
- **Buzzer:** Maak vragen en zet een buzzer in (bijvoorbeeld *gamenight buzzer*). De student die als eerst gedrukt heeft mag de vraag beantwoorden.
- **Tijdlijn:** Maak een digitale tijdlijn van gebeurtenissen (bijvoorbeeld in *Padlet*) en vraag de studenten om de handelingen te noteren en te slepen naar de gebeurtenis waarop dit van toepassing is.
- **Reconstructie:** Zet verschillende protocolstappen door elkaar (bijvoorbeeld in *wordwall.net*) en laat deelnemers zelf de stappen in de juiste volgorde zetten.

Tot slot

Als ik deze drie factoren van succesvol online lesgeven met artsen deel, is een veelgehoorde reactie: ‘Dit is nu precies waarom ik niet enthousiast word van online lesgeven’. Ik herken dat. Online lesgeven is vermoeiender dan voor een klas staan en er gaat in het begin veel energie en tijd zitten in het onder de knie krijgen van de techniek en de voorbereiding. Maar ik zie ook om mij heen dat na het nemen van de eerste hobbels online lesgeven écht leuk wordt en veel energie geeft. ■

Ben je geïnspireerd en wil je met nog meer (online) werkvormen aan de slag? Bekijk dan de werkvormen uit het Groot Werkvormenboek van de Zorg of neem een kijkje op De Leerpoli, een instagrampagina vol werkvormen speciaal voor opleiders en supervisors uit de zorg.^{2,3}

Referenties

1. Kauffman, H. A review of predictive factors of student success in and satisfaction with online learning. *Research in Learning Technology* 2015, 23: 26507.
2. Dirkse, S., Talen, A., Boer, M., Stouthard, J., Kester, M. Het Groot Werkvormenboek voor de Zorg. Amsterdam, Boom uitgeverij, 2020.
3. De Leerpoli (2020). Instagrampagina.



De klinisch technoloog

Geneeskunde en technologie:
een verstandshuwelijk?

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Steeds meer specialisten ervaren de meerwaarde van samenwerking met de klinisch technoloog. Ook voor de afdeling interne is deze nieuwe professional belangrijk. Dit stelt Jaap Harlaar, sinds 2017 opleidingsdirecteur van de bacheloropleiding Klinische Technologie en de driejarige master Technical Medicine van de TU Delft, het ErasmusMC en het LUMC.

Een nieuwe zorgprofessional die onder twee benamingen bekendstaat – technisch geneeskundige en klinisch technoloog – dat wekt verwarring. ‘Dat stoort mij ook’, zegt Jaap Harlaar. ‘Het BIG-geregistreerde beroep heet klinische technologie, maar de naam technische geneeskunde wordt ook nog steeds gebruikt. Dat komt omdat de opleiding in 2003 aan de Universiteit Twente startte onder de naam technische geneeskunde. Er is ook een beroepsvereniging onder die naam. Eén naam voeren zou veel beter zijn voor de profilering. De klinisch technoloog is BIG-geregistreerd als zorgprofessional, maar natuurlijk kun je na de opleiding ook aan de slag in de wetenschap of het bedrijfsleven.’

Een nieuw vak

Die BIG-registratie is pas sinds juli 2020 een feit. ‘Het is een nieuw vak tenslotte’, stelt Harlaar. ‘Maar inmiddels hebben de klinisch technologen die sinds 2010 uit de Twentse opleiding zijn gekomen zich gemanifesteerd in het klinische proces en hebben ze laten zien een bijdrage te leveren aan het efficiënt uitvoeren van de zorg. Een beetje de equivalent van de basisarts, echter niet in de volle breedte van de zorg, maar op een aantal onderdelen van geneeskunde en technologie. Ik zeg altijd: tachtig procent arts en tachtig procent technoloog. Dat lijkt onjuist, maar het laatste stukje van elk vak kost het meeste én het zijn bijzonder slimme mensen. We hebben jaarlijks zeshonderd aanmeldingen voor honderd beschikbare studieplekken, dus we kunnen de toppers selecteren. Meestal hebben die aan het einde van hun VWO een gecombineerd profiel met natuur en techniek én natuur en biologie.’

Snappen hoe het werkt

Zorgprofessionals worden in hun werk geconfronteerd met steeds meer technologie. ‘Wil je die veilig en optimaal gebruiken, dan heb je mensen nodig die snappen hoe het werkt en dus in staat zijn de mogelijkheden ervan maximaal te benutten’, zegt Harlaar. ‘Dus is de klinisch technoloog heel goed inzetbaar op de

OK, de IC en bij de radiodiagnostiek, maar ook voor andere specialismen. Denk aan cardiologie bijvoorbeeld. Hij maakt vanuit het technologische perspectief onderdeel uit van een team, om te komen tot optimale behandeluitkomsten. Dat wil zeggen: effectief, veilig en kosteneffectief. Daarnaast is er natuurlijk de ontwikkeling van nieuwe technologieën. Je ziet soms de meest prachtige technische oplossingen voor niet-bestaande problemen. Om te komen tot vraaggestuurde innovatie heb je mensen nodig die de vertaalslag kunnen

specialismen zoals interne geneeskunde daar ook van profiteren? ‘Zeker,’ zegt Harlaar, ‘ook uit die hoek is de belangstelling voor de klinisch technoloog er. Daar is die vooral ingegeven door diens rol in het gebruik van data als basis voor een zo goed mogelijke klinische beslissing. In samenwerking, zodat Artificial Intelligence en Machine Learning de klinische besluitvorming niet overnemen, maar als instrument vóór de internist gaan werken. Een andere rol voor de klinisch technoloog voor interne geneeskunde is die in de uit-

‘Bedoeld om het beeld een beetje op te schudden’, zegt hij nu. ‘De rol van de klinisch technoloog in dit verband hangt van de behandelcontext af, maar hij is bevoegd om de patiënt te informeren over het diagnostisch proces of de voorgenomen behandeling, zoals de arts of nurse practitioner dit ook doet. Daarnaast kan hij een aantal voorbehouden handelingen verrichten.’

Hoe het vak van de klinisch technoloog zich zal ontwikkelen, is nog ‘heel spannend’ volgens Harlaar. ‘We weten dat nog niet precies maar we zien wel dat het een steeds belangrijker vakgebied wordt in de zorg. In het begin was er scepsis onder medisch specialisten, maar die is nu snel aan het verdwijnen omdat de toegevoegde waarde van iemand met zo’n specifieke opleiding heel goed wordt gezien en op waarde wordt geschat. Op steeds meer gebieden ook, denk bijvoorbeeld aan het inrichten en begeleiden van 3D-printing van prothesen. De klinisch technoloog is in korte tijd al echt een onderdeel van het behandelteam geworden, veel meer bijvoorbeeld dan dat een klinisch fysicus dit is.’

Curricula

Voor Harlaar is het een uitgemaakte zaak dat technologie ook meer aandacht moet krijgen in de curricula van de diverse medische specialismen. ‘Dat zal helpen om de communicatie tussen hen en de klinisch technologen verder te verbeteren, en die communicatie vormt natuurlijk de basis voor samenwerking. Zo is het Erasmus Medisch Centrum in Rotterdam een nauw samenwerkingsverband aangegaan met de TU Delft, en heeft de ambitie uitgesproken een technisch-medisch centrum te worden. Daar hoort een curriculum-update van de geneeskundige opleiding bij. Innovatie is co-creatie zeg ik altijd. Ik zie het daarbij als een taak van de geneeskunde – ook de interne – open te staan voor technologie. Men moet het initiatief naar zich toe te trekken en het dus niet maar te laten gebeuren. De patiënt moet maximaal van die technologie kunnen profiteren.’ ■

‘Om te komen tot vraaggestuurde innovatie heb je mensen nodig die de **vertaalslag** kunnen maken **naar de klinische praktijk**’

maken naar de klinische praktijk en die dus met de ene voet in het ene en met de andere in het andere vakgebied staan. ‘Eindelijk een technisch iemand die mij begrijpt’, zeggen artsen vaak als zo’n klinisch technoloog in opleiding op stage is geweest. Zelf begrijpen ze natuurlijk wel dat iets werkt. Maar de klinisch technoloog ontwikkelt een nieuwe toepassing vanuit het ten diepste natuurwetenschappelijk begrijpen wat nodig is en waar de patiënt dus wat aan heeft.’ Dat maakt de weg vrij voor co-creatie. Maar kunnen de meer beschouwende

gekiende toepassing van *wearables* met *dedicated* sensoren. Een voorbeeld is de recente bloedglucosesensor die met een app kan worden uitgelezen. We verwachten daar veel innovatie, maar die moet wel klinisch worden gestuurd.’

Aan het bed

Het gaat nog verder, want de klinisch technoloog kan ook aan het bed van de patiënt staan. Harlaar presenteerde niet voor niets zijn inaugurale rede aan de TU Delft onder de titel *Komt een ingenieur aan je bed*.

JAAP HARLAAR

Harlaar studeerde af als elektrotechnisch ingenieur met biomedische specialisatie bij de Universiteit Twente. Hij promoveerde aan de Vrije Universiteit op het proefschrift *Technology for function assessment in clinical practice of rehabilitation medicine*. Sinds begin 2017 is hij opleidingsdirecteur van de opleidingen Klinische Technologie (bachelor) en Technical Medicine (driejarige master), die de TU Delft, het Erasmus MC en het LUMC gezamenlijk verzorgen. Harlaar is tevens hoogleraar aan de TU Delft. Zijn inaugurale rede hield hij in 2018 onder de titel *Komt een ingenieur aan je bed*.

Culturele diversiteit in de medische opleiding

Tekst: Mahdi Salih, nefroloog in opleiding en voorzitter diversiteitscommissie JNIV, Karen Stegers-Jager, onderwijskundige en universitair docent verbonden aan het Institute of Medical Education Research Rotterdam (iMERR), Erasmus MC, Adrienne Zandbergen, internist-vasculair geneeskundige en opleider Interne Geneeskunde Erasmus MC

Om diversiteit op de arbeidsmarkt te bevorderen is het van belang om studenten gelijke kansen te bieden om toegelaten te worden tot een studie. Dus ook de studie geneeskunde. Dat kan bijvoorbeeld gaan om studenten met een migratieachtergrond of studenten die uit een gezin komen met laagopgeleide ouders, waar studeren niet tot de standaard behoort. Na het succesvol afronden van de studie moeten ook deze studenten een opleidingsplek en een baan kunnen krijgen. In dit artikel schetsen wij de huidige situatie rond culturele diversiteit binnen de studie geneeskunde en de vervolgopleiding tot internist.

De diversiteit van het individu wordt gelukkig steeds meer omarmd in onze samenleving. Waar vroeger de verschillen werden weggepoetst onder het mom van 'iedereen is gelijk', ziet men steeds meer in dat verschillen er wel degelijk toe doen. Verschillen in afkomst bijvoorbeeld, in geslacht of door een lichamelijke beperking. Het maatschappelijk correcte 'ik zie geen kleur, geslacht of lichamelijke beperking', is weliswaar goed bedoeld, maar doet juist tekort aan het individu. In een samenleving waarin een meerderheid de norm bepaalt, is het juist belangrijk om ongelijkheid te erkennen (of positiever en beter: niet-ongelijkheid). Pas dan kunnen individu en de

maatschappij er op inspelen en het maximale uit ieders capaciteit halen. Binnen de geneeskunde is dit niet anders. Als artsen een meer diverse culturele achtergrond hebben, kunnen ze deze gebruiken om betere patiëntenzorg te leveren. Wil je bijvoorbeeld juiste voedingsadviezen kunnen geven, dan zul je iemands keuken moeten kennen.

Toelating geneeskundeopleiding

De vervanging van de centrale loting door volledige decentrale selectie roept de vraag op of studenten met een niet-Nederlandse achtergrond gelijke kansen hebben op toelating tot de studie geneeskunde. Onderzoek heeft aangetoond dat

een decentrale selectie niet hoeft te leiden tot kansenongelijkheid.¹ Zo bleek uit onderzoek naar de selectieprocedure voor de studie geneeskunde in Rotterdam, dat de kans op toelating op basis van de kwaliteit en kwantiteit van extra-curriculaire activiteiten niet werd beïnvloed door het wel of niet hebben van een migratieachtergrond en/of hoogopgeleide ouders.² Ook in het grote landelijke onderzoek van ResearchNed uit 2018, naar selectie en toegankelijkheid, werd geen bias gevonden op basis van geslacht, leeftijd, sociaal-economische status, eerste generatie hoger onderwijs, hulp van ouders of school en ouders met een opleiding in hetzelfde domein.³ Kandidaten met een (niet-westerse) migratieachtergrond hadden in dat onderzoek wel een iets lagere kans om toegelaten te worden. Dit is mogelijk te verklaren door de hoge(re) populariteit van de studie geneeskunde onder jongeren met een migratieachtergrond.⁴

Dit laatste raakt aan een andere zorg rondom selectie, die vaak wordt genoemd. En dat is die van zelfselectie, waarbij bepaalde groepen op voorhand besluiten dat ze geen kans maken bij de selectie. Een kleinschalige kwalitatieve studie van het VUmc suggereerde dat de huidige (decentrale) selectieprocedures kandidaten afschikken die geen 'medisch netwerk' hebben. Echter, in overeenstemming met de bevinding van ResearchNed, vonden wij in de bovengenoemde studie uit Rotterdam, dat het percentage

'Opvallend is dat slechts een klein percentage van de **basisartsen met een niet-westerse achtergrond** een opleiding tot specialist volgt'

kandidaten met een niet-westerse achtergrond dat zich aanmeldde voor de studie geneeskunde met 27% juist veel hoger was dan het percentage scholieren met een niet-westerse achtergrond dat in datzelfde jaar het vwo afrondde met het juiste profiel (8%). De laatste jaren is het percentage eerstejaars studenten met een migratieachtergrond bij de studie geneeskunde in Rotterdam gestegen naar zo'n 35%. De invloed van zelfselectie en van verschillende selectiemethoden op de diversiteit van de studentenpopulatie wordt momenteel bij verschillende opleidingen en instellingen verder onderzocht. Het lijkt er dus op dat de studie geneeskunde erg populair is bij scholieren met een niet-westerse achtergrond, waarbij zij niet structureel benadeeld worden in de toelating tot de studie.

Opleiding geneeskunde

In de volgende fase, namelijk die van het succesvol afronden van de studie geneeskunde, lijken er wel verschillen te ontstaan. Meerdere onderzoeken, onder meer in Rotterdam, toonden aan dat de etnische achtergrond samenhangt met studieprestaties, en dan vooral tijdens de klinische fase. In de preklinische fase (bachelor) scoorden alleen Surinaamse en Antilliaanse studenten slechter dan studenten zonder migratieachtergrond. Het slagingspercentage jaar 1 nominaal was 37% versus 64%; in de preklinische fase nominaal 19% versus 41%. Tijdens de coschappen hadden alle studenten met een migratieachtergrond

		Overig		Niet-Westerse migratieachtergrond		% Niet-Westers
		Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	Niet gepromoveerd	Gepromoveerd	
Genodigden	106	42	42	12	10	21
Aangenomen	74	28	39	1	6	9
% Acceptatie	70	67	93	8	60	

Tabel 1. Sollicitanten voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde in de regio Zuidwest Nederland in de periode 2017 tot en met 2020.

een kleinere kans op het behalen van een goed cijfer. Van de studenten zonder migratieachtergrond kreeg 88% voor minstens drie van de eerste vijf coschappen een 8. Voor studenten met een migratieachtergrond was dit aanzienlijk lager: 54-77%.⁵ Prestatieverschillen tijdens de preklinische fase werden vooral gevonden op de taal-, schrijfvaardigheid- en klinische toetsen.⁶ Na het invoeren van deelbeoordelingen tijdens de coschappen (d.w.z. meerdere beoordelingen door verschillende beoordelaars en op verschillende competenties), namen de verschillen in cijfers tussen studenten met en zonder migratieachtergrond af. Dit kwam doordat studenten met een migratieachtergrond in het nieuwe beoordelingssysteem vaker een hoger cijfer kregen, terwijl studenten zonder migratieachtergrond juist minder vaak een hoger cijfer kregen. Opvallend genoeg traden er opnieuw verschillen in cijfers op wanneer examinatoren mochten afwijken van het eindcijfer dat op basis van de deelbeoordelingen door het beoordelingssysteem werd voorgesteld.⁷ Dit berust waarschijnlijk

op het onbewust bevoordelen van degenen met dezelfde etnische achtergrond, een fenomeen dat consistent naar voren komt in psychologisch onderzoek. Door deelbeoordelingen in te voeren krijgt de examinator meer informatie om zijn stereotypische verwachtingen tegen te gaan, de zogenaamde *forecasting error*. Daarmee vermindert de kans op onterechte verschillen in beoordelingen in de klinische fase.

Medische vervolgopleiding Interne geneeskunde

Opvallend is dat slechts een klein percentage van de basisartsen met niet-westerse migratieachtergrond een opleiding tot specialist volgt. Is het zo dat deze basisartsen minder vaak solliciteren voor een vervolgopleiding, of komen zij moeilijker door de selectieprocedure?

Om hier meer inzicht in te krijgen hebben wij retrospectief (in de periode 2017-2020), gekeken naar alle sollicitanten voor een opleidingsplek binnen het specialisme interne geneeskunde. We keken hierbij naar de Opleidings- en Onderwijsregio (OOR) Zuidwest Nederland, waar het percentage geneeskundestudenten met een niet-westerse achtergrond hoog is, namelijk 35%.

Tabel 1 vermeldt het aantal sollicitanten dat is uitgenodigd voor een sollicitatiegesprek. Omdat een promotietraject voorafgaand aan de sollicitatie mogelijk de kansen vergroot op aanname voor de opleiding, hebben we de groepen op basis hiervan uitgesplitst.

Van de 106 genodigden werden er 74 aangenomen voor de opleiding (70%). Het blijkt dat een aanzienlijk deel (21%) van de genodigden een niet-westerse achtergrond had

DIVERSITEIT ALS JNIV-SPEERPUNT

Diversiteit is bestempeld als één van de speerpunten van de JNIV voor de komende jaren. Waar de JNIV *kracht in diversiteit* als credo heeft, ziet ook de JNIV kansen en uitdagingen in het onderwerp diversiteit.

Het gaat hier om culturele diversiteit, maar ook diversiteit in de opleiding en werkvormen. Uiteindelijk is het doel om werkplezier en werkgelegenheid te verbeteren.

Het thema werd onlangs afgetrapt tijdens een digitale strategieavond. Als JNIV signaleren wij dat er binnen de ziekenhuizen (te) weinig aandacht is voor diversiteitsbeleid. Om hier de komende tijd mee aan de slag te gaan en (nog) meer bewustzijn te creëren is de commissie Diversiteit opgericht. Deze commissie bestaat uit enthousiaste aios Interne Geneeskunde die diversiteit in al haar facetten op de agenda zullen zetten.

en dat daarvan maar een klein deel werd aangenomen, namelijk 9%. De acceptatiegraad voor kandidaten met een niet-westerse migratieachtergrond was 32%, tegenover een acceptatiegraad van 80% voor overige kandidaten. Deze discrepantie lijkt vooral, maar zeker niet exclusief, verklaard te worden door de lage acceptatiegraad van niet-westerse kandidaten die geen promotieonderzoek hadden gedaan.

Uit deze getallen kunnen we concluderen dat er geen gebrek is aan kandidaten met een niet-westerse achtergrond voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde in de OOR Zuidwest Nederland. Wanneer deze kandidaten een promotietraject hadden afgerond maakten ze een redelijke, maar nog steeds lagere kans om aangenomen te worden, ten opzichte van gepromoveerde kandidaten zonder migratieachtergrond (60% vs. 93%). Daarentegen zijn de kansen voor niet gepromoveerde kandidaten met een niet-westerse achtergrond zeer slecht

in vergelijking met niet-gepromoveerde kandidaten zonder migratieachtergrond (8% vs. 67%). Deze cijfers zijn alleen gebaseerd op de kandidaten die uitgenodigd zijn voor een gesprek: data van de sollicitanten die op basis van de sollicitatiebrief en/of CV afgewezen zijn, zijn niet beschikbaar.

Conclusie

Studenten met een niet-westerse achtergrond zijn, dankzij de hoge populariteit van de opleiding en ondanks de soms gerapporteerde negatieve effecten van selectie, goed vertegenwoordigd bij de studie geneeskunde. Wel krijgen deze studenten vaker lagere cijfers in de klinische fase (coschappen) en hebben zij minder kans om aangenomen te worden voor een opleidingsplek binnen de Interne geneeskunde. De ongelijkheid bij beoordelingen in de klinische fase kan - in ieder geval deels - worden weggenomen door meerdere beoordelingen en meerdere beoordelaars. Hoe vervolgens

de ongelijke kansen op aanname voor de opleiding Interne geneeskunde kunnen worden geadresseerd, dient onderwerp van onderzoek en discussie te worden. ■

Referenties

1. Betancourt, J.R. Eliminating racial and ethnic disparities in health care: What is the role of academic medicine? *Academic medicine*, 2006;81(9):788-92.
2. Stegers-Jager, K.M., Steyerberg, E.W., Lucieer, S.M. & Themmen, A.P.N. Ethnic and social disparities in performance on medical school selection criteria. *Med Educ*. 2015;49(1):124-33.
3. Broek, A. van den, Mulder, J., Korte, K. de & Bendig-Jacobs, J. Selectie bij opleidingen met een numerus fixus & de toegankelijkheid van het hoger onderwijs. Nijmegen: Research Ned, 2018.
4. Cleutjens, K. & Stegers-Jager, K. Decentrale selectie is zo slecht nog niet. *Medisch Contact*. 2020;34/35:36-7.
5. Stegers-Jager, K.M., Steyerberg, E.W., Cohen-Schotanus, J., Themmen, A.P.N. Ethnic disparities in undergraduate pre-clinical and clinical performance. *Medical Education*. 2012;46(6):575-85.
6. Stegers-Jager, K.M., Brommet, F.N. & Themmen, A.P.N. De invloed van afkomst op studieresultaten. *Ned Tijdschr Geneesk* 2016;160:D597.
7. Andel, C.E.E. van, Born, M.P., Themmen, A.P.N & Stegers-Jager, K.M. Broadly sampled assessment reduces ethnicity-related differences in clinical grades. *Medical Education*. 2019;53(3):264-75.

Cartoon

Dr Punthoofd...

DRAAIT ER BIJ DE OPEN dag niet omheen



M van Delft

Schrapcommissie: ‘Verminder administratielast, juist nu’

Tekst: Namens de schrapcommissie van de JNIV: Joost van den Berg, Nikè Büller, Margriet Hazenberg, Eva Hesius, Francien Huisman, Anouschka Pronk, Lisanne Sligman

Het lijkt een ondergeschoven kindje tijdens deze Covid-19-pandemie: de administratielast in de zorg. De JNIV-schrapcommissie zet zich in voor een verdere afname van oneigenlijke taken. Dit doen we onder andere door het onder de aandacht (blijven) brengen van initiatieven die de administratielast verminderen. Hierover berichtten we al eerder in dit magazine.¹ Graag geven wij een update van de huidige stand van zaken.

Op papier lijkt de gewenste ontregeling keer op keer uitgewerkt, zowel vanuit de beroepsvereniging als vanuit de overheid, in vorm van het hoofdlijnenakkoord. Recent onderzoek van De Jonge Dokter toont echter een onverminderd hoge werkdruk onder aios.² Die lijkt vooral te worden bepaald door administratie en steeds minder door patiëntencontact.

Zelf verantwoordelijk

Om maar met de deur in huis te vallen: óf er al veel is geschrapt, kunnen wij niet kwantificeren. Veel voorgestelde verbeteringen moeten uiteindelijk doorgevoerd worden op de werkvloer en daar hebben wij als commissie geen volledig zicht op. Op de LOIG 2020 presenteerden wij een aantal *best practices*, voortgekomen uit eerder werk en ervaringen. Daarbij gingen we te rade bij andere beroepsverenigingen en overkoepelende gremia. Uit drie drukbezochte workshops bleek dat wat

mogelijk is, niet altijd wordt doorgevoerd. Soms door tegengas van een oudere garde, soms door logistieke bezwaren. Anekdotisch kunnen we stellen dat we minder uitvoeringsverzoeken schrijven en (meestal!) recepten niet meer hoeven te faxen. Daar staat echter tegenover dat het versturen van één korte ontslagbrief – geheel volgens de *Richtlijn Informatie-uitwisseling tussen Huisarts en Specialist (HASP)* – nog geen gemeengoed is. Dit toont aan dat we niet alleen zelf verantwoordelijk zijn voor (een deel) van de ervaren administratiedruk, maar dat we deze ook zelf kunnen verminderen. Een voorbeeld van hoe we toch snel verbeteringen kunnen doorvoeren is gebleken tijdens deze Covid-19-pandemie. Met de extreem hoge bedendruk is in korte tijd het Landelijk Coördinatiecentrum patiënten Spreiding (LCPS) opgezet. Hierbij is een centraal overzicht gemaakt van de ziekenhuisbeddencapaciteit en is de

spreiding van patiënten gecentraliseerd. Hopelijk zal dit na de Covid-19-pandemie standhouden en is de tijd dat de arts-assistent in de nacht de hele regio aan het afbellen is voor een ziekenhuisbed verleden tijd (<https://lcps.nu>).

Alle niveaus

Duidelijk is inmiddels dat verandering op alle niveaus moet plaatsvinden. Een ministerie kan wel iets betekenen voor een landelijk EPD, maar niet voor het aanstellen van stuarts (zie kader), of de gewoontes rondom de ontslagbrief in het eigen ziekenhuis. Kleine verbeteringen op lokaal niveau kunnen al veel betekenen, al is het maar door het vertalen van landelijke initiatieven naar lokaal niveau en andersom.

Workshop

Voor de komende LOIG (april 2021) organiseren wij daarom een workshop voor aios en opleiders. Hierin geven we handvatten om binnen de eigen *circle of influence* met dit onderwerp aan de slag te gaan. ■

Wij roepen enthousiaste (jonge) collega's op met ons mee te denken hoe wij op elk niveau een bijdrage kunnen blijven leveren. Juist in deze bijzondere tijd.

DE STUART

Stuarts (student-artsen) zijn vaak derdejaars geneeskunde studenten. Ze fungeren onder andere als eerste aanspreekpunt tijdens de dienst van de arts-assistent. Zij zien zelf geen patiënten, maar houden alles bij wat er gebeurt. Zij dragen de diensttelefoon, triëren in urgentie, zetten orders klaar, checken DBC's, vragen documentatie op, faxen enzovoort.

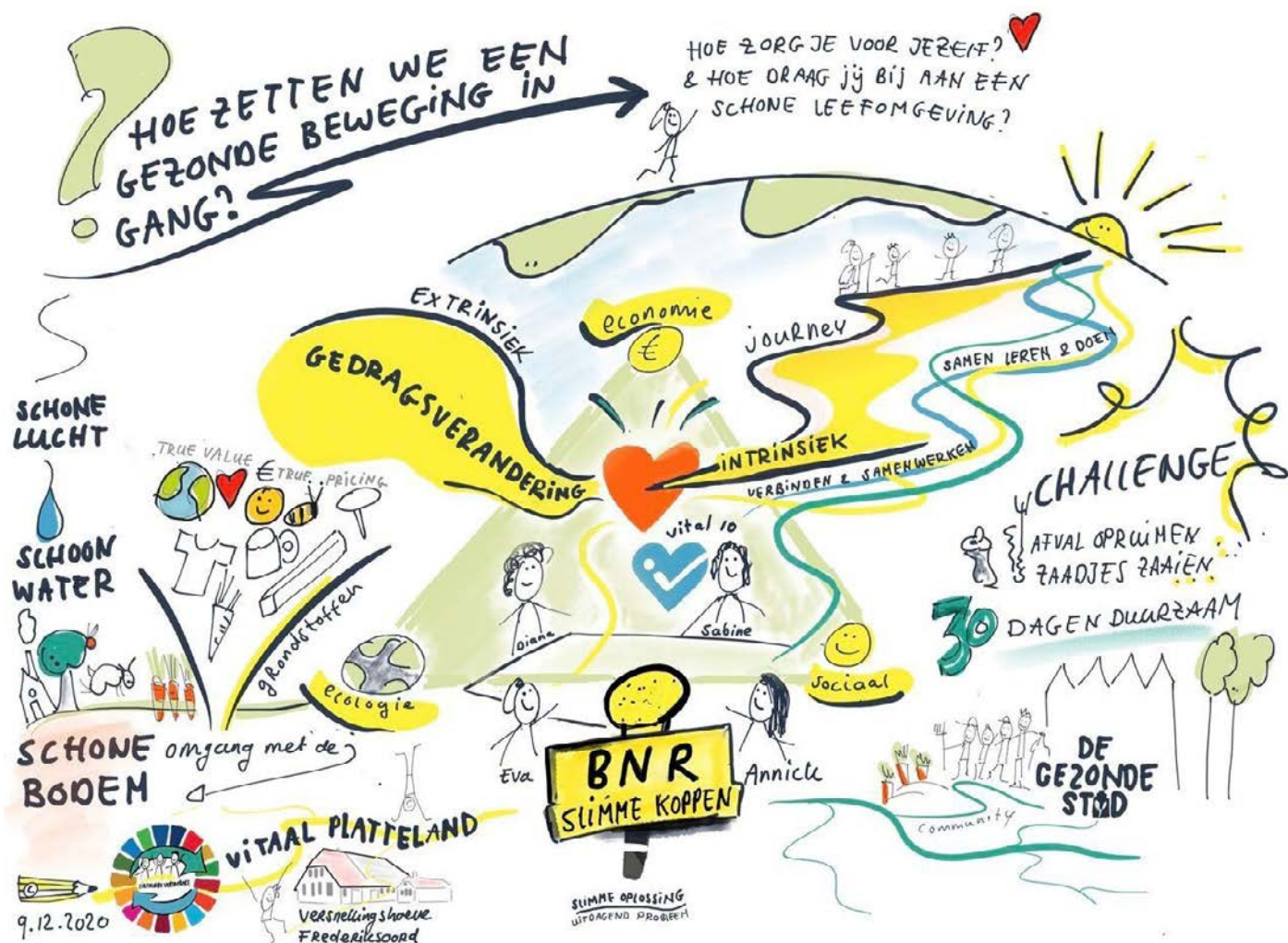
Omdat de arts zelf niet meer de telefoon draagt, krijgt de patiënt de volledige aandacht tijdens de beoordeling, en kunnen taken beter worden afgerond. Ondersteuning van de stuart heeft duidelijk het werkplezier van de arts in de dienst vergroot en is een waardevolle, leerzame bijbaan voor de medisch student.

Referenties

1. Meeuwes F, De Bruin R, Büller N. Reactie op Case report: registratielust. *Interne Geneeskunde* 2019;3:30-31.
2. Nationale a(n)ios-enquête 2020. Gezond en veilig werken. De Jonge Specialist.

Contact:

j.w.vandenberg@amsterdamumc.nl



Duurzame zorg

‘Focus op preventie, digitalisering en een gezonde leefomgeving’

TEKST: SABINE PINEDO

Ons huidige gezondheidszorgmodel heeft gefaald. We hebben een nieuw model nodig: een ecosysteem voor gezondheid in plaats van voor ziekten. Dat zegt Sabine Pinedo, internist en zorgondernemer.

Business as usual heeft geen toekomst. Ons huidige zorgstelsel, met de focus op ziekten, is niet duurzaam en economisch niet houdbaar. Het bedreigt de stabiliteit van onze economie, onze maatschappij én het milieu. En dat alles brengt onze gezondheid in gevaar. Een van

de oplossingen is dat ook de gezondheidszorg zich gaat inspannen voor een circulaire economie.

De getallen

De zorg

De zorg is met bijna 30% van de totale uitgaven de op een na

grootste kostenpost van de overheid en dus ook voor de belastingbetaler. De totale uitgaven van de zorg in 2019 bedroegen 9,3% van het BNP (Bruto Nationaal Product), ofwel 80 miljard euro.¹ Bij een ongewijzigd beleid zal het percentage rond 2030 13 tot 14% van het BNP bedragen, waardoor de zorg onbetaalbaar wordt. De zorgsector is met 15% van de werkzame bevolking de op een na grootste bedrijfstak van

Nederland. De zorg biedt werkgelegenheid aan 1.1 miljoen personen, waarvan 540.000 (37%) de handen aan het bed zijn, dus verpleegkundigen en verzorgenden.² In 2030 moeten er bij een onveranderd zorgstelsel ruim 140.000 extra verplegenden en verzorgenden bij.³

Het milieu

De zorg neemt 7% van de CO₂-uitstoot voor haar rekening. Energiegebruik in gebouwen is verantwoordelijk voor 38% van de CO₂-uitstoot. Het reizen van zowel patiënten als medewerkers (22%) en geneesmiddelen (18%) leveren een belangrijke bijdrage aan de CO₂-uitstoot in Nederland. Opgeteld bepalen ze 80% van de totale uitstoot door de zorg.⁴ Daarnaast verbruikt een gemiddeld Nederlands ziekenhuis jaarlijks 100.000 kilogram aan metalen, 200.000 kilogram plastic, 400.000 kilogram biomassa en 400.000 kilogram chemicaliën.⁵ Deze getallen zijn duizelingwekkend. Om het tij te keren moeten wij als artsen onze verantwoordelijkheid nemen en in oplossingen denken. Een holistische visie op gezondheid gaat ons helpen bij 'het hoe', waarover later meer.

In principe is de oplossing simpel: minder instroom van patiënten door preventie, digitalisering aan zowel de voor- als achterkant (e-health en Telezorg) en zorgen voor en bijdragen aan een gezonde leefomgeving. Het lijken drie op zichzelf staande punten, maar gaandeweg dit artikel zal zichtbaar worden dat deze drie oplossingen elkaar beïnvloeden en versterken.

Preventie is winst

We laten chronische ziekteprocessen lang op zijn beloop waardoor we pas (te) laat ingrijpen, terwijl we relatief eenvoudige ziekteprocessen in een eerder stadium kunnen beïnvloeden. Hier is veel winst te behalen.

In een recente publicatie in de *Lancet* van oktober 2020 werd beschreven dat 27% van de zorguitgaven bespaard zouden kunnen worden door beïnvloedbare risicofactoren en aandoeningen vroegtijdig aan te pakken.⁶ In dit artikel bleken de

'We weten dat mensen het grootste deel van hun zorgkosten maken in hun laatste levensjaar'

grootste kostenposten bij volwassenen: een hoge BMI, hoge bloeddruk, hoge nuchtere glucosewaarde, slechte voeding en roken. Deze kosten waren het gevolg van cardiovasculaire ziekten, diabetes, overgewicht, nierziekten en endocriene aandoeningen. Eerder al, in 2006, beschreef de WHO dat 60% van de chronische ziektelast in de westerse wereld wordt veroorzaakt door zeven beïnvloedbare risicofactoren, namelijk de leefstijlfactoren (bewegen, roken, alcohol, voeding),

hypertensie, dislipidemieën en overgewicht.⁷ Bij elkaar zijn er, inclusief slaap en stress, tien beïnvloedbare risicofactoren die verantwoordelijk zijn voor meer dan 70% van de chronische ziektelast in de westerse wereld. Interessant is dat deze factoren goed te monitoren zijn in de thuissituatie en dat daardoor begeleiding op afstand mogelijk is (begeleide zelfzorg), én dat ze beïnvloedbaar zijn door zelfmanagement. Deze tien factoren zijn dus de handvatten die gebruikt kunnen worden

GEZONDHEIDSPLATFARM VITAL10

In 2016 was Sabine Pinedo een van de initiatiefnemers van het gezondheidsplatform Vital10. Deze zorgonderneming zet zich in voor een circulaire economie voor gezondheid en gezondheidszorg. 'Via het platform ondersteunen we mensen bij de overstap naar en het volhouden van een gezonde leefstijf', zegt Pinedo. Samen met de Universiteit Leiden en het LUMC leidt Vital10 het nieuwe BENEFIT-loyaliteitsprogramma.

De aanpak van Vital10 is gericht op de vitale gezondheidsfactoren (Vital10 ESSENTIALS) en het ondersteunen van zelfmanagement (begeleide zelfzorg). De mens en haar leefomgeving staan centraal. Je zit zelf aan het stuur en kunt gebruik maken van de kennis en expertise van (zorg)professionals en een breed scala aan diensten en gezonde producten met een positieve ecologische footprint. Onder het motto: 'zelf als het kan, met hulp als het moet', worden mensen in staat gesteld meer verantwoordelijkheid te nemen voor hun eigen gezondheid en een gezonde leefomgeving. Men krijgt persoonlijke aanwijzingen richting gezonder gedrag, meer vitaliteit en een lagere kans op chronische aandoeningen. Dit op basis van haalbare doelen die passen bij de (gezondheid) situatie, motivatie, karakter en voorkeuren van het individu. Mensen kunnen kiezen: bijvoorbeeld het aantal ontspanningsoefeningen per week, het aantal stappen per dag, het minder eten van vlees en vis, het minderen van alcohol, het kopen van duurzame kleding enz. Via een digitaal platform kunnen deelnemers hun gezondheids- en milieudoelen monitoren. Met een app kunnen QR-codes worden gescand waarmee punten verdiend kunnen worden, door bijvoorbeeld wandelen in de natuur, het ondernemen van sociale acties of een bezoek aan de sportschool. Met het *Benefit for all*-loyaliteitsprogramma dagen mensen elkaar uit en stimuleren ze anderen en zichzelf om actie te (blijven) ondernemen, en zo hun vitaliteit en een gezonde leefomgeving te bevorderen.⁸

Via dit publiek-private model worden producten en diensten ingezet die goed zijn voor het behoud van natuur en dus voor onze gezondheid.

Hoe mooi zou het zijn als we met elkaar een beweging op gang brengen waarbij we focussen op vitaliteit en welzijn, in plaats van op 'risico' en 'ziekte' en wij als artsen duurzaam goed doen voor zowel de gezondheid van mens als natuur?

‘Tien beïnvloedbare risicofactoren zijn verantwoordelijk voor meer dan 70% van de chronische ziektelast in de westerse wereld’

om mensen te helpen gezond te worden en te blijven.

Het laatste levensjaar

Preventie is zinvol als iemand langer gezond is en korter ziek. We weten dat preventie en management van risicofactoren chronische ziekteprocessen kunnen vertragen. En dat spaart zorgkosten uit. We weten echter ook dat mensen het grootste deel van hun zorgkosten maken in hun laatste levensjaar. De winst die met preventie te behalen is, is nog te ver-

overdenken en geen inschatting maken over de invloed die medicalisering heeft op zijn kwaliteit van leven. Een goed gesprek met de patiënt in deze fase, over wat hij nog wil aan diagnostiek of behandeling en wat de consequenties zijn, is essentieel. We geven daarmee de patiënt de kans om na te denken over wat hij nog wil doen of bereiken en of het nog reëel is wat de geneeskunde kan bieden. Door (overmatige) medicalisering lopen we het risico dat deze belangrijke vragen niet worden

PODCAST

Sabine Pinedo was op 20 december 2020 te gast bij presentator Diana Matroos van BNR-radio. Pinedo: ‘Wat heeft hardlopen voor zin als je alleen maar fijnstof inademt? Of vis eten als er microplastics in zitten?’ Luister hier het hele interview: www.bnr.nl/player/audio/10174758/10428452

groten door rationalisatie van diagnostiek en (medicamenteuze) interventies aan het einde van het leven. Vaak genoeg passen wij blind richtlijnen toe op individuele patiënten die gebaseerd zijn op gemiddelde patiënten en die in de belangrijkste studies geëxcludeerd zijn vanwege nevenaandoeningen of *frailty*. Ook wordt de behoefte en/of wens van de patiënt met betrekking tot deze laatste levensfase onvoldoende meegenomen. We besteden te weinig tijd en aandacht aan uitleg. Door onwetendheid kan de patiënt vervolgens zijn behoefte vaak niet goed

beantwoord. En waar haalt de zorgverlener de tijd vandaan om deze gesprekken te voeren? Door bijvoorbeeld onnodige bezoeken aan de poli (*hand shake*-consulten ed.) te voorkomen, door meer zelfmanagement en door begeleiding op afstand.

Leefomgeving

Maar wat heeft een individuele aanpak voor preventie en management van chronische ziektes voor zin als de leefomgeving niet gezond is? De mens is onderdeel van een ecosysteem en het is daarom belangrijk dat we, naast de individuele factoren,

ook de omgevingsfactoren niet vergeten. Schoon water, gezonde lucht en een bodem die zorgt dat voeding voldoende nutriënten bevat, zijn essentieel voor onze gezondheid. Laten we daar als zorgsector dan ook onze verantwoordelijkheid nemen en een positieve bijdrage leveren waar dat kan. Als zorgprofessionals zouden wij ten eerste zelf ons gedrag kunnen veranderen door minder plastic te verbruiken in de zorg en het verbruikte afval te scheiden. We kunnen de digitalisering omarmen; de genoemde 22% van de CO₂-uitstoot wordt immers voor een groot deel veroorzaakt door reizen van personeel en patiënten. En laten nu de genoemde risicofactoren uitermate geschikt zijn voor begeleiding op afstand.

Ook de bijdrage van geneesmiddelen aan de CO₂-uitstoot, maar zeker ook aan de kwaliteit van ons water, moet en kan drastisch worden verminderd. Het kost de ingenieurs van de waterzuiveringsbedrijven de grootste moeite om de resten van medicatie uit ons water te zuiveren. Daarnaast kun je als arts je patiënten stimuleren een gezonde leefstijl na te streven, waardoor het gebruik van medicijnen gereduceerd kan worden. Op dit moment is er een groot publiek-prievaat onderzoeksprogramma gaande dat hier invulling aan geeft (www.benefitforall.nl). ■

Referenties

1. Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
2. www.uwv.nl/overuwv/Images/factsheet-arbeidsmarkt-zorg-maart2020.pdf
3. Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
4. Gupta Strategists, adviesbureau in de zorg (https://gupta-strategists.nl/storage/files/1920_Studie_Duurzame_Gezondheidszorg_DIGITAL_DEF.pdf)
5. www.change.inc/zorg/verduurzaming-zorg-sector-komt-van-buiten-4314
6. Bolnick HJ, Bui AL, Bulchis A, e.a. Health-care spending attributable to modifiable risk factors in the USA: an economic attribution analysis. *Lancet Public Health* 2020;5(10):e525-e535.
7. www.euro.who.int/en/publications/abstracts/gaining-health-the-european-strategy-for-the-prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases
8. Breeman ID, Keesman M, Atsma DE, e.a. A multi-stakeholder approach to eHealth development: Promoting sustained healthy living among cardiovascular patients. *International Journal of Medical Informatics*, 2021;147:104364.



Nederlandse Internisten Vereniging



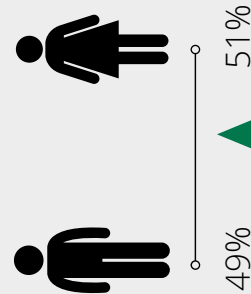
Cijfers 2020

- Op 1 na grootste WV binnen de FMS
- 2 opleidingsvisities, waarvan 1 online
- 11 kwaliteitsvisities, waarvan 6 online
- 23 richtlijnen geautoriseerd, waarvan 7 van de NIV
- 645 accreditatie aanvragen
- 422 differentiatie herregistraties

10,2%
van alle medisch specialisten is internist

Ruim 1.000.000
unieke patiënten worden per jaar door een internist gezien

De *internist* is de medisch specialist met de **breedste medische kennis** die, gecombineerd met een eigen **specialistische expertise**, als geen ander patiënten met complexe problemen op holistische wijze kan diagnosticeren en behandelen. Zo bewaakt de internist de **regie bij multidisciplinaire zorg**.



2561
Internisten werkzaam in Nederland

3622
Leden

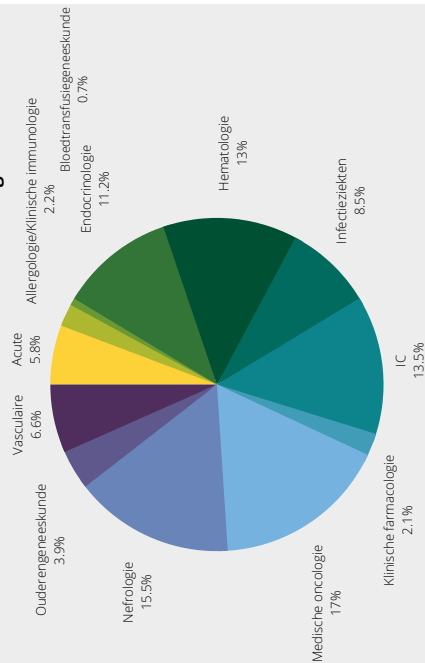
902
AIOS Interne Geneeskunde

35
Commissies actief

28
Lopende kwaliteitsprojecten

80%
Response rate 'Vraag van Vandaag'

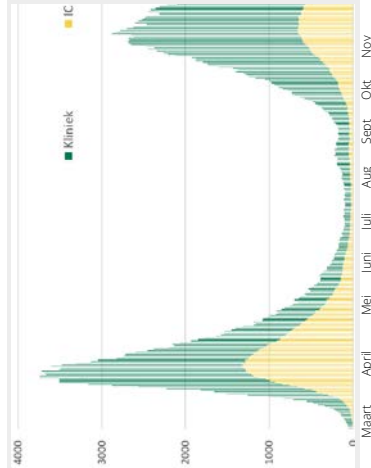
Verdeling differentiaties



Top-5 diagnoses Interne Geneeskunde (2019)



COVID-19 opnames



COVID-19

14
webinars onder begeleiding van FMS

>10.000x
de eLearning geraadpleegd

>65x
in media verschenen

34
FMS leidraden mede ontwikkeld

Capaciteit effectiever benutten

TEKST: FRANS VAN LOEF

Extra capaciteit nodig om een (te) grote werkdruk op te lossen? Uitbreiden is lang niet altijd nodig: vaak blijken er nog mogelijkheden genoeg om capaciteit vrij te maken, bij jezelf en binnen je team. Frans van Loef is expert op het gebied van strategie-executie en deelt de ervaringen die hij op dit gebied opdeed in verschillende ziekenhuizen. 'Dit kan je tijd voor reflectie opleveren en geeft bovendien meer rust in je hoofd, zodat je het overzicht behoudt'.

Van Loef signaleert verspilling van capaciteit op verschillende gebieden. Zo noemt hij wisseling van bezigheden als een grote verspiller. Ook zogenaamd 'stapelgedrag' werkt contraproductief. De do's en dont's op een rij.

1. Voorkom wisselingen van bezigheden

De grootste verspilling van schaarse capaciteit (in tijd, energie én talent) is het afbreken van werk voordat het is afgerond. Als je een taak op een later moment weer oppakt, ben je minimaal 50% meer tijd kwijt om het af te maken. Bij complexer werk loopt dit op naar twee tot drie keer zoveel tijd. Een ander ongewenst effect is het verlies aan hersencapaciteit door de wisseling van bezigheden. Als je wisselt van taak, blijft een deel van je hersenen hangen bij de materie waar je ervoor mee bezig was. Dit wordt geïllustreerd in figuur 1.

Als je minder wilt wisselen van taken, dan kun je dit met eenvoudige maatregelen bereiken. Bijvoorbeeld:

- Maak afspraken met je medewerkers dat alleen zeer dringende vragen direct beantwoord worden. Triëren dus.
- Start geen nieuwe activiteiten tussendoor als je niet zeker weet dat je deze direct afhandelt. Als je dit wel doet, dan creëer je een zogenaamde *open loop*: een niet afgemaakte taak/trigger die in je hoofd blijft hangen en energie kost.
- Bundel zo veel mogelijk taken die voor je hersenen gelijksoortig zijn, zoals bellen, mailen, patiënten spreken enz.
- Zet notificaties en meldingen op computers en mobiele telefoons uit.

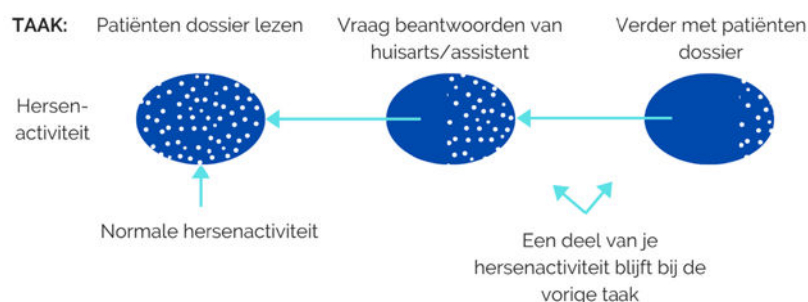
2. Stop stapelgedrag

Een andere oorzaak van onnodige werk(over)last en wisselgedrag, en

daardoor veel capaciteitsverspilling, is stapelgedrag. Vermijd het steeds weer starten van nieuwe activiteiten, procedures, overleggen enzovoort, als je die niet meteen kunt afronden. De mens is van nature meer een starter dan een stopper. En in een omgeving met veel slimme mensen, zijn er (te) veel meningen waar rekening mee gehouden moet worden. Dit wordt opinie overflow genoemd en is contraproductief. Wanneer is het genoeg en zeg je nee? Als je bijvoorbeeld voor een overleg wordt uitgenodigd, of gevraagd wordt om plaats te nemen in een commissie, vraag jezelf dan af of je hier echt tijd voor wilt vrijmaken. En zo ja, waar haal je dan deze tijd vandaan? Of als je met collega's een procedure of proces wilt aanpakken, probeer dat zo simpel en zo efficiënt mogelijk te doen. Dus voorkom stapelen en prop niet alles in je agenda wat gevraagd wordt. Dit gaat namelijk ten koste van de kwaliteit van de uitkomsten en je wordt er niet gelukkiger van.

3. Hanteer het schap-principe

Er is een hele simpele en zeer effectieve manier om stapelgedrag te vermijden, afkomstig uit de supermarktbranche: het schap-principe®. Het gaat als volgt. Als alle posities in de winkelschappen bezet zijn en je wilt een nieuw product in je assortiment opnemen, zal er plaats gemaakt moeten worden. Eén van de producten moet dus uit het schap verwijderd worden. Dit één-er-in-is-één-eruit-principe kun je ook hantieren in je werk. Dat betekent dus dat je soms taken moet afstoten als de stapel te hoog wordt.



Figuur 1. Activiteit bij wisseling van taak (bron: Focus AAN|UIT van Mark Tigchelaar).

EEN VOORBEELD

Op een afdeling liepen twee polimedewerksters over van het werk en er werd al gesproken over uitbreiding van capaciteit. Het bleek dat afspraken zó vaak werden veranderd, dat de twee medewerksters voortdurend bezig waren om de planning aan te passen, waarna ook de artsen en patiënten over de veranderingen geïnformeerd moesten worden. Het kwam neer op een dagtaak om al deze veranderingen in goede banen te leiden. Uitbreiding van capaciteit was echter niet de juiste oplossing. De poli's werden namelijk al vele weken vooruit vol gepland, terwijl er dagelijks niet-planbare capaciteit nodig was vanuit de OK. Met dat laatste was geen rekening gehouden, terwijl dit een dagelijkse behoefte was. De oplossing was eenvoudig: het vullen van spoedplekken op de poli mocht nu pas vanaf een week van tevoren. Het aantal veranderingen in de poli-agenda's werd met deze maatregel geminimaliseerd. De twee medewerksters hadden weer volop de ruimte voor andere werkzaamheden en ervaarden minder werkdruk.

Opdracht: Bedenk eens waar jij overbelasting ziet en hoe je dit zou kunnen oplossen door het anders te organiseren.

4. Werk meer digitaal

In deze coronatijd zijn veel van de overleggen digitaal geweest. Naast een aantal negatieve effecten zijn er ook positieve geluiden in de ziekenhuizen te horen. Bijvoorbeeld dat het overleg sneller gaat, dat de deelnemers meer *to the point* zijn en dat er minder of geen overbodige deelnemers zijn. Het lijkt erop dat digitale communicatie stapelgedrag afremt. Dit alleen al is een goede reden om een deel van de overleggen in de toekomst digitaal te houden.

5. Bepaal wat je wanneer doet

Denken is een geestelijke inspanning en het is vermoeiend om de hele dag met je hoofd bezig te zijn. We kunnen maar een beperkt aantal beslissingen op een dag nemen, waardoor zogenaamde beslissingsvermoeidheid ontstaat later op de dag. De eerste drie uur van een dag zijn de meest productieve uren en kunnen daarom het meest waardevol zijn. Je bent uitgerust na een

goede nachtrust, je hebt energie en bent helder van geest. Gebruik deze uren voor de meer uitdagende activiteiten, in plaats van routinematige bezigheden.

Plan dus geen complexe zaken later op de dag, vooral niet als daar besluitvorming aan vastzit. Plan bijvoorbeeld een multidisciplinair overleg aan het begin van de dag.

Het is de moeite waard om eens je dagelijkse planning door te nemen met de bovenstaande aspecten in je achterhoofd. Er is vast nog winst te behalen.

6. Werk aan een uniforme aanpak

Een persoonlijke ervaring illustreert het belang van dit zesde advies. Ik meldde mij in het ziekenhuis voor een ademtest. Ik had de voorschriften strikt nageleefd. Er was nog iemand vóór mij. We deden beiden de eerste test en kregen vrijwel direct te horen dat de test niet gelukt was. We hadden toch iets gegeten wat niet mocht en konden naar huis

gaan om twee weken later opnieuw de ademtest te doen. De ademtest duurt tussen de twee en drie uur, dus daar ging vijf uur testcapaciteit verloren. Ik was ervan overtuigd dat ik mij aan voorschriften had gehouden en ben op internet gaan zoeken. Ik vond direct protocollen van twee andere ziekenhuizen. Er zaten verschillen tussen de drie protocollen en het werd mij direct duidelijk wat er fout was gegaan: ik had iets gegeten wat in het protocol van het andere ziekenhuis niet geoorloofd was. Er waren dus verschillende protocollen, wat tot onnodige verspilling van capaciteit leidde.

Bij het ondersteunen van teams en afdelingen in ziekenhuizen om capaciteit vrij te maken, ben ik dit vaker tegengekomen. Instructies, voorschriften en veranderingen van procedures die per ziekenhuis verschillend blijken te zijn. Ze zijn bovendien tijdrovend om te schrijven. Kan dat niet anders? Een landelijke en uniforme aanpak bespaart veel schaarse capaciteit die hard nodig is voor andere werkzaamheden en die bovendien de werkdruk kan verlichten. Al is een deel ziekenhuis-specifiek, ik denk dat er meer landelijk en uniform geprotocolleerd kan worden.

7. Pak besluitvorming anders aan

Door de vele fusies van ziekenhuizen zijn er veel grotere afdelingen en vakgroepen ontstaan. Dit vraagt om een andere aanpak bij het realiseren van plannen en de besluitvorming daar omheen. Niemand heeft immers zin in Poolse landdag-sessies.

Je kunt processen versnellen door in kleinere groepen zaken uit te werken, en door die groepen ruimte te geven om over onderdelen te beslissen. Er kunnen bovendien meerdere zaken parallel worden aangepakt.

Tot slot

In de praktijk blijkt dat werken aan deze punten meer capaciteit oplevert, dan dat het aan inspanning kost om dit realiseren. Maak daarom tijd en ruimte voor reflectie op deze onderwerpen en deel de inzichten. Het levert meer ruimte op voor de dingen die je echt graag wilt doen. ■

‘Plan **geen complexe zaken later op de dag**, vooral niet als daar besluitvorming aan vastzit’



De medicus in de literatuur

Anton Tsjechov

‘Geneeskunst is mijn vrouw, de literatuur mijn maîtresse’

TEKST: HANS ABLIJ

Anton Tsjechov was zich aanvankelijk niet bewust van zijn literaire talent. Hij schreef om zichzelf en zijn familie in levensonderhoud te voorzien. Lang was hij ervan overtuigd dat hij als praktiserend arts invulling zou geven aan zijn werkende leven. Nadat hij tot de ontdekking kwam dat hij door het publiek en collega-schrijvers in Sint-Petersburg, destijds het culturele centrum van Rusland, al zo’n twee jaar werd gelezen en geprezen schoot zijn marktwaarde omhoog. Schrijven werd zijn belangrijkste inkomstenbron.

Tsjechov heeft de geneeskunde echter nooit de rug toegekeerd. Daarvoor vond hij het vak te mooi en was hij te begaan met patiënten, vooral met degenen die zijn consulten niet konden betalen. Tsjechov vatte het als volgt samen: ‘Geneeskunst is mijn vrouw, de literatuur mijn maîtresse. Als ik genoeg heb van de één, breng ik de nacht door met de ander’.

Scholier en kruidenier

Anton Pavlovitsj Tsjechov, werd geboren op 29 januari 1860 in Taganrog, een kuststad aan de Zee van Azov en in die tijd een belangrijk handelscentrum. Zijn achternaam was mogelijk ontstaan nadat zijn voorouders Tsjechisch Bohemen waren ontvlucht voor de godsdiensttwisten tussen protestanten en katholieken. Na de lagere school ging Anton samen met zijn twee oudere broers Aleksandr en Nikolaj naar de Griekse school. De kwaliteit van het onderwijs was er echter zo beroerd, dat zijn vader besloot zijn zonen eraf te halen en ze in te schrijven aan het gymnasium. Anton deed elf jaar over het negenjarig gymnasium. Waarschijnlijk kwam

de dubbele doublure niet doordat hij een slechte leerling was, maar omdat hij regelmatig moest bijspringen in de kruidenierswinkel van zijn vader om de boel draaiende te houden. Zijn vader verkocht van alles en nog wat, maar het was ook bekend dat achterin zijn winkel de wodka scheutig werd geschonken aan de clientèle – én aan de eigenaar. Deze gezelligheid in combinatie met het financiële wanbeleid leidden ertoe dat geldgebrek in de familie meer regel dan uitzondering was. En als vader Pavel ondanks Antons geïnvesteerde gratis werkuren weer eens failliet ging, opende hij enkele straten verderop weer een nieuw winkeltje. Tussen vader en de rest van de familie zou het nooit boteren. In de latere brieven dichtten de zonen hem geen enkele goede eigenschap toe. Anton voelde ronduit minachting voor zijn vader. Dat had niet alleen te maken met de laksheid en gemakzucht waarmee hij door het leven ging en het leven van zijn vrouw en kinderen onnodig moeilijk maakte. Het waren ook zijn Russisch-orthodoxe religieuze fanatisme en zijn tirannieke karakter die hem kwalijk werden genomen. Bij zwartgallige donderpreken en

scheldpartijen zou het niet zijn gebleven. Anton suggereerde in een van zijn brieven dat er ook sprake was van fysiek geweld en dat hun moeder een lijdensweg heeft moeten doorstaan. Tot een breuk kwam het echter nooit en Anton verzorgde zijn vader tot aan zijn dood, puur uit plichtsbesef. Tussen de van oorsprong Oekraïense moeder en de kinderen was er daarentegen een warme en zeer hechte band. Zij was cultureel en muzikaal onderlegd en las de kinderen vrijwel dagelijks verhalen voor. Zeer waarschijnlijk kreeg Anton zijn talent voor verhalen vertellen van zijn moeder.

Broodschrijver en geneeskundestudent

In 1876 waren de financiële problemen van Antons vader niet meer te overzien. Hij had twee jaar eerder een stuk grond gekocht en daar een huis op laten bouwen. De lening van 500 roebel die hij hiervoor had afgesloten kon hij niet terugbetalen, waarop hij vluchtte naar Moskou om zich te voegen bij zijn zonen Aleksandr en Nikolaj, die eerder dat jaar in de hoofdstad waren begonnen aan hun studies. Een jaar later volgde de rest van de familie, met uitzondering van Anton. Hij bleef als enige achter om zijn middelbare school af te maken en behaalde in 1879 zijn diploma. Dat hij meer dan een gemiddelde leerling was blijkt wel uit de beurs die hij kreeg om in Moskou geneeskunde te gaan studeren. De keuze voor geneeskunde had vermoedelijk zijn oorsprong in 1875. In dat jaar werd Anton ernstig ziek, waarbij er mogelijk sprake was van een peritonitis (peritoneale tuberculose?). De gesprekken die hij voerde met zijn behandelaar en schoolarts dokter Schrempf, hadden vermoedelijk Antons interesse in het vak gewekt. In 1879 reisde hij af naar Moskou voor zijn geneeskundestudie, die hij in 1884 afrondde. De armoede die zijn vader in Taganrog had achtergelaten zette zich in Moskou voort. Voor Anton was dit niks nieuws. Reeds als scholier was hij begonnen met het schrijven van korte verhalen die hij opstuurde naar kleine tijdschriften. In deze tijd werden schrijvers per regel betaald en als beginner kreeg je ongeveer drie Kopeken per regel (1 roebel is 100 kopeken). Daarnaast gaf hij bijles. Elke roebel die hij over had stuurde hij op naar zijn familie. Zijn vader was langdurig werkloos en kreeg pas na vele maanden wat baantjes als dagloner. De facto was Anton de hoofdverdiener van het gezin Tsjechov. De woonomstandigheden van de familie waren beroerd: klein, donker, vochtig, vies en omgeven door bordelen. Toen Aleksandr en Nikolaj op zichzelf gingen wonen en hun vader bij Aleksandr ging inwonen, nam Anton drie betalende geneeskundestudenten in huis en kwam er wat meer financiële armslag. Het werd op enig moment zelfs mogelijk om te verhuizen naar de wat betere buurten.

Antosja Tsjechonte, de schrijver

Hoewel in de tweede helft van de achttiende eeuw in heel Europa de Verlichting leidde tot een stortvloed aan literatuur, was dat in het Rusland van Catherina de Grote wel anders. De censuur was onder haar bewind 'ouderwets' streng, waardoor er tot het begin van de negentiende eeuw vrijwel niets op literair gebied tot stand was

gebracht. Hoewel er in Rusland altijd een bepaalde mate van censuur was, werden onder het hervormende bewind van tsaar Alexander I de teugels wat gevierd. Rond 1815 begon met Poesjkin de bloeiperiode van de Russische literatuur, die bijna een eeuw zou duren. Na Poesjkin waren het Gogol, Tolstoi, Dostojewski en Tourgenjev, die met hun, soms vuistdikke, realistische proza decennialang de Russische literatuur domineerden. En toen verscheen daar in het laatste kwart van de negentiende eeuw de lichtvoetige Tsjechov op het toneel. De jongeman uit Taganrog die humoristische stukjes schreef voor de 'dunne literaire bladen' in zijn geboorteplaats, Moskou en later Sint-Petersburg, onder verschillende pseudoniemen, zoals Antosja Tsjechonte of De man zonder milt (die hij wel had). Zijn schrijversdrang was niet alleen uit nood geboren. Tsjechov had er ook duidelijk plezier in en voelde een innerlijke drang om te schrijven. Of hij een boodschap aan de lezers of wereld had blijft een punt van discussie. In zijn eigen tijd werd hem door critici en collega's (o.a. Tolstoi) wel eens verweten dat die boodschap in zijn werk ontbrak en dat hij zijn publiek te weinig tot overpeinzingen aanzette. Waarschijnlijk had Tsjechov een



hekel aan Rusland, maar eigenlijk had hij een hekel aan de parasiterende mens. Zo had hij zich eens uitgesproken toen hij na jaren terugkeerde naar zijn geboorteplaats en waarnam dat het nietsdoen en consumeren de belangrijkste bezigheden waren van de bevolking. Extremisme was hem echter vreemd en met politiek bemoeide hij zich niet. Hij schreef humoristische stukken over de doodgewone Rus in zijn doodgewone bestaan. Aanvankelijk werden veel van zijn verhalen geweigerd, soms omdat ze te lang waren, soms om onduidelijke redenen. Maar talent komt, in combinatie met volharding, vroeg of laat boven drijven. Zijn stukken werden steeds vaker opgemerkt door uitgevers en gepubliceerd. In Sint-Petersburg, 700 km ten noorden van Moskou, zoemde zijn pseudoniem in de culturele kringen al een tijd rond en was iedereen benieuwd wie toch dat ongekende talent Antosja Tsjechonte was. Zijn uitgever in Moskou had dat lang verborgen weten te houden, waarschijnlijk om de drie kopeken per regel te kunnen behouden. Toen Tsjechov erachter kwam dat zijn roem hem in Sint-Petersburg was voorgegaan veranderde dat terstond zijn onderhandelingspositie. Hij werd gevraagd om in de 'dikke literaire bladen', te publiceren, waarbij 12 kopeken per regel geen uitzondering was. Pas in 1888, het jaar dat zijn naam gevestigd was, begon hij te beseffen dat zijn schrijverschap naast zijn bestaan als medicus niet van tijdelijke aard was.

Non-fictie in Sachalin

Twee jaar na zijn literaire doorbraak en een jaar na de dood van zijn jongere broer Nikolaj aan tuberculose, besloot Tsjechov in 1890 een reis te maken naar Sachalin, een langgerekt gevangeneiland boven Japan. Waarom Tsjechov deze reis van meer dan 7.000 km dwars door Siberië heeft gemaakt, blijft een raadsel. De reis duurde tien weken en was niet bepaald comfortabel in die tijd. Later heeft hij zijn reisbeschrijving en bevindingen in boekvorm uitgegeven: *De reis naar Sachalin*. Tsjechovs eerste non-fictie in boekvorm - want later werden zijn brieven in boekvorm uitgegeven - wordt nu beschouwd als een van beste onderzoeksjournalistieke werken van de negentiende eeuw. In dit boek gaat hij gedetailleerd in op de leefomstandigheden van de gevangenen en kwam tot de conclusie dat verbanning naar Sachalin een gang naar ontmenselijking was, met weinig hoop op terugkeer naar het vaste land (lees: een normaal bestaan). Na een verblijf van drie maanden op het eiland reisde hij via Zuidoost-Azië en Europa terug naar Moskou.

Gratis consulten in Melichovo

In de hoofdstad kon Anton maar moeilijk weer wennen, waarop hij besloot om een vrijstaand huis met een grote tuin te kopen in Melichovo, 50 km ten zuiden van de hoofdstad. Daar bracht hij enkele jaren door met zijn zusje Maria (Masja) en zijn ouders. Masja adoreerde haar broer en had op jonge leeftijd een bewuste keuze gemaakt om vrijgezel te blijven, zodat ze haar broer te allen tijde bij kon staan. Hoewel de tuberculose zijn tol ging eisen en Tsjechovs gezondheid gestaag achteruitging, was zijn tijd in Melichovo een van zijn gelukkigste. Zijn bestaan

bestond grofweg uit vier bezigheden: tuinieren, dokteren, schrijven en avondvullende bijeenkomsten met vrienden. Hij hield praktijk aan huis, waar gretig gebruik werd gemaakt van zijn gratis consulten. En als de patiënt niet naar hem kon komen reisde hij soms uren om een huisbezoek af te leggen. In Melichovo ontstonden enkele van zijn bekendste werken: *De meeuw*, *Zaal 6* en *Oom Vanja*. Het was bekend dat hij tijdens de vele avonden die hij doorbracht met vrienden soms plots de kamer verliet om een literaire ingeving op papier te zetten, om even later weer in het bonte gezelschap terug te keren alsof er niets gebeurd was.

De aftakeling en het einde

In Melichovo ging Tjechovs gezondheid verder achteruit. Hij hoestte regelmatig grote hoeveelheden bloed op. Na de dood van zijn vader verkocht hij in 1898 zijn bezit in Melichovo en verbleef hij enige tijd in Zuid-Frankrijk vanwege het warme en droge klimaat. In datzelfde jaar kocht hij een landgoed in Jalta, aan de zuidoostkust van de Krim. Het warme klimaat zou beter zijn voor het beloop van zijn longziekte, maar veel soelaas gaf het niet. In 1901 trouwde hij met de Russische actrice Olga Knipper. Een opmerkelijke stap voor Tsjechov, omdat het vooruitzicht van een huwelijk voor hem altijd een gruwel was. Om in zijn seksuele behoefte te voorzien, bezocht hij regelmatig bordelen. Zijn eerste bezoek aan een bordel was op 17-jarige leeftijd in Taganrog en in Moskou werd hij in zijn nieuwe buurt rijkelijk voorzien van de mogelijkheden. Enkele malen onderhield hij liefdevolle relaties die soms zelfs jaren standhielden. Tsjechov lag goed bij de vrouwen. Na zijn literaire doorbraak was hij niet onbemiddeld. Daarnaast was hij onderhoudend, voorkomend en met zijn dikke haardos knap om te zien. Maar als er ook maar enigszins sprake was van hoop op een structurele verbinding maakte de meest begeerde vrijgezel van Moskou en Sint-Petersburg zich uit de voeten. Of hij bindingsangst had is niet duidelijk. Er speelde mogelijk ook mee dat hij wist dat hij niet oud zou worden met zijn longziekte. Op 30-jarige leeftijd had hij zijn jongste broer eraan zien overlijden, dus voorzag hij voor zichzelf ook een vroegtijdige dood. Het huwelijk met Olga Knipper leverde geen kinderen op. Hoewel er zeker liefde in het spel was, waren de huwelijksafspraken nogal liefdeloos: Olga woonde het grootste gedeelte van het jaar in Moskou om in de theaters op te treden, terwijl Tsjechov in Jalta verbleef.

Een van zijn grootste werken, *De Kersentuin*, schreef hij kort voor zijn overlijden. In 1903 ging zijn gezondheid snel achteruit en probeerde hij het tij nog te keren door te gaan kuren in Badenweiler, Zuid-Duitsland. Het mocht niet baten. Anton Tsjechov overleed op 1 juni 1904 en met zijn dood kwam er een einde aan de Gouden Eeuw van de Russische literatuur. Hij wordt beschouwd als de meester van het toneel en de grootmeester van het korte verhaal. Er zijn vele straten vernoemd naar de schrijver, maar hij is de enige schrijver in de wereld waar een plaats naar is vernoemd: ongeveer 13 km van Melichovo werd het plaatsje Lopasnya, waar Tsjechov altijd de trein nam naar Moskou, omgedoopt in Tsjechov. ■

Dr. C. J. Roosprijs 2021

In oktober 2021 hoopt de Dr. C. J. Roosstichting weer de jaarlijkse Dr. C. J. Roosprijs uit te reiken, na een gedwongen pauze in 2020 door de Covid-19-epidemie. De prijzen voor de drie beste klinische proefschriften op het gebied van de Interne Geneeskunde worden sinds 2005 jaarlijks uitgereikt tijdens de Internistendagen in Maastricht.

De Dr. C. J. Roosstichting reikt de prijzen uit in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging. De stichting heeft onder meer als doel met deze prijzen klinisch wetenschappelijk, patiëntgebonden onderzoek in Nederland te bevorderen.

De eerste prijs behelst een geldbedrag van € 2000, de tweede en derde prijs van € 500. Daarbij krijgen de drie laureaten weer de gelegenheid hun werk te presenteren tijdens de speciaal hieraan gewijde sessie Topproefschriften. Zij ontvangen naast de geldelijke prijs een gekalligrafeerde oorkonde.

De drie prijzen zijn bedoeld voor klinisch, patiëntgebonden onderzoek. Daaronder wordt zowel verstaan onderzoek door de promovendus zelf verricht aan patiënten of proefpersonen, als onderzoek bij grotere groepen patiënten, zoals gerandomiseerde studies, in een proefopstelling of een protocol waar de promovendus een belangrijk aandeel in heeft gehad. Moleculair, genetisch en basaal wetenschappelijk onderzoek kunnen hierbij additioneel zijn. Uitgesloten zijn proefschriften waarvan de aard en de opzet geheel bepaald zijn door de farmaceutische industrie.

Meedingen

Om in aanmerking te komen voor de Dr. C. J. Roosprijs wordt het volgende gevraagd:

- Een afgerond proefschrift over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp, verschenen in 2020 of het eerste half jaar van 2021.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Zo doet u mee

- Stuur een digitale versie van het proefschrift aan niv@eventex.nl, onder vermelding van 'Dr. C. J. Roosprijs 2021'.
- Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift aan de juryvoorzitter dr. J. C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
- Voeg de volgende bijlages toe (zowel bij de digitale versie als bij het gedrukte exemplaar):
 - een curriculum vitae;
 - een korte motivatie waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen;
 - een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden prof. dr. H. A. H. Kaasjager, prof. dr. M. M. Levi, prof. dr. A. E. Meinders, dr. J. C. Roos (voorzitter), prof. dr. J. W. A. Smit, en de eersteprisijswinnares in 2020, dr. N. M. G. Rorije.

Contactadres

roosjulius@gmail.com, tel 06-22921061 of 020-6764433

De uiterste inzendingsdatum is 1 augustus 2021

Schrijf de redactie



Heeft u een suggestie voor het magazine? Of wilt u uw mening over een artikel met ons delen? De redactie is benieuwd naar uw reactie! Aarzel niet en stuur uw bericht of ingezonden brief naar: info@macchain.nl.



Provehimur portu urbesque terraeque recedunt

Terwijl wij de haven verlaten, worden
de steden en de landen kleiner

TEKST: HEIN VISSER • BEELD: 123RF

Volgens mij heb ik hem al eens gebruikt, maar dit vers van Vergilius geeft mijns inziens zo mooi weer hoe problemen kleiner worden als we afstand nemen. En dit is nu juist het struikelblok van deze tijd: we kunnen nergens heen. Avondklok, reisrestricties, niet meer dan één persoon te gast en geen bezoek aan musea, concerten, restaurants of cafés. We moeten het met onszelf doen, eventueel aangevuld door bubbelgenoten en die ene gast die mag komen.

Ik moet zeggen dat in mijn bestaan het even uit de haven varen altijd een welkome afwisseling was in het leven van alledag in een ziekenhuis met intriges, hoofdpijndossiers, politieke spelletjes en computerge-relateerde frustraties. Even in een andere omgeving genieten van cultuur, lekker eten, rommelen in boekwinkels (ik heb de vreemde en misschien wel snobistische eigenschap

dat ik meer boeken koop dan dat ik lees, een boek bezitten is al bijna het gelezen hebben en het is ook een soort pensioenvoorziening), dat soort dingen. Een remedie tegen complotdenken.

Toch heeft deze tijd ook weer nieuwe inzichten gebracht, namelijk dat het niet dramatisch is om als je vrij bent gewoon lekker thuis te zitten en nergens heen te moeten. En we hebben

de schoonheid van Nederland (her)ontdekt, wandelen in de duinen, de eilanden, andere groene gebieden die we tot nu toe niet kenden.

Verder zoomen, facetimen en teamsvergaderen we en volgen we online congressen. Ook daar blijk je snel aan te wennen. Ik heb moeite met Nederlandse congressen waar de voertaal Engels is, voor wie is mij niet helemaal duidelijk. Heel veel 'could' en 'might', waarom? Understatement is voor Engelse detectives. Obama was met 'yes we could' of 'yes we might' er nooit gekomen. Het heeft een hoog 'ik-zei-de-gek'-gehalte. Ik zou lekker onbescheiden zeggen 'can' en 'may'. En possible niet uitspreken als postzegel. En stoppen met de 'ludieke' achtergronden, waardoor je bij iedere beweging zonder het te weten tot een zoekoe wordt geblurd.

In ieder geval hopen we van harte dat we op een goede dag weer gewoon naar buiten mogen, een drankje mogen drinken op een terras en 's avonds na 21.00 uur zonder hond nog een blokje om. In Noord-Holland is er dan wel een andere reden waarom ik misschien de deur niet meer uit durf en dat is de elektrische fiets. Heel Noord-Holland fietst elektrisch. En niet een beetje: keihard! Met vastberaden harde koppen komen ze met 30 km per uur voorbij, als in Bordewijks *Blokken*. Anticiperen is onmogelijk, als je als voetganger eerst links en dan rechts hebt gekeken en je denkt dat de kust veilig is, pas dan maar op, er kan nóg een bejaarde komen. En natuurlijk ook jeugdiger weggebruikers zoals pizzakoeriers en andere *deliveeroos*. Het is me reeds één keer overkomen, dat ik even opzij stapte voor een auto en bij het terugstappen werd geschept door een middelbare e-fietser die daar helemaal niet mocht fietsen. Ik was blij dat ik nog heel was, maar wat mij betreft nemen we morgen een wet aan waarin elektrische fietsers in de stad voor straf zelf moeten trappen.

Per slot van rekening is de mens niet gemaakt voor binnen zitten en bang zijn. Je zou er maar complotdenker van worden. ■

Je bent jong en je krijgt wat

TEKST: CAROLINE CANTÉ

Een jonge vrouw zit in het middagzonnetje op een terras in Amsterdam. Ze drinkt een kop koffie en geniet van de mooie plekken van onze hoofdstad. Maar diezelfde jonge vrouw heeft baarmoederhalskanker. Het is de uitgangssituatie van Monique van Loon autobiografische boek *Je bent jong en je krijgt wat*.

Hoewel de titel en de omslag wat 'Kluun-achtig' aandoen en de schrijfster duidelijk van oorsprong geen auteur is, leest het boek toch op een prettige en luchtige manier.¹ En dat is eigenlijk, gezien het onderwerp, bijzonder.

De hoofdpersoon wordt gevolgd van het eerste bezoek aan de huisarts tot aan de behandeling in het (academisch) ziekenhuis. Het proces dwingt ons tot enige zelfreflectie. Want hoe vaak vraagt u in de spreekkamer naar het effect van de behandeling op de seksualiteit? En lukt het u nog wel bij elke nieuwe patiënt om even empathisch te zijn tijdens een vol spreekuur? Het is verfrissend om het perspectief van deze jonge patiënte te lezen.

Tijdens het hele proces ontmoet de hoofdpersoon ook nog een nieuwe liefde. De lezer wordt meegenomen in een - soms wat oppervlakkig - relaas over vriendschappen en deze nieuwe liefde. Maar de schrijfster geeft ondertussen wel duidelijk weer wat het effect is van de diagnose, en met name de (mis)communicatie tijdens het gehele traject.

Belangrijke reden voor van Loon om dit boek te schrijven was het creëren van meer awareness bij jonge vrouwen over het voorkómen van baarmoederhalskanker. Maar voor de internist (in opleiding) vallen ook belangrijke lessen uit het boek te halen.² Onder andere over het belang van duidelijke communicatie. Hoe belangrijk het bijvoorbeeld is om van te voren te adviseren om een familielid mee te nemen naar een slechtnieuwsgesprek. Of om de juiste woordkeuze te hanteren: spreek over kanker en niet over 'onrustige cellen'. Ook empathisch vermogen en het aandacht hebben voor onderwerpen als seksualiteit tijdens de ziekte komen aan bod. Een punt dat ook duidelijk naar voren komt is het verschil in aandacht en logistiek

die de hoofdpersoon ervaart tussen de zorg in het academisch en het perifere ziekenhuis. Het lijkt nog steeds actueel.

Als je op zoek bent naar hoogstaande literatuur ben je bij van Loon niet aan het goede adres, maar wel voor een bijzonder prettig boek over een zwaar onderwerp. Na een lange werkdag kan het boek je zo maar weer even op scherp zetten, zodat je tijdens de poli van morgen aandacht zal hebben voor de individuele beleving van de patiënt. ■

Waardering:  (3/5)

1. Kluun, schrijver van *Komt een vrouw bij de dokter*.
2. Interview Trouw, maart 2020. *Wat kanker met je relatie en seksleven doet?* Monique van Loon (31) vertelt.



Yvo Smulders



Mijn suggestie: 1 denksysteem

Een tijdje geleden verschenen in dit magazine enkele bijdragen over het gebruik van 'integratieve geneeskunde' (IG). Ik had even nodig om erover na te denken...

Wat als eerste opviel is begripsverwarring. Meditatie en mindfulness werden in een adem genoemd met acupunctuur en kruidenmengsels. Elders werden aandacht voor de arts-patiëntrelatie, omgeving, preventie en welzijn, alsmede multidisciplinariteit (kortom: gewoon goede geneeskunde) als de kern van IG gepresenteerd. In een ander artikel viel nog iets op: een internist die zich een aanhanger van zowel de reguliere geneeskunde als *Traditional Chinese Medicine* (TCM, waaronder acupunctuur) toont.

Laat ik met het laatste beginnen. Ik ken en waardeer betrokkene, maar vind deze beroepsopvatting problematisch. De reden is dat ik denk dat mensen zich zouden moeten bekennen tot één denksysteem; één coherent geheel van basisbegrippen, waarnemingsprincipes en manieren waarop inductie en deductie plaatsvindt. Zie het als een gereedschapskist of, in computertermen, een besturingssysteem. Zo werkt reguliere geneeskunde vanuit de fysica en biochemie, is het natuurwetenschappelijk experiment de empirische basis en voegt daar epidemiologisch onderzoek aan toe, wetende dat de basis imperfect is. TCM is geënt op basisbegrippen als energiebalans, yin en yang en het bestaan van meridianen. Je kunt veel beweren, maar niet dat dit vergelijkbare denksystemen, laat staan gereedschapskisten zijn.

Begrijp me goed, ik claim geen superioriteit van het ene versus het andere denksysteem. Waarom zou ik? Waar het mij om gaat is dat je er goed aan doet je tot één denksysteem te bekennen. Niet omdat de systemen operationeel incompatibel zijn; het is makkelijk om eerst medicatie voor te schrijven en daarna wat naaldjes te plaatsen. Het is de intellectuele incompatibiliteit die wringt. Wat ik daarmee bedoel is dat je tot het optimale zou moeten willen evolueren. Met al je denkvermogen en vanuit de interactie met een omgeving die grofweg dezelfde taal spreekt, zou je jezelf en je vak telkens beter willen maken. Ik geloof niet dat twee gereedschapssets, twee parallel opererende besturingssystemen daarbij helpen. Ik zie niet in hoe je het ene moment in het ene systeem en daarna zomaar in het andere systeem kan denken, zonder in essentie stil te staan.

De dialoog wordt storend als de IG-aanhangers zichzelf als *open minded* kwalificeren en mij als 'bekrompen'. Ik denk dat veel 'bekrompenen' zich juist doelbewust beperken tot één denksysteem vanuit een filosofisch beginsel van optimaal denkrendement. In der Beschränkung...

Tot slot nog even over behagen. Ik noemde al dat behaagvormen als meditatie, *healing environment*, massage, CliniClowns en dergelijke vaak gelijkgeschakeld worden aan acupunctuur, homeopathie etc. Ook de antikwaker schreef zo iets. Ik snap dat niet. Er is prima bewijs voor behaageffecten op welbevinden en effectiviteit van ook reguliere behandelingen. De mechanismen zijn goeddeels bekend en je kunt heus degelijk empirisch onderzoek doen naar optimaal behagen. Maar zelfs als het prikken met naaldjes en flesjes water een behaageffect aantonen waar ik niet aan kan tippen, dan nog zal ik blijven passen voor meridianen en biologische verdunning. Gewoon omdat het mij als dokter niet helpt.