

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 1
JAARGANG 8
MAART 2017

Magazine voor de internist



Frederiek van den Bos en Johanneke Portielje

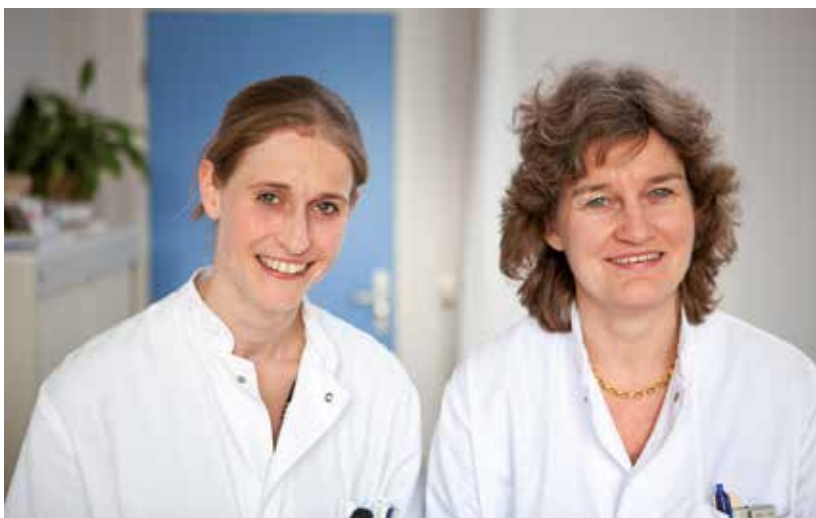
Dubbelinterview over gezamenlijk spreekuur voor
oudere oncologische patiënten

**Meer aandacht voor
multimorbide oudere patiënt**
Dubbelinterview met
Hilde Royen en Simon Mooijaart

Historie
De NIV en haar geschiedenis

Opleiders aan het woord
Prof. dr. Coen Stehouwer en
dr. Stephanie Klein Nagelvoort

Column
“Kijk 's mam”...



INTERVIEW

6

In het Haga Ziekenhuis in Den Haag doen internist-oncoloog Johanneke Portielje en internist-ouderengeneeskunde Frederiek van den Bos sinds enkele jaren samen poli. Zij bieden oudere oncologische patiënten zorg op maat, afgestemd op hun situatie en hun wensen.



Doorwerken na het pensioen: een bochtig pad 10

Interview met Gert van Montfrans over doorwerken na je pensionering



"Ik ben gewoon belangenbehartiger 18 voor de specialisten"

Interview met Jitske Haagsma over haar functie bij de Federatie Medisch Specialisten



Julius Roos vertaalt leerdicht over syfilisepidemie 24

Interview met Julius Roos over zijn vertaling van een Latijns leerdicht over de syfilisepidemie van 1494

Meer aandacht voor **multimorbide** oudere patiënt 8

ESIM Winterschool 2017 12

Opleiders aan het woord 16, 20

Na een tuchtzaak 22

RUBRIEKEN

De knuppel in het internistenhok 15

De hel van Dante

De medicus in de schilderkunst 28

Het doktersbezoek van Jan Steen

Historie 26

De NIV en haar geschiedenis

Column Yvo Smulders 30

"Kijk 's mam"...





Met de billen bloot

Als u wilt weten hoe het is om voor het oog van de wereld (nou ja, Nederland) met de billen bloot te moeten, dan raad ik u aan het integrale verhaal van Hans Ablij in dit nummer van het magazine te lezen. Hans is een uitstekende internist die zich enkele jaren geleden toch geconfronteerd zag met een tuchtzaak. Er was inderdaad iets fout gegaan en hij werd daarop aangesproken. Over de impact daarvan sprak hij openlijk in de documentaire *De dokter onder vuur* van Frans Bromet. Dat de hierdoor gegenereerde media-aandacht ook iets met de dokter doet, laat hij treffend zien in dit artikel. Uit de vele positieve reacties die hij ontving blijkt dat eerlijkheid het langst duurt, en dat openheid het kenmerk is van kwaliteit.

Als internisten staan wij voor kwaliteit. De Federatie van Medisch Specialisten heeft in haar plannen voor 2025 de ambitie neergezet om de specialistische zorg in Nederland, de kwalitatief beste zorg ter wereld te laten zijn. Daarvoor is het nodig dat we onder het vergrootglas vandaan komen, waar het continu afleggen van verantwoordelijkheid noodzakelijk lijkt, met een doorgeschoten registratiedruk als gevolg. We moeten toe naar een situatie van gerechtvaardigd vertrouwen waarin kwaliteit vanzelfsprekend is. De internist vervult in deze ambitie een sleutelrol. Zoals Stephanie Klein Nagelvoort aangeeft in een interview verderop in het magazine, functioneren wij bij uitstek als spil in het netwerk rondom de patiënt. De NIV is druk bezig met het verder uitwerken van een strategie waarin wij dit met zijn allen ook kunnen waarmaken.

Kwaliteit moeten we ook laten zien aan de wereld om ons heen. Goede voorbeelden helpen daarbij enorm. In het Haga Ziekenhuis worden kwetsbare, oudere patiënten met een oncologische aandoening in een gezamenlijk spreekuur gezien door een internist-oncoloog en een internist-ouderengeneeskunde. Zo wordt zorg op maat geleverd en de patiënt beter behandeld. Zo'n initiatief verdient navolging en inspireert ons hopelijk ook om tot innovatieve oplossingen te komen voor de toenemende complexiteit van de zorg. Ongetwijfeld gaan we op de Internistendagen ook weer veel dingen horen die de kwaliteit van ons werk als internist bevorderen. Patricia Stassen is met haar Commissie Internistendagen de afgelopen maanden druk bezig geweest en schetst in dit nummer alvast een aantrekkelijk beeld van wat ons te wachten staat. Ik kijk er nu al naar uit en hoop u allen daar te ontmoeten!

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

NB. In mijn voorwoord in nummer 4 van 2016 schreef ik per abuis over Jos van der Meer als auteur van het artikel over prof. dr. Johan Vreeken. Dit moest natuurlijk Jan van der Meer zijn!

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
8e jaargang, nummer 1, maart 2017

Redactie

Hans Ablij (hoofdredacteur), Karin de Beer, Gysèle Bleumink,
Charlotte Krol, Bas Oude Elberink, Hein Visser,
Wendy van der Wekken

Redactie-adres

Van Zuiden Communications B.V.
E-mail: debeer@vanzuidencommunications.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

Van Zuiden Communications B.V.
Postbus 2122, 2400 CC Alphen aan den Rijn

ISSN 2211-100X

© NIV, 2017

Website NIV: www.internisten.nl

“Gezamenlijk spreekuur heeft echt meerwaarde”



In het Haga Ziekenhuis in Den Haag doen internist-oncoloog Johanneke Portielje (rechts op de foto) en internist-ouderengeneeskunde Frederiek van den Bos sinds enkele jaren samen poli. Zij bieden oudere oncologische patiënten zorg op maat, afgestemd op hun situatie en hun wensen.

Bij de behandeling van een oudere patiënt met een maligniteit bestaat soms twijfel over wat de patiënt aankan en wil. De samenwerking is bedoeld om dat eerst helder te krijgen en op basis daarvan samen te besluiten wat er verder gaat gebeuren. Op het spreekuur worden patiënten met kanker gezien bij wie een complexe behandeling met curatieve intentie wordt overwogen, maar die naast kanker ook andere gezondheidsproblemen of een hoge leeftijd hebben. De patiënten zijn over het

“We kunnen elkaar goed aanvullen met onze specifieke kennis”

algemeen ouder dan 70 jaar. Van den Bos en Portielje bekijken de situatie vanuit hun eigen expertise. Van den Bos: “Ik breng brede kennis in over de interne geneeskunde en de ouderengeneeskunde, en Johanneke vertegenwoordigt het oncologische team. We vullen elkaar goed aan met onze specifieke kennis.”

Vrijuit spreken

De gezamenlijke poli is een dagdeel per week. Van den Bos en Portielje zien dan gezamenlijk één of twee patiënten, waar ook de familie bij is. Op deze poli worden patiënten ver-

wezen vanuit de urologie, gynaecologie, MDL en chirurgie, waarbij advies gevraagd wordt over een patiënt voordat die een heel behandeltraject ingaat. Vooraf wordt met de verwijzers besproken wat de verschillende behandelopties zijn.

Bij de poli zijn tevens verpleegkundigen betrokken. Dat zijn verpleegkundigen ouderengeneeskunde, die gespecialiseerd zijn in de oncologie. Zij doen een ‘comprehensive geriatrisch assessment’, waarbij ze het geheugen, de voedingstoestand, functionaliteit en sociale context in kaart brengen. Die testen gebeuren zonder

de familie, wat als voordeel heeft dat de patiënt vrijuit kan spreken. “We horen dan soms dat de patiënt eigenlijk helemaal niet behandeld wil worden, of dat die het eigenlijk voor zijn vrouw doet en niet voor zichzelf”, vertelt Van den Bos. “Dat is voor ons belangrijke informatie. De resultaten van die gesprekken en testen worden weer besproken met de familie erbij. Daar kan dus uitkomen dat vader of moeder er minder goed aan toe is dan de familie dacht. Of juist beter. Dat is voor de familie vaak een eyeopener.”

Het team maakt een inschatting van de waarschijnlijke opbrengst en belasting van de verschillende behandelopties voor een specifieke patiënt. Dit wordt besproken met de verwijzers en de patiënt en diens familie. Enkele dagen later bezoekt de patiënt nogmaals de verwijzende dokter om een definitieve beslissing over het behandelplan te nemen.

Ruim de tijd

De poli is arbeidsintensief, beamen Van den Bos en Portielje. “We nemen ruim de tijd voor de gesprekken, vooral om uitgebreid over mogelijke uitkomsten van de behandeling te praten en scherp te krijgen wat iemand daarvan vindt”, vertelt Portielje. “Oudere mensen weten vaak heel goed wat zij willen. Zij gaan niet per se voor levensverlenging, maar kijken ook naar behoud van zelfstandigheid. Een toename van 10% in de 5-jaarsoverleving ligt voor een patiënt van 40 heel anders dan voor iemand van 80. De oudere patiënt zet mogelijke winsten in de toekomst veel meer af tegen mogelijke verliezen in het heden door bijwerkingen of complicaties.”

De tijdsinvestering aan het begin van het behandeltraject kan latere problemen voorkomen. Als de situatie van een oudere patiënt niet goed wordt ingeschat, kan dat voor grote problemen zorgen in bijvoorbeeld het postoperatieve traject met langdurige complicaties en IC-opname. Portielje: “Bij ouderen is het dan nauwelijks te verwachten dat nog functioneel herstel optreedt tot hun vroegere niveau. Je kunt dus beter vooraf veel tijd steken in een goed

behandelplan, dan achteraf ernstige problemen te moeten oplossen.”

Minder winst

Bij ouderen vindt volgens Portielje en Van den Bos zowel onder- als overbehandeling plaats, juist doordat ouderen zoveel van elkaar kunnen verschillen. Vitale ouderen lopen het risico te worden onderbehandeld, terwijl overbehandeling juist bij kwetsbare ouderen aan de orde is. “De effectiviteit, bijwerkingen en toxiciteit van behandelingen zijn heel anders als er geriatrische problemen zijn”, weet Van den Bos. “Door systematisch te kijken naar alles wat speelt bij een oudere, kunnen we de oncologische behandeling in een beter perspectief plaatsen en alle gezondheidsrisico’s wege.”

Portielje vult aan: “Er zijn in laatste tien jaar veel nieuwe behandelmogelijkheden gekomen, maar ouderen lijken daar minder winst uit te halen dan jongere patiënten. Omdat oudere patiënten beperkt deelnemen aan wetenschappelijke studies, gaan de resultaten van die studies vaak niet over hen en blijft het bepalen van de optimale behandeling van ouderen een uitdaging. Met onze gezamenlijke poli hopen we de juiste mensen te selecteren voor de juiste behandeling.”

Holistische kijk

Samenwerkingsverbanden tussen de oncologie en ouderengeneeskunde ontstaan volgens Van den Bos en Portielje in veel meer ziekenhuizen, zowel in academische centra als in de periferie. Van den Bos: “Er zijn heel veel situaties waarin het goed is als een dokter met een holistische kijk en specifieke aandacht voor ouderengeneeskunde meekijkt. Denk bijvoorbeeld aan patiënten met hoofdhalstumoren of alvleesklierkanker. Bij complexe patiënten is het goed

als je meteen hun hele situatie overziet en kunt bespreken, en rekening kunt houden met hun eigen wensen en verwachtingen. Patiënten vinden het vaak lastig dat er maar naar één ziekte wordt gekeken, terwijl er toch zoveel meer met hen aan de hand is. Ze zijn vaak bang voor de gevolgen van complexe behandelingen op hun huidige functioneren en vinden het belangrijk dat dit besproken wordt. Hierdoor zijn ze beter in staat keuzes te maken. Het is ook goed om te kijken naar een mogelijk alternatief voor een voorgestelde behandeling en dit af te zetten tegen de te verwachten effecten wat betreft de prognose en kwaliteit van leven.”

Orgaanspecialisten zijn dat volgens Portielje niet zo gewend. “Die hebben vaak een sterke focus op het perfectioneren van een bepaalde behandeling voor een bepaalde aandoening, en niet per se op het selecteren van de juiste patiënten daarvoor of op het overwegen van andere behandelopties. Daarom heeft een holistische kijk echt meerwaarde.”

Klik

Volgens Van den Bos is geriatrische screening al in veel ziekenhuizen opgenomen in zorgpaden van oncologische specialismen, maar is een gezamenlijk spreekuur nog vrij zeldzaam. “Er moeten twee specialisten in een ziekenhuis zijn die dit allebei interessant vinden en het willen gaan doen. De klik moet er wel zijn als je hier samen je schouders onder wilt gaan zetten. Zelf vind ik het een van mijn leukste spreekuren. We zijn allebei geïnteresseerd in zowel de oncologie als de ouderengeneeskunde en we leren veel van elkaar. Voor patiënten is het bijzonder dat zij twee specialisten tegelijk zien. Patiënten vertellen ons dat ze het prettig vinden dat we naar hen als persoon kijken, in plaats van alleen naar de ziekte.” ■

“We horen soms dat een patiënt eigenlijk **helemaal niet behandeld wil worden**”

Meer aandacht voor multimorbide oudere patiënt

Betere zorg voor de oudere patiënt in alle gebieden van de Interne Geneeskunde en andere specialismen in het ziekenhuis. Dat is het streven van de Kerngroep Ouderengeneeskunde van de NIV. Voorzitters dr. Simon Mooijaart en Hilde Royen vertellen over hun opdracht en ambities.

De eerste strategische doelstelling van de NIV is dat de internist het voortouw neemt bij de behandeling van oudere multimorbide patiënten. Dat is een grote ambitie, stelt Mooijaart (internist-ouderengeneeskunde in het Leids Universitair Medisch Centrum). “Daarom is de Kerngroep Ouderengeneeskunde opgericht. Afgelopen zomer zijn wij daarvoor aan de slag gegaan. We hebben inmiddels werkgroepen samengesteld voor onderwerpen zoals wetenschap, richtlijnen en kwaliteit, onderwijs en beroepsbelangen en de regierol van de internist.”

Boeiend

Mooijaart en Royen kenden elkaar voorheen nog niet. Royen (inter-

nist-ouderengeneeskunde in Isala in Zwolle) vindt dat een voordeel, en de twee vormen al zichtbaar een team. “We zijn allebei nog vrij nieuw in het vak. Simon is geregistreerd als internist-ouderengeneeskunde sinds 2014, ikzelf sinds 2016. We brengen ieder onze eigen expertise in: Simon is georiënteerd op wetenschappelijk onderzoek, ik op organisatie van zorg. We vullen elkaar dus goed aan.”

De kwetsbare oudere als geheel blijven zien. Daar moet de Kerngroep volgens Royen en Mooijaart voor gaan zorgen. Dat vraagt van specialisten dat zij zich niet alleen richten op de aandoeningen, maar ook op de mens die ook patiënt is en op diens persoonlijke omstandigheden

en wensen. “Met het groeiend aantal behandelmogelijkheden is er steeds meer specialisatie”, zegt Royen. “Dat heeft als risico dat ook de patiënt steeds verder wordt ‘opgeknijpt’. Het is belangrijk dat er overzicht blijft: een regiehouder met een bredere blik die de algemene behandelrichting bewaakt. Dat is feitelijk de functie van alle internisten, maar die rol kan veel preciezer worden uitgewerkt.” Mooijaart vult aan: “Iedereen heeft wel een beeld bij regie voeren, maar wat houdt het daadwerkelijk in? Het is de vraag hoe de internist de regiefunctie kan blijven houden met steeds verdergaande superspecialisatie. De internist moet oog houden voor de specifieke vragen en doelen bij ouderen en dat inweven in de dagelijkse praktijk. Daarin kunnen de internisten-ouderengeneeskunde hun vakgenoten ondersteunen. Dat kan bijvoorbeeld in een MDO, maar ook door samen patiënten te zien, richtlijnen op te stellen en wetenschappelijk onderzoek te doen.”

Betere onderbouwing

Voor veel behandelingen bij ouderen is nog weinig bewijs. Behandelaren kunnen dus niet terugvallen op de literatuur, en bestaande richtlijnen wat betreft ouderen zijn niet stevig onderbouwd. Een uniform beleid is daarom volgens Royen belangrijk. “Als bijvoorbeeld oncologen op dezelfde manier de kwetsbaarheid van ouderen in kaart gaan brengen, ontstaat een dieper inzicht in de invloed van kwetsbaarheid op behandelbeslissingen en uitkomsten. Zo kunnen richtlijnen beter worden onderbouwd, wat leidt tot betere behandelkeuzes en uitkomsten.” Ouderen herstellen na een behandeling over het algemeen minder gemakkelijk dan jongere patiënten,

“De toename van multimorbide ouderen vraagt om stevige samenwerking”



Hilde Royen

en zij maken daarom andere afwegingen. “Het gaat voor hen meer over waarden”, verklaart Mooijaart. “Kwaliteit van leven en zelfredzaamheid tellen voor hen soms zwaarder dan de kans op overleving. Maar een vitale oudere zal weer een andere afweging maken dan een kwetsbare oudere van 90 jaar. De uitdaging is om deze heterogeniteit een plaats te geven in de manier van werken in alle specialismen.”

De ouderengeneeskunde wil niet altijd een behandeling afremmen of vermijden, benadrukt Royen. “Dat beeld bestaat misschien wel eens over ons vakgebied. We weten inderdaad dat bij ouderen veel overbehandeling plaatsvindt, maar ook onderbehandeling komt regelmatig voor. Ouderen krijgen niet altijd de behandeling waar zij baat bij zouden hebben. Dat is zeker ook een punt dat wij gezamenlijk moeten bewaken.”

Slagkracht

Mooijaart en Royen hebben wekelijks contact en met de andere 10 leden van de Kerngroep is er regelmatig overleg. Met de werkgroepen erbij zijn inmiddels 20 tot 25 mensen actief met het onderwerp bezig. Dat geeft slagkracht en levendigheid, ervaren beiden. Royen: “In Nederland zijn circa 90 internisten-ouderengeneeskunde, van wie een deel in opleiding. Zij zijn verspreid over heel Nederland en werken soms alleen. We hebben inmiddels de Siilo-app die een meerderheid van de internisten-ouderengeneeskunde verbindt. Via deze beveiligde app kunnen zij vragen aan elkaar voorleggen. Zo kan meer contact ontstaan. En sowieso is het fantastisch dat nu ruim een kwart van alle internisten-ouderengeneeskunde actief meewerkt en meedenkt. Ook artsen in opleiding doen volwaardig mee. Naast de Kerngroep werkt de sectie Ouderengeneeskunde aan het opleiden van internisten-ouderengeneeskunde die klaar zijn voor de toekomst.”

Voor de wetenschapsagenda van de Kerngroep zijn al verschillende wetenschappelijke vragen opgeworpen. Daarvoor zal de komende tijd financiering en samenwerking met relevante partijen worden gezocht,



Simon Mooijaart

“Voor veel behandelingen bij ouderen is nog weinig bewijs”

laat Mooijaart weten. “Een vraag is bijvoorbeeld: wat zijn voorspellers van een slechte uitkomst van een behandeling bij ouderen, zoals een heupoperatie, chemotherapie, of het plaatsen van een pacemaker? Al voor zo’n behandeling zien we bepaalde kwetsbaarheden, maar we weten niet precies hoe voorspellend die zijn en wat ze precies voorspellen. We willen toe naar betere patiëntprofielen en betere, op maat gemaakte behandeladviezen. Dit is iets wat we samen met andere specialisten willen gaan onderzoeken en vormgeven. Daarbij richten we ons ook op de samenwerking met collega’s van de Klinisch Geriatrie, die op gebied van wetenschap, richtlijnen en onderwijs veelal met dezelfde onderwerpen bezig zijn.”

Wachten met diagnose

Ook Royen noemt een voorbeeld van een onderzoeksvraag. Van huisartsen krijgt zij namelijk regelmatig ouderen doorverwezen met de vraag of er sprake kan zijn van dementie. Maar zij ervaart dat de patiënt en zijn familie het niet altijd zinvol vinden om die diagnose meteen te krijgen. “Want soms is er een goed steunsysteem en geen directe hulpvraag. Wat is dan het nut van het stellen van een diagnose van een ziekte waarvoor geen behandeling is, terwijl de patiënt die diagnose wel als stigmatiserend

ervaart? Ik heb gemerkt dat sommige patiënten en hun partners daar liever nog even mee wachten, bijvoorbeeld totdat echt hulp nodig is. Het is belangrijk om te onderzoeken of dit klopt en in welke situaties dat zinvol is. Daarnaast zijn er veel andere concrete en basale vragen. Bijvoorbeeld: werkt haldol bij een delier? Ik denk van niet namelijk, maar het wordt wel vaak voorgeschreven, in ieder ziekenhuis”

Met het toenemend aantal ouderen komt er veel werk voor de zorg. Dat vergroot de noodzaak voor een regierol, vindt Mooijaart. “Iedereen heeft recht op hoogspecialistische zorg, maar een kwetsbare oudere is daar niet per se beter mee af. Een holistische blik geeft richting aan de behandeling, in samenspraak met de patiënt.”

Steeds meer behandelaren hebben zo’n brede kijk op de patiënt, merkt Royen. “Ik werk veel met orthopedisch chirurgen en zij zijn echt tevreden als de patiënt recht wordt gedaan door de dingen die wij doen: de medicatie saneren, onderliggende oorzaken goed behandelen, kijken of de situatie thuis veilig genoeg is. Zij zijn oprecht geïnteresseerd in de patiënt als geheel, dat is gegroeid door het systematisch met hen te bespreken. Recht doen aan de oudere patiënt, dat is ons streven.” ■

Doorwerken na het pensioen: een bochtig pad

Gert van Montfrans wilde na zijn pensionering in 2009 niet stoppen met werken. Zijn carrière als gepensioneerd internist verloopt niet rimpelloos. Patiëntenzorg verlenen in een zelfstandig behandelcentrum (ZBC) bleek administratief gezien niet zo eenvoudig. Nu houden wetenschap en lobbywerk rond hypertensie hem voldoende bezig.

Na zijn 65e in het AMC patiëntenzorg verlenen zat er niet in voor internist vasculaire geneeskunde Gert van Montfrans. "Het hoofd van de afdeling Interne Geneeskunde voerde als beleid dat mensen vanaf hun pensioen weg moesten zodat ze de boel niet voor anderen verstopten", zegt de internist. "Dat was geen ziekenhuisbreed beleid, want bij andere specialismen was in deeltijd doorwerken wel mogelijk." Van Montfrans werkte sinds 1981 bij het AMC als internist en onderzoeker gespecialiseerd in de behandeling van hypertensie en later als vasculair geneeskundige.

Spreekuur

Na zijn pensionering bleef van Montfrans actief in de patiëntenzorg: "Ik vind het patiëntencontact hartstikke leuk en dat wilde ik na mijn 65e niet missen. Als je werk je hobby is, dan is het niet zo ingewikkeld om te besluiten dat je nog wilt doorgaan." De internist ging aan de slag bij een ZBC in Amsterdam. Hij werkte er als enige internist tussen de cardiologen. "Ik deed er met veel plezier mijn hypertensiesprekuren,

maar op administratief gebied verliep dit werk niet zo succesvol. Omdat het niet lukte om als zelfstandig internist de passende DBC's vergoed te krijgen, werkte ik onder de vlag van de cardiologen. Dit beviel uiteindelijk niet." Van Montfrans probeerde het vervolgens bij een meer divers werkend nieuw ZBC, weer in Amsterdam. "Ook nu speelden administratieve problemen me parten. Het jonge en onervaren ZBC had moeite om DBC's te declareren waardoor ik alleen voorschotten betaald kreeg. Bovendien wilde een aantal verzekeraars niet met een betrekkelijk kleine internistenpraktijk in dit ZBC in zee zodat ik een deel van het consult bezig was de patiënt uitleg te geven over de vergoeding van onze zorg. Vanuit administratief oogpunt was de periode na mijn pensionering geen briljante loopbaan, hoewel ik het werk enorm leuk vond."

Na vijf jaar stopte van Montfrans met de behandeling van patiënten. Bij dit besluit speelde meer dan alleen de administratieve besommingen een rol. “Zelfs bij een categoriaal spreek-

uur, zoals het hypertensiespreekuur dat ik deed, speelt continue en brede nascholing een rol. Mijn nascholingspunten op het gebied van vasculaire geneeskunde halen was geen probleem. Echter, je moet als arts er altijd op bedacht blijven dat de patiënt ook iets anders kan hebben dan hypertensie. Daarom is een all-round nascholing van belang. In een groot ziekenhuis zoals het AMC gaat dit als vanzelf. Je schoolt passief bij door het dagelijks contact met collega's van allerlei disciplines. Die contacten miste ik in de monokliniek waar ik werkte."

Hypertensie

“Het feit dat ik niet meer met patiënten werk, neemt niet weg dat er voor mij nog genoeg manieren zijn om me met mijn vak bezig te houden”, zegt Van Montfrans. Nog steeds werkt hij als onderzoeker in het AMC hoewel hij het nu op vrijwillige basis doet. De laatste twee jaar publiceerde hij nog over hypertensie in Suriname en over onafhankelijke markers van obesitas in een multi-etnische popu-

“Het feit dat ik niet meer met patiënten werk, neemt niet weg dat er voor mij **nog genoeg manieren zijn om me met mijn vak bezig te houden**”



CURRICULUM VITAE

Naam: Gert van Montfrans

Leeftijd: 72

Opleidingen: Geneeskunde en interne geneeskunde UvA/AMC Amsterdam

Promotie: UvA, 1984

Proefschrift: The variability of blood pressure

Loopbaan:

- 1972 – 1976: District Medical Officer of Health, Kenya
- 1972 – 1981: opleiding interne geneeskunde Binnengasthuis en AMC
- 1976 – 2009: internist vasculaire geneeskunde – AMC Amsterdam
- 2009 – 2016: internist bij twee ZBC's

Huidige functie:

- Lid Medisch Ethische Commissie AMC
- Lid commissie maatschappelijke kwaliteit Hartstichting
- Gastonderzoeker AMC

latie. Zijn stokpaardje is echter de preventie van hypertensie. “Ik geef voorlichting en lobby over de noodzaak van de preventie van hypertensie. De Hartstichting bijvoorbeeld, wil een groter deel van haar fondsen beschikbaar stellen voor preventie. Ik zie dan een kans om de 2 miljoen mensen op te sporen die, zonder het zelf te weten, een hoge bloeddruk hebben. Ik wil nadenken over de manier waarop we huisartsen kunnen overhalen deze patiënten te vinden en over wat we moeten met de miljoenen extra patiënten die dit oplevert. Uit bevolkingsonderzoek blijkt keer op keer dat 30% van de Nederlandse volwassenen hypertensie heeft, van wie de helft dat dus niet weet. Toch blijven we vooral snuffelen aan de mensen met de hoogste risico's op hart- en vaatziekten. Een

grote slag kun je alleen slaan door de veel grotere groep mensen met een kleiner risico op hart- en vaatziekten op te sporen.”

Van Montfrans heeft niet de illusie dat hij en zijn collega's hypertensie de wereld uit kunnen helpen. “Zelfs als dat zou lukken, dan nog kunnen we daarmee hart- en vaatziekten niet uitbannen. Er zijn ook nog risicofactoren als overgewicht en leeftijd. We zien wel dat de sterfte als gevolg van hart- en vaatziekten afneemt, maar daarvoor in de plaats komen weer andere doodsoorzaken. Voorlopig zal niemand 140 worden.”

Jonge klare

Bij zijn pensionering bij het AMC in 2009 moest van Montfrans stoppen met werken in de patiëntenzorg. Dit beleid van zijn toenmalige baas vindt

“Als je werk je hobby is, dan is het niet zo ingewikkeld om te besluiten dat je nog wilt doorgaan.”

vandaag de dag weerklank binnen de NIV en de JNIV: wie met pensioen gaat stopt met werken, want dan houdt hij geen plek voor een ‘jonge klare’ bezet. “Ik voel me niet schuldig dat ik toch nog bleef werken als internist in een ZBC. Je leeft maar één keer. Ik vraag me trouwens af of we als gepensioneerden echt zoveel banen bezet houden. Niet iedere internist wil doorwerken en al helemaal niet fulltime. Dat laatste wil geen enkele oudere specialist meer. Daar komt nog bij dat gepensioneerde specialisten vaak baantjes in nichegebieden aannemen. Gebieden waar de ‘jonge klare’ niet zo snel terecht komt. Waarnemen is een voorbeeld, maar ook werken in het buitenland zoals op de Antillen. Zelf werkte ik in ZBC's waar mijn functie voor mij gecreëerd werd. Daarmee hield ik niemand van het werk af.”

Volgens Van Montfrans is de onzekerheid op de arbeidsmarkt voor jonge specialisten dus zeker niet de schuld van de oudere garde. “Voordat de NIV pensioengerechtigde collega's slapeloze nachten bezorgt omdat ze overwegen na hun pensionering door te werken, moet de vereniging eerst laten zien dat de krapte op de arbeidsmarkt voor jonge internisten daadwerkelijk door doorwerkende oudere internisten komt. Er zijn nu eenmaal altijd periodes waarin er weinig banen zijn, bijvoorbeeld omdat maatschappen bang zijn om, vanwege het macro-economische klimaat, besluiten over uitbreiding te nemen. Dergelijke periodes gaan ook altijd weer over.” ■



ESIM Winterschool 2017

Op 1850 km afstand ofwel 2 uur vliegen vanaf Amsterdam, ligt Riga, de hoofdstad van de Baltische staat Letland. De stad telt 710.000 inwoners, waarvan 45% Lets is en 44% Russisch. Een aantal van hen heette ons gedurende een week welkom tijdens de ESIM Winterschool van 2017.

Na een aanstekelijke opening door dr. I. Ruza ("Get infected with the ESIM spirit and spread it!") begon een week vol lezingen, workshops en klinische presentaties. Samen met collegae uit 23 andere landen leerden we over niet bepaald voor de hand liggende onderwerpen, zoals slaapapneu, doping, non-invasieve beademing, maar ook de meer klassieke internistische zaken als glomerulonefritis en endocriene ziekten kwamen aan bod.

Workshops

In workshops over het ecg en bloedgasanalyses werd ons geheugen weer

opgefrist, waarna de Duitse professor Mueller-Marbach ons leerde een

abdominale echo uit te voeren. Dit omdat Duitse radiologen blijkbaar nauwelijks iets verdienen aan dit onderzoek en daarom vooral CT's en MRI's aanbevelen.

Uiteraard was er ook op het sociale vlak van alles georganiseerd. Een



“Get infected with the ESIM spirit and spread it!”

balletvoorstelling over de Noorse Peer Gynt, vele lokale Letse biertjes en als afsluiting een galadiner met een geïmproviseerd Eurovisiesongfestival.

Overeenkomsten

Al pratende met onze Europese collega's kwamen we erachter hoeveel overeenkomsten er eigenlijk tussen ons waren, ondanks de vele kilometers die onze opleidingsklinieken van elkaar scheiden. Van Griekenland tot IJsland kampt men met overvolle SEH's en improviseert men erop los om zorgbehoevenden ondanks opnamestops te kunnen helpen. Zowel in Finland als in Italië merkt men dat de interne geneeskunde steeds verder versnipperd raakt, met alle gevolgen van dien. Des te meer genoot men van elkaars klinische presentaties

waaruit bleek dat als je buiten de sub-specialistische hokjes denkt, je altijd wel tot een diagnose kunt komen.

Verschillen

Natuurlijk zijn er ook verschillen. Zo hebben arts-assistenten in ons gastland drie verschillende banen om rond te kunnen komen. Ze verdienen ongeveer 400 euro met hun aios-werk, hetgeen ze hooguit verdubbelen zodra ze klaar zijn met hun opleiding tot internist. Om deze reden verlaten veel jonge Letse klaren huis en haard om hun heil te zoeken in Duitsland of een van de Scandinavische landen. Dit maakt mij extra dankbaar voor het feit dat ze voor ons de deuren hebben geopend en ons zoveel hebben geleerd over de interne geneeskunde, elkaar en zelfs een beetje over onszelf. ■



JNIV

SAVE THE DATE!

Wat: het JNIV-evenement

Programma: escape room, pubquiz, cabaret, diner en afsluitende borrel

Wanneer: zaterdag 9 september 2017 vanaf 15.00 uur

Waar: Utrecht

Meer informatie volgt op korte termijn.

Houd hiervoor de nieuwsbrief en de website in de gaten.



Internistendagen 2017

Van 19 tot en met 21 april bent u weer van harte welkom op de 29e Internistendagen in Maastricht. Net als voorgaande jaren zult u tijdens deze dagen uw kennis van de interne geneeskunde in de volle breedte van het vak kunnen ophalen. Er zal ruimte zijn voor jong talent, nieuwe ontwikkelingen en voor een kritische noot.

Op woensdag starten we met de eerste serie praktische 'meet-the-expert'-sessies, waarna onze aios hun onderzoek of bijzondere casuïstiek presenteren. Ook dit jaar hebben wij veel inzendingen ontvangen en de meest bijzondere voor u kunnen selecteren. Aansluitend zal de winnaar van de Spinozaprijs, prof. Mihai Netea, een prachtig verhaal houden over immunologie, waarna dr. Stephanie Klein Nagelvoort Schuit u de toekomst van de internist zal schetsen.

Op donderdag zullen lezingen volgen over onder meer hoop en vrees, plasmatransfusie en efficiënte, patiëntgerichte zorg. Hierna volgen als vanouds de educatieve parallelsessies, georganiseerd door de deelspecialistische verenigingen, waarin u veel nieuwe sprekers zult zien en waar nieuwe ontwikkelingen zullen worden toegelicht en kritisch worden bekeken. Omdat veel kan worden geleerd van het verleden zal ook worden teruggekeken op de geschiedenis van ons vak. Ook de JNIV zal weer een sessie voor haar rekening nemen. Zij hebben schrijver Ivan Wolffers bereid gevonden te zorgen voor een heel prikkelend debat. Is dit desondanks niet spannend genoeg, en bent u op zoek naar de *echte* top, schrijf u dan snel in voor een workshop 'Mount Everest' van Alexander Vlaar. We sluiten de dag af met de terugrapportage van uw gelukstoestand, de presentatie van het nieuwe *Acute Boekje* en de

toppublicaties. Dit alles in een dynamische sessie, die gemodereerd zal worden door Tom van 't Hek.

Op vrijdag maken wij u wakker, na een mooi feest en een ongetwijfeld hilarisch Nijmeegs cabaret, met de Heilige Huisjes. Hierna volgt een lezing over heel bijzondere intoxicaties en een lezing over gentherapie bij hemofilie; dit is zowaar geen science fiction meer. We sluiten af met een klassieker: de Grand Rounds. Dit jaar zullen deze Rounds worden verzorgd door een duo. Naast Loek de Heide uit Leeuwarden zal Jacqueline Stouthard uit het Antoni van Leeuwenhoek u meenemen naar een ongetwijfeld zeer spannende, grote visite.

Kortom, we hopen weer een programma te hebben dat u aanspreekt!

Tot 19 april in Maastricht!

*Namens de Commissie Internistendagen,
Dr. Patricia Stassen*



De hel van Dante

‘Tu fosti, prima ch’io disfatto, fatto’
(Jij was al geboren voordat ik stierf)
Dante, *La Divina Commedia, Inferno, Canto VI*

Met deze hyperbaton – stijlfiguur waarin twee woorden die bij elkaar horen van elkaar gescheiden worden, meestal om een van de woorden te benadrukken, maar hier vooral om het prachtig kabbelende ‘disfatto fatto’ – probeert een zekere Ciacco in de derde cirkel van de hel van Dante aan de schrijver duidelijk te maken dat hij een goed woordje voor hem moet doen bij de levenden in Florence.

Dante maakt in zijn *Divina Commedia* met name in de hel heel handig gebruik van de mogelijkheid om allerlei tijdgenoten aan te wijzen die het niet goed hebben gedaan. In de hoger genummerde cirkels van de hel zitten de mensen die opzettelijk anderen hebben benadeeld, terwijl in de lager genummerde cirkels de mensen zitten die zich uit zwakte hebben laten verleiden tot slechte daden. Ciacco, van wie wij eigenlijk weinig weten, zou bekend staan om zijn vraatzucht, maar Dante deinst er niet voor terug om ook hooggeplaatste burgers en zelfs pausen in de krochten van de hel te situeren.

Wat een heerlijke manier om frustratie van je af te schrijven! Zo kun je Trump in de hel een oneindig hoge muur laten beklimmen, de makers van de zwarte lijsten van verpleeghuizen kun je taakstraffen geven in diezelfde verpleeghuizen, collega’s met onrechtmatig toegeëigende publicaties kun je dagelijks 25 regels laten schrijven: ‘Ik mag geen data van anderen afpakken’. Je kunt dokters die zich tijdens een congres door de farmaceutische industrie laten rondhelicopteren in ruil voor het voorschrijven van bepaalde pillen, zelf dagelijks een baxterrol met 15 verschillende medicamenten te eten geven. Collega’s die zich erop beroemen dat zij uitsluitend evidence-based werken gaan we laten zien hoe het is om op een drukke eerste-hulpafdeling te zijn en niets te kunnen doen.

Helaas is dat dus niet meer origineel. Laat ik mij niet laten verleiden tot te veel geklaag, maar die zwarte lijst van ver-



pleeghuizen was mijns inziens niet zo’n intelligente zet van IGZ. In de hoek waar al zoveel klappen vallen nog eens roepen dat het allemaal niet deugt, getuigt niet van empathisch realisme. Als je het boek *Being Mortal* van Atul Gawande leest, vraag je je überhaupt af of wij het zo slecht doen in Nederland. Het allergrootste goed dat je een fragile oudere kunt afnemen is zijn of haar autonomie. Dat je daarvoor meer veiligheid in de plaats krijgt kan veel ouderen niet zoveel schelen. Ze willen graag hun eigen tempo kunnen bepalen en niet in de routine van een verpleegafdeling ten onder gaan. Als je dan juist de veiligheid disproportioneel gaat uitvergroten, doe je het niet goed. Dan kunnen we iedereen die weleens valt in driepuntsfixatie leggen, je zou er taphofobie van krijgen. IGZ is er dan ook mee gestopt. En Trump? Die heeft geen Dante nodig om in de VS zijn eigen ommuurde hel te maken met Cerberus bij de poort.

REAGEREN?

Wilt u (anoniem) reageren op de tekst van Hein Visser? Dat kan door een e-mail te sturen aan de redactie van *Interne Geneeskunde* via secre@niv.knmg.nl. In de volgende uitgave van *Interne Geneeskunde* worden de meest prikkelende reacties gepubliceerd. Of wilt u zelf de knuppel in het internistenhok gooien? U kunt uw bijdrage van maximaal 550 woorden via hetzelfde e-mailadres aanleveren. Wij zijn benieuwd wat u bezighoudt!

TEKST: HEIN VISSER – BEELD: 123RF

Prof. dr. Coen Stehouwer

“**Klinisch-epidemiologisch redeneren** is een basiswetenschap voor een clinicus”

Wie zijn de dokters die de toekomstige internisten opleiden? In dit nummer van *Interne Geneeskunde* spreken we met prof. dr. Coen Stehouwer die 12 jaar geleden de overstap van het VUmc naar Maastricht maakte, vooral vanwege de grotere mogelijkheden voor onderzoek naar diabetes en hart- en vaatziekten. Van plaatsvervangend opleider aan het VUmc werd hij opleider Interne Geneeskunde in het zuidelijke academische centrum, dat zich laat voorstaan op goed onderwijs. Hoe denkt hij over de verkorting van de opleidingsduur? Wanneer stopt je verantwoordelijkheid als opleider? We maken nader kennis met een gedreven wetenschapper met een duidelijke visie op opleiden in een vak in beweging.

Waarom zou een aios interne geneeskunde naar Maastricht komen?

“Ik denk dat de cultuur en de sfeer heel goed zijn. Omdat we dicht bij elkaar zitten zijn de afstanden kleiner dan in grotere UMC's. Het lukt ons om een homogene groep te zijn. Daar heb je tijdens je opleiding baat bij, omdat de zorg beter geïntegreerd is. We hebben misschien sommige 'specialties' niet, zoals een uitgebreide kliniek Stapelingsziekten, maar we hebben wel alle differentiaties in huis.”

U heeft geneeskunde gestudeerd in Rotterdam. Daar heeft u ook een groot deel van de opleiding tot internist gedaan. Daarna heeft u



“**De verantwoordelijkheid van opleiders** strekt tot en mét ten minste de eerste baan na de opleiding”

gewerkt aan de VU. Waarom bent u naar Maastricht gekomen?

“Dat had met twee dingen te maken. Op een gegeven moment was ik

hoogleraar aan de VU en deed ik veel onderzoek, maar de speerpunten van onderzoek aan de VU waren vooral oncologie en neuroweten-

schappen. Onderzoek naar hart- en vaatziekten en diabetes kon wel – je werd zeker niet tegengewerkt – maar in Maastricht was er meer ondersteuning. Daarnaast werd de afdeling Interne Geneeskunde aan de VU opgesplitst in 9 afdelingen. Ik was daar niet zo'n fan van: het brengt een hoop nadelen met zich mee. In Maastricht zei men: nee, wij kiezen voor het klassieke alles-in-één-huis-systeem. Na 12 jaar vind ik nog steeds dat dat van alle modellen het beste is.”

Wat zou u nog willen veranderen aan de opleiding in Maastricht?

“Klinisch-epidemiologisch redeneren is een basiswetenschap voor een clinicus. Dat verzin ik niet zelf; het is een uitspraak van een beroemde epidemioloog (David Sackett, red.), maar ik ben het er heel erg mee eens. Overdiagnostiek en onderbehandeling, daar heeft ieder specialisme mee te maken. Heeft een test zin of zet een testuitslag je op het verkeerde been? Ik heb mijn uiterste best gedaan om hier een rode draad door de opleiding heen te maken. Daar horen cursusbijeenkomsten bij en we hebben ook programma's waarin mensen eerst promotieonderzoek doen om met die competentie aan de opleiding te beginnen, maar ik vind dat er nog wel wat te winnen is. Mijn ideaal zou zijn dat iedereen dat op een hoog niveau kan, omdat het in feite een basiswetenschap is. Dat geldt voor elke dokter, of hij dat nu wil of niet.”

Het is een voorbeeld van een van de vele competenties die een aios moet hebben. Het palet wordt steeds breder, maar de opleidingsduur wordt korter. Past het nog in 5 jaar en een beetje?

“Daar zit een spanningsveld tussen. Je kunt er op twee manieren naar kijken. We leiden op voor ‘levenslang leren’ en dan is – intellectueel gezien – het tijdstip dat je de licentie afgeeft relatief arbitrair, want daarna ga je toch door met leren. Praktisch gezien is die cesuur juist vreselijk belangrijk, omdat er veel verandert: verantwoordelijkheid, financiën en het dienstverband. Ik ben trouwens opgeleid in vijf jaar en dat is toch ook

“Een eerstejaars aios moet eigenlijk, net als een cursus BLS en ALS, een BKO halen”

nog goed afgelopen. Na mijn opleiding heb ik eerst een jaar op de polikliniek gewerkt en vervolgens twee jaar als chef de clinique. In die drie jaar heb ik de grootste ervarings- en kennissprong gemaakt. Dat was dus nadat ik de licentie al had.”

Hoe geeft u deze veranderingen vorm in Maastricht?

“We bekijken dat per aios en steken veel energie in de transitie van aios naar de eerste baan en daarna. Voor elke aios ontwikkelen we een idee: waar wil deze persoon naar toe? Wie zouden we kunnen benaderen om de kans op die baan zo groot mogelijk te maken? Ik heb de ‘oude’ opvatting dat de verantwoordelijkheid van opleiders strekt tot en mét ten minste de eerste baan na de opleiding. We zijn ook blij dat dat tot nu toe bij bijna 100% van de mensen is gelukt. Het leuke is dat we ook uit de regio terughoren dat zij ook blij zijn met deze mensen.”

In het opleidingsplan Interne Geneeskunde staat nauwelijks iets over het opleiden van coassistenten. Ik ben daar verbaasd over, want het is een belangrijke en dagelijkse taak van aios.

“Je hebt een punt. Zeker in Maastricht, waar aios niet alleen bij de coassistentenopleiding zijn betrokken, maar ook bij de bacheloropleiding van geneeskundestudenten. Wij stimuleren dat ook en raden aios aan om hun Basiskwalificatie Onderwijs (BKO) te halen. We hebben afgesproken dat docenten voor geneeskunde hun BKO moeten halen, maar een aios (voor wie die afspraak niet geldt) is wel degelijk ook een docent. Dat is dus eigenlijk raar. Er is veel voor te zeggen om het in het eerstejaarscurriculum van de aios op te nemen: een cursus BLS, ALS en een BKO.”

Wetenschap is voor u heel belangrijk. Veel aios zijn zoekend: wel of geen (promotie)onderzoek, en wanneer dan? Anderen zijn al gepromoveerd en willen verder. Wat raadt u aios aan?

“Ik denk dat onderzoek voor de gemiddelde internist een verrijking is. Nadat je onderzoek hebt gedaan, kijk je op een totaal andere manier tegen dingen aan en dat blijft de rest van je leven zo. Maar het moet niet, want het moet wel uit jezelf komen. Zo hebben wij dat ook afgesproken: voor de opleiding is het géén voorwaarde om gepromoveerd te zijn. Ik raad mensen die wel willen promoveren aan om dat vóór de opleiding te doen. Wij nemen de beslissing over wel of niet in opleiding komen ook op $t = 0$, dus bij het begin van het promotieonderzoek zodat mensen weten waar ze aan toe zijn.

Als je vóór je opleiding onderzoek doet, moet je wel hopen dat het overeenkomt met je latere interesse. Dat is een nadeel. Een groter nadeel, voor mensen die na hun promotie actief onderzoek willen blijven doen, is dat beurzen dermate competitief zijn geworden, dat je het je eigenlijk niet kunt permitteren om nog een keer van onderwerp te wisselen. De competitie voor bijvoorbeeld een Veni (beurs verstrekt door NWO voor pas gepromoveerde onderzoekers, red.) is zo groot, dat het eigenlijk in één keer raak moet zijn. Dat vind ik een verarming van de wetenschap: een heel groot aantal zeer getalenteerde mensen valt op deze manier af. Niet omdat ze het niet kunnen, maar domweg omdat wij de competitie zo extreem aangezwengeld hebben. Dus wat ik een aios zou aanraden: doe je onderzoek van tevoren. De algemene wetenschappelijke vorming die je dan krijgt is goud waard, ongeacht het onderwerp. Voor diegenen die er later mee willen doorgaan: graag in één keer goed kiezen...” ■

“Ik ben gewoon belangenbehartiger voor de specialisten”



Jitske Haagsma is sinds najaar 2013 adviseur Public Affairs (PA) voor de Federatie Medisch Specialisten in Utrecht. Zij vormt de brug tussen de specialisten, andere partijen in de zorg en de politici in Den Haag. Haagsma vertelt wat haar werk inhoudt.

Public affairs houdt zich bezig met het signaleren van, en inspelen op maatschappelijke veranderingen, politieke besluitvorming en publieke opinie. Deze factoren hangen samen met het functioneren van een organisatie. PA-adviseurs proberen dan ook de belangen van de eigen organisatie op de politieke en maatschappelijke agenda's te krijgen. Haagsma heeft veel contact met mensen binnen de politieke arena, en ook met sleutelfiguren van andere partijen in het zorgveld. “Ik hou maatschappelijke trends in de gaten en probeer daar invloed op uit te oefenen namens de

“Ik hou maatschappelijke trends in de gaten en probeer daar invloed op uit te oefenen namens de specialisten”

specialisten. Wat betekent bijvoorbeeld transparantie of individualisering voor het werk van specialisten en voor zorgorganisaties? Samen met de specialisten formuleer ik standpunten en draag die uit naar buiten. Dat betekent veel lobbyen bij stakeholders, en ook regelmatig contact met PA-adviseurs van andere organisaties.”

Hectische jaren

Haagsma heeft in Utrecht bestuurs- en organisatiewetenschap gestudeerd. Ze heeft altijd veel belangstelling gehad voor onderwijs en

gezondheidszorg. Na de studie ging ze als medewerker in de Tweede Kamer werken voor Pieter Omtzigt. Dat deed ze twee jaar, waarna ze beleidsmedewerker onderwijs en later beleidsmedewerker zorg werd. Het waren hectische jaren: “Nederland zat middenin de crisis. De eurocrisis en de zorg waren twee thema's die voortdurend in de spotlights stonden. De beleidsmedewerker financiën en ik hadden vrijwel elke week avonden spoeddebatten.”

Ze werkte zeven jaar in de Tweede Kamer en kwam via haar werk in contact met de Orde van Medisch

Specialisten. Die vroeg haar om te komen werken als PA. “Maar ik wist niet of ik wel lobbyist wilde worden. Maar toen het visiedocument Medisch Specialist 2015 werd gepresenteerd, was ik daar wel enthousiast over. Ik zag een grote inhoudelijke betrokkenheid, maatschappelijke verantwoordelijkheid en veel aandacht voor de arts-patiëntrelatie. Ik dacht: als dit de weg is die de medisch specialisten zijn ingeslagen, dan wil ik daar iets aan bijdragen.”

Grote Zorgdebat

Het werk van Haagsma draait dus veel om het met elkaar in gesprek gaan over elkaars standpunten. Dat krijgt vorm in bijvoorbeeld het Grote Zorgdebat, dat op 20 februari plaatsvond in het Congrescentrum in Nieuwegein. De Federatie was daarvan medeorganisator. “Voor mijzelf is het wel apart dat ik bij het vorige Zorgdebat, in 2012, aan de kant van de politiek zat en een Kamerlid moest voorbereiden op het debat. Toen werd de bijeenkomst onverwacht groot, met zo’n 1400 bezoekers en een livestream met een bereik van meer dan 45.000 views. Nu hebben we een jaar lang aan dit tweede Zorgdebat gewerkt, met meer dan 25 niet-commerciële zorgorganisaties. We wilden het vooral interessant maken voor mensen die op wat voor manier dan ook in de zorg werken.”

Haagsma is vaak aanwezig bij Kamerdebatten om te horen en zien wat daar gebeurt. Ze werkt feitelijk twee richtingen op: ze brengt gesignaleerde externe standpunten of ontwikkelingen onder de aandacht van de specialisten, en ze zorgt dat het werk en de standpunten van specialisten op het netvlies komen van ambtenaren en Kamerleden in Den Haag. Ze observeert, reageert en anticipeert, en behartigt zo de belangen van medisch specialisten. Ze noemt een voorbeeld van twee jaar geleden: “Er waren signalen dat zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen met de minister gingen praten over transparantie in de tweedelijnszorg. Uiteraard vonden wij dat ook de Federatie daarbij hoorde te zijn. Dat hebben we aangegeven bij de minister en zij vond het goed. We hebben dat overleg in

een paar weken tijd voorbereid, en zo heeft de Federatie kunnen meepraten en laten zien wat al gebeurt aan transparantie en wat onze ambities zijn. Overigens zijn specialisten een heel gevarieerde groep. Het valt dan niet altijd mee om tot één standpunt of een heldere boodschap namens alle specialisten te komen.”

Volumenormen

Ook over volumenormen heeft Haagsma samen met de wetenschappelijke verenigingen veel lobbywerk verricht. Zorgverzekeraars gingen voor hun inkoop namelijk werken met een surplus op volumenormen en betitelden dat als excellente zorg. “Maar volumenormen zijn onderdeel van medische richtlijnen. Het verhogen daarvan zal van invloed zijn op de zorg, en die effecten zouden eerst onderzocht moeten worden. Ik heb met de beleidsadviseurs van de wetenschappelijke verenigingen geïnventariseerd voor welke behandelingen een surplus werd gehanteerd. We wilden daarover in gesprek met de verzekeraars, maar die deur bleef dicht. Tegelijk zagen we de maatschappelijke discussie dat de verzekeraar niet op de stoel van de arts mag gaan zitten. Daarom hebben we de politiek benaderd en het onderwerp werd door verschillende politieke partijen opgepakt. Uiteindelijk kwam er een politieke uitspraak dat verzekeraars niet zelfstandig volumenormen mogen verhogen. Dat was een mooi concreet resultaat.” Haagsma is vooral strategisch bezig: weten hoe procedures zijn, nagaan met wie je spreekt op welk moment en met wie juist niet, allianties sluiten, proactief processen op gang brengen of partijen een beetje afremmen om relaties goed te houden. “Want je hebt elkaar later weer nodig. De discussie moet altijd over de inhoud gaan en mag niet persoonlijk worden.”

VERTROUWEN

Uit de Nivel vertrouwensbarometer bleek dat maar liefst 84% van de bevolking vertrouwen heeft in medisch specialisten. Ook individuele specialisten krijgen hoge cijfers. “Dat vertrouwen is er ook bij politici”, weet Haagsma. “Maar er is regelmatig negatieve berichtgeving in de media. Dat is echt desastreus voor het vertrouwen. Ik werk veel samen met onze woordvoerders en communicatiecollega’s, die ook altijd in gesprek blijven met televisieprogramma’s als *Radar* of *Zembla*. Want vertrouwen komt te voet en vertrekt per paard; je reputatie kan tegenwoordig met één negatieve tweet worden geschaad.”

Het beeld van de buitenwereld over lobbyisten is nogal eens dat zij vaak dure lunches hebben, cadeaus weggeven, en soms zelfs ‘geheime’ besprekingen hebben met hun opposenten. Haagsma prikt die ballon voor haar persoonlijk meteen door: “Ik ben altijd heel transparant over wat ik doe. Als ik politici spreek, dan is dat gewoon bij hen op de kamer. Zij hebben helemaal geen tijd om met mij te gaan lunchen. En het grootste cadeau dat ik ooit heb gegeven is een fles wijn aan een spreker op een symposium. Uiteindelijk ben ik gewoon belangenbehartiger voor de specialisten, net zoals de hele Federatie dat is.”

Verkiezingen

Ook het nieuwe visiedocument *Medisch Specialist 2025* wordt bij politieke partijen onder de aandacht gebracht. Dat zal vooral na de verkiezingen van 15 maart gebeuren, als bekend is hoe het politieke veld er dan uitziet. “Daarom richten we ons nu eerst op de stakeholders in het zorgveld. En na 15 maart gaan we meer in overleg met de nieuwe Kamerleden. Gelukkig staat gezondheidszorg hoog op de politieke agenda, ook bij de achterban van de partijen. Zorg is altijd een onderwerp van gesprek.” ■

“Specialisten zijn een heel gevarieerde groep; het valt dan niet altijd mee om tot één standpunt of een heldere boodschap namens alle specialisten te komen”

Dr. Stephanie Klein Nagelvoort Schuit

“Vanuit de gedachte dat het onderwijs efficiënter zou kunnen is het idee van een e-learning ontstaan”

Wie zijn de dokters die de toekomstige internisten opleiden? In dit nummer van *Interne Geneeskunde* spreken we met dr. Stephanie Klein Nagelvoort Schuit uit het Erasmus MC over e-health. Welke plek heeft e-health op dit moment in ons vakgebied en wat is de toekomst hiervan?

Eigenlijk wilde ze helemaal geen dokter worden. “Ik kon niet tegen bloed”. Econoom moest het worden, net als haar vader. Na opgegroeid te zijn in Amerika koos Klein Nagelvoort Schuit er toch voor om in Nederland te studeren. “Nederland klonk erg leuk om te studeren en dat was het achteraf ook. Daarnaast voelde ik me meer Europees dan Amerikaans en waren de studies in Nederland korter.”

Carrièrepad

Dat de keus toch op geneeskunde viel was te danken aan de brochures met alle studierichtingen die ze kreeg. Omdat ze de eerste keer werd uitgeloot, heeft ze alsnog een jaar economie gestudeerd, waarna ze het jaar erna werd ingeloot voor geneeskunde. “Vanaf het begin wist ik dat ik internist wilde worden, omdat ik het puzzelen zo leuk vond. Bij sollicitatiegesprekken krijg ik er kriebels van als mensen dit zeggen, maar het is wel zo!”, aldus Klein Nagelvoort Schuit. In haar derde jaar is ze onderzoek gaan doen bij prof. dr. Huib Pols, nu rector magnificus van de Erasmus Universiteit. “Ik ben begonnen bij het ERGO-onderzoek met het intypen

van vitamine D-spiegels en van daaruit ben ik doorgegroeid.” Dit heeft tot haar promotieonderzoek bij de endocrinologie geleid. In die tijd moest je eerst kliniek doen dus is ze eerst vier maanden anios geweest in het Zuiderziekenhuis (tegenwoordig het Maasstad Ziekenhuis) waarna ze in opleiding/promotie mocht. Logischerwijs wilde ze endocrinoloog worden, maar uiteindelijk koos ze voor de IC. “Toen ik terugkwam van zwangerschapsverlof en startte op de IC vond ik dit geweldig.” Ze dacht: “Als ik net bevallen ben en het is een chaos thuis en ik vind het alsnog helemaal het einde, dan moet dit gewoon mijn vak zijn”. Ze heeft de IC-opleiding in het Erasmus MC voltooid, maar ze voelde zich altijd meer algemeen internist dan intensivist en wilde graag SEH en IC combineren. In die tijd kwam net de opleiding tot acute internist, waartoe ze retrograad is geregistreerd. Ze heeft de SEH nog een tijdje gecombineerd met de IC, maar dat was lastig met al haar onderwijstaken en het doen van onderzoek ernaast. Daarom heeft ze zich uiteindelijk volledig gericht op de acute geneeskunde. Onderwijs, in de vorm van MedicALS, ALS, ATLS, was iets wat ze veel gaf, al tijdens

haar aios-tijd. Ook in het Erasmus MC, met jaarlijks een grote hoeveelheid nieuwe aios, was veel vraag naar onderwijs. “Vanuit de gedachte dat dit onderwijs efficiënter zou kunnen is het idee van een e-learning ontstaan.” Dit heeft geleid tot de ontwikkeling van abcdeSIM, een ‘serious game’ voor de opvang van spoedeisendehulppatiënten. Naast gebruik hiervan in een toenemend aantal klinieken in Nederland, wordt het ook gebruikt voor training van klinici in het Verenigd Koninkrijk.

E-health

Met deze achtergrond is het niet vreemd dat Klein Nagelvoort Schuit e-health belangrijk vindt voor de toekomst van de gezondheidszorg en voor de opleiding van aios. “We kunnen ons niet voorstellen hoe de wereld eruitziet over tientallen jaren. We moeten zorgen dat we aios opleiden die wat anders kunnen, die de technische kennis hebben en straks de kar kunnen gaan trekken. We moeten niet afwachten. Nu verzinnen de technici van softwarebedrijven wat wij moeten gebruiken, dat is verkeerd, wij moeten zelf aangeven wat wij nodig hebben om beter voor onze patiënten te kunnen zorgen.”

“Vanaf het begin wist ik dat ik internist wilde worden, omdat ik het puzzelen zo leuk vond”



Ze gelooft in een toekomst met telemonitoring, waarmee meer mensen eerder vanuit het ziekenhuis naar huis gestuurd kunnen worden. “De patiënt die we nu opnemen, omdat we twijfelen of het wel goed gaat, die gaan we dan thuis telemonitoren. In Amerika gebeurt dit al op verschillende vlakken: bij de IC; telemonitoring van hartpatiënten; een bewegingssensor bij instabiel lopende patiënten; monitoren of de pillen wel uit het bakje worden genomen.” In het Erasmus MC zijn ze bezig met een telemonitoring-project. “Het werkt fantastisch maar er komen te veel data uit. Met behulp van een sticker op het lichaam van de patiënt kun je vitale parameters, beweging en vallen meten. Het genereert heel veel data en er is een continue informatiestroom. Het is onvoorzien wat we nu met al die informatie moeten.” Daar is wat Klein Nagelvoort Schuit betreft ook een rol voor internisten weggelegd. “Zo moeten we de interne geneeskunde invullen. Als je denkt ‘ik zie dit gat’, dan moet je er ook inspringen en er wat mee doen. En niet wachten tot iemand anders er wat mee doet”.

E-health is ook een belangrijk onderdeel van het visiedocument *Medisch Specialist 2020-2025*, waar Klein Nagelvoort Schuit aan heeft meege- werkt. Een ander belangrijk onder-

“Als je denkt ‘ik zie dit gat’, dan moet je er ook inspringen en er wat mee doen”

werp wat hierin aan de orde komt is netwerkgeneeskunde. “Het gaat erom dat we als medisch specialisten in een groot netwerk werken en dat we onszelf niet meer als los element zien. Maar daar heb je natuurlijk ICT voor nodig om met je huisarts verbonden te zijn of om op afstand patiënten te begeleiden. Maar netwerkgeneeskunde vraagt ook dat je tegelijkertijd kijkt wat er gaande is en dat je je capaciteit en competenties aanpast op je netwerk, op wat er van jou nodig is in je netwerk.”

Tips en tricks voor de drukke internist

Klein Nagelvoort Schuit is met veel projecten tegelijk bezig. Om alle ballen in de lucht te houden heeft ze alles strak georganiseerd in haar dagelijks leven. Om haar tijd zo efficiënt mogelijk te gebruiken heeft ze een aantal handige apps.

Een ervan is *Vbookz*. “Deze app leest pdf-bestanden voor. Die staat op mijn

mobieltje. Op de fiets naar het werk, een half uur heen en half uur terug, speelt het vergaderstukken af. Ook de NEJM-reviews en clinical cases zijn heel leuk om voorgelezen te krijgen.” Een andere tip van haar: ‘Touch it once’. “Elke mail raak ik maar één keer aan. De vuistregel is: als je het binnen 5 minuten kunt doen, dan moet je het meteen doen. Als je het niet binnen 5 minuten kunt doen dan moet je het direct plannen”. Dit doet ze in *Omnifocus*. “Ik zet er dan gelijk bij in welk onderdeel van het werk het hoort, hoeveel tijd ik denk nodig te hebben en wanneer het af moet zijn. Dan zegt het programma wat ik elke dag moet doen. Alles wat 5 tot 10 minuten duurt heb ik onder een speciaal knopje zitten en als ik zit te wachten dan pak ik er daar eentje van.” Twee andere apps die ze geregeld gebruikt zijn *Scribd* en *Audible*, handige apps om luisterboeken af te spelen onderweg van en naar het werk. ■

Na een tuchtzaak...

De redactie van dit blad wilde graag dat ik wat vertelde over het leven tijdens en na mijn mediaoptreden op 28 oktober 2016. Deze wens was overigens uitgesproken op een vergadering waar ik nu net niet bij was. Bij de laatste vergadering was ik er wel bij en werd deze vraag bij me neergelegd. Diep in mijn hart moet ik u zeggen dat ik het wel een beetje gehad heb met 'de zaak'. Ik heb geen enkele behoefte om een rondtrekkende kermisattractie te worden (zoals mijn echtgenote sprak toen ze haar zorgen uitte) omdat ik een tuchtzaak heb gehad en op de televisie ben gekomen.

Maar, zo stelde de andere redactieleden, over 'de zaak' moet het nu juist niet gaan. Het moet gaan over het mediaoptreden zelf en wat er daarna is gebeurd, de spin-off. Wat zijn de gevolgen als een dokter op televisie komt omdat hij tot verantwoording is geroepen voor zijn handelen of niet-handelen en daar openlijk over spreekt? Welnu, dát wil ik wel doen.

De dokter onder vuur

Toen ik vorig jaar via de Federatie Medisch Specialisten werd gevraagd om mee te doen aan de documentaire *De dokter onder vuur*, had ik bedenktijd nodig. Thuis was iedereen unaniem: niet doen. De tuchtzaak lag al bijna drie jaar achter me en het dossier heb ik na de uitspraak ergens in een kast gelegd en nooit meer aangeraakt. Er was echter een probleem met dit veto: het programma werd gemaakt door Frans Bromet, niet de minste, onconventioneel en bovenal eerlijk. Dat was de reden dat ik toch ben ingegaan op het verzoek. Toen ik maanden later op een donderdagmiddag ook nog eens door de redactie van Jeroen Pauw werd gevraagd om de volgende avond rechtstreeks op de televisie te komen praten over mijn erva-

ringen en de documentaire, was mijn vrouw nu toch echt overtuigd dat het eens moest stoppen. Ze was bang dat mijn optredens in de media weinig goeds konden brengen: "Waarom zou je het risico nemen? Laat een ander het maar doen. Het is nu wel klaar met die tuchtzaak.". Maar ik dacht daar anders over. Als je A (Bromet) zegt, moet je ook B (Pauw) zeggen. Pauw had de documentaire gezien en deze zou die maandag worden uitgezonden en het programma zou een goed platform zijn om de documentaire onder de aandacht te brengen bij het grote publiek. Ik vind achteraf dat ik de juiste beslissingen heb genomen.

Bijzondere interviewer

Frans Bromet is een bijzondere interviewer en ook een bijzonder mens. Eigenlijk voelt het niet als een interview. Hij heeft geen vooraf geprepareerde vragen. Hij komt, stelt zich voor en terwijl hij zijn apparatuur uit de tassen haalt, praten we wat over algemene zaken die niets met de tuchtzaak te maken hebben. Hij installeert zijn filmcamera, zonder assistentie, zonder kunstlicht. Hij gaat achter zijn statief met camera zitten en dan ... laat hij je een beetje

praten. En dat bedoel ik letterlijk: hij laat je een beetje praten. Althans, dat gevoel heb je. En dat beetje blijkt dan uiteindelijk heel veel te zijn. Dat heeft te maken met zijn interviewtechniek. Ik denk niet dat je in het handboek over de techniek van een goed interview (dat bestaat vast) zijn onconventionele manier van vragen zult vinden. Zijn filosofie moet de volgende zijn: het verhaal zit in het hoofd van de geïnterviewde en laat hem nou maar gewoon zijn verhaal doen zonder al te veel interrupties, want hoe vaker je vragen stelt en interrumpeert, hoe minder iemand vertelt. De hoofdpersoon is de geïnterviewde. Zijn korte en monotone manier van vragen stellen vraagt om een uitgebreid en levendig antwoord. Bij Pauw had ik tevoren een kort gesprek met de redactie en een kwartier voor de uitzending met Jeroen Pauw zelf. Vragen werden niet doorgenomen, wel dat het niet de bedoeling was om er hard in te gaan. Het onderwerp was te belangrijk en ze waren blij dat we bereid waren te komen praten. Enkele uren voor de uitzending had ik invaliderende zenuwen die gepaard gingen met een immens diepe wens om een grote verdwijntruc uit te voeren, die vervolgens volledig verdween toen ik aanschoof. Ik had maar één gedachte: gewoon eerlijk antwoord geven, meer hoeft je niet te doen.

Positieve reacties

Bij dit schrijven bekruipt me het gevoel dat ik nog ga zitten pochen over hoe goed het allemaal is geworden na de uitzending van de documentaire en mijn optreden bij Pauw.

Niets is minder waar kan ik u verzekeren, van dat pochen bedoel ik. Maar welbeschouwd waren de positieve reacties niet van de lucht en soms zelfs emotioneel en overwelgend. Niet alleen van mijn eigen patiënten, maar ook van collega's uit het hele land. En niet alleen van collega's. Ik kreeg zelfs een mail van de vicepresident van de Vereniging voor Nederlandse Verkeersvliegers, waarin hij stelde dat in de luchtvaart dit soort precaire zaken ook spelen en dat ze daar protocollen en richtlijnen voor hebben. In een latere editie van dit blad zal ik hier nog op terugkomen: de parallellen tussen de gezondheidszorg en de luchtvaart bij calamiteiten. Enkel van mijn patiënten vroegen zich wel af of ik me niet te veel had blootgegeven, met het risico dat patiënten mij niet graag als behandelaar zouden willen hebben bij een verwijzing door een huisarts, of dat mijn patiënten zelfs zouden overstappen naar een andere internist. Dat zou best kunnen, maar daar heb ik dan geen weet van of daar heb ik (tot nu toe) niets van gemerkt. Een van mijn patiënten die ik al jaren onder behandeling heb, een dominee met een groot intellect, vond het rond uit onverstandig wat ik had gedaan. Ik zou me te veel hebben blootgesteld aan de potentiële gevaren van de boze buitenwereld, niet van Bijbelse proporties, maar toch. En passant voegde hij er met een glimlach nog aan toe dat hij, had hij dit allemaal eerder geweten, mij graag psychische nazorg had willen verlenen.

Kwetsbaar

Wat in ieder geval opviel is dat de nieuwe patiënten die ik zag zonder uitzondering positief waren over de documentaire en geen enkele moeite hadden om mij als behandelaar te hebben. Dat heeft niets te maken met



mij als persoon. Het heeft wel alles te maken met de algemene behoefte van de mens aan openheid en eerlijkheid. Zeker als het gaat om de arts-patiëntrelatie. De patiënt bevindt zich immers in de meest kwetsbare positie en wil een onvoorwaardelijk vertrouwen hebben in zijn behandelend arts. Een goede dokter is een aardige dokter, maar een goede dokter is ook een eerlijke dokter én een goede dokter is niet onfeilbaar. En dat laatste weet bijna elke patiënt en bijna elke patiënt vindt dat niet erg en vindt dat zelfs prettig, omdat bij deze wetenschap de patiënt en de arts zich op hetzelfde niveau van het mens-zijn bevinden. Voorwaarde is wel dat je eerlijk bent over je feilbaarheid. Dat heet je kwetsbaar opstellen, een term die ik persoonlijk verafschuw. Iedereen is kwetsbaar en in de gezondheidszorg is de patiënt het meest kwetsbaar. Als ik me dus op de belangrijke momenten

‘kwetsbaar opstel’, dan is dat voldoende en kunnen we weer over tot de orde van de dag? Nee, zo zit het niet in elkaar. Ook de dokter is continu kwetsbaar en dat maakt het vak zo intens en mooi, maar soms ook zwaar. De carrière van een dokter is een tijdslijn (de x-as) met een continuüm van goede patiëntenzorg (de y-as), met regelmatig prachtige momenten en hoge toppen, maar zo nu en dan ook met schrikmomenten en diepe dalen. Momenten waarop je bikkellhard met beide benen op de grond wordt gesmakt. En als je denkt dat alles weer op rolletjes loopt, komt er totaal onverwachts het volgende schrikmoment. Dat de dalen meer impact hebben dan de toppen zit hem in de menselijke natuur om te overleven: negatieve ervaringen worden dieper en langduriger in ons brein opgeslagen dan positieve ervaringen, zodat we de gevaren in de toekomst kunnen ontwijken of elimineren, mochten ze weer op ons pad komen. Het continuüm en de toppen maken het dokteren zo een fantastisch vak. De dalen, in welke vormen en gradaties dan ook, horen daarbij en zijn in wezen onmisbaar om een goede dokter te worden en te blijven. Maar je moet er wel tegen kunnen en dat lukt niet altijd. Maar dat is ook niet erg. ■

Een goede dokter is een aardige dokter, maar **een goede dokter is ook een eerlijke dokter én is niet onfeilbaar**

Julius Roos vertaalt leerdicht over syfilisepidemie

Gepensioneerd internist dr. Julius Roos heeft een vertaling gemaakt van een Latijns leerdicht over de syfilisepidemie die in 1494 in Europa uitbrak. Uitgeverij Athenaeum-Polak & van Gennep publiceert deze vertaling binnenkort. “Het leerdicht heeft grote literaire kwaliteit en is medisch-historisch reuze interessant, omdat syfilis vóór 1494 in Europa niet voorkwam”, vertelt Roos.

Roos is momenteel 75 en heeft 35 jaar als internist gewerkt, met een eigen praktijk aan de Weteringschans (zie *kader*). Na zijn pensioen viel hij allerm minst in een zwart gat. “Dat zit niet in mijn karakter”, lacht hij, terwijl hij zijn verhaal vertelt op de mooie en ruime werkverdieping in zijn statige Amsterdamse woning. “Ik wilde weer gaan studeren. Ik heb altijd belangstelling gehad voor talen en heb mijn oude liefde, het Latijn, weer opgepakt. Ik vond de studie echt geweldig, een verademing. En heel anders dan medicijnen. In plaats van met tweehonderd studenten zit je met z’n twintigen. Er is intensief contact met iedereen, ook met de docenten, en je bent één hechte groep. Er is nog steeds een leeskring met mijn jaargenoten.”

Mooi en interessant

Roos heeft speciale belangstelling voor het Latijn uit de middeleeuwen en renaissance. Hij kwam in contact met *De medicina*, een boek over de geneeskunde dat in de eerste eeuw na Christus is geschreven door Aulus Cornelius Celsus. Roos vertaalde dat met enkele anderen en die vertaling verschijnt binnenkort bij uitgeverij Damon. En hij kreeg ook het leerdicht uit 1530 onder ogen van Girolamo Fracastoro, een in zijn tijd beroemde renaissancegeleerde en medicus. Dat boeide Roos nog meer: “Dat ben ik eveneens gaan vertalen, gewoon voor mezelf, maar gaan-

deweg vond ik het een ongelooflijk mooi en interessant gedicht. Ik dacht: dit moet worden uitgegeven. Toen ik de vertaling klaar had, ben ik op zoek gegaan naar een uitgever. En Athenaeum reageerde enthousiast. Ik heb er tevens een inleiding bij geschreven.”

Een leerdicht is een gedicht dat als doel heeft om de lezer iets te leren. Het leerdicht van Fracastoro beschrijft de syfilisepidemie die na 1494 heel Europa in zijn greep had. Dat was na terugkeer van Columbus uit Amerika. “Er is toen meteen heel veel over geschreven en de ziekte kreeg tientallen namen, zoals de Italiaanse, Duitse, Franse, Engelse en Russische ziekte. De ziekte had een enorme impact en Fracastoro was lang niet de eerste die erover schreef. Maar hij heeft er wel het mooist over geschreven, vind ik. Zijn leerdicht is echt een kunstwerk.”

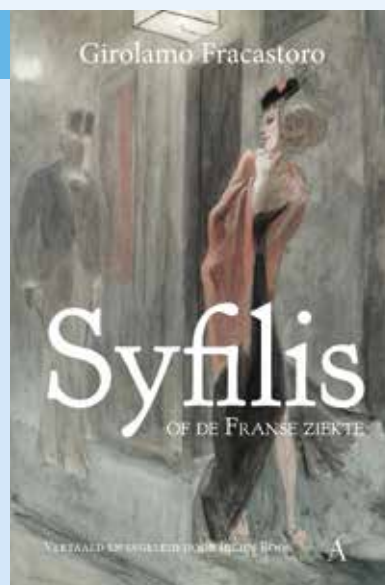


Dr. Julius Roos had jarenlang een voor Nederland unieke, volledig geoutilleerde internistenpraktijk aan de Weteringschans. Die had hij overgenomen van zijn vader, dr. C.J. Roos, die de internistenpraktijk in 1939 oprichtte. Naar hem is de prijs genoemd die jaarlijks tijdens de Internistendagen wordt uitgereikt. Dr. Julius Roos (“Ik ben J.C., mijn vader was C.J.”) was de laatste internist in Nederland die een volledig uitgeruste polikliniek aan huis had. Hij is in 2007 met pensioen gegaan.

[...] Paulatim ver id nitidum, flos ille iuventae
disperit, vis illa animi, tum squallida tabes
artus, horrendum, miseros obduxit et alte
grandia turgebat foedis abscessibus ossa.
Ulcera, pro divum pietatem, informia pulchros
pascebant oculos et diae lucis amorem,
pasquebantque acri corrosas vulnere nares.
Quo tandem infelix fato post tempore parvo
aetheris invisas auras lucemque reliquit [...]

Langzamerhand verging die schone lente, die bloem van de jeugd, die geestkracht. Zijn arme ledematen gingen over in afzichtelijke ontbinding – gruwelijk – en diep vanbinnen zwollen de pijpbeenderen door smerige abscessen.

Lelijke zweren – god zij ons genadig – vraten aan zijn mooie ogen en aan het zo geliefde, gezegende licht daarin, en verslonden zijn door een necrotische wond aangevreten neus. Ten slotte verliet hij diep ongelukkig door zijn lot, de gehate etherische lucht en het levenslicht.



Medicus en astronoom

Fracastoro was medicus en astronoom, een combinatie die destijds gebruikelijk was. Hij beschrijft in het leerdicht hoe besmetting volgens hem plaatsvond: een bepaalde stand van de sterren in 1484 was al een onheilspellend signaal en kleine deeltjes in de lucht zouden de oorzaak zijn van de besmetting. “Fracastoro is later weleens gezien als de ontdekker van micro-organismen, maar dat klopt niet. De deeltjes, die hij semina noemde, waren in zijn ogen dode dingen. Men wist destijds wel dat het een venerische ziekte was, want de afwijkingen deden zich voor op de geslachtsdelen, maar doordat syfilis heel besmettelijk is, leek het soms ‘zomaar’ te ontstaan. Daarom geloofde men in de theorie van de verontreinigde lucht.”

Al meteen na het uitbreken van de epidemie werd de link gelegd met de terugkeer van Columbus, maar zelfs tot zo’n tien jaar geleden heeft altijd twijfel bestaan of de ziekte er al eerder was in Europa. Roos is ervan overtuigd dat de ziekteverwekker met Columbus is meegekomen. “De ziekte was toen endemisch in Amerika en is vanaf 1494 endemisch in Europa. Vóór die tijd vind je geen enkele beschrijving van syfilis in de literatuur. Fracastoro beschrijft op een fantastische manier de reis van Columbus en hoe de bemanning in contact kwam met de lokale bevolking. Ze ondergingen een heel ritueel om de ziekte te genezen en

“Het leerdicht van Fracastoro is **echt een kunstwerk**”

Fracastoro beschrijft ook het geneesmiddel dat daar werd gebruikt. Dat is het guajakhout, dat ook in Europa lange tijd een rol heeft gespeeld bij de behandeling van syfilis.”

Nog geen immuniteit

Fracastoro schrijft tevens dat de ziekte al vrij snel van karakter veranderde: van een heel snel verlopende ziekte tot een meer chronische aandoening. Die omslag komt waarschijnlijk doordat aanvankelijk nog geen enkele immuniteit bestond



Guajakhout

tegen syfilis. De ziekte dunde de bevolking uit, maar tegelijk groeide de immuniteit. “Syphilis bleef eeuwenlang een desastreuze ziekte. Tegenwoordig is het eenvoudig te behandelen. Maar met name de laatste fase van de ziekte, waarover we in de collegebanken nog steeds leren, zien we nu nauwelijks meer. Eén dosis penicilline en je bent ervan af.” Een leerdicht was toen een gebruikelijke vorm om kennis over te dragen. Niet alleen wilde men het voorbeeld van de Latijnse meesters volgen, maar in dichtvorm is de tekst ook gemakkelijker te onthouden als deze werd voorgedragen. Het leerdicht van Fracastoro telt zo’n 1500 versregels, verdeeld over 3 hoofdstukken en is nog steeds interessant, vindt Roos. “Als literair product is het een juweeltje. Het is spannend om te lezen en er is veel fantasie in verwerkt. Hij houdt epische uitweidingen over de reis van Columbus en schrijft ook heel fantasieerijk over de ontdekking van de kwikbehandeling. Ik hoop dat medici het gaan lezen, of studenten of historici. Het is al in veel talen uitgegeven en ik ben trots dat er nu ook een Nederlandse vertaling is.” ■



De NIV en haar geschiedenis

De Nederlandse Internisten Vereniging (NIV) is met haar toekomstgerichte beleid gewend om vooruit te kijken. Dat gaat zeker niet veranderen, maar nu is er ook een Commissie Geschiedenis gevormd onder voorzitterschap van dr. Arie Berghout. Deze commissie zal, zoals verderop zal blijken, diverse activiteiten gaan ontwikkelen om de geschiedenis van de interne geneeskunde in Nederland meer onder de aandacht te brengen. In het verleden zijn er diverse momenten geweest waarop de NIV juist achteromkeek en haar eigen geschiedenis in kaart probeerde te brengen. Zo werd in 1981 ter gelegenheid van het 50-jarig bestaan van de NIV een jubileumboek uitgegeven dat was samengesteld door een redactie bestaande uit de internisten Geerling, Lindeboom, Querido, Roos en Schalm en dat als titel had *Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981*. In dit boek lieten diverse vooraanstaande internisten hun licht schijnen over allerlei voor de NIV relevante ontwikkelingen uit de voorafgaande 50 jaar.

10 jaar later, ter gelegenheid van het 60-jarig bestaan, verscheen er weer een boek met nu als titel *De internist in Nederland*. In dit onder redactie van De Leeuw en Thijs uitgebrachte boek, neemt de geschiedenis een veel minder prominente plaats in en gaat het vooral over de problemen waarmee de internist zich in het laatste decennium van de vorige eeuw geconfronteerd zag. Het volgende boek verscheen nog maar 5 jaar daarna, als de NIV 65 jaar oud is geworden. Dit door Bellaar Spruyt, Huis in 't Veld en Muller samengestelde boek kreeg de veelzeggende titel *Van Binnen naar Buiten* mee. Het lijkt erop dat de redactie hiermee heeft willen beklemtonen dat de tijd van de 'ivoren toren' en het naar zichzelf kijken definitief voorbij was voor de internist en dat de NIV veel meer naar buiten zou moeten gaan treden. In 2006, bij het 75-jarige bestaan van de NIV ver-

scheen er weer een boek, ditmaal onder redactie van Hillen, Ablij, Huis in 't Veld-Schimmel, Van der Meer, Van Megchelen en Meinders. Het heet *Interne Geneeskunde; pijler van de moderne gezondheidszorg* en is een mix van veel geschiedenis en een beetje visie op de toekomst. Het is interessant dat de redactie in het voorwoord schrijft dat dit het tweede lustrumboek is en daarmee dus impliciet de ter gelegenheid van de andere lustra uitgekomen boeken als non-existent of op zijn minst als onbeduidend kwalificeert. Misschien heeft dit wel te maken met een andere zinsnede uit datzelfde voorwoord: "Internisten zijn geen geschiedschrijvers". Als dat laatste al waar is, gaat dat nu toch zeker veranderen.

Commissie Geschiedenis

De NIV heeft nog niet zo lang geleden een Commissie Geschiedenis ingesteld. Over de missie van deze

commissie valt op de website van de NIV het volgende te lezen:

"Gezien het belang van historisch besef bij het functioneren als internist, de rol van geschiedenis bij het plaatsen van het huidige internistisch handelen in context en perspectief, de historische achtergrond van de wetenschappelijke ontwikkelingen op het terrein van de interne geneeskunde, en ten slotte de noodzaak van historisch inzicht in de ondersteuning van de behandeling van de patiënt, is een Commissie Geschiedenis van de NIV ingesteld. De commissie houdt zich bezig met:

1. het inhoud geven aan de geschiedschrijving van de interne geneeskunde in Nederland;
2. het op de agenda van de internist en de assistent brengen van de betekenis van medische geschiedenis;
3. het helpen beantwoorden van vragen die de huidige interne geneeskunde aan de geschiedenis wil stellen."

De commissie tracht haar doel te bereiken door diverse activiteiten, zoals publicaties in het NIV magazine (onder andere de portretten van markante internisten), het organiseren van 'witness seminars' (bijeenkomsten waarbij mensen nog getuigenissen kunnen afleggen over bepaalde historische figuren of ontwikkelingen) en het verzorgen van een jaarlijkse historische lezing. Ook wil de commissie zich nadrukkelijk presenteren tijdens de jaar-

lijkse Internistendagen. Verder wil de commissie het historisch besef aanwakken bij degenen die nog in opleiding zijn en daarom is ten minste een van de commissieleden een arts-assistent.

Het zal misschien nog niet bij eenieder bekend zijn maar het mekka van de Nederlandse medische geschiedenis, het Trefpunt voor de Medische Geschiedenis in Nederland (TMGN), bevindt zich in, of zo u wilt op, Urk. Iedereen die ook maar een beetje belangstelling heeft voor de medi-

sche geschiedenis in Nederland moet hier dan ook ten minste eenmaal in zijn of haar leven zijn geweest. De Commissie Geschiedenis zal gaan bewerkstelligen dat er voor internisten en assistenten voldoende momenten komen om zelf kennis te nemen van de grote hoeveelheid historisch materiaal die daar ligt opgeslagen en beschikbaar is voor onderzoek.

Ook aan het NIV-magazine zal de commissie blijven bijdragen. Er zullen nog een aantal internistenportretten verschijnen, maar daar-

De Commissie Geschiedenis roept hierbij alle internisten graag op om onderwerpen aan te dragen voor de toekomstige nummers van *Interne Geneeskunde* en voor de diverse bijeenkomsten die georganiseerd gaan worden. U kunt uw suggesties sturen naar: p.deleeuw@maastrichtuniversity.nl.

naast zal aandacht worden besteed aan diverse onderwerpen die voor internisten een historisch belang hebben. ■

JNIV

The patient in the lead?

The doctor knows best?

De grenzen bereikt
of grenzeloos?

Hoe voorkom ik
een klacht?



De JNIV snapt er niets meer van!

Over de zin en onzin van shared decision making

Een diabeet krijgt insuline en voor kanker geef je chemotherapie, tenzij iemand oud of krakkemikkig is natuurlijk. Die afwegingen maken we echt wel en dat deden we al jaren, maar nu moet het weer allemaal anders! 'Shared decision making'; patiënten worden steeds mondiger en *moeten* en *zullen* betrokken worden in het behandelproces, maar klopt dit wel? Is shared decision making echt nuttig, of is het gebakken lucht? En als die mondige patiënt nu besluit een klacht in te dienen? Dan sta je er met al je goede bedoelingen alleen voor! De JNIV snapt er niets meer van. Soms dan.

We zien – en horen – jullie graag op de internistendagen bij de JNIV Opiniesessie met een debat over shared decision making, ervaringen van een dokter als patiënt en 'hoe ontwijk je een klacht in 30 minuten'?

In de mix: Yvo Smulders, Titia Vriezendorp, Jan Wolffers en Joost Hoekstra.

Internistendagen 2017, MECC Maastricht
Donderdag 20 april, 13.45 uur





De medicus in de schilderkunst

Het doktersbezoek van Jan Steen

“Hier baet geen medesijn, want het is minnepijn” en de fascinatie voor de ‘lijdende’ jonge vrouw

Een huishouden van Jan Steen, het is alom bekend wat we hiermee bedoelen. Jan Steen was de schilder van gewone mensen en huiselijke en dagelijkse taferelen. Zijn schilderijen geven een prachtig inkijkje in het dagelijkse leven van de burgerij in de 17e eeuw, als ware het een ‘tableau vivant’: druk, chaotisch, nooit een tekort aan wijn, eten en muziek, en vooral oergezellig. Je hebt als beschouwer steeds de wens dit humoreske en uitbundige leven even binnen te stappen als je voor een van zijn schilderijen staat, om vervolgens met een volle maag en dronken van wijn en wellust terug te keren naar je eigen tijd.

Naast het alledaagse leven had Jan Steen blijkbaar ook een fascinatie voor de dokter, althans, dat zou je denken. Hij is in ieder geval de eerste schilder die ‘het doktersbezoek’ als genrestuk in de olieverf heeft gezet.

Jan Steen

Jan Havickszoon Steen (1625-1679) werd, net als zijn jongere collega Rembrandt van Rijn, geboren in Leiden. Hij ging naar de Latijnse school aan de Lockhorststraat in Leiden, waar ook Rembrandt zijn hoger onderwijs had genoten. Om aan allerlei plichtplegingen te ontkomen schrijft hij zich op 20-jarige leeftijd in aan de Universiteit van Leiden. In 1648 treedt hij toe tot de eeuwenoude Sint Lucasgilde in dezelfde stad. De fijnschilders uit

de gouden eeuw zijn sterk beïnvloed door de stijl van Michelangelo Merisi da Caravaggio, beter bekend als Caravaggio. Deze Italiaanse autodidactische kunstschilder uit de barokperiode werd geroemd om zijn rauwe theatrale Bijbelse ‘werkelijkheid’. Ook Jan Steen kan als caravaggist beschouwd worden en heeft de theatrale stijl van Caravaggio, maar dan voor het ondermaanse leven. De grimas van het lijden en de dood in de werken van de Italiaan heeft bij de Nederlander plaatsgemaakt voor de grijns van de lichte en alledaagse kant van het bestaan. Na verblijven in Den Haag, Delft, Warmond en Haarlem, keert hij in 1670, na de dood van zijn vader, terug naar zijn ouderlijke huis in Leiden. De laatste jaren bracht hij schilderend en drinkend door. Hij overleed in 1679 in zijn geboortestad en is bijgezet in de Pieterskerk.

De dokter van Jan Steen

Opvallend is dat de dokter van Jan Steen altijd op bezoek is bij een jonge vrouwelijke patiënt. We zien hem nooit een huisbezoek brengen aan een oude bedlegerige zieke die werkelijk de hulp nodig heeft van een medicus. Niet dat de dokter veel kon doen in de gouden eeuw en daarvoor. Een beetje piskijken, klysmen en aderlaten tot je er letterlijk bij neerviel, dat was het wel zo’n beetje. Maar ook de piskijker kijkt bij Jan Steen naar de pis van een jonge patiënte, een patiënte die er overigens best mag wezen. Haar goed gevulde boezem staat in schril contrast met de oude vrouw

(waarschijnlijk haar moeder) die naast de dokter staat en vol bewondering meekijkt naar het licht dat door de kolf met urine schijnt en de blijde gedachte dat ze misschien oma wordt nauwelijks kan verhullen. Nee, Jan Steen had geen fascinatie voor de dokter, hooguit voor kwakzalvers. Hij was wel gefascineerd door de lijdende jonge vrouw, die gebukt ging onder minnepijn of zwangerschap. En de dokter werd veelal afgebeeld in de kleding die al 100 jaar eerder gedragen werd door 'il dottore' uit de *Commedia dell'Arte*, van een charlatan dus. Of Jan Steen een weinig hoge dunk had van de medisch stand is moeilijk te zeggen. Het was in ieder geval niet de teneur in de gouden eeuw, getuige de vele anatomische lessen die zijn geschilderd, onder anderen door Aert Pietersz, Rembrandt, vader en zoon Van Mierevelt en ga zo maar door. Op al deze schilderijen is het duidelijk te zien: geneeskunde is een serieuze zaak, uitgeoefend door serieuze wetenschappers die in een statige pose rond het lichaam van de ter dood gebrachte crimineel stonden en sober gekleed waren zoals een chirurgijn betaamt. Juist, een chirurgijn en geen piskijker. Want piskijken werd in de tijd van Jan Steen al beschouwd als een pseudowetenschap. De nefroloog-uroscop van weleer had zijn beste tijd gehad en kon in de 17e eeuw al niet meer serieus worden genomen. Hij was al langere tijd verbannen naar het dorpsplein, waar ook kluchten werden opgevoerd, allerhande brouwsels aan de man werden gebracht en kiezen werden getrokken met timmermansgereedschap. En dat is nu juist de reden dat deze piskijkende en polsvoelende kwakzalver een dankbaar onderwerp was voor de schilder. Het onderwerp paste uitstekend in zijn visie op de alledaagsheid van het bestaan van de goegemeente, met burgers die waarschijnlijk meer waarde hechtten aan 'doctores medicinae van het dorpsplein', dan de wetenschappelijke elite. Dat de urine het diagnostische instrument was om een zwangerschap te bevestigen en de polsslag recht evenredig was met de ernst van minnepijn, was voor de man en vrouw op straat waarschijnlijk maar al te waar.

Het is allemaal de schuld van de baarmoeder

Jan Steen verwijst in zijn doktersbezoeken op vele manieren naar het feit dat het bij de jonge patiënte om 'mal d'amour' gaat. Zonder uitzondering zijn de om hulp vragende dames toonbeelden van Hollands welvaren en de verovering waard voor elke potentiële minnaar. Op de achtergrond van een van zijn schilderijen snuffelt een hondje aan het achterwerk van een ander hondje, een teken van lust. Een schilderij aan de muur met de liefdesscène tussen Adonis en Venus, de luit aan de muur als symbool van liefde en onkuisheid, amor of een cupido boven de deuropening, het rode potje van aardewerk met smeulende kolen en een brandende veter daarin die in deze tijd als lakmoesproef diende om zwangerschap aan te tonen dan wel uit te sluiten. Kortom: alles wijst op een duidelijk geval van minnepijn of zwangerschap. En de bron van al deze ellende? Dat was de baarmoeder! Een differentiaaldiagnose was er niet. De uterus was gestuwd en gevuld met vocht en damp van verderfelijke aard ('suffocatio uterina'). Er was sprake van een ernstig verkrampde baarmoeder



'De piskijker' van Jan Steen

('morbus virgineus' door 'obstructio') met als gevolg een scala aan klachten die heden ten dage vergelijkbaar zijn met SOLK (somatisch onvoldoende verklaarde lichamelijke klachten). En alsof dat nog niet genoeg was kon het orgaan ook nog uit de schoot loskomen en door het lichaam gaan dwalen om zo andere vitale organen negatief te beïnvloeden of aan te tasten. Dit kon uiteindelijk leiden tot 'passio hysterica', een in potentie dodelijke aandoening, zo dacht men. Om de zieke uterus weer gezond en wel op haar oorspronkelijke plek te krijgen was er maar één remedie: een minnaar of echtgenoot, of in ieder geval het inlossen van de wellust ('furor uterinus'), op welke manier dan ook. De theorie van de 'dolende uterus' als oorzaak van allerlei klachten bij jonge vrouwen werd overigens al gebruikt bij de Egyptenaren in 2000 v.Chr. en ook Hippocrates (400 v.Chr.) ondersteunde dit idee. Sigmund Freud heeft rond 1900 de theorie van de zieke baarmoeder gebruikt in zijn behandeling van conversienurosen, waarin het opwekken van een orgasme bij de lijdende jonge vrouw de oplossing bood voor al haar psychisch leed. Een theorie die allang verlaten is en de behandeling, hoe bevredigend soms ook, daarom obsoleet is geworden.

Maar daar is het Jan Steen natuurlijk allemaal niet om te doen. Hij heeft duidelijk een zwak voor de 'lijdende' jonge vrouw (wie niet, zou ik zeggen), want liefde en zwangerschap kunnen soms schijnbaar ondraaglijk lijden veroorzaken. ■

Yvo Smulders



“Kijk ’s mam”...

... riep ik een krappe 40 jaar geleden toen ik eindelijk een spagaat kon maken. Het is voorwaar een prestatie als je ledematen diametraal een verschillende kant op wijzen, nietwaar?

De UMC's bevinden zich ook in een spagaat. Hun ledematen zorg, onderzoek, onderwijs en opleiding hebben het bepaald niet gemakkelijk met elkaar. Voorheen waren de academische ziekenhuizen iconen van opleiding en zorg, plekken waar je wilde zijn, waar het onderzoek van topdokters de grote gaten in de geneeskunde vulde. Zo plukken patiënten van alledag nog immer de vruchten van onderzoek dat Borst in het Binnengasthuis deed, om maar wat te noemen.

De spagaat begon een jaar of 20 geleden, toen de UMC's het hoog in de bol kregen en alleen nog grootse en meeslepende 'topklinische' zorg wilden verlenen. De marktwerking sloot daar naadloos bij aan. "U bent academisch, dus te duur voor diabeteszorg", spreken de minister en verzekeraars in koor. Wat 'topklinisch' is blijft overigens onduidelijk. Persoonlijk vind ik multimorbiditeit bij een oudere bijvoorbeeld veel ingewikkelder dan zeventdelijnschemotherapie bij gemetastaseerd ewingsaroom. Hart- of hersenchirurgie dan? Dat is heel complex, maar toch vooral in logistiek opzicht. En logistieke uitdagingen kunnen grote perifere ziekenhuizen vaak beter de baas dan academische, zo leren ons vele voorbeelden.

Met de zorg vernauwde ook het onderzoek van de UMC's. Geen Borst meer die essentiële hypertensie onderzoekt, maar een tsunami van (basaal) onderzoek dat, zo stellen UMC-bestuurders, vooral moet aansluiten bij de patiëntstromen. De Gezondheidsraad concludeerde recent terecht dat dit onderzoek qua maatschappelijke relevantie veel te weinig oplevert, ondermeer omdat het te weinig over alledaagse ziekten gaat. De raad stelde daarom voor dat de academici hun onderzoek dus maar moeten uitvoeren in omliggende ziekenhuizen, waar nog patiëntengroepen worden gezien die er maatschappelijk gezien meer toe doen. Dat gaat moeilijk worden, vrees ik. De perifere ziekenhuizen staan onder grote productie- en budgettaire druk en onderzoek kost altijd tijd en dus geld. De STZ-ziekenhuizen zullen al helemaal niet met open armen klaarstaan en beweren de UMC's ook eigenlijk helemaal niet nodig te hebben voor wetenschappelijk onderzoek. "Geef dat geld maar aan ons", zeggen ze, "wij weten er wel raad mee". Onderwijs en opleiding, de basis van academia, heeft ook steeds minder te zoeken in de UMC's. Docenten die vanuit hun topreferente tronen neerdalen op studenten geven in toenemende mate aan geen onderwijs in hun *specialisme* meer te kunnen geven, alleen in een *klein stukje* daarvan. Aios zullen steeds meer uit de UMC's vertrekken, omdat ze het echte vak daar niet meer kunnen leren. Is een longstage nog populair als je grotendeels pulmonale hypertensie ziet, omdat dit toevallig het topreferente speerpunt is? Kun je iemand oncologie leren als de 'gewone' colon- en mammacarcinomen naar perifere zorgstraten zijn verhuisd? Als er niets gebeurt, leiden de UMC's de aios straks alleen nog één of hooguit twee jaar op in kleine 'topklinische' hoekjes van het vak.

Deze column is een tikkie zuur. Sorry daarvoor. Ik ben niet geheel optimistisch over de toekomst van de UMC's, die hun bestaansgrond inleveren voor een wazig alternatief met dito business case. Van een zekere gezamenlijkheid om in Nederland taken af te stemmen hoef je van ziekenhuizen weinig te verwachten. Vooral de STZ-ziekenhuizen zijn maar wat blij met de mogelijkheden die de UMC's bieden om hun positie te versterken. Velen klagen over marktwerking, maar bij zorginstellingen lijkt de concurrentie-impuls steevast sterker dan de gevoelde noodzaak om taken af te stemmen in het belang van goede zorg voor zieke mensen. De minister kijkt het rustig aan, onder het mom van "concurrentie brengt het beste in mensen naar boven". Dat is waar, Edith, maar hetzelfde geldt voor het slechtste.

De UMC's moeten zichzelf dringend heruitvinden en zich realiseren dat hun kennis en kunde op het gebied van opleiding, onderzoek en zorg op topniveau niet alleen een unieke waarde hebben, maar tevens onlosmakelijk met elkaar zijn verbonden. Een spagaat is leuk, maar niet als het het eerste stadium van vierdeling is. "Kijk 's mam, ik word uit elkaar gerukt."