

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 2
JAARGANG 8
JUNI 2017

Magazine voor de internist



Liesbeth van Rossum

De complexe aanpak van overgewicht

**Ziekte en gezondheid op
56 graden noorderbreedte**
Rudi Westendorp

Opleiders aan het woord
Suzanne Geerlings

**Bijna klaar met je opleiding
en dan?**
Suzanne Linger-Wever

**Beeldverslag Internistendagen
2017**

Historie
Geschiedenis tijdens de
Internistendagen

Column Yvo Smulders
Stop de reanimatievraag



INTERVIEW

6

Momenteel heeft de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht en 13% obesitas. De aanpak daarvan is bijzonder complex. “De obesitasepidemie is niet op te lossen met alleen adviezen om gezonder te eten en meer te bewegen”, weet internist-endocrinoloog prof. dr. Liesbeth van Rossum, hoogleraar Obesitas en Biologisch Stressonderzoek aan het Erasmus MC in Rotterdam en medeoprichter van het Centrum Gezond Gewicht.



Ziekte en gezondheid op 56 graden noorderbreedte
Interview met Rudi Westendorp over werken in Denemarken

10



“Er is een mooie balans tussen het vak overdragen aan de volgende generatie en zelf ook nog dokter zijn”
Interview met opleider Suzanne Geerlings

12



Doorwerken na het pensioen: “boeiend en zinvol”
Interview met Jan Karel Eeftink Schattenkerk over doorwerken na je pensionering

26

Benoeming erelid NIV

14

Wetenschapsagenda

Interne Geneeskunde 15

JNIV-enquête 2017 16

In de **spotlight** 18

Beeldverslag Internistendagen 2017

20

Ingezonden brieven 22

Bijna klaar met je opleiding, en dan? 24

RUBRIEKEN

Historie 28

Geschiedenis tijdens de Internistendagen

De knuppel in het internistenhok 31

Nieuwe wijn in nieuwe zakken, want de jeugd heeft de toekomst

De medicus in de schilderkunst 32

Wetenschap en liefde van Pablo Picasso

Column Yvo Smulders 34

Stop de reanimatievraag





16th

European Congress of Internal Medicine

Thinking outside the box in a world of limited resources

MILAN
31 August - 2 September
2017

ABSTRACT SUBMISSION

Abstract Submission Deadline
Authors Notification
Eposter Submission Deadline

April 26, 2017
June 9, 2017
August 2, 2017

REGISTRATION

Early Registration Deadline
Regular Registration Deadline

July 5, 2017
August 18, 2017



DOWNLOAD THE SCIENTIFIC PROGRAM www.ecim2017.org

Follow us





Millennials

Ben je zo tussen 1980 en 2000 geboren, dan sta je te boek als millennial. In de populaire pers krijg je het dan flink voor de kiezen. Millennials zouden narcistische, verwende grote kinderen zijn, die aan keuzestress lijden als luxeprobleem. Tussen het nemen van een selfie en het drinken van een soy latte zouden ze vooral aan zichzelf willen werken. Natuurlijk komt deze kritiek vooral van de babyboomers of hun opvolgers, generatie X, die zelf al hun schaapjes op het droge hebben.

Onze assistenten in opleiding, die voor het grootste deel tot dit demografisch cohort behoren, maken op mij een heel andere indruk. Hardwerkend, betrokken, gretig op zoek naar kennis en het leren van nieuwe vaardigheden. Het balanceren tussen werk en privéleven is niet altijd gemakkelijk in de veeleisende tijd waarin wij leven. Omstandigheden als een overspannen huizenmarkt of schaarste aan banen helpen daar niet bij.

In dit nummer daarom verdiend veel aandacht voor deze nog jonge generatie (bijna-) internisten.

In een persoonlijk verhaal laat Suzanne Linger-Wever zien dat een nieuwe baan niet vanzelf komt. Haar tips voor de jonge klare zijn goud waard en zouden verplicht leesvoer moeten worden in de opleiding.

Hans Ablij gooit de knuppel in het internistenhok en stelt de 'jonge klare' tegenover de 'oude onklare'. Kun en wil je het vak aan het einde van je carrière nog op toptniveau bedrijven? Voor hemzelf is het antwoord wel duidelijk. Voor een collega als Jan Karel Eeftinck Schattenkerk ook: inmiddels 8 jaar na zijn officiële pensioen is hij nog druk bezig met het vak en de hiv-zorg in het bijzonder. Voor hem, net zo goed als voor opleider Suzanne Geerlings die ook in dit nummer wordt geïnterviewd, is overdracht van kennis aan de jongere generatie boeiend en noodzakelijk.

Omdat de jeugd zoals gezegd de toekomst heeft, kijkt de NIV samen met haar jonge leden vooruit. Op een strategiebijeenkomst in juni, hebben jonge en oude(re) leden gekeken naar de strategische thema's voor onze vereniging in de komende jaren. Daar is ook een belangrijke rol weggelegd voor de nieuwe generatie internisten. Die selfie en die soy latte kunnen immers altijd nog.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
8e jaargang, nummer 2, juni 2017

Redactie

Hans Ablij, Karin de Beer, Gysèle Bleumink (hoofredacteur),
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



De complexe aanpak van overgewicht

Momenteel heeft de helft van de Nederlandse bevolking overgewicht en 13% obesitas. De aanpak daarvan is bijzonder complex. “De obesitasepidemie is niet op te lossen met alleen adviezen om gezonder te eten en meer te bewegen”, weet internist-endocrinoloog prof. dr. Liesbeth van Rossum, hoogleraar Obesitas en Biologisch Stressonderzoek aan het Erasmus MC in Rotterdam en medeoprichter van het Centrum Gezond Gewicht.

Van Rossum kreeg tijdens haar studie sterke interesse in het onderwerp via een onderzoeksfellowship aan de Universiteit van Maryland in Baltimore (Verenigde Staten). Dat was eind vorige eeuw, in de tijd dat het vethormoon leptine net was ontdekt. “Dat leek toen de ‘holy grail’ om de eetlust af te remmen. Ik heb daar biologisch en mechanistisch heel veel geleerd. Ik besepte dat er bij obesitas veel meer aan de hand is dan alleen maar veel eten. Waarom heeft iemand honger? Waarom raakt iemand niet verzadigd? Waar liggen de verschillen in stofwisseling tussen mensen? Dat soort vragen vond ik toen al erg interessant.”

Genetische variatie

Van Rossum studeerde cum laude af en promoveerde later eveneens cum laude. In haar onderzoek was zij geboeid door zowel obesitas als

hormonen. Haar promotieonderzoek ging over de individuele, genetisch bepaalde gevoeligheid voor corticosteroiden. “We hebben inmiddels die genetische variatie in kaart gebracht. Wie genetisch gevoelig is voor het stresshormoon cortisol, heeft meer aanleg voor onder meer obesitas, diabetes en depressie.”

In 2004 startte Van Rossum haar opleiding tot internist. Zij wilde wel wetenschappelijk onderzoek blijven doen en vroeg op advies van haar promotor prof. Steven Lamberts in 2008 een VENI-subsidie aan bij NWO, die werd toegekend. “Daardoor bleef ik tijdens mijn opleiding betrokken bij het onderzoek. Ik werkte zelf in de kliniek en begeleidde een promovendus in het lab. Dat was mijn passie: het combineren van onderzoek en klinisch werk.”

Met de VENI-subsidie werd een nieuwe methode ontwikkeld om retrospectief het stressniveau van een individu te bepalen door het meten van cortisol in hoofdhaar, wat het chronische cortisolniveau in het lichaam weergeeft. Dat bood talloze

nieuwe mogelijkheden voor onderzoek naar stressgerelateerde ziekten, bijvoorbeeld de relatie tussen stress en overgewicht.

Intensief traject

Met kinderarts-endocrinoloog dr. Erica van den Akker richtte Van Rossum het Centrum Gezond Gewicht op, een samenwerking tussen het Erasmus MC, Franciscus Gasthuis en het Maasstadziekenhuis. Doel is om bij patiënten met obesitas de oorzaken van het overgewicht op te sporen, bijvoorbeeld endocriene ziekten of genetische afwijkingen, en op het individu afgestemde behandelingen te ontwikkelen. In 2011 vonden de eerste poli's plaats en in 2014 werd het centrum officieel door Koningin Máxima geopend. Een jaar later volgde een Best Practice benoeming door Zorginstituut Nederland.

Een van de behandelvormen betreft een multidisciplinair behandelprogramma. “Middels cognitieve gedragstherapie worden gedachten en gedrag beïnvloed en slechte eetgewoonten, die vaak onbewust zijn

Patiënten met zeldzame ziektebeelden kunnen ons veel leren over de werking van het menselijk lichaam

Inhalatiecorticosteroiden hebben een **sterke relatie met buikomtrek en overgewicht**

ingeslopen, doorbroken. Dat combineren we met gezonde voedings- en beweegadviezen. Die combinatie blijkt heel effectief. Het is een intensief traject waarmee we goede langetermijnresultaten behalen. Als onvoldoende effect wordt bereikt, kan voor een bariatrische ingreep worden gekozen.”

Het centrum werkt ook aan betere diagnostiek van overgewicht. DNA-onderzoek vindt plaats bij bepaalde opvallende symptomen en kenmerken, zoals jonge beginleeftijd van obesitas, extreme eetlust, rood haar, ptosis of hoog palatum. Bij zo’n 15% van de patiënten bij wie dit DNA-onderzoek wordt verricht, blijkt sprake van een obesitas-genafwijking. “Interessant is dat medicatie beschikbaar komt voor bepaalde genafwijkingen”, laat Van Rossum weten. “Momenteel vinden daarmee fase III-trials plaats en het Erasmus MC is een van de onderzoekslocaties hiervoor. Daarnaast is het voor deze patiënten belangrijk dat zij snappen waarom ze zo gemakkelijk in gewicht aankomen. Ze hebben al veel geprobeerd en zijn vaak heel verdrietig dat niets lukt. Door de maatschappij krijgen ze ook nog eens de schuld in hun schoenen geschoven. Kennis draagt bij aan begrip en acceptatie door de

omgeving. Dat geldt ook voor obesitas die niet door genetica wordt veroorzaakt.”

Cortisol

De leerstoel van Van Rossum omvat niet alleen obesitas, maar ook stresshormonen. Zij doet onderzoek naar met name cortisol. Verhoogde productie daarvan resulteert in meer buikvet en verhoogd risico op onder meer diabetes, dyslipidemie, hypertensie en depressie. Met de ontwikkelde meetmethode in hoofdhaar blijken mensen met verhoogd cortisol een hoger risico te hebben op obesitas. Bij kinderen met het hoogste cortisol is dat risico wel tien keer hoger. Of de langetermijnwaarde van cortisol thuisloopt in het rijtje van de bekende risicofactoren voor hart- en vaatziekten, gaat Van Rossum onderzoeken met een recent toegekende NWO Vidi-subsidie.

Ook exogene corticosteroiden zijn een risicofactor, heeft Van Rossum recent ontdekt. Zij heeft dat onderzocht in het cohort van de Lifelines-studie, die in Noord-Nederland plaatsvindt onder 165.000 mensen. “Het blijkt dat 10% van hen systemische of lokale middelen gebruikt die corticosteroiden bevatten, zoals oren oogdruppels, neusspray, inhalatiemiddelen, crèmes en gewrichtsinjecties. Er is een duidelijke relatie met buikomvang en metabool syndroom. In de poli’s van het Centrum Gezond Gewicht hadden we zelf ook al geconstateerd dat veel mensen met obesitas dit soort middelen gebruiken, meer dan tweemaal vaker dan mensen met een normaal gewicht. Met name nasale en inhalatiecorticosteroiden hebben een sterke relatie met buikomtrek en obesitas, maar ook met de andere aandoeningen van het metabool syndroom. De relaties

zijn het sterkst bij vrouwen. Deze effecten van lokale corticosteroiden waren tot nu toe niet zo bekend. Vervolgonderzoek zal aantonen of het verband inderdaad causaal is. Het zet je wel aan het denken, want in Nederland gebruiken per jaar bijna 6 miljoen mensen middelen met corticosteroiden. Af en toe een crème zal niet zo schadelijk zijn, maar inhalatiecorticosteroiden worden vaak dagelijks gebruikt. Longartsen in het Sint Franciscus Gasthuis hebben al vastgesteld dat bij de helft van de mensen met obesitas en astma afvalen beter helpt dan astmamedicatie.”

Onbekende relaties

De verklaring voor de relatie ligt mogelijk in het feit dat corticosteroiden specifiek trek geven in hoogcalorische voeding. En er zijn aanwijzingen dat suikerrijke voeding de cortisolproductie kan stimuleren, waardoor iemand in een vicieuze cirkel kan komen. Chronisch verhoogd cortisol bevordert vetstapeling in de buikstreek en onderdrukt bovendien de functie van bruin vet, dat een rol speelt bij de verbranding. Maar zowel mensen zelf als behandelaren leggen deze relaties vaak niet, mede doordat daarover nog nauwelijks iets bekend is.

Ook andere medicijnen kunnen bijdragen aan gewichtstoename. Van sommige antidepressiva, antipsychotica en anti-epileptica is dat wel bekend, maar volgens Van Rossum zijn er nog meer. “Bijvoorbeeld bepaalde bètablokkers, maagzuurremmers, middelen tegen allergie, antidiabetica ... Het is goed als behandelaren bij de keuze van een medicijn ook afwegen wat het effect kan zijn op het gewicht.”

Combinatie van veel factoren

Het traditionele idee over obesitas is dat dit ontstaat door ongezonde voeding en te weinig beweging. Dat is dan ook terecht de focus van preventieve maatregelen. Maar als iemand al obesitas heeft, werken die onvoldoende. “Een abonnement voor de sportschool werkt niet bij iemand die al obees is. Die persoon zal uit schaamte niet gaan, en bovendien

CONTRAST TUSSEN POLI’S

Liesbeth van Rossum doet twee soorten poli. Op haar endocrinologiepoli ziet zij patiënten met bijvoorbeeld de ziekte van Cushing, problemen met de bijnieren of de schildklier, of neuro-endocriene tumoren. “Deze mensen krijgen vaak veel steun vanuit de omgeving”, vertelt zij. “Een groot contrast met de mensen die ik zie binnen het Centrum Gezond Gewicht. Vrijwel elke nieuwe patiënt barst daar in tranen uit. Zij zijn heel open en eerlijk, maar staan vaak alleen.”



CURRICULUM VITAE

Naam: Liesbeth van Rossum

Leeftijd: 41 jaar

Opleidingen:

- 1993 Gymnasium, 1e VCL, Den Haag
- 1998 Research fellowship, Baltimore VS
- 2000 Geneeskunde, Rotterdam (cum laude)

Promotie: 2005, Rotterdam (cum laude)

Proefschrift: Variation of the Glucocorticoid Receptor Gene: Consequences for Body and Brain

Loopbaan:

- 2010 Internist-endocrinoloog, Erasmus MC, Rotterdam
- 2016 Hoogleraar Gezond Gewicht en biologisch Stressonderzoek, Rotterdam

Nevenfuncties:

Bestuurslid Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie, Lid De Jonge Akademie (KNAW), Voorzitter Partnerschap Overgewicht Nederland, Voorzitter programmacommissie jaarlijkse Dutch Endocrine Meeting, Voorzitter Young Erasmus Academy, Bestuurslid van Stress-NL, Lid van verschillende (inter)nationale adviesraden op het gebied van obesitas, Lid Task Force Nationale Wetenschapsagenda 'Gezondheid en Preventie'

Goede diagnostiek naar oorzaken wordt bij obesitas vaak niet gedaan

is echt sporten helemaal niet aan de orde. Deze mensen hebben goede begeleiding nodig bij het bewegen, om beschadiging van hun gewrichten te voorkomen. Maar bewegen gaat ook over simpele dingen. Bijvoorbeeld lang stilzitten doorbreken met 'fidgeting': met je voeten wiebelen of je pen bewegen in je hand. Dat blijkt het risico van langdurig stilzitten op te heffen. Daarnaast kun je op je werk bijvoorbeeld vaker opstaan om koffie te halen of naar de printer of naar een collega te lopen. Ook voldoende slaap en het vermijden van stress zijn belangrijk."

In de behandeling kijkt Van Rossum naar de hele situatie van de persoon. Ook de cultuur speelt mee: in een cultuur waar eten belangrijk is, kan het moeilijk of onbeleefd zijn om minder te gaan eten. "Feitelijk zijn er veel factoren die kunnen bijdragen

aan gewichtstoename. Vaak is er niet één oorzaak aan te wijzen, maar gaat het om de combinatie van alle factoren samen. Daarom is goede diagnostiek zo belangrijk. Maar die wordt bij obesitas meestal niet gedaan. Het is nodig om alle bijdragende factoren in kaart te brengen. Goede diagnostiek is de basis van een effectieve aanpak."

Niet vergoed

De eerste stap in de behandeling van obesitas is een gecombineerde leefstijlinterventie door een psycholoog, fysiotherapeut en diëtist. Dit staat al sinds 2010 in de zorgstandaard, maar wordt niet vergoed en wordt daarom nauwelijks gedaan. Van Rossum voert daarom namens de NIV vanuit het Partnerschap Overgewicht Nederland, waar ze recent ook voorzitter van is gewor-

den, veel gesprekken met het ministerie van VWS, NZA en verzekeraars om de interventie in het basispakket te krijgen. "Binnen het Centrum Gezond Gewicht doen we de interventie wel. Deze wordt lokaal vergoed door verzekeraars omdat we er mooie resultaten mee behalen. Maar over het algemeen wordt alleen bariatrie vergoed. Mensen die daar niet voor in aanmerking komen, worden niet geholpen en vallen in een gat. Ze krijgen soms zelfs het advies om eerst nog meer aan te komen, zodat ze wél een maagoperatie kunnen krijgen. Gelukkig zijn we met de instanties inmiddels zo ver dat vanaf volgend jaar een deel van de interventie in het basispakket zal komen. Dat heeft veel tijd en inspanning gekost, maar ik ben blij dat we dit hebben bereikt. Want ik vind het stuitend dat ik mensen niet kan doorverwijzen naar een programma waarvan we weten dat het effectief is. Veel mensen knappen fysiek, mentaal en metabool enorm op. Dat is fantastisch om te zien." ■



Ziekte en gezondheid op 56 graden noorderbreedte

Mensen in Denemarken gaan gemiddeld twee jaar eerder dood dan in Nederland, maar zijn gedurende hun leven aantoonbaar gelukkiger. Hun kortere levensverwachting kan goed worden verklaard doordat Denen meer roken en vaker overmatig alcohol gebruiken. Sommigen van hen beargumenteren dat zij dáárom zo gelukkig zijn, maar die hypothese is niet wetenschappelijk te onderbouwen.

Voor de rest zouden Denemarken en Nederland zoveel op elkaar lijken dat je zonder problemen van het ene naar het andere land kunt verhuizen. Niet voor niets zijn wij onder invloed van de Vikingen en onze intensieve handelsbetrekkingen genetisch niet van elkaar te onderscheiden. Maar na ruim twee jaar in Denemarken te zijn ondergedompeld moet ik zeggen dat die gelijkheid bij nadere beschouwing niet staande is te houden; het land is waarlijk sociaal-democratisch ingericht en daardoor werkt het anders. Om het verschil in één zin samen te

vatten: in Nederland ga je voor jezelf, maar niet ten koste van de groep; in Denemarken ga je voor de groep, maar niet ten koste van jezelf.

Geel kaartje

Toen ik op 2 januari 2015 als inwoner van de gemeente Kopenhagen werd geregistreerd kreeg ik een geel kaartje uitgereikt waarmee ik toegang kreeg tot alle lagen van de gezondheidszorg. Binnen zes weken was ik door het systeem als niet-gescreendesignaleerd en kreeg per post een buisje opgestuurd voor een bloed-in-je-poep-onderzoek. Daarenboven moest mijn vrouw zich nog melden om haar borsten en baarmoeder te laten onderzoeken. Publieke verantwoordelijkheid voor niet-gescreende inwoners, daar houdt men niet van. Waar ik mij ook meld – bij de huisdokter, het ziekenhuis of de opticien – iedereen voert mijn kaartje door de reader en daarmee komen online de noodzakelijke gegevens beschikbaar. Niet alleen het systeem meent dat dit effectief

en efficiënt is, maar persoonlijk vind ik het een zegen dat ik overal met dezelfde gegevens bekend sta. Is in Denemarken het '1984-scenario' van George Orwell verwezenlijkt? Dat is geenszins het geval omdat het zeer strak is geregeld wie, wanneer en waarom tot welke gegevens toegang heeft, en dat alles onder direct parlementaire controle.

Geen ziektekostenverzekeraars

Denemarken heeft een goed toegankelijk en hoogstaand gezondheidszorgsysteem opgebouwd, dat functioneert zonder ziektekostenverzekeraars. Bij publieke systemen denken we in de regel aan de NHS in Engeland, maar Denemarken is een ander voorbeeld. In de kern betaal ik mijn premies via taxatie en het parlement besluit hoe deze middelen worden uitgezet. De ziekenhuizen zijn onderdeel van het overheidsapparaat, 90% van de artsen is in loondienst. Desondanks is de artsenij een gewilde beroepsuitoefening en op de middelbare school moet je

de hoogste cijfers hebben behaald wil je in aanmerking kunnen komen voor een opleidingsplaats. Huisartsen gelden als de grootverdieners, alles binnen de redelijke grenzen natuurlijk, denk aan een balkenendenorm. De Denen houden er een 'lean' organisatiemodel op na en al het management dat niet strikt noodzakelijk is wordt subiet verwijderd. De gezondheidzorg is daarop geen uitzondering. Het prijskaartje dat aan de zorg verbonden is bedraagt circa 10% van het bruto nationaal product, inclusief de ouderenzorg, en dat is 3% minder dan in Nederland.

De publieke organisatie maakt dat de ziekenhuizen elkaar niet op leven en dood beconcurreren omdat zij allemaal onderdeel uitmaken van een en hetzelfde parlementair georganiseerde systeem. Het ontbreken van marktwerking betekent niet dat heilzame prikkels ontbreken. Het wisselen van biologische voor synthetische lenzen is inmiddels dermate routine geworden dat dit, in analogie met de positie van de opticiens, door private partijen wordt uitgevoerd. Wanneer je gezichtsvermogen is vertroebeld kun je je in Denemarken, zonder tussenkomst van de huisarts, op staatskosten laten voorzien van twee nieuwe exemplaren. Grofweg 10% van de medische behandelingen wordt op deze wijze uitgevoerd door private partijen, maar dit is nog steeds binnen het publieke bestel georganiseerd. Een tweede voorbeeld: twee derde van de ziekenhuisinkomsten vloeit direct uit de

staatskas en een derde wordt *indirect* voldaan via de gemeente. Met deze financiële doorzettingsmacht houdt de gemeente het aantal opnames in toom en wordt ook voorkomen dat patiënten te vroeg naar huis worden ontslagen op straffe van een financiële korting. De gemiddelde opname duur is met 3,7 dagen het kortst binnen de Europese Unie en de goed ingeregelde digitale systemen dragen daar in belangrijke mate aan bij.¹

Medische faculteit

Om de verhouding tussen medische faculteit en ziekenhuis te begrijpen, moeten we voor een vergelijking met Nederland 25 jaar terug in de tijd. De medische faculteit is in Denemarken een onlosmakelijk onderdeel van de universiteit en heeft van daaruit relaties met een groot aantal regionale 'teaching hospitals', om het maar eens Amerikaans te typeren. Het Rigshospital, pal naast de medische faculteit in Kopenhagen, heeft wel een speciaal karakter omdat daar zeldzame ziektebeelden en technieken worden toegepast. Maar dat wordt in de eerste plaats zo georganiseerd om de zorg effectief en efficiënt te houden. De positie van het Rigshospital met betrekking tot de faculteit is er niet anders dan bij de overige ziekenhuizen en klinisch werkende professoren kom je overal in de regio tegen. Wat in Nederland met het benoemen van hoogleraren in perifere ziekenhuizen schorvoetend is begonnen, is hier gemeengoed. In alle ziekenhuizen heerst

een levendige onderzoekscultuur die in regionaal verband wordt afgestemd, met als gevolg dat het onderzoeksterrein veel breder is dan ik in Nederland gewend was. In het Rigshospital wordt vooral kundig onderzoek verricht naar bijzondere aandoeningen. In de andere ziekenhuizen is men erop gericht om bijzonder onderzoek te doen naar de oorzaken en behandelingen van veel voorkomende ziekten.

Publieke gezondheid

Bij mijn vertrek uit Nederland heb ik mijn witte jas aan de kapstok laten hangen en ben ik nu werkzaam binnen de publieke gezondheid. Eens werkend op de afdeling intensieve zorg van het Leids Universitair Medisch Centrum, had ik nooit gedacht dat het daar 20 jaar later van zou komen. Het is aantrekkelijk dat de onafhankelijke positie van de medische faculteit in Kopenhagen maakt dat zij eigen richting kan geven aan de onderzoeksportefeuille die zij belangrijk vindt. Zo is de afdeling Public Health met meer dan 250 medewerkers naar Nederlandse maatstaven ongekend groot. Binnen het transfacultair georganiseerde Center for Healthy Aging wordt het verouderingsproces bestudeerd, vanaf de cel tot aan de maatschappij.² Dit interdisciplinair georganiseerde onderzoek is van groot belang om de zorg voor ouderen goed te doorgronden. Om Andries Querido te parafraseren, een Nederlandse arts die in belangrijke mate gezichtsbepalend was voor de geneeskunde in de tweede helft van de 20e eeuw: je moet ziekte en gezondheid begrijpen in de samenleving waarin zij ontstaan. Dat is eens te meer belangrijk omdat de kwaliteit van leven op hoge leeftijd in toenemende mate door andere dan strikt medische oorzaken wordt bepaald. Denen waarderen hun leven op (zeer) hoge leeftijd met bijna 9 uit 10 punten, en dat komt niet omdat je in Denemarken bent gevrijwaard van het proces van veroudering. ■

Literatuur

1. [Http://healthcaredenmark.dk/the-case-of-denmark/hospital.aspx](http://healthcaredenmark.dk/the-case-of-denmark/hospital.aspx).
2. [Http://healthyaging.ku.dk/](http://healthyaging.ku.dk/).



Prof. dr. Suzanne Geerlings

“Er is een mooie balans tussen het vak overdragen aan de volgende generatie en zelf ook nog dokter zijn”

Wie zijn de dokters die de toekomstige internisten opleiden? In dit nummer van Interne Geneeskunde spreken we met prof. dr. Suzanne Geerlings, die nu drie jaar opleider Interne Geneeskunde is in het AMC te Amsterdam. Hoe kijkt zij terug op haar eigen loopbaan en wat is haar visie op de huidige opleiding tot internist?

Je bent momenteel bijna 25 jaar arts. Welke periode was tot nu toe de leukste?

Elke periode in een carrière heeft haar charmes. Maar mijn assistententijd was misschien wel het meest bijzonder. Het is een zeer intensieve tijd. Ik doorliep een groot deel van mijn opleiding perifeer, in Apeldoorn. Ik kan me nog goed herinneren dat er een heftige reanimatie was. Na afloop stond ik met mijn supervisor op de gang en ik realiseerde me: “Wow, dit is mijn werk”. Ik zag in dat het geen tijdelijke stage was, maar dat dit mijn werk was en zou blijven.

Momenteel vind ik mijn werk ook heel leuk. Er is een mooie balans tussen het vak overdragen aan de volgende generatie en zelf ook nog dokter zijn. Ik hou van mijn academische baan met al haar facetten. College, research, elke dag is anders.

Welke periode was tot nu toe het meest spannend?

Qua patiëntenzorg was de assistententijd het meest spannend. Je maakt

alles voor het eerst mee, je bent voor het eerst dokter en voor het eerst verantwoordelijk voor patiënten. Als je een medicijn verkeerd voorschrijft, heeft dat grote gevolgen. Ik weet nog goed dat ik in mijn eerste jaar de diensten doodeng vond.

De huidige spanningen zijn van een andere soort: een praatje op een internationaal congres, een nieuwe workshop geven of een moeilijke vergadering voorzitten.

Hoe heb je je eigen opleiding tot internist ervaren?

De opleiding was in mijn tijd totaal anders dan nu. Er waren geen KPB's, geen voortgangsgesprekken en geen keuzestages. Ik deed twee keer een IC-stage, zowel in Apeldoorn als in Utrecht. Toen ik aankaatte dat ik al een IC-stage had gedaan, was het antwoord: “Nou, dan kun je het lekker goed”. De opleiding ging meer over de bedrijfsvoering dan

over de arts-assistent. De opleiding betekende voornamelijk zaalwerk. Afgezien van een stage IC, poli en consulten, bestond de hele opleiding hieruit.

Momenteel voeren aios in het eerste jaar viermaal een voortgangsgesprek met hun opleider. Ik heb de eerste jaren nooit een gesprek met mijn opleider gehad. Pas in het vierde jaar, sprak ik een half uur met hem. Het ging over welke kant ik op wilde, ik kan me het gesprek bijna woordelijk herinneren, het was heel zinvol.

Welke zaken zou je graag veranderen aan de huidige opleiding tot internist?

Ik vind de periode dat aios nu op zaal zitten (1 jaar) te kort. In het begin is het ‘overleven’, er komt verschrikkelijk veel op je af. Je moet managen, op tijd visite lopen. Als je eindelijk de logistiek doorhebt, is de stage alweer voor de helft voorbij. Tijdens mijn

“Binnen het AMC weet men wie voor wat verantwoordelijk is. En dat moet ook in een ziekenhuis, vaagheid leidt tot onveiligheid”

opleiding was er door het vele zaalwerk meer tijd voor verdieping.

Ik vind ook dat we doorgeschoten zijn in het registreren. De voortgangsgesprekken met aios vind ik nuttig. Aios maken vaak zelfs een afspraak tussendoor, dus er is behoefte aan praten met de opleider. Maar we moeten te veel competenties langslopen en invullen. Die competenties zitten inmiddels wel in onze hoofden, we moeten meer vertrouwen hebben dat die wel aan bod komen. Ik zou zijn voor een goed gesprek, waarna je drie items notuleert: wat gaat er goed, wat kan er beter en hoe is dit te bereiken.

De ingezette trend van individualisering vind ik goed. Het is belangrijk samen met een aios na te denken over een goed pad en een baan aan het einde van het traject.

Wat is er uniek aan de opleiding tot internist in het AMC?

Ik kan zelf moeilijk een vergelijking maken omdat ik al lange tijd in het AMC werk, maar van anderen hoor ik vaak dat de laagdrempeligheid van het AMC erg gewaardeerd wordt en bijzonder is. We spreken elkaar, tot de raad van bestuur aan toe, aan met de voornaam. De cultuur is ontspannen, maar aan de andere kant wordt er op zeer hoog niveau patiëntenzorg bedreven. De organisatie lijkt dus plat, maar de hiërarchie is tegelijkertijd voor iedereen duidelijk. Men weet wie voor wat verantwoordelijk is. En dat moet ook in een ziekenhuis. Vaagheid leidt tot onveiligheid.

Wat ben je bovenal: dokter, opleider, wetenschapper of ben je bezig met het verbeteren van de kwaliteit van zorg?

Dokter. En daarna opleider. Maar deze twee zijn nauw met elkaar verbonden. Ik ga zo naar beneden om samen met een aios een patiënt te zien. Ik ben dan niet alleen dokter, maar ik laat de aios ook zien hoe zij een probleem kan aanpakken.

De wetenschap vind ik heel leuk en is ook de reden om academisch te werken, maar mijn onderzoek is altijd klinisch toepasbaar en heeft als doel de patiëntenzorg direct te verbeteren.



“Mijn onderzoek is altijd klinisch toepasbaar en heeft als doel de patiëntenzorg direct te verbeteren”

Zou je weer dokter worden als je opnieuw voor een carrière zou staan? Welke doelen heb je nog?

Ja, daar hoef ik niet over na te denken. En ook internist, het is het allerleukste en een prachtig vak. Ik vind dat ik op termijn de taak van opleider weer aan een ander moet doorgeven.

Op het moment dat ik dat doe, heb ik vast nog niet de pensioengerechtigde leeftijd bereikt. Dus ik moet iets verzinnen voor de laatste jaren, maar daar ben ik nog niet helemaal uit ... ■

Benoeming erelid NIV

Tijdens de Internistendagen 2017 is Harry van Hulsteijn benoemd tot erelid van de NIV. Hij werd toegesproken door Evert-Jan de Kruijf, voorzitter van de NIV, die het onder meer zo verwoordde:

“Voor de Nederlandse Internisten Vereniging heeft Harry van Hulsteijn zich vanaf 1994 onvermoeibaar ingezet: als lid en later als voorzitter van de commissie Kwaliteit tussen 1994 en 2001, als eerste voorzitter en naamgever van het Forum Visitatorium van 1998 tot 2001 en als voorzitter van de NIV van 2001 tot 2004.

Een gouden greep was het instellen van kwaliteitsvisitaties in alle klinieken door Nederland heen. We kunnen het ons nu niet meer voorstellen, maar er was in die tijd niets op dat gebied. Alles moest bedacht worden en dat gebeurde aan een bureautje in een charmante villa te Veghel: een reglement kwaliteitsvisiteatie, een vragenformulier, checklists, kwaliteitsnormen, zwaarwegende adviezen enzovoort. En niet te vergeten



Harry van Hulsteijn (links) benoemd tot erelid van de NIV

een naam, die sinds 1998 staat als een huis: het Forum Visitatorium. Voor de medisch specialist in Nederland heeft hij veel bekend bij de Orde van Medisch Specialisten, onder andere gedurende 7 jaar als voorzitter van de Raad voor Wetenschap, Onderwijs en Kwaliteit, de huidige Raad Kwaliteit, waar hij werd opgevolgd door Marcel Daniels, de huidige voorzitter van de Federatie.

In die jaren heeft hij zich ook op het internationale vlak zeer verdienstelijk gemaakt voor de interne geneeskunde, onder andere als voorzitter van de Werkgroep Kwaliteit van de Europese internistenvereniging, de EFIM en als lid van het bestuur van de internationale internistenvereniging, de ISIM.” ■



Wetenschapsagenda

Interne Geneeskunde vastgesteld

Tijdens de Algemene Ledenvergadering van de NIV op donderdag 20 april jl. is door de leden de wetenschapsagenda Interne Geneeskunde vastgesteld. Welke behandeling in welke situatie het meest effectief is, is op basis van de huidige wetenschappelijke kennis lang niet altijd te beoordelen. Deze wetenschapsagenda bevat 82 kennislacunes binnen de interne geneeskunde, ingedeeld naar de verschillende differentiaties. Hiermee stimuleert de NIV de versterking van de wetenschappelijke basis van het vakgebied interne geneeskunde. De NIV-wetenschapsagenda dient als basis voor een continu zorgevaluatieproces binnen de kwaliteitscyclus van de interne geneeskunde.

Proces

De totstandkoming van de wetenschapsagenda kende een uitvoerige aanpak. Zo werd gestart met een eerste inventarisatie van kennislacunes van het dagelijks geneeskundig handelen binnen de interne geneeskunde via een analyse van richtlijnen waarbij de NIV initiatiefnemer is, alsmede door een enquête onder leden van de NIV, de JNIV, de deelspecialistische verenigingen binnen de interne geneeskunde en betrokken patiëntenverenigingen.

Tijdens deze inventarisatie zijn in totaal 597 kennishiaten geïdentificeerd. De geïdentificeerde kennishiaten werden vervolgens onderverdeeld naar deelgebied en door de werkgroep gereduceerd tot 215 onderwerpen. Deze grove selectie is gedaan op basis van:

- ontdebellen;
- verwijderen van kennishiaten waarbij de benodigde kennis wel aanwezig is en reeds in een richtlijn is opgenomen (dit is een implementatieprobleem);
- verwijderen van kennishiaten waar momenteel al onderzoek naar wordt gedaan;
- verwijderen van kennishiaten waar al kennis voorhanden is, maar nog geen standpunt over is opgenomen in een richtlijn;
- verwijderen van kennishiaten die niet gaan over inter-nistische zorg.

Vervolgens werd een prioritering uitgevoerd van de 215 geselecteerde onderwerpen tijdens een bijeenkomst met internisten uit de deelspecialistische verenigingen en vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen. De prioritering vond plaats per deelgebied op basis van de volgende criteria: onderzoekbaarheid/haalbaarheid, relevantie (ernst, prevalentie, kosten), urgentie, impact op vakgebied/maatschappij, aansluiting bij de patiënten-

inbreng. De top 82 die werd gedefinieerd tijdens de prioriteringsbijeenkomst, is ter commentaar voorgelegd aan alle NIV-leden en de deelspecialistische verenigingen. Na deze commentaarronde heeft de werkgroep de laatste input vanuit de NIV-leden en deelspecialistische verenigingen verwerkt en de wetenschapsagenda aangeboden bij het NIV-bestuur. Deze heeft de agenda geaccordeerd en op donderdag 20 april jl. ter vaststelling voorgelegd aan de Algemene Ledenvergadering.

Relatie met andere wetenschapsagenda's

De agenda is en blijft een dynamisch document, waarbij de geprioriteerde kennishiaten nauw verwant zijn aan routes en vragen in de nationale wetenschapsagenda. De actualiteit en samenhang van de agenda ten opzichte van andere agenda's zal in overleg met de verschillende deelspecialistische verenigingen in cycli getoetst en zo nodig geüpdatet wordt. Dit is afhankelijk van de uitvoering van de onderzoeken en de actualiteiten uit het veld. Het kan dus voorkomen dat er tijdelijk mogelijke inconsistenties zijn tussen de NIV-agenda en een eventuele specifieke agenda van een deelspecialisme, totdat deze agenda weer wordt geüpdatet. Uiteindelijk gaat het erom dat de agenda's elkaar versterken.

Implementatie en financiering

Deze eerste NIV-wetenschapsagenda dient als basis van een continu zorgevaluatieproces binnen de kwaliteitscyclus van de interne geneeskunde. De geprioriteerde kennishiaten moeten worden uitgewerkt tot een goed onderzoeksvoorstel. Nieuw te vormen, maar ook bestaande, onderzoeksnetwerken kunnen hierbij het initiatief nemen. Het is bekend dat klinisch toegepast onderzoek uitgevoerd door netwerken van ziekenhuizen een versnelde implementatie van de gevonden resultaten tot gevolg heeft en dus het meest effectief leidt tot kwaliteitsverbetering en vaak kostendaling. Financiering van de geprioriteerde onderzoeken is beoogd door gebruik te maken van reguliere subsidieaanvragen via ZonMw en andere mogelijke subsidiebronnen, zoals collectiebusfondsen en via de zorgverzekeraars (via een nog in te richten 'Shared Savings Fonds'). Op dit moment wordt een laatste hand gelegd aan de redactie en opmaak van de agenda zodat deze aan de relevante veldpartijen aangeboden kan worden. De top 82 is al wel beschikbaar via de NIV-website (www.internisten.nl). Via de website en de NIV-nieuwsbrief houden wij u op de hoogte van de verdere vervolgstappen na publicatie. Bij vragen kunt u contact opnemen met Samara de Jong-Jaber, beleidsadviseur, via jaber@niv.knmg.nl. ■

JNIV-enquête

individualisering van de opleiding

Bedrijfsvoering prevaleert boven individualisering

Voor de JNIV staat de individualisering van de opleiding hoog op de agenda. Niet alleen de duur, maar met name de inhoud van de opleiding moet volgens de JNIV individueel worden afgestemd op de wensen van de aios. In juli 2014 is de individualisering van de medische vervolgoopleidingen gestart. Hierbij werd overgegaan van tijdsgebonden naar competentiegericht opleiden. Eind 2016 heeft de JNIV een enquête onder alle aios interne geneeskunde verricht om te inventariseren hoe het ervoor staat met de individualisering in de opleiding tot internist.

Individualisering van de opleiding is volgens het opleidingsakkoord en het CCMS Kaderbesluit van het College Geneeskundige Specialismen (CGS) een manier om de duur van de opleiding af te stemmen op de individuele aios. Dit houdt meestal opleidingsduurverkorting of -versnelling in. Het motto is: "Zo lang als mogelijk, zo kort als verantwoord". De belangrijkste reden voor individualisering van opleidingsduur is de door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vastgestelde bezuiniging op medisch specialistische vervolgoopleidingen. In het opleidingsakkoord dat in oktober 2013 tussen de Federatie Medisch Specialisten (FMS) en ministerie van VWS is gesloten zijn 3 manieren van bezuiniging overeengekomen: verlaging van de subsidie voor ziekenhuizen per aios, reductie van het aantal opleidingsplaatsen en een geïndividualiseerde versnelling van de opleiding van gemiddeld 4,8 maanden per

aios in 2022 (dit komt overeen met 6 maanden voor 80% van de aios).¹ Met de JNIV-enquête over individualisering wilde de JNIV de balans opmaken: hoe staat het ervoor met de voorgenomen geïndividualiseerde korting? Wordt deze afgestemd op de individuele aios? Vindt er ook inhoudelijke individualisering in de opleiding tot internist plaats?

Aanpak

De JNIV-enquête is verspreid onder alle aios die zijn ingeschreven bij de NIV. Daarnaast is het in alle opleidingsregio's extra onder de aandacht gebracht door de JNIV-bestuursleden. Dit heeft ertoe geleid dat 324 van de 961 (34%) aios interne geneeskunde de enquête hebben geretourneerd. Voor de analyse van de resultaten zijn vooropleiders niet meegenomen.

Resultaten

Met een responspercentage van 34% heeft deze steekproef genoeg grootte bereikt. 75% van de respondenten is vrouw en de gemiddelde leeftijd is 31 jaar. 52% doet de opleiding in een voltijd dienstverband. Er is een evenredige verdeling naar opleidingsjaar en alle opleidingsregio's zijn vertegenwoordigd in de groep respondenten. Van alle respondenten heeft 41% reeds korting op de opleidingsduur gekregen. Deze korting is bij 46% op het academische deel en bij 42% op het perifere deel van de opleiding toegekend, waarbij in het merendeel van de gevallen korting wordt gegeven in het 1e jaar of op de keuzestages in jaar 2-4. Slechts 7% van de korting is toegekend in de differentiatie. Het initiatief voor de korting lag



in 68% van de gevallen bij de opleider. 60% van de respondenten is tevreden over de duur van de toegekende korting. 31% had liever minder korting gekregen. 75% van de aios is tevreden over het opleidingsonderdeel waarop korting is toegekend. 38% van de respondenten vindt dat de korting geleid heeft tot afname van de kwaliteit van de opleiding. Verder is het opvallend dat er grote regionale verschillen bestaan tussen percentages en duur van de toegekende korting (tabel 1). Ook de redenen waarom aios korting krijgen lopen – conform het idee van individualisering – sterk uiteen, waarbij opvallend is dat 8% van de aios helemaal niet weet waarom hij/zij korting gekregen heeft (figuur 1). De respondenten die geen korting op de opleiding hebben gekregen zijn daar in 80% van de gevallen tevreden over. 35% wilde zelf geen korting, bij 34% van de aios is het nooit besproken en het overige deel bevond zich ten tijde van de enquête te vroeg/te ver in de opleiding.

Inhoudelijke individualisering

Hoewel de opleidingsduurverkorting geïnitieerd is als bezuinigingsmaatregel stelt de FMS wel dat de indi-

vidualisering van de opleiding een manier is om de aios in staat te stellen zich beter te profileren. Dit vraagt naast individuele afstemming van de opleidingsduur ook om inhoudelijke individualisering. Slechts 44% van de aios interne geneeskunde vindt dat ze voldoende geïnformeerd zijn over de mogelijkheden tot inhoudelijke individualisering. Een derde van alle respondenten dacht dat individualisering van de opleiding hetzelfde is als opleidingsduurverkorting. Voorbeelden van inhoudelijke individualisering zijn het vervroegd beëindigen van een stage bij het behalen van alle competenties. 77% van de respondenten geeft aan dat dit niet mogelijk is. Andere voorbeelden van inhoudelijke individualisering zijn het doen van een stage in het buitenland, in een andere opleidingsregio of in een vak anders dan de interne geneeskunde. 60% van de respondenten is niet op de hoogte van de mogelijkheid om deze stages vorm te geven. Daarentegen heeft ruim de helft van de aios hier wel interesse in. Verder

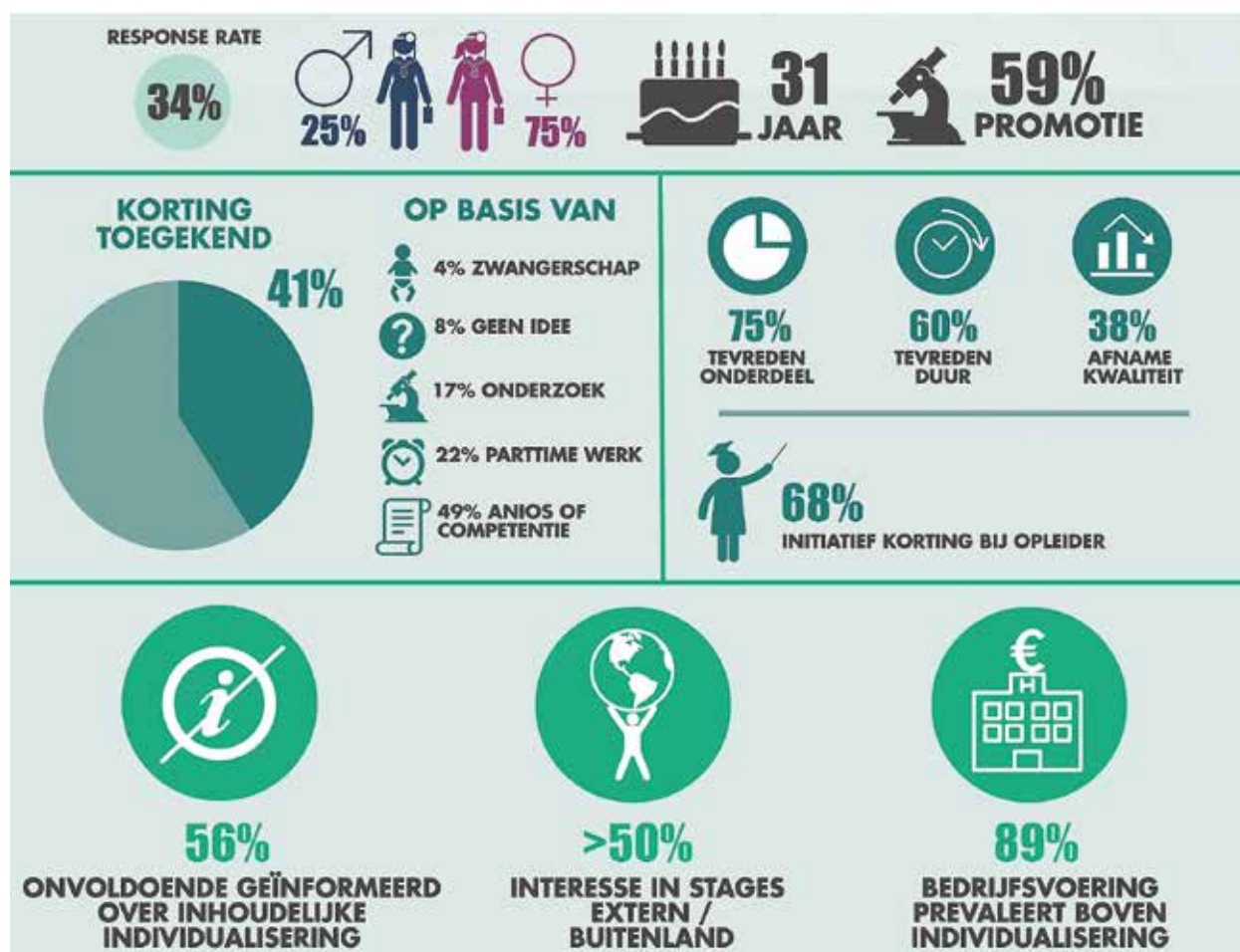
Tabel 1. Regionale verschillen tussen percentage aios aan wie korting is toegekend en de gemiddelde duur van de korting

Regio	% aios met korting (%)	Gemiddelde korting (mnd)
Radboudumc	71%	2,7
Maastricht UMC+	64%	3,5
UMC Utrecht	40%	1,9
Erasmus MC	37%	2,0
UMCG	37%	1,7
AMC	33%	1,8
LUMC	26%	1,2
VUmc	20%	0,8

ervaart 88% dat bedrijfsvoering boven individualisering gaat. Een van de aios zei hierover: “Het aantal patiënten neemt niet af. Het aantal assistenten in opleiding wel. Helaas worden daar niet allemaal anios voor in de plaats aangenomen, waardoor een tekort aan werkracht ontstaat. Individualisering van de opleiding klinkt in theorie mooier dan in de praktijk.”

De toekomst

Deze JNIV-enquête maakt inzichtelijk dat er een goede start is gemaakt met het toekennen van de opleidingsduurverkorting conform de eisen zoals vastgelegd in het opleidingsakkoord. Helaas vindt deze individualisering nog lang niet altijd op basis van competenties plaats. De JNIV verbaast zich erover dat ook op basis van een zwangerschaps-



Figuur 1. Uitslag JNIV-Enquête 2017

Wij roepen zowel aios als opleiders op individualisering gezamenlijk en in goed overleg in de opleiding in te bedden

verlof korting toegekend wordt. Ook is het zorgwekkend dat in sommige regio's geluiden opgaan dat korting wordt toegekend zonder mondeling overleg tussen aios en (hoofd)opleider. Wij willen dan ook zowel aios als opleiders oproepen individualisering gezamenlijk en in goed overleg in de opleiding in te bedden.

De resultaten van deze enquête over inhoudelijke individualisering zijn voor de JNIV teleurstellend. De meerderheid van de aios heeft wel degelijk behoefte aan inhoudelijke individualisering. Maar het ontbreekt in ruim de helft van de gevallen aan goede

informatievoorziening voor aios over hoe zelf vorm te geven aan de inhoud van de opleiding. Ook blijkt de praktijk vaak weerbarstig vanwege de toenemende krapte in de roosters die ontstaat door de opgelegde bezuinigingsmaatregelen van VWS. 90% van de aios heeft het gevoel dat bedrijfsvoering te veel prevaleert.

De JNIV zal zich inzetten om de mogelijkheden voor inhoudelijke individualisering te verbeteren. Wij zullen onze achterban blijven motiveren zelf in de regisseursstoel te gaan zitten tijdens het doorlopen van de opleiding. In de komende edi-

ties van het magazine, zullen we in onze rubriek inspirerende voorbeelden uitlichten van inhoudelijke individualisering. We zullen alle opleiders interne geneeskunde binnenkort schriftelijk benaderen en vragen hoe zij zich voorbereiden op de aanstaande roosterkrapte als gevolg van de opleidingsduurverkorting en de verminderde instroom van aios in de opleiding. Loop je als aios tegen problemen met individualisering aan? De JNIV nodigt je uit om hier (anoniem) melding van te doen. Is jou bijvoorbeeld korting opgelegd, maar weet je niet waarom? Of kom je door roosterkrapte niet toe aan individualisering? Laat het ons weten via knape@niv.knmg.nl. Wij zullen je helpen dit probleem aan te pakken. Tevens kunnen we in overleg gaan met je opleider, zonder dat we je naam noemen. ■

In de spotlight

Dr. C.J. Roosprijs 2017

Na afloop van de sessie 'Topproefschriften' op 20 april 2017 in Maastricht werden voor de 13e achtereenvolgende keer de Dr. C. J. Roosprijsen voor de beste klinische, patiëntgebonden promotieonderzoeken uitgereikt. De jury bestond uit: dr. L. van Bloemendaal (winnares eerste prijs 2016), prof. dr. H.A.H. Kaasjager, prof. dr. M.M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. J.C. Roos (voorzitter) en dr. P.M. Stassen. De juryleden hebben onafhankelijk van elkaar 20 proefschriften beoordeeld volgens een vast puntenstelsel en in vergadering de prijzen verdeeld.

Eerste prijs

De eerste prijs ging naar dr. Daan van Twist, voor zijn proefschrift *The renin-angiotensin system in the hypertensive kidney*. Zijn proefschrift kwam tot stand tijdens zijn opleiding tot internist en is een voorbeeld van relevant, klinisch patiëntgebonden onderzoek. Door rechtstreekse infusie van angiotensine (1-7) (ang.(1-7)) in de a. renalis en met behulp van selectieve meting van de nierdoorstroming (renal blood flow, RBF) bij hoog en laag zoutgebruik, kon hij

vaststellen dat ang (1-7) een vaatverwijdend effect heeft in de nier, maar afhankelijk van de mate van activatie van het renineangiotensinesysteem (RAS). Ook exogene RAS-stimulatie met angiotensine-II verminderde dit vaatverwijdende effect. Dit resultaat werd bevestigd bij vergelijking van het effect van ang (1-7)-infusie bij eenzijdige nierarteriestenose, waarbij de RBF van de aangedane nier niet toenam, in tegenstelling tot die in de contralaterale niet-aangedane nier. In een vergelijkbare proefop-

stelling kon hij aantonen dat er een fundamenteel verschil is tussen de eenzijdige nierarteriestenose als gevolg van fibromusculaire dysplasie en die als gevolg van arteriosclerose. In het laatste geval is er sprake van activatie van het RAS-systeem, en geeft infusie van ang(1-7) geen toename van de RBF, terwijl dat bij eenzijdige fibromusculaire dysplasie wel aantoonbaar was. De oorzaak van het verschil in resultaat van reparatie van eenzijdige nierarteriestenose (tegenvallend bij arteriosclerose) zou verklaard kunnen worden door een intactere microvasculatuur bij fibromusculaire dysplasie.

Tweede prijs

Het proefschrift getiteld *Diagnosis, management and prognosis of symptomatic and incidental pulmonary embolism* is de neerslag van enkele



V.l.n.r.: dr. Mariëlle Beerepoot (co-sessievoorzitter), dr. Astrid Oosten (3e prijs), dr. Julius Roos (voorzitter jury), dr. Paul den Exter (2e prijs), dr. Daan van Twist (1e prijs)

multicentertrials, met voor de individuele patiënt belangrijke klinische implicaties. Daarom doet het de jury veel genoeg de tweede prijs toe te kennen aan dr. Paul L. den Exter. Over de diagnostiek, therapie en waar die moet plaatsvinden, moeten bij iedere patiënt met een verdenking van een longembolie individueel beslissingen genomen worden en in de laatste tientallen jaren is daarin vooruitgang geboekt. Dit onderzoek gaat daarin verder. Zo blijkt dat de Wells-regel in combinatie met de D-dimeertest zowel bij vroege als late presentatie een fout-negatief resultaat geeft bij slechts 0,5% van de patiënten. In een prospectief onderzoek bleek dat een progressief hogere afkapwaarde van de D-dimeertest bij oudere patiënten (10x de leeftijd in jaren) bij een lage voorafkans op longembolie niet méér fout-negatieve resultaten opleverde (0,3%) na 3 maanden, dan de lage afkapwaarde van 500mg/l. Subsegmentale longembolie, nu dankzij multidetector CT-scan op te sporen, verschilt wat betreft risicoprofiel en uitkomst niet van de meer centraal gelokaliseerde longembolie. Het proefschrift geeft voorts meer inzicht in verschillende klinische beslisregels met betrekking tot wel of niet thuis behandelen, en maakt aannemelijk dat een bepaling van het natriuretisch peptide NT-proBNP als aanvulling aan de Hestia criteria voor de risicofstratificatie voor thuisbehandeling geen toegevoegde waarde heeft. Longembolie als toevalsbevinding bij kankerpatiënten had geen wezenlijk

andere prognose dan symptomatische longembolie bij deze categorie van patiënten.

Derde prijs

Pijn, delier en palliatieve sedatie zijn in de kliniek enorme problemen die relatief weinig aandacht krijgen in wetenschappelijk onderzoek. Het aantal onbeantwoorde vragen is onafzienbaar en het is daarom met veel genoeg dat de jury de derde prijs toekent aan dr. Astrid Oosten voor haar proefschrift *Outcomes of treatment with opioids*. In een retrospectief onderzoek vergeleek zij terminale patiënten met en zonder pal-

liatieve sedatie (PS). Daarbij bleek dat de PS-patiënten veel hogere doses opioïden kregen als pijnbestrijding dan de patiënten zonder PS, waarmee naast de constatering dat deze patiënten meer en ernstiger pijn hadden, het vermoeden dat opiaten delier in de hand werken steun ondervond. In een farmacokinetisch onderzoek van subcutane en transdermale toediening van fentanyl vond zij, naast flinke variaties in farmacokinetiek, dat overschakelen van subcutane op transdermale toediening stijging geeft van de plasmaconcentraties met toegenomen bijwerkingen, als gevolg waarvan het schema aangepast moet worden. Ook gaat zij in op de farmacokinetiek van oraal en subcutaan toegediende morfine en deed zij onderzoek naar genetische en klinische factoren die een rol spelen bij het falen van pijnbestrijding bij kankerpatiënten. Dit proefschrift benadert het enorme probleem van de pijnbestrijding en palliatieve sedatie bij terminale patiënten met onderzoeksmiddelen uit diverse disciplines, en slaagt erin een aantal vragen met klinische consequenties te beantwoorden. Er blijven nog veel vragen over en de jury hoopt dat collega Oosten meer van zich zal laten horen. ■



Winnaar van de eerste prijs, dr. Daan van Twist

Beeldverslag Internisten



Sessie toppublicaties, Anneleen Berende



JNIV-opiniesessie, Ivan Wolffers



Echoworkshop



Pauzemoment



Lancering van het Acute Boekje, Patricia Stassen en Jan ter Maaten



Lancering van het Acute Boekje

dagen 2017



NIV-stand



Vorbereidingen plenaire sessie, Patricia Stassen en Tom van 't Hek



Expofoyer



JNIV-opiniesessie, Titia Vriesendorp en Yvo Smulders



JNIV-voorzitter Thijs ten Doesschate



Toppublicaties, Sophia de Rooij

Reactie op

‘Doorwerken na het pensioen: een bochtig pad’

Interne Geneeskunde nummer 1, maart 2017

Geachte collega Van Montfrans,

Graag willen wij met deze brief namens het bestuur van de Junior Nederlandse Internisten Vereniging (JNIV) reageren op uw interview in dit magazine van maart jongstleden. In dit interview doet u een aantal uitspraken waarvan wij vinden dat deze nuancering behoeven om misvattingen te voorkomen. Daarnaast willen wij de mogelijkheden verkennen om samen tot oplossingen te komen voor de groeiende groep jonge klaren zonder werk. U impliceert dat de (J)NIV gepensioneerd internisten verantwoordelijk houdt voor de krapte op de arbeidsmarkt. Als JNIV beseffen wij dat de oudere garde *niet* de oorzaak is van de werkloosheid. De gepensioneerd – nog werkende – internist kan wel vanuit deze unieke positie een oplossing bieden, die direct tot vermindering van werkloosheid voor jonge beroepsgenoten leidt. Werkloosheid heeft grote materiële en psychologische consequenties voor de jonge internisten, terwijl het doorwerken na het pensioen voortkomt uit, zoals u beschrijft, hobbyïsme. Het moreel appel dat wij doen met de brief aan alle NIV-leden is volstrekt legitiem ten tijde van hoge werkloosheid. Dit appel is of wordt breed gedragen onder de aios interne geneeskunde in Nederland, wat de omvang en urgentie van het probleem benadrukt.

U suggereert dat gepensioneerd specialisten baantjes invullen “in nichegebieden waar de jonge klare niet zo snel terecht komt” en hanteert als voorbeeld werken in het buitenland. Deze aanname is onjuist. De situatie op de arbeidsmarkt is dermate nijpend dat 6% van de jonge klaren een baan als internist in het buitenland accepteert. Voor de overgrote meerderheid (67%) is dat een noodgedwongen keuze (bron: Jonge Klaren Enquête 2016, JNIV). Ook uw suggestie dat jonge klaren geen baan als waarnemer aannemen wordt in dezelfde enquête weerlegd:

momenteel vervult ruim 60% van de werkende jonge klaren een tijdelijke functie. Hieruit blijkt dat het stoppen met werken door een gepensioneerd internist wel degelijk verschil kan maken voor een werkloze jonge internist, ook al gaat het om tijdelijke parttime werkplekken.

U stelt dat “dergelijke periodes” van werkloosheid ook altijd weer overgaan. Hiermee bagatelliseert u het probleem. Deze periodes gaan over, omdat verenigingen zich hiervoor sterk maken. De (J)NIV doet dit door zich in te zetten voor een gezonde arbeidsmarkt.

De meest voor de hand liggende oplossing is vermindering van het aantal opleidingsplaatsen interne geneeskunde. Het effect hiervan is pas merkbaar over 6 jaar, door een verminderd aanbod van internisten. Bovendien verschuiven we met deze oplossing het probleem: afgestudeerde geneeskundestudenten zullen nog meer moeite krijgen om een opleidingsplaats te krijgen, zodat er een stuwmeer van afgestuurde basisartsen ontstaat.

Een meer constructieve oplossing is het verbreden van het domein van de internist. Als internisten beschikken we over een ‘helikopterview’ en zijn wij in staat de patiënt te begeleiden in zijn of haar ziekteproces vanaf het eerste contact tot ver na ontslag. Onze holistische benadering kan grote meerwaarde hebben voor patiënten die initieel zijn opgenomen voor een ander specialisme, zowel voor de behandeling als voor preventie. We kunnen bijvoorbeeld aanschuiven bij de grote visites, de polyfarmacie aanpakken, screenen op gezondheidsrisico's en de overdracht naar de huisarts verbeteren. Door bij alle patiënten in medebehandeling te komen, verbeteren we de kwaliteit van de zorg én de werkgelegenheid.

De invoering van een zogenaamde dakpanconstructie kan een win-winsituatie opleveren voor zowel de beginnende als de bijna klare internist. De ervaren internist werkt de jonge klare in, waarbij de jonge klare steeds meer taken

overneemt. Zo wordt kennis en kunde behouden en wordt een deel van de werkloosheid ondervangen.

Een andere oplossing, die enig raakvlak heeft met de dakpanconstructie, is het creëren van duobanen. Hierbij werken twee internisten samen bijvoorbeeld 1,2 fte (ieder 0,6 fte) en zorgen zij samen voor een gemeenschappelijke patiëntenpopulatie. Maar liefst 84% van de jonge klare internisten zou dit in overweging willen nemen.

Tot slot zijn wij van mening dat er binnen de opleiding gestuurd moet worden op het aantal en type differentiatieplekken. Uit de vacaturebank op onze site (www.jniv.nl) leiden wij af dat in 2017 tot nu toe 21 van de 51 vacatures bestemd zijn voor internisten ouderengeneeskunde of meervoudige differentianten en slechts 5 vacatures voor hematologen of infectiologen. Dit staat lijnrecht tegenover het aantal aios in opleiding voor deze differentiaties. Als het aantal en type differentiatieplek-

ken beter wordt afgestemd op de vacatures en aios al in een vroeg stadium van hun opleiding op de hoogte zijn van de kansen op een baan, kunnen ze tijdig besluiten de competitie aan te gaan voor een gewilde differentiatieplek. Aios worden dan in ieder geval niet opgeleid voor werkloosheid.

Met bovengenoemde argumenten hebben wij ernaar gestreefd uw uitspraken te nuanceren en in het juiste perspectief te plaatsen. Graag zouden we samen met u en alle internisten, van jong tot gepensioneerd, de genoemde oplossingen willen verkennen. Alleen door de bestaande, beperkte structuren los te laten, creëren we synergie en verdwijnen de slapeloze nachten voor de pensioengerechtigde collega's en voor de jonge klaren. Samen staan we sterk.

Het bestuur van de JNIV

Reactie op de brief van het JNIV-bestuur

Het bestuur van de JNIV grijpt enkele van mijn uitspraken in een interview naar aanleiding van het thema 'doorwerken na het pensioen' aan om haar standpunten over het onderwerp werkgelegenheid van jonge klaren weer te geven. Belangrijke verschillen van inzicht tussen mij en de JNIV zijn er zo te zien niet: als ik bijvoorbeeld stel dat de gepensioneerde internisten de jonge klaren niet echt in de weg zitten door nicheplekken te vullen of in het buitenland te gaan werken, stelt de JNIV daartegenover dat er toch wel 6% jonge klaren een buitenlandse positie heeft geaccepteerd. Nu ja. Gelukkig ziet men mijn (ons) doorwerken na het pensioen *niet* als oorzaak van de krapte op de arbeidsmarkt, dus daarover zijn we het eens. Het was natuurlijk helemaal niet mijn bedoeling – ik beschik daarvoor niet over de kennis of de belangstelling – om in deze persoonlijke ontboezeming een analyse van de huidige werkgelegenheidsproblemen te geven, maar men hoeft geen econometrist te zijn om te snappen dat het banenprobleem anticyclisch moet worden opgelost. Op dit moment kampen we met schaarste die tijdens de afgelopen crisis is gecreëerd. Daar zijn de huidige jonge klaren niet mee geholpen, maar misschien de volgende generatie wel. Wat betreft het verbreden van het domein van de internist heb ik nog een suggestie: het lijkt mij goed te verdedigen dat we met gemak enkele tientallen vasculaire internisten kunnen plaatsen in een anderhalvelijnspositie, als consulenten van de eerstelijnszorggroepen om de kwaliteit van de

cardiovasculaire preventie te verbeteren. Van degenen die behandeld worden voor hypertensie is bijvoorbeeld hooguit 50-60% blijvend goed ingesteld. Het vereist weinig rekenwerk om op papier deze vacatures te laten voorschieten door de zorgverzekeraars, die door vermeden ziektekosten – minder beroertes, minder ischemische hartziekten – op termijn budgettair neutraal zouden kunnen opereren.

Gert van Montfrans

Interview

Doorwerken na het pensioen:
een bochtig pad

Gert van Montfrans wilde na zijn pensioering in 2009 niet stoppen met werken. Zijn variëteit als gepensioneerde internist verloor hij niet. Omgekeerd. Patiëntenverloren in een zelfstandig behandelteam (ZHC) bleek administratief gezien niet zo eenvoudig. Nu houden wetenschap en lobbywerk rond hypertensie hem voldoende bezig.

Spreker
Na zijn pensioering bleef van Montfrans actief in de patiëntenzorg. "Ik vind het patiëntenzorg hartstikke leuk en dat wilde ik na mijn 65e niet missen. Als je werk is leuk, is dat in het niet en is er tijd om te bedenken dat je nog wel overgaat." De internist ging aan de slag bij een ZHC in Amsterdam. Hij werkte er als enige internist tussen de cardiologen. "Ik deed er niet veel moeite om mijn hypertensieprobleem,

maar op administratief gebied verliep dit werk niet zo rooskleurig. Omdat het ook hield om als zelfstandig internist de patiënten ZHC's te vergoeden te krijgen, was het in eerste de ring van de moeilijkheden. Dit bleef uiteindelijk niet."

Van Montfrans probeerde het vervolgens bij een meer divers verstand samen ZHC, waar in Amsterdam. "Dit is een specifiek administratieve probleem met partijen. Het jonge en oudere ZHC had moeite om ZHC's te declareren waardoor ik alleen voorafschiet bleef. Ik kreeg. Bovendien wilde een aantal verstandhouders niet met een hartstikke kleine internist, temeerlijk in de ZHC in een zaak ik was dat van het consult hangende de patiënt uitging te geven over de vergoeding van mijn zorg. Het was administratief omgeven van de periode na mijn pensioering geen belastinge lasten, hoewel ik het werk enorm leuk vond."

De vijf jaar na zijn pensioering van Montfrans met de behandeling van patiënten. Bij de laatste speelde meer dan alleen de administratieve belastingen met een rol. "Dit is een categorisch spreek-

van, maar het hypertensieprobleem dat ik deed, spreuk constant en brede aandacht van het gebied van vasculaire geneeskunde bleef een groot probleem. Schiet, je moet als arts er altijd op bereid zijn dat de patiënt ook iets anders kan hebben dan hypertensie. Daarom is een afzonderlijke afdeling van belang. In een groot ziekenhuis zoals het AMC gaat dit als vanzelf. In andere ziekenhuizen door het dagelijkse contact met collega's van andere disciplines. Die contacten mis ik in de monodisciplinaire werkdagen."

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. Hij zoekt werk bij als onderzoeker in het AMC, hoewel hij het nu op vrijwillige basis doet. De laatste twee jaar publiceerde hij nog over hypertensie in Nederlandse en over staatsrechtelijke manieren van observatie in een multi-etnische popu-



Bijna klaar met je opleiding, **en dan?**

Al een paar maanden voor het geplande einde van mijn opleiding kreeg ik van diverse mensen om mij heen de vraag: “En, weet je al waar je terecht kunt zo meteen?” Maar nee, helaas wist ik dat nog niet. Deels omdat het grootste deel van de tijd nog werd opgeslokt door mijn werkzaamheden op en buiten het werk; alle deadlines leken die maanden samen te vallen. En deels omdat het nu niet echt vacatures regende gericht op mijn aandachtsgebied. “Je moet ook lijntjes uitzetten, netwerken”, kreeg ik voortdurend als advies. Maar het ligt niet in mijn aard om mijzelf in de schijnwerpers te zetten of gesprekken – als verkapte sollicitatiegesprekken – aan te knopen met collega’s.

Toch is dit vaak wel de manier om aan je eerste baan te komen. Zo werd ik gebeld door een oud-collega met de vraag of ik wilde waarnemen voor enkele maanden. Waarneemplekken worden namelijk niet vaak in een vacaturebank geplaatst en zelfs soms

niet openbaar gemaakt. Doorgaans wordt in de naaste omgeving gezocht naar een geschikte kandidaat. Dan is het dus zeker handig om connecties te hebben en te netwerken.

Ik heb ervaren dat een LinkedIn-account zeker ook handig is om je

netwerk te kunnen uitbreiden. Een account aanmaken is dan ook een van de eerste dingen die ik heb gedaan bij de start van het zoeken naar een baan. Tsja, en toen had ik geen professionele foto om online te zetten. Zorg dat je bij voorkeur geen vakantiekiekje, maar een foto met een professionele uitstraling plaatst.

Vacatures zoeken

Welke vacaturebanken moet je dan raadplegen? Vorig jaar heeft de JNIV zich samen met de NIV hardgemaakt voor een landelijke vacaturebank waarin gemakkelijk en gratis alle vacatures gezet kunnen worden. Zorg dus dat je deze regelmatig checkt; hier vind je namelijk

ook vacatures voor een chef de clinique. In *Medisch Contact* en het *NTvG* worden veelal vacatures geplaatst voor een vaste plek. *MedWeb* is een website met een uitgebreide vacaturebank waarop tevens vacatures voor België en Duitsland worden geplaatst. Je kunt eventueel ook open sollicitaties sturen naar ziekenhuizen in de regio.

Registratie

Ook niet geheel onbelangrijk is het verkrijgen van het C-formulier. Het ontvangen van het C-formulier is in mijn ogen een mijlpaal: vanaf dat moment wordt je officieel beschouwd als kundig specialist. Ik was dan ook redelijk teleurgesteld toen ik erachter kwam dat dit een eenvoudig Worddocumentje is dat je zelf moet printen vanaf de KNMG-website. Ik had bijna de neiging om het document op dik perkament uit te printen en er een watermerk aan toe te voegen. Verfrommeld haalde ik het uit mijn tas en overhandigde het aan mijn opleider. Deze zette er stoïcijns een handtekening op en dat was het dan. Geen uitreiking met een officieel woordje en een handdruk. Dan maar wachten op het laureatendiner voor dit momentje van glorie en er thuis met een glas wijn een toast op uitbrengen. Het C-formulier stuur je naar de RGS en vervolgens ontvang je bericht wanneer je een registratieverzoek via MijnRGS kunt indienen (www.knmg.nl).

Denk eraan dat je naast de registratie bij de RGS ook tijdig de formulieren invult en opstuurt naar de NIV voor inschrijving in het register van je aandachtsgebied (www.internisten.nl). Na 5 jaar volgt herregistratie bij zowel de RGS als de differentiatie. Let erop dat je voldoende uren werkzaam bent geweest in het betreffende specialisme en de differentiatie. De regelgeving hierover is te vinden op de website van de KNMG en voor de

differentiatie op de website van de NIV.

Zorg er tevens voor dat je in het portfolio goed je nascholing bijhoudt en aan de verplichte 200 nascholingspunten komt in deze 5 jaar.

Salariëring en verzekeringen

Als je eenmaal een baan hebt weten te bemachtigen zijn er een aantal financiële aspecten waarop je moet letten. Kom je in loondienst van een academisch centrum? Dan heb je een ambtelijke aanstelling en valt de salariëring onder de cao Universitair Medische Centra (www.nfu.nl). Kom je in loondienst in een perifeer ziekenhuis dan gelden de Arbeidsvoorwaarden Medisch Specialisten (AMS). Hierbij hoort een salaristabel waarvoor ieder jaar het maandsalaris wordt vastgesteld. De trede waarop je instroomt wordt bepaald op basis van het aantal jaar ervaring (www.nvz-ziekenhuizen.nl). Ik startte dus op trede 0. In beide gevallen worden de arbeidsongeschiktheidsverzekering en pensioenregeling voor je geregeld. Weet je in een perifeer ziekenhuis direct een vaste plek te bemachtigen? Dan is de kans groot dat je als vrijgevestigd medisch specialist vanuit een persoonlijke besloten vennootschap (PH-BV) onderdeel uitmaakt van een medisch specialistisch bedrijf en je moet onderhandelen over goodwill of een in- en uitverdienregeling. Tevens dien je zelf je verzekeringen en pensioen te regelen.

Heb je minder geluk en zit je na het afronden van je opleiding nog zonder baan? Dan kun je een WW-uitkering aanvragen. Deze moet je ongeveer twee weken voor je laatste werkdag aanvragen. Het is goed ook om te weten dat als je 'in between jobs' zit en je geen WW-uitkering aanvraagt voor deze tussenperiode, je niet verzekerd bent voor ziekte of arbeids-

TIPS

1. Ga netwerken.
2. Zorg dat je een professionele portretfoto hebt.
3. Check regelmatig de verschillende vacaturebanken, waaronder die van de NIV (zie kader *Handige links*).
4. Zorg dat je ook verzekerd bent als je 'between jobs' zit.
5. Focus op je sterkste competentie om je te kunnen profileren.

HANDIGE LINKS

- <https://www.knmg.nl/opleiding-herregistratie-carriere/medische-vervolgopleidingen/klaarmet-de-opleiding.htm>.
- <https://internisten.nl/opleiden-tot-internist/opleiding-tot-internist/differentiaties>.
- <https://internisten.nl/vacaturebank20>.
- <http://www.medweb.nl> of <http://www.medweb.be>

ongeschiktheid. Je kunt je dan ook bij het UWV hiervoor verzekeren.

Profileren

Mijn ervaring is dat men bij sollicitaties doorgaans op zoek is naar iemand die zichzelf duidelijk weet te profileren. Er wordt al zo veel van ons als dokter en als persoon gevraagd dat je niet als een superdokter op alle vlakken (wetenschap, organisatie, onderwijs) kunt uitblinken naast de dagelijkse werkzaamheden. Het is dus goed om je te richten op dat onderdeel waarvan je zelf weet dat je hierin een kartrekker kunt zijn. Probeer hier ook de laatste jaren van je opleiding ervaring in op te doen. Op die manier kun je een helder beeld van jezelf schetsen en met concrete voorbeelden komen van wat je hebt bereikt als je daar straks op die stoel zit tegenover een sollicitatiecommissie.

Als je bijna klaar bent met je opleiding ga je een tijd tegemoet met sollicitatiestress en onzekerheid over je toekomst. Maar ook een tijd met veel nieuwe ervaringen door te werken op tijdelijke plekken, door te solliciteren en jezelf nog verder te ontwikkelen. En wie weet val je gelijk met je neus in de boter en weet je direct een plek voor langere tijd te bemachtigen. Hopelijk kunnen de 5 tips (zie kader) bijdragen aan je zoektocht naar die geweldige plek voor de komende jaren. ■

Richt je op dat onderdeel waarvan je zelf weet **dat je hierin een kartrekker kunt zijn**

Doorwerken na het pensioen: “boeiend en zinvol”

Al in 2009 ging hij met pensioen, maar internist-infectioloog dr. Jan Karel Eeftinck Schattenkerk is nog volop bezig met het vak. Hij neemt deel aan de wekelijkse hiv-bespreking in het OLVG in Amsterdam, geeft les aan studenten en is regelmatig op Curaçao om zijn steentje bij te dragen aan onder andere de hiv-zorg.

Van 1985 tot 2009 werkte Eeftinck Schattenkerk op de onderafdeling Infectieziekten, aids en tropische geneeskunde van het AMC in Amsterdam. Hij was een pionier in de ontwikkeling en behandeling van de hiv-zorg en heeft veel patiënten begeleid. In de beginjaren had hij de grootste praktijk voor hiv-patiënten in Nederland. Toen het aantal hiv-patiënten in Amsterdam steeg, nam het aandeel van het OLVG

hierin snel toe en was er behoefte aan hulp vanuit het AMC. Eeftinck Schattenkerk ging toen regelmatig naar de hiv-bespreking in het OLVG. Zelfs in 2009 dacht hij nog niet aan afbouwen: “Ik heb tot op het laatst voluit poli gedraaid. Toen kwam de vraag van prof. Kees Brinkman van het OLVG of ik daar een poli wilde overnemen van internist Willem Blok. Dat heb ik vanaf augustus 2009 3 jaar lang gedaan. Ik had een 2/10

deeltijdaanstelling voor de hiv- en algemene interne poli.” Voor zijn jarenlange inzet voor hiv-patiënten werd Eeftinck Schattenkerk in 2014 benoemd tot Ridder in de Orde van Oranje-Nassau.

Verzoeken vanuit Curaçao

Vanuit Curaçao werd Eeftinck Schattenkerk toen gevraagd om te komen helpen met de aanpak van multiresistente bacteriën. Het verzoek kwam van onder anderen John-John Schnog, een oud-arts-assistent van Eeftinck Schattenkerk en internist in het St. Elisabeth Hospitaal, ook wel Sehos genoemd. Eeftinck Schattenkerk was daar in 2013 voor een maand en tevens twee maanden op Aruba. Het Sehos wilde graag dat hij langer zou blijven en Eeftinck Schattenkerk was daarom in 2014 en 2015 meerdere perioden van drie maanden opnieuw op Curaçao.

In oktober 2016 kwam er opnieuw een verzoek vanuit Curaçao, deze keer voor de hiv-zorg. Eeftinck Schattenkerk vertelt: “Die zorg lag grotendeels bij één internist, die een privépraktijk had. De andere internisten kregen hierdoor weinig kans om ervaring op te doen, behalve bij de klinische patiënten. Maar de internist werd ziek en is inmiddels overleden, en de praktijk ging daarom over naar het ziekenhuis. Het bleek dat het ging om minimaal 600 patiënten. Vanuit het UMC Groningen was er een jonge klare

STIGMA

Naar schatting 700 van de 150.000 inwoners van Curaçao zijn besmet met het hiv-virus. Op Curaçao heeft hiv nog een groot stigma, vertelt Eeftinck Schattenkerk. “Er wordt weinig over gesproken. Ik heb een keer een voordracht gehouden voor wijkverpleegkundigen, over onder anderen medicatie en virusoverdracht rond de geboorte. Veel van die informatie was onbekend bij hen. We wilden toen ook publiciteit op radio en tv. We hadden twee patiënten gevonden die hun verhaal wilden vertellen, maar uiteindelijk trokken zij zich toch terug. Een enthousiaste co-assistent uit Groningen heeft hier wel veel publiciteit weten te halen. Zij heeft flyers gemaakt en die opgehangen tijdens het carnaval. Ze heeft ook zelf radiostations gebeld en in een goed beluisterd programma een uur lang informatie kunnen geven. Daar heeft ze goede reacties op gekregen.”

Veel jonge vrouwen worden op tienerleeftijd besmet door oudere mannen, weet Eeftinck Schattenkerk. Hij vertelt over een vrouw die op haar 15e was besmet. “Zij heeft nooit haar ziekte willen erkennen. Ze had een heel slechte gezondheid, maar raakte op een gegeven moment toch zwanger. Ze kreeg pillen, maar die slikte ze niet. Samen met haar zus hebben we haar na maanden weten om te praten om toch medicatie te nemen. Zij heeft een gezond kind gekregen. Maar dat kostte heel veel gesprekken en ook inzet van maatschappelijk werk. Het was een erg intensief traject.”



CURRICULUM VITAE

Jan Karel Eeftinck Schattenkerk studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam (1970). Na zijn studie verbleef hij enige tijd in Kenia waarna hij zijn opleiding interne geneeskunde voltooide in het Binnengasthuis in Amsterdam (1975-1980). Na zijn specialisatie vertrok hij opnieuw naar Kenia en naar Noord-Jemen. Tussen 1985 en 2009 werkte hij in het AMC in Amsterdam, op de onderafdeling Infectieziekten, aids en tropische geneeskunde. In 1997 promoveerde hij op het proefschrift *Pneumocystosis and microsporidiosis in HIV infection*. Van 2009-2013 werkte Eeftinck Schattenkerk als internist in het hiv-behandelcentrum van het OLVG.

internist, maar die kon zo'n klus in z'n eentje niet aan naast zijn normale werk. Daarom werd ik gevraagd om te komen helpen. Ik ging daarom eind 2016 opnieuw naar Curaçao om het Sehos te helpen de hiv-zorg over te nemen."

Hiv-verpleegkundige

Het vinden van goede medewerkers is wel een knelpunt op Curaçao. Eeftinck Schattenkerk wilde heel graag een gespecialiseerd hiv-verpleegkundige. Die was er wel in het verleden maar zij was enige jaren geleden overleden. Eeftinck Schattenkerk was daarom blij dat

het Sint Elisabeth Hospitaal eind 2016 een lokale advertentie plaatste om nieuwe kandidaten te werven. "Daarop kwam een reactie van een heel enthousiaste hbo-verpleegkundige. Zij wilde echter parttime werken en dat was totaal onbespreekbaar. Kennelijk werk je óf fulltime, óf niet. Dat punt is nog steeds niet opgelost. Zij heeft als een soort flexwerker al wel een paar keer bij de poli meegelopen, en ik heb zelf een andere kandidaat gevonden die nu bij de soa-poli werkt. Het ziet er dus naar uit dat we twee hiv-verpleegkundigen kunnen gaan opleiden. Daarnaast moet er vervanging komen voor de overleden

internist en er is ook niet permanent een microbioloog in het ziekenhuis. Je moet maar net iemand vinden die naar Curaçao wil gaan. Zelf vind ik het daar medisch gezien erg leuk werk en de leefomstandigheden zijn er goed."

In Nederland gaat Eeftinck Schattenkerk nog steeds naar de hiv-bespreking in het OLVG. Hij vindt dat nuttig en merkt dat het team het op prijs stelt. "Ik ben voor hen buitenstaander en kijk soms met een iets andere blik." Daarnaast vindt hij het boeiend om zijn kennis over te dragen. In het AMC begeleidt hij een groep van 10 tot 15 tweedejaars studenten in 10 sessies. "Dat deed ik al voor mijn pensioen. We werken op basis van een reële casus en we bespreken hoe zij die zouden aanpakken. Ik probeer hen ook praktische dingen te leren, zoals het meten van vitale parameters. Het geeft mij veel voldoening om mijn kennis over te dragen. Ik kan de studenten veel casussen en anekdotes vertellen en van hen hoor ik wat bij hen speelt en leeft."

Bijscholing

Eeftinck Schattenkerk vindt het boeiend om nog met het vak bezig te zijn en ook om studenten te begeleiden. In de jaren '70 en '80 verbleef hij enige tijd in Afrika (Kenia en Noord-Jemen) en ook dat trekt nog steeds, maar daar heeft hij momenteel geen connecties. Een lastig punt in het uitoefenen van het vak is voor hem wel de bijscholing: "Ik ga nog wel naar bijeenkomsten, neem deel aan de multidisciplinaire bespreking in het OLVG en ik ben redacteur van het *HIV Bulletin*. Het bijhouden van de theorie lukt dus wel, maar ik heb hier geen contact meer met patiënten. Mijn registratie loopt tot 2019 en ik denk niet dat ik die nog ga verlengen. Hoewel je nooit weet hoe een balletje rolt."

Afgelopen april is Eeftinck Schattenkerk opnieuw voor 2 maanden vertrokken naar Curaçao. En daarna? "Misschien word ik nog een keer gevraagd, maar dat weet ik nog niet. Maar ik sport regelmatig, roeien, hardlopen ... En ik ga graag op reis met mijn lieve echtgenote Ellen. Er is genoeg te doen!" ■

Geschiedenis tijdens de internistendagen

Tijdens de Internistendagen 2017 vond een historische gebeurtenis plaats, want voor het eerst was er een bijdrage vanuit de Commissie Geschiedenis van de NIV. In samenwerking met de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie werd een interessant programma opgezet.

De Commissie Geschiedenis bestaat nog maar kort en daarom is het extra bijzonder dat zij zich nu al op de donderdag van deze Internistendagen kon presenteren. Door de organisatoren was gekozen voor een formule waarbij gegevens en inzichten uit de huidige tijd werden gecontrasteerd met vroegere ontwikkelingen.

Voor deze eerste keer leek het de samenstellers van het programma het meest overzichtelijk om endocrinologische afwijkingen als uitgangspunt te nemen. Onder voorzitterschap van dr. Arie Berghout (namens de Commissie Geschiedenis) en prof. dr. Robin Peeters (namens de Nederlandse Vereniging voor

Endocrinologie) werden heden en verleden in elkaar gevlochten.

Hyperparathyreoïdie

Als eerste sprak dr. Natasha Appelman-Dijkstra uit het Leids Universitair Medisch Centrum over de nieuwste inzichten in de diagnostiek en behandeling van primaire hyperparathyreoïdie. Dit was zonder meer een hypermoderne presentatie waarbij het gehoor actief betrokken werd. Er werd namelijk een aantal vragen voorgelegd aan de toeho-



ders die met een app op hun smartphone een antwoord konden geven op deze vragen. Zoals eigenlijk wel te verwachten was liepen de antwoorden van het publiek nogal uiteen, zodat er voor velen nog wel wat te leren viel. Als moderne internisten weten wij natuurlijk dat hyperparathyreoïdie leidt tot een verhoogd calciumgehalte in het bloed en dat meestal een, al dan niet bij toeval gevonden, hypercalciëmie ons op het spoor zet van deze aandoening. Met geavanceerde beeldvormende technieken wordt vervolgens gekeken of er afwijkingen te zien zijn die kunnen wijzen op het bestaan van een adenoom en in voorkomende gevallen wordt de chirurg gevraagd een of meer adenomen te verwijderen. Degenen onder ons die op dit moment het einde van hun loopbaan (bijna) hebben bereikt, zullen nog wel weten dat er aan het begin van hun opleiding helemaal geen mogelijkheden waren om de bijschilddklieren goed in beeld te brengen. De arme, maar vaardige chirurg die de hals moest exploreren, kon de kleine klieren niet altijd goed vinden en er waren dan ook nogal wat patiënten die na de operatie een hypercalciëmie bleven houden. Als we nog wat verder teruggaan in de geschiedenis, komen we in een periode waarin de relatie tussen hypercalciëmie en hyperparathyreoïdie als gevolg van een adenoom nog helemaal niet zo duidelijk was.

Klinische les

Dit werd goed toegelicht in de tweede voordracht, gegeven door wetenschapshistorica Noortje Jacobs van de Universiteit Maastricht. Zij besprak een artikel van prof. dr. I. Snapper dat hij in 1929 gepubliceerd had in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (NTvG). Het betrof een 21 pagina's tellende klinische les. Een klinische les van 21 pagina's, dat zou dankzij vergaande redactionele ingrepen in de afgelopen 10 jaar absoluut niet meer kunnen, maar in 1929 was dat nog heel gewoon. Snapper beschrijft in deze les de ziektegeschiedenis van een 56-jarige man bij wie in het verleden de diagnose osteomalacie gesteld was en die

Als we een nieuwe therapie willen omarmen, moeten we wel eerst heel kritisch naar de effecten en neveneffecten kijken

al jarenlang heftige pijn in de benen had. Toen Snapper de patiënt zag, vermoedde hij direct al dat er geen echte osteomalacie in het spel kon zijn, maar dat een andere ziekte bij deze man tot een osteomalacie-achtig beeld had geleid. Bij laboratoriumonderzoek werd een verhoogd kalkgehalte in het serum gevonden en dat bracht Snapper op het idee dat de problemen van zijn patiënt het gevolg zouden kunnen zijn van osteitis fibrosa cystica (ziekte van Von Recklinghausen). Dat laatste zou dan komen door een gezwel in de bijschilddklieren. Derhalve werd besloten tot een operatieve ingreep, waarbij inderdaad een adenoom uit een van de bijschilddklieren verwijderd kon worden. Dit is wel zeer opmerkelijk, want het verband tussen de ziekte van Von Recklinghausen en hyperparathyreoïdie door een adenoom was in die dagen nog helemaal niet zo duidelijk en er waren in de hele wereld nog maar vijf patiënten met deze aandoening geopereerd, overigens wel met klinisch succes. Hoe zou men daar tegenwoordig over oordelen?

Overgewicht

Als derde spreker gaf dr. André van Beek uit het Universitair Medisch Centrum Groningen een overzicht van de bariatrische chirurgie, waarbij hij benadrukte dat dit niet allemaal rozengeur en maneschijn is. Hij schetste een beeld van de epidemie van overgewicht en de efficiënte behandeling hiervan door middel van bariatrische chirurgie. De resultaten logen er niet om en ook het effect op

diabetes mellitus type 2 was indrukwekkend. Elke behandeling heeft echter een keerzijde. Zo kunnen als gevolg van de ingreep ernstige complicaties optreden. Als voorbeeld presenteerde de spreker het verhaal van een patiënte bij wie postoperatief reactieve hypoglykemie optrad waardoor zij ernstig geïnvalideerd werd. Deze voordracht gaf goed aan dat we, als we een nieuwe therapie willen omarmen, wel eerst heel kritisch naar de effecten en neveneffecten moeten kijken.

Evidence-based medicine

In die zin werd een mooie brug geslagen naar de laatste voordracht door dr. Timo Bolt van het Erasmus MC te Rotterdam. De titel van zijn lezing was: *Evidence-based medicine in crisis? Een historisch commentaar op het actuele debat*. In zijn voordracht schetste Bolt hoe de zogenaamde evidence-based medicine (EBM) in de afgelopen jaren geleidelijk aan van een succesformule tot een beweging in een crisis is geraakt, zoals betoogd door een aantal Britse wetenschappers. Uit een aantal publicaties blijkt dat er nogal wat onbedoelde negatieve effecten van EBM zijn die uiteindelijk tot een crisistemming hebben geleid. Door degenen die de crisistemming in het leven hebben geroepen werd betoogd dat er iets in de EBM verloren is gegaan en dat er behoefte werd gevoeld om terug te keren naar de kritische geest van weleer. De groep die deze behoefte verwoordde, kreeg bekendheid onder de naam Evidence Based Medicine Renaissance Group.

Bolt plaatste hier de nodige vraagtekens bij en hekelt de wijze waarop door deze Renaissance-groep tegen de geschiedenis wordt aangekeken. Aan de hand van vier ontwikkelingen die de EBM in de afgelopen 25 jaar heeft doorgemaakt, analyseerde hij de historische achtergronden van de crisis en de voorgestelde oplossing daarvan. Om te beginnen schetste hij de overgang van de welhaast evangelische boodschap van een kleine groep mensen om niet op de autoriteit van anderen af te gaan (critical appraisal) naar de vorming van een institutie die zelf onderdeel is gaan uitmaken van de gevestigde medische orde. De zorg van degenen die menen dat EBM in crisis is, behelst juist deze ontwikkeling en het verlangen om terug te keren naar de oerbodschap. Een tweede punt is dat er een scheiding is ontstaan tussen wat genoemd wordt 'evidence-based practitioners' en 'evidence users'. De individuele praktiserende artsen zijn degenen die elk bewijs wegen, de methodologie daarachter voldoende snappen en dus een kritische groep, zoals oorspronkelijk bedoeld, blijven vormen. Daartegenover staan de zogenaamde gebruikers die een collectief vormen dat alleen afgaat op

Het wordt tijd voor een meer **realistische vorm van evidence-based medicine**

systematische reviews en richtlijnen waarmee in feite weer een nieuwe, op autoriteit (lees: richtlijnen en protocollen) gebaseerde geneeskunde is ontstaan. Een derde punt is volgens Bolt dat de EBM in de afgelopen 20 jaar gematigder van toon is geworden. Het evangelie wordt als het ware minder radicaal: er is ruimte voor een bredere uitleg van EBM. Daarmee wordt overigens een terugkeer naar de oerbodschap minder wenselijk. Tenslotte is de EBM iets geworden dat niet alleen voor artsen maar ook voor bijvoorbeeld politici een aantrekkelijk concept is. Op grond van deze overwegingen komt Bolt tot de conclusie dat we met EBM niet achterom, maar juist vooruit moeten kijken en dat het tijd wordt voor een meer realistische vorm van EBM.

Al en met al gaven de twee historische perspectieven een goed beeld van hoe we naar onze huidige praktijk zouden moeten kijken. Van het verleden kunnen we heel wat leren.

Tevreden

Na afloop van de sessie vond er nog overleg plaats tussen de Commissie Geschiedenis, het Bestuur van de NIV en de voorzitter van de Commissie Internistendagen. De conclusie van dit beraad was dat er tevredenheid bestond over de sessie en dat geschiedenis ook volgend jaar weer een plaats in het programma moet krijgen. Of dat op dezelfde manier gaat gebeuren als dit jaar is nog niet zeker, maar het wordt wel iets om naar uit te kijken. ■





Nieuwe wijn in nieuwe zakken, want de jeugd heeft de toekomst

*Stop geen jonge nieuwe wijn in oude leren zakken
(Mattheüs 9:16-17).*

Uiteraard valt daarop niet af te dingen. Maar om het aldus gezegde maar eens te bezigen in de discussie over de markt voor jonge internisten: wanneer is het tijd dat de pensioengerechtigde internist het veld moet ruimen om plaats te maken voor een jonge klare? Of anders gezegd: kan de oude zak gevuld blijven worden met jonge nieuwe wijn (lees: kennis) zonder beschimping en schade? Volgens Jezus zal de leren zak scheurtjes vertonen en uiteindelijk openbarsten. De oorsprong van de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar is moeilijk te achterhalen. In 1889 stelde Otto von Bismarck een puur pragmatische aanpak voor. De gemiddelde levensverwachting van de Pruiser was destijds 72 jaar. Bismarck stelde daarom de pensioenleeftijd op 70 jaar. Twee jaar ondersteuning uit het staatspensioen was economisch een uitstekend uitgangspunt. Gemiddeld twee jaartjes uitpuffen na een hardwerkend bestaan dat eindigt met het uitpuffen van je laatste adem. Vangnetten na een werkzaam leven bestonden al veel langer. De Romeinse legionair die het overleefde werd beloond met een lapje grond in een van de provincies om een huisje te bouwen en een akkertje te bewerken om zo zijn gezin te onderhouden. Ook de Britse marine had een systeem om hun afgezwaaide werknemers van pensioen te voorzien. Hoe het ook zij, de leeftijd voor veel Europese landen, Nederland inclusief, werd uiteindelijk in de 19e eeuw vastgesteld op 65 jaar.

Nu is de wereld sinds de 19e eeuw wel erg veranderd. Het grootste 'probleem' is dat we gemiddeld veel ouder worden en dat dientengevolge het financiële vangnet van pensioen en AOW onderhand onbetaalbaar is geworden. Er zijn meerdere mogelijkheden om dit op te lossen. Allereerst kun je het gehele financiële systeem van pensioen en AOW hervormen zodat het wel betaalbaar wordt, maar daar heb ik geen verstand van. Een tweede mogelijkheid is om de mensen niet zo oud te laten worden. Maar dat druist in tegen onze overlevingsdrang en behandelonbeprekkingen. Het eerste kan het individu niet kwalijk genomen worden, het tweede kan de

dokter soms kwalijk worden genomen. Een derde mogelijkheid is om te accepteren dat we tot na ons 68e blijven doorwerken en het aantal opleidingsplaatsen verlagen.

De hamvraag is natuurlijk: moeten we niet gewoon oprassen na de AOW-leeftijd? Kan de gemiddelde collega het allemaal nog bijbenen na zijn of haar 60e? Soms heb ik nu al het gevoel dat ik achterloop bij mijn ambitieuze jonge collega's met hun moleculaire en atomaire kennis op quantumniveau. De kans is groot dat ik het niet meer kan bijbenen als ik de 60 gepasseerd ben. En de kans is niet minder groot dat ik het ook niet wil bijbenen, maar dat is heel persoonlijk. Er zijn veel te veel andere zaken waar ik tijd aan wil besteden. Er zijn natuurlijk collega's die tot in lengte van dagen congressen aflopen en literatuur meenemen op hun vakanties. En dat is hun goed recht. Zelf zou ik het gevoel krijgen het risico te lopen dat ik uiteindelijk meelijwekkend door studenten, coassistenten en jonge dokters zal worden gadeslagen, toeziend hoe mijn verkleurde en gerimpelde leren zak met zure wijn scheurtjes vertoont. Dat nooit! Ik zal dapper zijn en op tijd het veld ruimen. Er zijn natuurlijk uitzonderingen op de regel. De uitzonderingen mogen best langer blijven, want uitzonderlijke collega's zijn er zeker, maar draag op een goed moment je kennis en kunde over en laat het voor wat het is. Een kwestie van goede timing. Mij zullen ze in ieder geval niet meer zien na mijn pensioen. Ja, misschien bij toeval, op een terras met een goed glas rode wijn uit de 20e eeuw. ■

REAGEREN?

Wilt u (anoniem) reageren op de tekst van Hans Ablij? 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!



De medicus in de schilderkunst

Wetenschap en liefdadigheid van Pablo Picasso

De dokter in het sociaal realisme

Pablo Picasso zult u direct associëren met het kubisme en surrealisme, als een vernieuwer, cultureel avant-gardist en een revolutionair in de schilderkunst en beeldhouwkunst. Per definitie zijn avant-gardisten geboren en getogen in de periode vóór de komende nieuwe stroming die juist zij zullen gaan bepalen. Meestal pas in de adolescentie ontstaan gedachten en gevoelens die een nieuwe weg zoeken, met als resultaat dat een genie onvermijdelijk wil breken met de 'oude tijd'. Niet zelden keren ze op veel latere leeftijd enigszins terug naar hun wortels. Zoals een puber zich afzet tegen zijn ouders en op zoek gaat naar zijn eigen ik en later tot de slotsom komt dat het vroeger allemaal zo slecht nog niet was.

Dat geldt ook voor Picasso: hij keerde in en na de Eerste Wereldoorlog terug naar de stijl van de renaissance en het classicisme. Hij bleef echter altijd voor de horde uitlopen en zijn stijl veranderde meestal met een ingrijpende gebeurtenis of met de komst van een nieuwe liefde en muze. Dat zijn wortels in het classicisme en realisme liggen, is goed te zien in het schilderij *Wetenschap en liefdadigheid* (*Ciencia y caridad*, 1897), dat hij op 15-jarige leeftijd schilderde.

Pablo Picasso

Pablo Ruiz y Picasso werd in 1881 geboren in Malaga, Spanje. Zijn vader, Juan Ruiz, was conservator en teken-

leraar op kunstacademies in Malaga en Barcelona (Escuela de Belles Artes). Hij had snel door dat zijn zoon op 10-jarige leeftijd al een talent voor tekenen en schilderen vertoonde dat zijn eigen middelmatigheid ver zou gaan overtreffen. Voor Juan was het onvermijdelijk om dit met trots – hij was immers zijn vader en eerste tekenleraar – te accepteren. Hij hing zijn tekenspullen en ezel daarom niet aan de wilgen, maar overhandigde de hele santenkraam aan zijn zoon, aan wie het beter besteed zou zijn. Dat bleek een juiste inschatting en beslissing.

Picasso kon eigenlijk alles schilderen wat hij maar wilde, in elke stijl en in elke techniek. De bewijsvoering hiervoor is alomtegenwoordig in zijn vroege werken.

1901 is het jaar dat Picasso zich begint los te weken van de gebaande en begaande paden van zijn voorgangers en een eigen stijl ontwikkelt. Het is ook het jaar van de 'suicide passionel' van zijn goede vriend en reisgenoot Carlos Casamegas, waarna de meest donkere periode uit Picasso's leven aanbreekt: de blauwe periode. Hij wordt drie jaar in de greep gehouden van een diepe depressie, die zich in zijn schilderijen uit in sombere onderwerpen in donkere, veelal blauwe en grijze tinten. Saillant detail is dat Germaine Pichot, voor wie Casamegas een kogel door zijn hoofd schoot omdat zijn liefde voor haar onbeantwoord bleef, in 1907 voor Picasso als model wordt gebruikt voor zijn beroemde *Les Femmes d'Alger*. Dit schilderij is uit de Afrikaanse periode (1906-1908), waarin de schilder

sterk is beïnvloed is door de traditionele Afrikaanse sculptuur. Vóór deze periode is er de roze periode (1904-1906), de tijd waarin hij zich ontworstelt aan zijn depressie en de sombere onderwerpen in blauwe kleuren plaatsmaken voor meer optimistische onderwerpen in lichtere kleuren. In 1907 breekt er een nieuw tijdperk aan in de schilderkunst van Picasso, die, naar later zou blijken, van grote invloed zou zijn op latere kunstenaars en kunststromen. Kleur en vorm hoefden al niet meer per se gebruikt te worden voor een reële weergave van de geschilderde onderwerpen en de wijze waarop kunstenaars naar de wereld konden kijken. Dat was immers het domein geworden van de fotografie. Kleur en vorm konden ook uit de realiteit gehaald worden, om deze vervolgens weer te gebruiken om de realiteit op een andere manier weer te geven: een impressie dus. De impressionisten hebben dat vooral gedaan met kleuren. Picasso – en Georges Braque en anderen – deden dat vooral met vorm, waarbij de onderwerpen in vlakken werden weergegeven en zo nieuwe perspectieven op de werkelijkheid ontstonden: het kubisme. Na zijn kubistische periode (1907-1921) keert hij voor enkele jaren terug naar zijn wortels, de classicistische periode, waarin Velazquez, El Greco en Raphael zijn grote voorbeelden zijn. Vanaf 1921 komen zijn onderwerpen in vorm en kleur steeds verder van de realiteit af te staan: het surrealisme. Zijn tweede sombere periode is vooral beïnvloed door de Spaanse Burgeroorlog, waarbij het voor de pacifistische Picasso onverteerbaar was dat zoveel onschuldige landgenoten slachtoffer werden van deze bloedige, onzinnige en onnodige oorlog. In zijn latere werken is vooral de vrouw het onderwerp, waarbij seks een grote rol speelt en borsten en geslachtsdelen in alle soorten en maten welig tieren.

Ciencia y cardida, wetenschap, liefdadigheid en het sociaal realisme

De voorstelling van *Ciencia y caridad* is een vroeg werk. Het kind-zijn in Picasso's tekeningen eindigde al op 14-jarige leeftijd, mede veroorzaakt door de traumatische ervaring van de dood van zijn jongere zusje Conchita aan difterie. *Ciencia y caridad* is een volwassen werk van een kind.

In bed ligt een vrouw, waarschijnlijk een stervende moeder. De dokter – Picasso's vader – in de stoel naast haar neemt de pols op en lijkt te wachten tot haar laatste hartslag is weggeëbd. Opvallend is de kleur van haar rechterhand. Deze is groen-grauw, alsof de dood via de hand van de arts zijn intrede doet, symbolisch voor de geneeskunde die in deze tijd meestal machteloos stond tegenover de vele onbehandelbare aandoeningen, zeker bij de lagere klassen voor wie goede medische zorg onbetaalbaar was. De arts kan niets anders doen dan de vrouw bijstaan in haar laatste seconden. De non die links naast haar aan het bed staat reikt haar nog een glas water aan, als symbool van caritas. Het kind symboliseert zowel het onrecht dat de minderbedeelden als slachtoffers wordt aangedaan, als ook de toekomst.

Ciencia y Caridad is een schilderwerk dat binnen de stroming van het sociaal realisme valt. Deze stroming deed opgang in de tweede helft van de 19e eeuw, een periode



Ciencia y caridad, 1897, Museu Picasso de Barcelona

waarin de bourgeoisie grote interesse toonde in wetenschap en filantropie. De industriële revolutie was in volle gang en de verwondering over de voortgang van wetenschap en geneeskunde was groot. Maar er was een keerzijde aan deze vooruitgang. De grote tegenstellingen tussen arm en rijk, die tijdens de industriële revolutie alleen maar groter werden en waarbij er door de lange werktijden in de fabrieken sprake was van sociale uitbuiting, was voor de gegoede burgerij reden om hier aandacht aan te besteden. Krakende lijven aan geoliede machines en lopende banden: er werd van kind af aan gewerkt tot het lichaam op was. De omstandigheden waren erbarmelijk, met lange werkdagen en -weken, slechte hygiëne en onmaatse medische zorg. De levensverwachting was laag en de kindersterfte hoog. Al deze aspecten van de nieuwe maatschappij appelleerden aan de sociale gevoelens van de burgerij die het beter had en had ook tot gevolg dat kunstenaars en schrijvers deze sociale ongelijkheid realistisch wilden weergeven. Sociaal realisme in literatuur en schilderkunst was terecht salonfähig. De jonge Picasso was blijkbaar gevoelig voor het onrecht dat de arbeidersklasse werd aangedaan. Op latere leeftijd omarmde hij het communistische gedachtegoed, volgens zijn intimi niet uit politieke overwegingen, maar om emotionele redenen van medemenselijkheid, ondanks het grote onheil dat het communisme de wereld zou brengen. Dit jeugdwerk is overigens het eerste en laatste werk van Picasso dat onder de categorie sociaal realisme gerekend kan worden.

Picasso sterft in 1973 op 91-jarige leeftijd na een immens productief leven van 78 jaar, schatrijk en zo'n 150.000 werken achterlatend. Hij wordt terecht beschouwd als de meest invloedrijke kunstenaar van de 20e eeuw. ■

Yvo Smulders



Stop de reanimatievraag

Alwéér dit onderwerp? Uh, ja, maar nu heb ik een beter idee: we gaan de vraag “Wilt u gereanimeerd worden?” gewoon afschaffen.

Sinds ik 'm voor het eerst stelde voelt deze vraag bij acute opnames niet alleen ongemakkelijk, maar vaak zelfs ongepast. Veel aios en patiënten delen dit gevoel. Alweer een paar jaar zoek ik, vaak samen met Frank Bosch van het Rijnstateziekenhuis, naar wegen om hier verbetering in te brengen: discussies met aios, intervisie op de SEH, ziekenhuisbrede bijeenkomsten, een voorlichtingsfilm, een plenaire sessie op de NIV-dagen. Wellicht heeft u hier weinig van meegekregen, maar ik zeg u: het blijft vechten tegen windmolens; zelfs het hele pakket samen helpt geen fluit. Recent roerde ook het UMC Utrecht zich in deze materie, met onder andere een e-learning voor aios over hoe je dit onderwerp ter sprake kunt brengen. Ik heb 'm gezien. Doe dat ook en oordeel zelf.

Als een probleem onoplosbaar lijkt, kun je overwegen het probleem domweg af te schaffen. Niet omdat het onoplósbbaar is, maar omdat ‘niets helpt’ soms iets zegt over het bestáansrecht van het probleem (dit lijkt me overigens, als ik er langer over nadenk, een nogal generiek punt). Ontbrekend bestaansrecht is in het geval van de reanimatievraag inderdaad aan de orde. Ik geef u twee redenen.

De eerste is dat we binaire vragen stellen en afspraken maken over specifieke handelingen, terwijl de context waarin die handelingen aangewezen kunnen zijn hypervariabel is. De afspraak ‘niet reanimeren’ betekent dat we niets doen als iemand dood in bed wordt aangetroffen, maar evenmin als iemand voor onze ogen neerzigt met een schokbaar ritme, of zich bijvoorbeeld verslikt. Je kunt zeggen wat je wilt, maar de prognose – en daarmee de verdedigbaarheid van het besluit – is hemelsbreed (!) verschillend. Hetzelfde geldt, mutatis mutandis, voor de afspraak ‘wel reanimeren’: we bedrijven soms lijkschennis omdat nu eenmaal ‘code A’ is afgesproken, aangezien we vonden dat deze persoon onder andere omstandigheden een kans verdiende een circulatiestilstand te overleven. In de hele discussie rondom reanimeren zijn we in een ge- of verbodsfeer beland waarin het ons wordt verboden gewoon een goede hulpverlener te zijn.

De tweede reden waarom we het probleem moeten opheffen, is dat de vraag in veel situaties domweg impertinent is. Patiënten bij wie de leven-of-sterven-vraag in feite helemaal niet aan de orde is (de kans op een circulatiestilstand is heel klein) worden er zomaar mee geconfronteerd, vaak in een situatie dat ze zich beroerd voelen en vrijwel altijd door een jonge dokter die ze helemaal niet kennen. Je kunt de vraag nog zo slim proberen te verpakken, regelmatig zijn patiënten er behoorlijk beduusd van.

Velen denken dat het stellen van ‘de vraag’ en het vastleggen van de uit het antwoord volgende behandelafpraak echter verplicht is. Rondom het verschijnen van deze column gaat een gezaghebbend gezondheidsjurist hier in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* (2017;161(25):D1831) op in. Zijn conclusie is bijzonder: niet alleen móet het niet, het mág zelfs niet, tenzij er een concreet vooruitzicht op een circulatiestilstand is. In alle andere omstandigheden is het stellen van deze vraag in strijd met de KNMG-Gedragsregels voor artsen en de WGBO. Brengt een patiënt spontaan geen behandelwens ter sprake, dan moeten wij op basis van goed hulpverlenerschap beslissen welke behandeling in welke situatie gepast is.¹ Ik heb een roeping, een langetermijnambitie: deze vraag moet stoppen. Het zal een lang en moeilijk gevecht worden. Sancho!