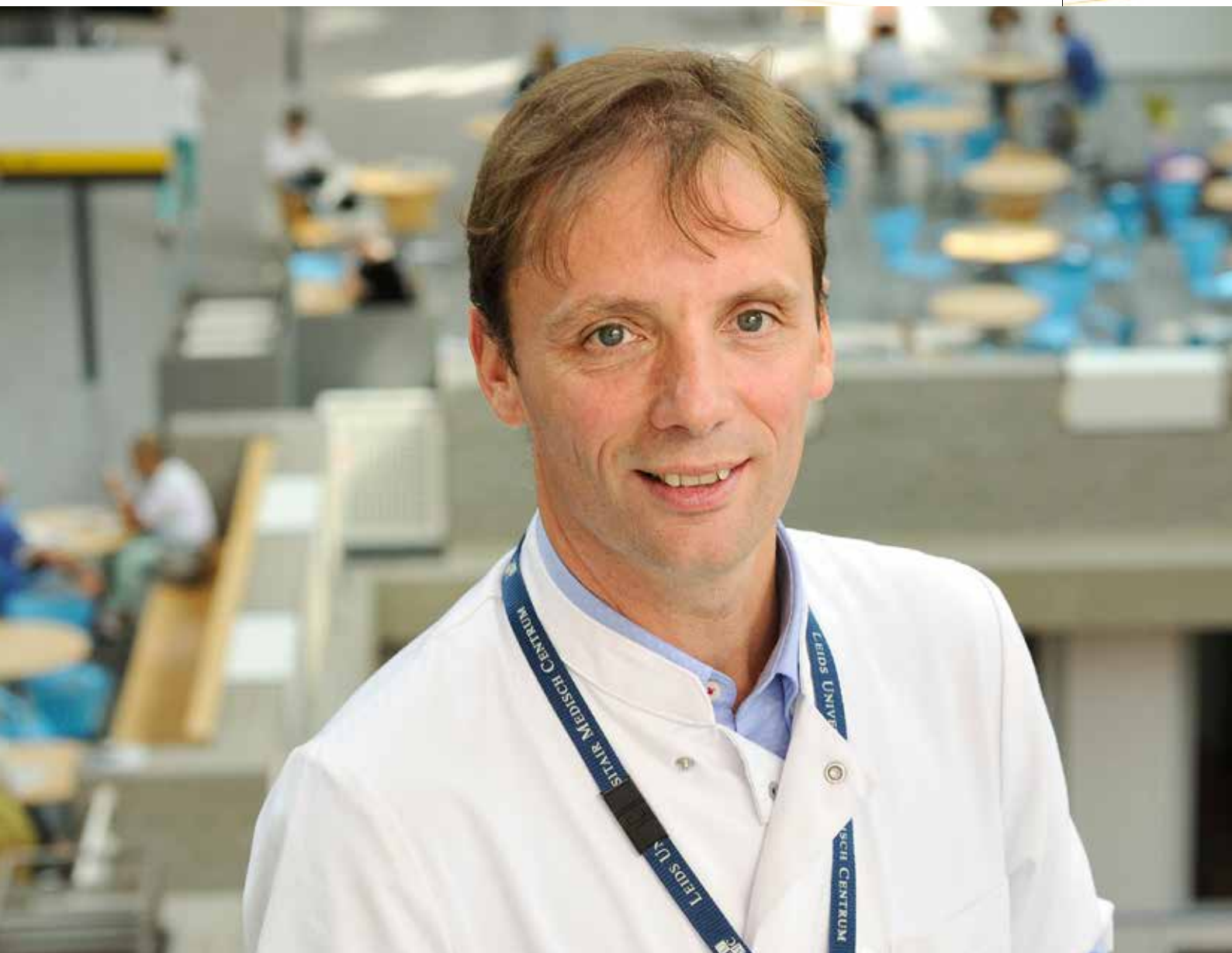


INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3
JAARGANG 8
SEPTEMBER 2017

Magazine voor de internist



Olaf Dekkers

Gezamenlijk nadenken over methodologie
van onderzoek

**Iedereen kan altijd binnenlopen,
voor een grap of overleg**
Interview met Hans Romijn

**Dromen zijn alleen waar te
maken met samenwerking**
Interview met Mark Kramer

**Een kijkje in de keuken op een
Caribisch eiland**
Evelien Bodar

**Portret van prof. dr.
Cees van der Meer**
Eduard van der Veen

Event Medical Service-arts
Dennis Ellenbroek

Column Yvo Smulders
Kwalitatieve kwaliteit



INTERVIEW 6

Als artsen zich meer verdiepen in de methodologie van onderzoek en meer samenwerken, komt dat de kwaliteit van studies en van de resultaten ten goede. Prof. dr. Olaf Dekkers is daarvan overtuigd. Hij is vanaf mei 2016 hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder Methodologie van Klinisch Onderzoek in het LUMC. "Soms wordt te gemakkelijk over onderzoek gedacht, alsof het iets is wat je er naast je werk even bij kunt doen."



"Iedereen kan altijd binnenlopen, voor een grap of overleg"
Interview met Hans Romijn over het opvolgen van Marcel Levi



"Dromen zijn alleen waar te maken met samenwerking"
Interview met Mark Kramer over zijn bestuurlijke positie bij het VUmc



Een kijkje in de keuken op een Caribisch eiland
Evelien Bodar over het Forum Visitatorium

Reacties column

Yvo Smulders **14**

Cartoon

17

Event Medical Service-arts

26

RUBRIEKEN

Historie **20**
Prof. dr. Cees van der Meer

De knuppel in het internistenhok **23**
Voorzichtig doorzichtig, ofwel politiek correcte transparantie

Bericht uit het Buitenland **24**
Ed Blaauwwiekel, Zweden

De medicus in de schilderkunst **28**
'Dr Washington Epps, my doctor' door Sir Lawrence Alma-Tadema

Column Yvo Smulders **30**
Kwalitatieve kwaliteit





Glazen bol

Als kleine jongen was ik er in de jaren 70 vast van overtuigd dat we in de 21e eeuw naar ons werk zouden vliegen, op de maan zouden wonen en met een klein apparaatje elkaar overal ter wereld konden spreken en zien. Dat laatste had ik dan wel weer goed ingeschat (maar helaas weinig mee gedaan), maar verder zat mijn blik op de toekomst er behoorlijk naast. Om te zeggen dat de wereld om ons heen flink in beweging is, is een understatement en dat de toekomst onzeker is, een cliché. Toch is het nuttig om af en toe eens na te denken over die wereld en die toekomst. Bij een vereniging noem je dat dan een 'strategisch traject' en daar zitten vooral het bestuur en het bureau momenteel midden in.

Met een aantal leden hebben we vóór de zomer gekeken naar thema's die relevant zijn voor de NIV. We hebben gekeken naar wat nu exact het probleem is, wat een oplossing zou kunnen zijn, maar vooral ook naar welke gevolgen je daar dan aan verbindt. Zonder in een karikatuur te willen vervallen is onze sterkte als internist vaak dat we heel goed een probleem kunnen analyseren, exact de mogelijke oplossingen kunnen benoemen, maar onze zwakte dat we niet altijd tot handelen overgaan. De huidige tijd met kansen, maar ook bedreigingen, vraagt echter om actief bestuurlijk handelen.

Belangrijke thema's zijn de positie van de internist in de toekomst: wat doen wij over drie, vijf of tien jaar? Werken we nog steeds in het ziekenhuis of ook daarbuiten? Zijn we vooral deelspecialist of ook breed georiënteerd? Wat is onze rol binnen de acute zorg en binnen de zorg voor multimorbide, vaak oudere, patiënten? Hoe gaan we aantoonbaar de beste kwaliteit leveren zonder nog meer regeltjes en registraties? Hoe draagt de internist bij aan het betaalbaar houden van de zorg? Hoe kan de internist het voortouw nemen in alle technologische zorginnovaties? Hoe tonen we onze 'kracht in diversiteit' naar buiten toe? Maar ook: hoe kunnen we zorgen voor voldoende banen, nu en in de toekomst?

Veel oplossingen en acties zijn al aangedragen en zullen in de vorm van een strategisch plan ook aan u, de leden van de NIV, via een consultatieronde worden voorgelegd. Denk vooral ook met ons mee!

Peter Drucker, een beroemde Amerikaanse managementgoeroe zei het al: "The best way to predict the future is to create it".

En daar ben ik het helemaal mee eens.

Evert-Jan de Kruijf

Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
8e jaargang, nummer 3, september 2017

Redactie

Hans Ablij, Karin de Beer, Caroline Canté, Gysèle Bleumink
(hoofdredacteur), Charlotte Krol, Bas Oude Elberink, Hein Visser

Redactie-adres

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

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2017

Website NIV: www.internisten.nl



‘Gezamenlijk nadenken over methodologie van onderzoek’

Als artsen zich meer verdiepen in de methodologie van onderzoek en meer samenwerken, komt dat de kwaliteit van studies en van de resultaten ten goede. Prof. dr. Olaf Dekkers is daarvan overtuigd. Hij is vanaf mei 2016 hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder Methodologie van Klinisch Onderzoek in het LUMC. “Soms wordt te gemakkelijk over onderzoek gedacht, alsof het iets is wat je er naast je werk even bij kunt doen.”

Zijn studie geneeskunde combineerde Dekkers met een studie filosofie, waarvoor hij altijd diepe interesse heeft gehad. Hij rondde beide studies af en na zijn artsexamen koos hij voor interne geneeskunde met als aandachtsgebied endocrinologie. “Bij mijn toenmalige opleider Hans Romijn mocht ik in opleiding gaan als ik daarnaast in twee jaar zou promoveren. Dat is gelukt door elke ochtend voor dag en dauw te beginnen met het verzamelen en analyseren van data. Op een gegeven moment hoorde ik een lezing van Jan Vandenbroucke, epidemioloog in het LUMC, die een brede visie gaf over geneeskunde en onderzoek, wat hij verbond met veel kennis over de kli-

nische praktijk. Toen wist ik: dat is wat ik wil.”

Unieke combinatie

Dekkers kreeg de mogelijkheid om, naast een aanstelling als internist-endocrinoloog, voor 50% op de afdeling van Vandenbroucke te gaan werken als epidemioloog. Daar deed hij wat hem boeit: nadenken over het doen van onderzoek, maar ook over het lezen en interpreteren van onderzoeksresultaten. “Ik doe nu fundamenteel onderzoek naar methodieken en help daarnaast artsen en anderen bij het doen van klinisch onderzoek. En ik ben als methodoloog bijvoorbeeld betrokken bij alle Europese richtlijnen voor de endocrinologie. Ik werk op het grensvlak van patiëntenzorg, epidemiologie en methodologie, en wetenschapsfilosofie. Dat is een vrij unieke combinatie waarmee ik bijzonder gelukkig ben. En langzaamaan probeer ik wetenschapsfilosofie een beetje in het curriculum in te bouwen.”

Dekkers is breed georiënteerd binnen de interne geneeskunde. In het verleden was bij internisten vaak sprake van superspecialisatie, maar Dekkers constateert nu een beweging terug. “Er was een tijd dat patiënten voor twee endocriene ziekten twee ver-

schillende endocrinologen bezochten. Nu zien we onszelf meer als algemeen internist met een specifieke expertise. Voor mij is dat de methodologie. Dat draag ik ook uit in de opleiding voor internisten. Zo wordt in onze ‘journal club’ een artikel voorbesproken met een senior epidemioloog. Wat zegt het artikel? Hoe moet je het lezen? Wat zijn de specifieke methodologische aandachtspunten voor dit artikel? Zo krijgt het referaat meer verdieping en verbreding. We bieden bovendien een stage epidemiologie aan van vier maanden, waarin internisten in opleiding zich kunnen verdiepen in het doen van onderzoek. Dat wordt erg gewaardeerd.”

Groot pluspunt

Er is een kwaliteitsslag te maken als artsen zich meer verdiepen in de methodologie van onderzoek, stelt Dekkers. Het is belangrijk om na te denken over de methodologie achter bijvoorbeeld trials of observationeel onderzoek. Voor hemzelf is het een groot pluspunt dat hij clinicus is: “Ik weet hoe de klinische praktijk werkt. Ik ben geen methodoloog ‘van buiten’ die komt vertellen hoe het moet. Ik merk dat onderzoekers het belang daarvan inmiddels inzien.

Mensen komen naar ons toe voor advies. Zij hebben een onderzoeksvraag en willen weten hoe zij die kunnen aanpakken en hoe zij bijvoorbeeld patiënten en controles kunnen selecteren. Soms wordt te gemakkelijk over onderzoek gedacht, alsof het iets is wat je er naast je werk even bij kunt doen. Ik heb het altijd vreemd gevonden dat voor het doen van basaal onderzoek strenge cursussen nodig zijn, maar voor klinisch onderzoek lange tijd niet. Ik zou graag de kwaliteit van klinisch onderzoek een stapje hoger willen brengen, door goed na te denken wanneer je welk soort onderzoek doet.”

Dat laatste is ook nodig. Dekkers vindt dat de medische wereld te snel tevreden is met onderzoek van matige kwaliteit. Hij pleit daarom voor meer samenwerking tussen onderzoekers en instituten, en ook meer discussies over studies. “Bijvoorbeeld voor geneesmiddelenonderzoek wordt bij voorkeur een gerandomiseerde studie, een RCT, gedaan. Maar die kost tijd en veel geld, en onderzoekers willen daarom weleens bestaande data gebruiken voor een studie naar het effect van een geneesmiddel. Ik vind dat bijna een ethisch dilemma. Want zijn de resultaten dan betrouwbaar? Waarschijnlijk niet, en een dergelijke studie gaat weinig bijdragen aan de wetenschap. Het is alsof je thuiskomt

en geen zin hebt in koken en daarom eten van eergisteren opwarmt. Je eet dan wel, maar het is niet echt lekker. Zo kun je ook in onderzoek een kast opentrekken en matige data vinden. Bijvoorbeeld een vragenlijst die maar door de helft van de ondervraagden is ingevuld, en soms nog niet eens helemaal. Wat moet je daar dan mee?”

Soms bestaat dan de neiging om de data toch te gebruiken, bijvoorbeeld omdat die passen binnen een promotietraject. Dekkers vindt dat veel meer discussie moet plaatsvinden over studies. “Want dat brengt de wetenschap verder. Voor een promotie zou wat mij betreft ook mogen meetellen dat je een symposium hebt georganiseerd, met belangrijke discussies door deskundigen. Of een goed opgestelde en onderbouwde ingezonden brief hebt geschreven. Dat vind ik een proeve van bekwaamheid in wetenschappelijk discussiëren.”

Hypothese weerleggen

Met onderzoekers bespreekt Dekkers wat de ideale opzet zou zijn voor hun beoogde onderzoek, en in hoeverre zij daarvan zouden willen afwijken. Hij vraagt hen ook om een onderzoeksopzet te bedenken die hun hypothese kan weerleggen in plaats van bevestigen. Dat heeft twee voordelen: “Je dwingt jezelf om afstand te nemen van je eigen hypothese. Dat

is goed omdat mensen de neiging hebben om te veel in hun eigen ideeën te geloven. Stel dat de hypothese is te weerleggen, dan kan de onderzoeker zich op een andere vraag gaan richten. Aan de andere kant kan het de hypothese versterken, namelijk als het niet lukt om die te weerleggen. Misschien zou het bedenken van zo’n proef onderdeel kunnen worden van subsidieaanvragen. Ik zou het toejuichen als bijvoorbeeld ZonMw dit bij grote projecten opneemt in de voorwaarden.”

Dekkers pleit tevens voor meer samenwerking tussen onderzoeksgroepen, bijvoorbeeld groepen die met een vergelijkbaar onderwerp bezig zijn. Dan zou het mogelijk worden om onderzoeksprotocollen te vergelijken en afspraken te maken over wie wat gaat onderzoeken. Maar samenwerking wordt nu niet beloond: “Onderzoekers of onderzoeksgroepen worden beoordeeld op aantallen publicaties. Dat systeem is erg gericht op individuen en is geen stimulans om samen te werken. Het is niet gemakkelijk om een ander systeem te bedenken, maar het zou goed zijn om met elkaar daarnaar te zoeken.”

Wetenschappelijke studies halen regelmatig het nieuws. De laatste tijd is er een tendens om wetenschappelijke resultaten te bestempelen als ‘ook maar een mening’. Dekkers vindt dat ongewenst, maar kijkt vooral naar de argumenten achter meningen. “Iedereen mag een mening hebben, maar de waarde van een mening hangt af van de onderbouwing. Iets roepen zonder dat je weet waar het over gaat, dat vind ik onzinnig. Maar vaak zitten er grote belangen achter discussies en meningen. Ik ben voor een open discussie tussen mensen wiens mening gefundeerd is en waarbij het gaat over argumenten. Omgekeerd hoop ik ook dat mensen kritisch blijven over wetenschap. Niet iedereen hoeft zomaar alles te geloven wat wetenschappers zeggen.”

Infecties bij Cushing

Een van de studies waar Dekkers bij betrokken is geweest, is een onderzoek naar het voorkomen van infecties bij mensen met de ziekte van

**Ik ben geen methodoloog
‘van buiten’ die komt
vertellen hoe het moet**

ZINLOZE ZIN

Studies vinden over de hele wereld plaats en leveren continu veel nieuwe gegevens op. Maar dat vele onderzoek heeft ook een andere kant: vanwege de vele resultaten is soms door de bomen het bos niet meer te zien. Bijvoorbeeld: over antidepressiva zijn al meer dan 150 meta-analyses gepubliceerd. “Hoe kun je daar nog wijs uit worden? Al dat onderzoek kost bovendien veel geld. Daarom zou mijn voorstel ook hier zijn: bespreek met een aantal deskundigen welke vragen relevant zijn en welke kant het onderzoek op zou moeten. Zo kan tevens worden gezocht naar de beste studieopzet om vragen te beantwoorden die een vakgebied vooruithelpen. Publicaties eindigen nu vaak met: ‘more research is needed’. Die zin is zinloos, tenzij daarbij de onderzoeksvragen en -methoden worden gespecificeerd.”



Naam: Olaf Dekkers

Leeftijd: 46

Opleidingen:

- Geneeskunde, VU Amsterdam
- Wijsbegeerte, VU Amsterdam
- Master Klinische Epidemiologie, London School of Hygiene and Tropical Medicine
- Interne geneeskunde en Endocrinologie, LUMC Leiden

Promotie: 2006, LUMC Leiden

Proefschrift: Non-functioning pituitary macroadenomas

Loopbaan:

- 2006: Stafid Endocrinologie (50%), LUMC Leiden
- 2006: Stafid Klinische Epidemiologie (50%), LUMC Leiden

Huidige functie:

- 2016: Hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder methodologie van klinisch onderzoek, LUMC Leiden
- 2016: Visiting professor afdeling klinische epidemiologie, Aarhus, Denemarken

De medische wereld is te snel tevreden met **onderzoek van matige kwaliteit**

Cushing: hebben deze patiënten een verhoogd risico op infecties? De onderzoeksvraag was een directe vertaling van de klinische praktijk. Dat kan het best worden onderzocht in een grote populatie waarvan veel data bekend zijn met een lange follow-up. Die setting is aanwezig in Denemarken, waar standaard veel patiëntgegevens worden verzameld. “Daarom hebben we daar dit onderzoek gedaan. We hebben kunnen aantonen dat deze patiënten inderdaad een hoger risico hebben op infecties. Dit vond ik methodologisch een leuke studie, met een resultaat dat klinisch al werd vermoed.”

Dekkers heeft tevens meegedaan met een trial naar de vraag of subklinische hypothyreoïdie moet worden behandeld. Daar waren al duizenden publicaties over verschenen maar er was nog steeds geen ant-

woord op. “Daarom heeft een groep onderzoekers een aantal jaren geleden een Europese subsidieaanvraag gedaan voor een grote gerandomiseerde studie. Die was lastig om te doen, maar is wel gedaan en recent gepubliceerd.¹ Er werd geen effect gevonden van behandeling. Ik vond het goed dat een groep onderzoekers samen een studie heeft gedaan volgens het beste design, om toch een keer een valide antwoord te vinden op een relevante onderzoeksvraag. Zonder samenwerking was dit niet gelukt. Natuurlijk riep de studie weer vele nieuwe vragen op, bijvoorbeeld over effecten in subgroepen van patiënten.”

Betere resultaten

Dekkers hoopt dat meer onderzoekers op deze manier gaan denken en werken. Hij wil met hen meedenken,

zodat het onderzoek en de resultaten aan kwaliteit winnen. Want samenwerking en open discussie leiden tot betere resultaten. “Verder hoop ik dat het me lukt om de filosofie dicht bij huis te brengen. Ik wil geen abstracte verhalen vertellen over stromingen in de filosofie, maar me juist richten op dagelijkse situaties in de kliniek en in onderzoek. Ik geef onder andere een college over het aantonen of uitsluiten van een hypothese. Wat doe je bijvoorbeeld als je een diagnose stelt: toon je dan een ziekte aan of sluit je een ziekte uit? En is dat fundamenteel anders dan het toetsen van onderzoekshypothesen? Zo leren studenten nadenken over onderzoek en over geneeskunde. Dat is mijn doel.” ■

Literatuur

1. Stott DJ, Rodondi N, Kearney PM, et al. (TRUST Study Group). Thyroid Hormone Therapy for Older Adults with Subclinical Hypothyroidism. *N Engl J Med.* 2017;376:2534-44.

Prof. dr. Hans Romijn en prof. dr. Mark Kramer: beiden traden afgelopen jaar toe tot de Raad van Bestuur, van resp. het AMC en het VUmc. Waarom deden zij dat? Missen zij de patiënten? En hoe verloopt de fusie? Beiden stelden wij enkele vragen, nog vóór de beslissing van de Autoriteit Consument & Markt (ACM) over de fusie. Hieronder het interview met Hans Romijn. Het interview met Kramer vindt u op pagina 12 en 13.

“Iedereen kan altijd binnenlopen, voor een grap of overleg”

Internist-endocrinoloog prof. dr. Hans Romijn is per 1 december 2016 benoemd tot voorzitter van de Raad van Bestuur van het AMC. Tevens is hij door het College van Bestuur van de UvA benoemd tot decaan van de Faculteit der Geneeskunde. Hij volgt in de beide functies prof. dr. Marcel Levi op.

Hoe is de procedure voor uw benoeming verlopen?

Het vertrek van Marcel Levi was onverwacht. De Raad van Toezicht heeft toen een brede consultatie gedaan. Ik had me niet kandidaat gesteld voor de functie, maar was wel bij een consultatie betrokken en ik had enkele collegae voorgedragen. Uiteindelijk heeft de Raad van Toezicht mij gevraagd om te komen praten. Het was voor mijzelf absoluut een verrassing. Maar uiteraard wel een enorme eer.

Wat was uw motivatie om de functie te aanvaarden?

Het is een unieke kans om mede richting te geven aan een toonaangevend ziekenhuis. Het is een fantastisch instituut met veel bijzondere

kenmerken en fantastische prestaties. En ook met veel vrolijkheid en inspiratie. Daarnaast speelt natuurlijk de fusie met het VUmc. Ook dat is uniek. Het is heel spannend, en als het doorgaat worden we het grootste ziekenhuis van Nederland. De uitdaging is om ervoor te zorgen dat dat meerwaarde heeft.

U viel middenin dat proces, want het was al enige tijd gaande.

Inderdaad, het is in 2010 begonnen met een retraite over de toekomst van het ziekenhuis. Daar kwam naar voren dat samenwerking met het VUmc een enorme kans bood voor het ziekenhuis. Tot dan toe was er nauwelijks contact tussen beide instituten. In juli vorig jaar kregen we groen licht van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) en daarna startte de vergunningaanvraag bij de ACM. Bij dat laatste deel ben ik integraal betrokken geweest.

Komt er na de fusie een nieuwe RvB?

Ja er komt één Raad van Bestuur. Bijzonder is dat die twee voorzitters krijgt: Wouter Bos en ik. Het bestuur zal verder bestaan uit de huidige bestuursleden. Ook de Raad van

Toezicht fuseert. De instituten blijven wel nog juridisch gescheiden. De volgende stap zal dan zijn om er ook juridisch één instituut van te maken. De twee locaties blijven wel allebei bestaan. Een nieuw gebouw is financieel niet haalbaar.

Welke punten spelen momenteel in het AMC, behalve de fusie?

We zijn bezig met het versterken van ons onderzoek. Daarvoor bestaan twee modellen. In het AMC werken we met ‘principal investigators’, momenteel zo’n 300. De organisatie van ons onderzoek is dus sterk gericht op het individu. Het andere model werkt met onderzoeksinstituten. Dat is het model van het VUmc. We hebben nu gezamenlijk 8 onderzoeksinstituten opgericht, met in sommige instituten wel 500 onderzoekers. Dit begint zich langzaam te ontwikkelen, en dat zal van invloed zijn op onze manier van onderzoek doen. Daarnaast hebben we een nieuwe bacheloropleiding, met nieuwe onderwijsmethoden. Dat vraagt veel energie en aandacht, onder andere voor trainingen. Verder blijft de patiëntenzorg zich ontwikkelen. De zorg in UMC’s wordt steeds complexer, en een patiënt heeft gemiddeld wel 6 specialismen rond het bed. Dat vraagt om goede samenwerking en coördinatie.

Waar haalt u de kennis vandaan voor uw functie in de RvB?

Ik heb me al meer dan 20 jaar verdiept in allerlei aspecten van management en heb al grondige bedrijfskundige kennis

“Een patiënt heeft gemiddeld wel zes specialismen rond het bed. **Dat vraagt om goede samenwerking en coördinatie**”



Hans Romijn, internist-endocrinoloog, studeerde geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam en promoveerde er in 1990. Na zijn promotie verbleef hij twee jaar in de VS als postdoc aan de University of Texas Medical Branch te Galveston. Tot 1997 werkte hij als internist-intensivist in het AMC, waarvan van 1994 tot 1997 als waarnemend hoofd Intensive Care. In 1997 werd hij benoemd tot bijzonder hoogleraar Klinische Voeding en in 1998 tot hoogleraar Interne Geneeskunde, in het bijzonder Endocrinologie, aan de Universiteit van Leiden, om in 2010 terug te keren naar Amsterdam. Daar werd hij hoofd van de afdeling Inwendige Geneeskunde en voorzitter van de divisie Inwendige & Uitwendige Specialismen van het AMC. In dat jaar werd hij ook benoemd tot hoogleraar Inwendige Geneeskunde aan de Universiteit van Amsterdam.

opgedaan. Ik ben ook 2 decennia hoogleraar en heb meerdere afdelingen geleid in meerdere divisies in het AMC en LUMC. Bovendien was ik 11 jaar hoofd van de afdeling Endocrinologie en later ook van de Interne Geneeskunde in het LUMC. Ik was hoofdopleider Interne Geneeskunde en heb ook grote onderzoeksgroepen geleid. De afgelopen jaren was ik divisievoorzitter. Een divisie is in feite een klein ziekenhuis, met een grote omzet. Veel elementen die aan de orde komen in de Raad van Bestuur spelen op kleinere schaal ook in een divisie. Ik heb verschillende grote conflicten meegemaakt die met creati-

viteit en vasthoudendheid zijn opgelost. Ik heb dus heel veel hands-on-ervaring opgedaan. Die ervaring is essentieel in een bestuursfunctie. Ik heb ook nog eens 2 enorm sterke mentoren gehad. Mentorschap is eveneens essentieel, om te voorkomen dat je zelf opnieuw het wiel gaat uitvinden.

Werkt u nog als internist?

Ja, ik doe 2 dagdelen poli. En dat zal ik blijven doen, dus het contact met de patiënten blijft. Het geeft wel een volle agenda, maar een week telt gelukkig 168 uur, dus dan kun je veel doen.

Hoe is nu het contact met uw collega-internisten?

De sfeer op de afdeling Inwendige Geneeskunde is uitstekend, met veel inspiratie en openheid. Ik heb niet het gevoel dat zij nu anders met mij omgaan, en ik ga zeker niet anders met hen om. Het is respect naar twee kanten. Mijn positie is nu anders, maar ik ben als persoon niet veranderd.

En het contact binnen de RvB?

Dat is heel goed. We zijn met ons drieën: naast mijzelf als voorzitter en decaan zijn dat vicevoorzitter en tweede decaan prof. Maas Jan Heineman, hoogleraar Gynaecologie, en Frida van den Maagdenberg die financiën en bedrijfsvoering doet. We beginnen 's ochtends al om zes uur, halfzeven, en besteden dan eerst even tijd aan elkaar. We bespreken van alles, ook persoonlijke dingen, en nemen de komende dagen door. We kijken elkaar aan het begin van elke dag even in de ogen. Net zoals bij een ochtendrapport, als je even kijkt wie er is en wat er gaat gebeuren. Dit gebeurt ook bij de Surpass procedure, wat staat voor SURgical Patient Safety System. Dat is een in het AMC ontwikkelde veiligheidschecklist voor het gehele ziekenhuistrajec van de chirurgische patiënt, van opname tot ontslag. Er is ook een time-outprocedure in opgenomen voor de start van de operatie, met iedereen die bij de operatie betrokken is, inclusief de patiënt. Ook voor een verpleegafdeling zou dat goed zijn.

Is het soms 'eenzaam aan de top'?

Dat ligt helemaal aan jezelf. Bij ons is iedereen altijd welkom. Het unieke van de deur van mijn kamer is dat je van twee kilometer afstand kunt zien of die open is, omdat er een heel lange gang voor ligt. Als die open is, kan iedereen even binnenlopen, voor een grap of voor overleg. Het contact is altijd laagdrempelig.

Wat geeft u voldoening?

De omgang met patiënten en de medewerkers van het AMC. Het is fantastisch om elkaar te inspireren en op een positieve manier met het leven bezig te zijn. ■



“Dromen zijn alleen **waar te maken met samenwerking**”

Internist-hematoloog prof. dr. Mark Kramer is per 1 september 2016 lid van de Raad van Bestuur van het VUmc. Naast zijn bestuurlijke positie is hij aangebleven als afdelingshoofd Interne Geneeskunde. Kramers portefeuille binnen het bestuur omvat het aansturen van drie divisies, de kwaliteit en veiligheid van de patiëntenzorg, ICT/EPD en regionale samenwerking.

Hoe bevalt de nieuwe functie?

Uitstekend. Ik heb er erg veel plezier in. Besturen is uiteraard serieus werk, maar hoe je het invult hangt erg af van de omgeving en de mensen met wie je samenwerkt. Ik ervaar dat mensen mij dit gunnen en het goed vinden dat ik dit doe. Bovendien is het heel erg spannend om betrokken te zijn bij het fusietraject met het AMC.

Daar viel u middenin, want het proces was al een tijdje gaande.

Inderdaad, dat is ook de reden dat ik bij de Raad van Bestuur ben gekomen. Mijn voorganger was decaan dr. ir. Hans Brug, die de overstap heeft gemaakt naar de Universiteit van Amsterdam. Begin augustus vorig jaar werd ik voor de functie gevraagd, en dat was voor mij een volslagen verrassing. Een jaar geleden had ik niet kunnen denken dat

ik nu geïnterviewd word als lid van de Raad van Bestuur.

Welke bestuurlijke ervaring heeft u al opgedaan?

Ik ben 7 jaar divisievoorzitter geweest, dat is al de tweede laag in de ziekenhuisorganisatie. In die functie leer je al goed hoe een academisch ziekenhuis functioneert. Verder ben ik voorzitter geweest van de NIV, waarin ik veel heb geleerd over bestuurlijke

Mark Kramer rondde zijn studie geneeskunde in Leiden cum laude af, werd opgeleid in Curaçao en Leiden en kwam in 2007 naar het VUmc. Daar werd hij hoogleraar en afdelingshoofd Interne Geneeskunde. In 2010 is Mark Kramer eveneens benoemd tot voorzitter van divisie I bij het VUmc. Zijn opvolger in deze laatste functie is prof. dr. Henk Verheul, afdelingshoofd Medische Oncologie in het VUmc. Ook die benoeming is in principe tot aan het begin van de beoogde bestuurlijke alliantie met het AMC.

zaken en organisatieverbanden. Als lid van de Raad van Bestuur gaat dat overigens nog wel een stap verder. Die functie is er altijd, 7 keer 24 uur. Ik hoor en leer heel veel over bijvoorbeeld facilitaire en bedrijfseconomische zaken. Dat maakt de functie spannend en boeiend.

Wat was uw motivatie om de functie in de RvB te accepteren?

In die functie kan ik op het hoogste niveau een bijdrage leveren aan de toekomst van het ziekenhuis. Ik kan nu mijn ervaring inzetten voor de lange termijn, zelfs voor de periode na mijn tijd. Want pas na mijn pensioen zal het ziekenhuis vol de vruchten gaan plukken van het beleid wat nu wordt gemaakt.

Wat is daarbij uw visie op de functie?

Dromen zijn alleen waar te maken als dat met iedereen samen gebeurt. Dat vraagt een heel goede teamgeest. Marcel Levi gooide ruim zes jaar geleden de steen in de vijver over een mogelijke fusie. Zo lang duurt het dus voordat concrete stappen kunnen worden gezet. Als het bestuur al die tijd alleen maar van de kansel roept dat het gaat gebeuren, dan gaat het niet lukken. Dit kan alleen in gezamenlijkheid, dus het is belangrijk om iedereen mee te krijgen. Dat begint met goede informatievoorziening, goede patiëntenzorg en vertrouwen scheppen in alle lagen van de organisatie.

Hoe is nu het contact met collega-internisten?

Uiteraard heb ik nu wel een andere rol tegenover collega's. Daar ontkom je niet aan. Maar ik heb dat niet als moeilijk ervaren. Als je benaderbaar blijft, hoeven de collegialiteit en vriendschap niet onder druk te komen. Ik vraag advies aan de

“Het valt me overigens op dat internisten vaak een prominente rol vervullen in raden van bestuur van academische ziekenhuizen”

medebestuurders en aan mensen om mij heen. Ik heb contact met veel mensen, ook artsen. Veel collega's zijn mijn vrienden, mijn maatjes. Overigens valt het me op dat internisten vaak een prominente rol vervullen in raden van bestuur van academische ziekenhuizen. Misschien geeft de opleiding van een internist, in combinatie met de manier waarop we patiënten benaderen en problemen analyseren, een goede basis voor een bestuurlijke functie.

U doet nog één dagdeel per week poli. Zal u het contact met de patiënten gaan missen?

Patiëntenzorg is voor artsen altijd leuk en boeiend. Maar ik heb dat heel lang en intensief gedaan. Ik heb nu een volgende stap gemaakt in mijn carrière, en iedere stap heeft consequenties die je moet aanvaarden. Tot tien jaar geleden was ik erg actief in de hematologie, dat heb ik ook achter me moeten laten. Dat is een grote concessie, want ik vind het nog steeds het mooiste vak binnen de interne geneeskunde. Maar het is een keuze die ik heb gemaakt. Ik ben blij dat ik nu nog een poli kan doen, maar andere dingen vragen op dit moment meer tijd en aandacht.

Wat zijn, naast de fusie, momenteel de aandachtspunten voor het VUmc?

Ik ben verantwoordelijk voor onder andere het kwaliteitsstuk binnen de

zorg. Een belangrijk project voor ons is de accreditatie door de JCI, de Joint Commission International. Dat is een internationaal accreditatieorgaan voor veiligheid in de zorg. We hebben hiermee een start gemaakt, wat moet leiden tot een succesvolle afronding over anderhalf jaar. Dat vraagt leiderschap vanaf de top, maar de boodschap moet uiteindelijk landen op de werkvloer. Vroeger werden zaken top-down beslist, maar nu móet je continu met medewerkers in gesprek gaan. Niet alleen om te weten wat er speelt, maar ook om mensen te stimuleren en te zorgen dat de energie erin blijft.

Hoe is de samenwerking binnen de RvB?

We zijn met ons drieën: voorzitter Wouter Bos, neuroloog Chris Polman die tevens vice-voorzitter en decaan is, en ik. Zelf werk ik graag samen met mensen met wie ik een maatjesgevoel heb. Die klik is er tussen ons. Dat is iets wat me eigenlijk positief heeft verrast. Wouter Bos is weliswaar geen medicus, maar zijn uitstraling, ervaring en netwerk hebben er heel erg aan bijgedragen dat we de financiële crisis snel achter ons hebben kunnen laten. Ook in de alliantievorming kunnen we zijn kennis en ervaring goed gebruiken.

Waar haalt u voldoening uit?

Vooruit uit het teamwerk. We werken gezamenlijk toe naar de alliantie. En als die doorgaat, waar staan we dan over tien jaar? Dat vind ik nu de meest uitdagende vraag. We wachten nu nog op het antwoord van de Autoriteit Consument & Markt (ACM). Het is een heel spannende periode. ■

“Vroeger werden zaken top-down beslist, maar nu móet je continu met medewerkers in gesprek gaan”

Reacties op column Yvo Smulders

'Stop de reanimatievraag'

Interne Geneeskunde nummer 2, juni 2017

Met kloppend hart lezen we de column van Yvo Smulders in het vorige NIV-magazine. Als kersverse a(n)ios lopen we namelijk dagelijks tegen dit onderwerp aan op de SEH, om nog maar te zwijgen over alle 'entrustable professional activities' (EPA's) die wij hierover laten invullen. Wij delen dan ook de noodzaak tot discussie omtrent het reanimatievraagstuk op de SEH. Maar wat niet geheel duidelijk uit het verhaal van collega Smulders naar voren komt, is welke oplossing hij voor dit probleem naar voren schuift. Het niet stellen van de vraag en de codebeperking naar eigen inzicht invoeren zonder de patiënt daarvan op de hoogte te stellen? Geen enkele patiënt een beperking opleggen tenzij hij daarmee zelf voor de dag komt? Hij stelt dat "indien een patiënt spontaan geen behandelwens naar voren brengt, wij op basis van goed hulpverlenerschap moeten beslissen welke behandeling in welke situatie gepast is". Indien wij een beperkt beleid gerechtvaardigd vinden, dan dienen wij dit aan de patiënt mede te delen en verdere gespreksvoering is niet noodzakelijk. De ervaring leert dat patiënten in acute situaties niet spontaan hun eigen inzichten over reanimatie met ons delen, maar pas nadat dit door ons ter sprake is gebracht. Bovendien past het niet informeren naar de behandelwens niet in een tijd waarin 'shared decision-making' van groot belang wordt geacht. En zou je niet juist van patiënten moeten weten hoe zij denken over reanimatie, zodat een voorstel tot een beperkt beleid een betere ingang vindt?

De nuance die Smulders tracht aan te brengen tussen de verschillende noodscenario's waarin wij onze patiënten kunnen aantreffen ('shock vs. no shock'-scenario en zo voort), met de daarbij behorende verschillende uitkomstpercentages, is precies die nuance die we inderdaad niet op de SEH kunnen aanbrengen in een gesprek over behandelwensen. Natuurlijk kan elke goede hulpverlener inzien dat het reanimeren van een lijk niet zinvol is, maar het gaat juist om die scenario's waarin dit niet zo duidelijk is. Vaak zijn dit de scenario's waarin de verpleegkundige de patiënt als eerste aantreft en moet besluiten wel of niet te starten met BLS. Duidelijke afspraken zijn nodig; wellicht uit angst

Column

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, interventie 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 onoplosbaar is, maar omdat 'niets helpt' soms iets zegt over het bestaansrecht 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 verslakt. 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 vinden dat deze persoon onder andere omstandigheden een kans verdiende een circulatiestand 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 circulatiestand 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 moet het niet, het mag zelfs niet, tenzij er een concreet vooruitzicht op een circulatiestand is. In alle andere omstandigheden is het stellen van deze vraag in strijd met de KNNM-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. Ik heb een roeping, een langtermijnsambitie: deze vraag moet stoppen. Het zal een lang en moeilijk gevecht worden. Sanchol

34 INTERNE GENEESKUNDE ■ 2-2017

voor de gevolgen die volgen op het niet handelen, maar ook om snel en adequaat te kunnen handelen als het nodig is. Wij pleiten ervoor te beginnen met het opstellen van een meer algemene stelregel, waarbij boven een bepaalde leeftijd en comorbiditeit deze afspraken wel en op voorhand gemaakt dienen te worden, aangezien juist op deze patiëntencategorie de noodzaak tot het stellen van de vraag echt van toepassing is, zoals gesteld in het NTvG-artikel.¹ We zullen een kader moeten scheppen waarbinnen de hulpverlener meer vrijheid heeft om een goed zorgverlener te zijn en kan handelen naar de situatie, zodat de patiënt niet

tegen zijn of haar wil een 'kasplantje' wordt. Deze patiënten lopen vrijwel nooit pas in de acute setting voor het eerst een arts tegen het lijf en daarom is er dus een taak weggelegd voor de huisarts, internist en specialist ouderengeneeskunde op de poli om dit te bespreken. Patiënten komen dan veel meer beslagen ten ijs, zullen niet schrikken van dit gesprek en zullen de gelegenheid krijgen de informatie rustig te laten bezinken.

Dit voorstel dient uiteraard in samenwerking met de zorgverzekeraars plaats te vinden, aangezien deze consulten ons in de spreekkamer meer tijd gaan kosten. Deze zullen

dit probleemloos vergoeden gezien de verwachte kostenbesparing die de afname van de nutteloze en ongewenste, doch peperdure, IC-opnames zal opleveren.

Caroline Canté, aios interne geneeskunde
Charlotte Nijskens, aios klinische geriatrie
Marleen Straat, aios interne geneeskunde

Literatuur

1. Hendriks AC. Moet ik bij opname vragen naar reanimatiewensen? Ned Tijdschr Geneesk. 2017;161:D1831.

'De reanimatievraag'... Ja of nee?

'De reanimatievraag' is bedoeld om enerzijds patiënten daarin zelf een keuze te bieden en anderzijds om te voorkomen dat patiënten met een slechte prognose een zinloze reanimatie wordt aangedaan.

Yvo Smulders stelt in zijn column dat de reanimatievraag bij opname niet meer moet worden gesteld omdat de vraag in het behandeltraject niet relevant is, onvoldoende nuancering kent en de patiënten er 'beduusd' van zijn. Is dat nu eigenlijk wel zo?

De patiënten die we opnemen zijn zieker en kwetsbaarder dan voorheen. In deze patiëntengroep is het wel dege-lijk van belang om tijdig te onderkennen en bespreken of een reanimatie bijdraagt aan het herstel en welzijn van de patiënt. Bij opname worden patiënten door ons geïnformeerd over de mogelijke diagnose, het aanvullende onderzoek en ook het behandelplan. Het is bij uitstek onze taak om patiënten goede voorlichting te geven. Moeten we dan ook niet de grenzen van de behandeling bij deze patiënt met deze aandoening bespreken? Enerzijds stellen ze die grenzen zelf; steeds meer patiënten hebben immers al nagedacht over wat zij wel en niet willen. Het niet stellen van 'de reanimatievraag' onthoudt deze patiënten de mogelijkheid om hun gedachten daarover met ons te delen. Anderzijds worden de grenzen door de arts gesteld en geven wij op grond van goed hulpverlenerschap aan wat wij in een bepaalde situatie gepaste zorg vinden. Het is onze ervaring dat we samen bij het overgrote deel van de patiënten tot een goede afspraak kunnen komen. 'Shared decision-making' is op de polikliniek toch dagelijks werk, waarom zou dit op de SEH anders moeten zijn?

Door 'de vraag' af te schaffen treedt er een vrijblijvendheid op om al dan niet met je patiënt in gesprek te gaan. Dokters vinden dit over het algemeen een lastig gespreks-onderwerp en een deel van ons zal dit gesprek dan ook proberen te vermijden. Het gevolg is dat dienstdoende dokters en verpleegkundigen buiten kantooruren in het zieken-

huis geconfronteerd worden met zieke patiënten (anders word je immers niet opgenomen) die, ondanks inzet van de behandeling, achteruitgaan en in een situatie komen waarin de vitale functies worden bedreigd. Dan moet er direct worden gehandeld en is er geen tijd meer voor een uitvoerig gesprek. Moeten we dan op dat moment een gesprek voeren met een voor ons onbekende en inmiddels 'doodzieke' patiënt en begeleidende familie? Dat wens je de patiënt, de familie en ook je dienstdoende collega niet toe! Laten we daarover vooral eerder duidelijkheid proberen te krijgen. Onze ervaring is dat patiënten niet van slag zijn als je de vraag bij opname stelt. Patiënten zijn daarentegen wel van slag als de arts of verpleegkundige 'op basis van goed hulpverlenerschap' een keuze maakt waarin de wens van de patiënt niet is meegenomen.

Door wie en op welke wijze moet de reanimatievraag worden gesteld? Meestal wordt deze door onze jonge arts-assistenten gesteld, waarbij dat niet altijd met evenveel empathie gebeurt. Dat moeten wij ze dan ook beter leren. Een e-learningmodule is onvoldoende. Opvoeden thuis doe je toch ook niet via e-learningmodules? Arts-assistenten leren dit door training in gesprekstechnieken, meekijken met de 'baas' en supervisie op het moment suprême. Daar hebben we met elkaar nog wel een slag in te maken!

Laten we de huidige reanimatievraag, die inderdaad wel wat zwart-wit is, vervangen door een gesprek over de behandelwensen van de patiënt waarbij de dokter op grond van zijn expertise een nuancering kan aanbrengen in wat in deze situatie gepaste en zinvolle zorg is. Dit gesprek moet plaatsvinden op de SEH en gedurende de opname, afhankelijk van de klinische conditie, zo nodig worden bijgesteld. In de literatuur zijn daar inmiddels meerdere voorbeelden van te vinden.

Gerba Buunk en Charlotte Krol, Internisten,
Amphia ziekenhuis Breda

Decision time

Reactie op de brieven van de aios en de internisten

Dat de column over reanimeren ‘met kloppend hart’ is gelezen, is niet alleen een grappige woordspeling, maar ook buitengewoon bemoedigend. Het blijkt immers lastig het gesprek over dit onderwerp echt goed op gang te krijgen. Zo leert althans onze ervaring van de afgelopen paar jaar. Het is ook geen toeval dat het juist aios zijn die als eerste reageerden: zij zijn immers degenen die deze gesprekken, vaak bij nacht en ontij, voeren. Maar stel je ook de kloppende harten van de patiënten voor die plotseiling geconfronteerd worden met de vraag ‘of ze nog gereanimeerd willen worden’. Wat het helemaal wrang maakt is dat de káns dat er onverwacht gereanimeerd moet worden eigenlijk heel klein is. Dat is te danken aan verbeterde diagnostiek bij opname, betere risico-inschatting en betere bewaking van vitale functies. Waar we dus eigenlijk mee bezig zijn, is schade berokkenen aan een grote groep patiënten, in de hoop een klein risico te vermijden.

Dat gezegd hebbende willen we op een paar aspecten ingaan. Of iets ‘past in de tijd van “shared decision-making” (SDM)’ had wat ons betreft bijvoorbeeld beter vervangen kunnen worden door of het past bij goed hulpverlenerschap. In zekere zin zou je dat als synoniem kunnen zien, maar het gevaar van onevenwichtigheid ligt bij het SDM-paradigma behoorlijk op de loer. Een belangrijker moeilijkheid schuilt in ‘een bepaalde leeftijd en comorbiditeit’ als criterium om een reanimatieafpraak te maken. Natuurlijk begrijpen we de achterliggende gedachte, maar hóe ‘bepaald’ moet dat zijn en wie gaat die bepaling doen? Het laatste waar we twijfels bij hebben is om de zorgverzekeraars vroeg in de discussie te betrekken. Dit is echt een knap lastig ethisch dilemma, waarbij je zorgverzekeraars voorlopig even op afstand moet houden. Dat de column geen echte oplossingen aandraagt is waar. Enerzijds is dat een beetje opzettelijk gedaan. Door een probleem uit te leggen gaan mensen hopelijk nadenken, door een oplossing aan te dragen gaan ze meestal protesteren. Maar goed, nu moeten de billen bloot, temeer daar de aios enkele behartenswaardige oplossingsrichtingen hebben genoemd. De reactie van de internisten suggereert dat zij de column zo begrepen hebben dat er helemaal geen gesprek zou hoeven plaatsvinden, maar dat staat er niet en zou ook onjuist zijn. Niettemin is onderstaande ook ter hunner geruststelling: het moet vast lukken het eens te worden over een betere gewoonte dan ‘wilt u gereanimeerd worden?’.

Ten eerste: we zijn het zeer eens dat we eerder, bijvoorbeeld op de polikliniek, met ernstig zieke patiënten moeten praten over hoe hun ziekte tot de dood kan leiden en wat we dan wel en niet voor ze kunnen doen. Die gesprekken maken het veel makkelijker dit gesprek later opnieuw en dan concreter aan te gaan, bijvoorbeeld

bij een acute opname. Daarmee is ook meteen de belangrijkste functie van dit soort vroege gesprekken benoemd: voorbereiden voor later, wanneer het allemaal erg dichtbij komt. Het doel moet bij die vroegtijdige gesprekken niet primair zijn om ruim tevoren tot vaste afspraken te komen, zo legt ook de Amerikaanse auteur Rebecca Sudore uit in haar uitstekende artikel.¹ Vaak veranderen mensen van gedachten naarmate hun ziekte vordert, en nog vaker is de specifieke situatie van een eventuele acute opname in essentie onvoorspelbaar.

Ten tweede zijn wij het ermee eens dat je bij een acute opname eerlijk moet zijn over wat we wel en niet kunnen. Indien wordt ingeschat dat een reanimatie sowieso niet zinvol is (zelfs bij ‘whitessed collaps’ met een shockbaar ritme), dan moeten we dat zeggen. Het is wel aan te raden daarbij niet al te lomp te zijn. Het onbehouden ‘we gaan u niet meer reanimeren’ kan ook menselijker: ‘we gaan u helpen, zo goed als we kunnen, maar voor sommige behandelingen, zoals reanimatie, heeft uw lichaam gewoon geen kracht meer, geen reserves’, of woorden van dergelijke strekking.

Maar wat nu te doen als bovenstaande situatie (medisch-zinloos-onder-alle-omstandigheden) niet van toepassing is? In de eerste plaats keuren we het dogma af dat reanimatiewensen sowieso bij iedere patiënt zouden moeten worden besproken. Sterker: dit zou bij mensen bij wie doodgaan helemaal niet aan de orde is zelfs beter achterwege kunnen worden gelaten, zo betogen ook gezondheidsjuristen.²

Voor ouderen en mensen met een ernstige onderliggende of acute ziekte ligt dit evenwel anders. Doodgaan is bij hen gewoon denkbaar. En inderdaad, gewoon passief afwachten of zulke patiënten spontaan een behandelwens uiten is inderdaad niet goed. Je moet echter wel een beetje uitkijken met de vraag waarmee je als arts het initiatief neemt. Je zou plompverloren kunnen vragen ‘wilt u gereanimeerd worden’, wat vaak gebeurt, maar daaraan kleven talloze bezwaren, zoals schrikreacties, onbekendheid met wat reanimeren eigenlijk is en een ja-/nee-antwoord terwijl er tijdens de opname zowel ‘ja-’ als ‘nee-scenario’s’ kunnen volgen.³ Eerder pleitten wij in *Medisch Contact* voor een alternatieve vraag, namelijk ‘zijn er bepaalde behandelingen die u, bijvoorbeeld om principiële of religieuze redenen, niet zou willen ondergaan?’.⁴ Dat is dus een vraag naar een categorisch ‘nee’ en, in die zin, een volwaardige vorm van shared decision-making. De ‘decision’ die hier immers voor zou moeten liggen is: ‘reanimeren we sowieso niet, wat er ook gebeurt?’. Dat is iets anders dan de beslissing: ‘gaan we altijd of nooit reanimeren?’, die domweg niet aan de orde zou moeten zijn, omdat deze leidt tot een reanima-

tie ge- of verbod in omstandigheden die totaal ongepast kunnen zijn.

De vraag 'Is er iets wat u sowieso niet zou willen' lost veel problemen op, maar niet alle. Zo moet je bijvoorbeeld bij een antwoord 'goed dat u het vraagt, ik wil niet gereanimeerd worden *want* ik wil geen kasplantje worden' toch doorvragen naar de achterliggende argumenten. Niemand wil namelijk een kasplantje worden en om die reden categorisch van reanimatie afzien kan ook tot een onnodige dood leiden.

Als we het bovenstaande zouden volgen, dan zou dat leiden tot andere behandelcodes dan we nu vaak hanteren. Los van de vraag of je aparte afspraken moet maken over bv een IC-opname, zou je voor reanimatie de volgende twee opties hebben:

1. nooit (medisch zinloos of principieel bezwaar);
2. met verstand.

Voor variant 2 hebben we nog wel wat meer tools nodig. We weten tot 5 cijfers achter de komma hoe de schok en no-schok blocks eruitzien, maar hebben onszelf verdraaid slecht geleerd wanneer je niet moet starten of beter kunt stoppen met reanimeren, omdat de kans op een levenswaardige uitkomst nihil is. Daar valt dus nog veel te winnen.

Ten slotte rest dan de vraag waar en door wie dit laatste gesprek moet plaatsvinden. Wat ons betreft is de SEH daarvoor bijkans de slechtst mogelijke plaats.⁵ Zoek even de rust van een afdeling en beoordeel of er een vaste behandelaar (bijvoorbeeld de arts die de patiënt van poli-

klinische controles kent) beschikbaar is. Dan maar een paar uur uitstel van dit belangrijke gesprek. De suggestie van de internisten dat 'bazen' gemiddeld empathischer zijn dan aios strookt niet met onze ervaring. 'Bazen' hebben wat meer ervaring en kennen wat trucjes, maar qua empathie leren wij nog vaak van onze jonge collega's. Vervang voor behandelcodegesprekken het woord 'supervisie' dus maar liever door 'intervisie', wat ons betreft.

Hoe nu verder? Ons voorstel is tot een landelijk werkgroepje te komen dat het NIV-bestuur hierover adviseert. In dat werkgroepje willen we graag een paar aios, een paar internisten, een ethicus en een jurist. Onderschrijft de NIV het advies, dan kunnen zij het doorzetten richting de Federatie Medisch Specialisten. Onderschrijven die het ook, dan kan het naar de ziekenhuizen. Wie doet er mee? ■

Literatuur

1. Sudore RL, Fried TR. Redefining the "planning" in advance care planning: preparing for end-of-life decision making. *Ann Intern Med*. 2010;153:256-61.
2. Hendriks AC. Moet ik bij opname vragen naar reanimatiewensen? *Ned Tijdschr Geneesk*. 2017;161:D1831.
3. <https://www.nrc.nl/nieuws/2017/06/21/wilt-u-gereanimeerd-worden-stel-die-gevaarlijke-vraag-niet-11199307-a1563919>.
4. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/wel-of-niet-reanimeren-is-de-verkeerde-vraag.htm>.
5. <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/seh-geen-plek-voor-reanimeerafspraken.htm>.

Yvo Smulders, internist, VUmc Amsterdam en Frank Bosch, internist, Rijnstate Arnhem

Cartoon



Een kijkje in de keuken op een Caribisch eiland

Dr. Evelien Bodar, internist in het Groene Hart Ziekenhuis te Gouda, is sinds november vorig jaar voorzitter van het Forum Visitatorium van de NIV. Als lid van het Forum was zij eerder betrokken bij de digitalisering van het huidige visitatiemodel en het ontwikkelen van een visitatiemodel voor vakgroepen in de universitaire medische centra.

Een primeur voor het Forum Visitatorium was het visiteren buiten Nederland. De vakgroepen Interne Geneeskunde van het St Elizabeth Hospitaal te Curaçao en het Dr. Horacio E. Obduber Hospitaal te Aruba bestaan grotendeels uit in Nederland opgeleide en bij de Registratiecommissie Geneeskundig Specialisten geregistreerde internisten. Vanwege de aangekondigde nieuwe herregistratie-eisen per 1 januari 2020 en de wens van de vakgroepen zelf om op een objectieve manier de zorgkwaliteit te evalueren, hebben zij het Forum gevraagd een kwaliteitsvisitatie uit te voeren. Twee visitatiecommissies ad hoc werden samengesteld. In november 2016 en januari 2017 was het zover en vertrokken zij naar Curaçao en Aruba. Het meekijken in de keuken van een andere vakgroep en het uitwisselen van ideeën over kwaliteit en kwaliteitsverbetering is altijd een voorrecht waar ook lang zittende leden van het Forum steeds weer van leren. Visiteren op een Caribisch eiland voegde daar nog een aantal dimensies aan toe. Het was een bijzondere ervaring om drie dagen door te brengen met collega's van het Forum en om elkaar op een heel andere manier

te leren kennen dan tijdens vergaderingen en visitaties.

Verschillen

We vertrokken uit een koud Nederland waar in januari zelfs werd geschaatst en stonden tien uur later in zwemkleding en met een cocktail op het strand tussen veel vakantievierende toeristen. Dat maakte de sfeer meteen heel anders dan bij een visitatie tijdens een drukke werkweek in een Nederlands ziekenhuis. De uitdaging was natuurlijk om ondanks de ontspannen vakantiestemming objectief naar beide vakgroepen te kijken. In beide ziekenhuizen heeft de visitatiecommissie ad hoc een overdracht bijgewoond. Dit hoort niet bij het standaardvisitatieprogramma, maar was in dit geval wel heel belangrijk om een indruk te krijgen van de patiëntenpopulatie en de lokale problematiek. Er waren veel overeenkomsten met de Nederlandse situatie, maar ook een aantal opvallende verschillen. Inzicht hierin maakte de latere gesprekken een stuk eenvoudiger. Een voorbeeld hiervan is het grote aantal toeristen dat de eilanden jaarlijks bezoekt. Dit zorgt voor een onvoorspelbare stroom patiënten. De cruiseschepen

die af en aan varen brengen ook veel multimorbide ouderen naar de eilanden. Bovendien reizen besmettelijke ziekten met de toeristenstroom mee langs de eilanden. Ook is er onder de lokale bevolking een opvallend hoge prevalentie van diabetes en mede hierdoor van hart- en vaatziekten en diabetische- of hypertensieve nefropathie. Op beide eilanden was een opvallend grote groep patiënten afhankelijk van dialyse.

Uitdagingen

De NIV-kwaliteitsnormen die sinds 2014 worden gebruikt, bleken heel goed toepasbaar op Curaçao en Aruba. Natuurlijk zijn er uitdagingen die uniek zijn voor de eilanden, zoals meertaligheid. Op Curaçao wordt Nederlands, Spaans en Papiaments gesproken en op Aruba ook nog veel Engels. Op Aruba is de voertaal in het ziekenhuis bij besprekingen Engels. Omdat er ook niet-Nederlandstalige internisten in de vakgroep werken, werd de visitatie grotendeels in het Engels gedaan. Dat bleek een hele uitdaging voor de visitatiecommissie. Gelukkig konden we overgaan in het Nederlands op het moment dat er toch nuances verloren leken te gaan. Een andere uitdaging is ervoor te zorgen dat brieven bij huisartsen terecht komen; de postbezorging functioneert niet zo goed als we in Nederland gewend zijn. Een systeem om digitaal brieven te versturen met EDIFACT is niet aanwezig, wel wordt het steeds meer mogelijk om brieven



via e-mail te versturen. Als de specialist Nederlandstalig is en de huisarts bijvoorbeeld Spaanstalig, dan zijn weer hele andere maatregelen nodig om de communicatie in goede banen te leiden. De academische of expertisecentra, waar patiënten met zeldzame of complexe problematiek naartoe verwezen kunnen worden, bevinden zich in Zuid- of Noord-Amerika en in Nederland. De specialisten behandelen dus ook meer zeldzame en complexe ziektebeelden zelf. Denk hierbij aan de follow-up na een niertransplantatie. Patiënten willen zo snel mogelijk naar huis en zijn gebaat bij goede zorg op het eiland waar zij wonen. Hoewel de eilanden dicht bij elkaar liggen, is de situatie op Curaçao en Aruba toch nog heel verschillend. Niet op elk eiland is alle zorg aanwezig. Er vindt ook hier concentratie van zorg

plaats, onder andere door de volumenormen voor chirurgie. Patiënten moeten dan worden verwezen of overgeplaatst naar een ander eiland, het Zuid-Amerikaanse vasteland, Noord-Amerika of Nederland. Voor een aantal MDO's reizen specialisten tussen de eilanden heen en weer.

Overeenkomsten

Natuurlijk zijn er ook veel overeenkomsten met de Nederlandse situatie. Een dreigend tekort aan voldoende gekwalificeerd verpleegkundig personeel is vergelijkbaar met de huidige problemen met SEH-verpleegkundigen in verschillende regio's in Nederland. Ook op Curaçao en Aruba moeten specialisten afspraken maken met de lokale zorgverzekeraar over vergoedingen en worden er steeds meer eisen gesteld, waardoor de registratiedruk snel toe-

neemt. Na een lange dag in beide ziekenhuizen konden de leden van de visitatiecommissie ad hoc, een mooie ervaring rijker, op het strand het verslag verder uitwerken en daarna terugvliegen naar Nederland.

Toekomst

Er staan het Forum Visitatorium nog meer uitdagingen te wachten. De veranderingen in het zorglandschap vragen van het Forum om continu alert te zijn op de toepasbaarheid en relevantie van het huidige visitatiemodel en daar veranderingen in aan te brengen als de situatie daarom vraagt. Het ontstaan van grote fusieziekenhuizen waar ook lateralisatie van zorg plaatsvindt, is hier een voorbeeld van. Belangrijk hierbij is om de enorme administratieve en registratiedruk die toch al heerst op de werkvloer niet nog groter te maken. Ook speelt kostenbeheersing een rol. Na het aflopen van het SKMS-project dat de invoering van het nieuwe visitatiemodel financierde, worden de kosten doorberekend aan de gevisiteerde vakgroepen. De aangekondigde nieuwe herregistratie-eisen per 1 januari 2020 hebben er ook toe geleid dat steeds meer internisten werkzaam in ZBC's en solopraktijken het Forum Visitatorium vragen een visitatie uit te voeren. Dit is een nog grotere uitdaging dan het visiteren van een vakgroep buiten Nederland. Het huidige visitatiemodel is erop gericht een vakgroep als geheel te visiteren en geen individuele internisten. Daarnaast is niet duidelijk hoeveel internisten werkzaam zijn in een solopraktijk of ZBC. Hierdoor is moeilijk in te schatten hoeveel extra belasting dit voor het Forum Visitatorium zal betekenen. Samen met een aantal internisten die in ZBC's werken, wordt nu gekeken of het mogelijk is om dit in de nabije toekomst vorm te geven. ■

Literatuur

College Geneeskundige Specialismen. Besluit herregistratie specialisten. 9 september 2015.

Portret van een voorbeeldig Internist

Prof. dr. Cees van der Meer

Cees van der Meer (1922-2011) was het oudste kind in een goed gereformeerd, Rotterdams gezin. Zijn vader was directeur van de Paul C. Kaiser Biskwie-, Koek- en Beschuit-fabrieken te Rotterdam, met het klassieke figuurtje Paula als beeldmerk. Na Cees werden nog 3 kinderen geboren. Zijn moeder overleed in het kraambed na de laatste bevalling. Cees was toen 12 jaar.

Het zal zijn leven zeker hebben beïnvloed en mogelijk zijn keuze om geneeskunde te gaan studeren hebben bepaald. Zijn vader had liever gezien dat hij dominee was geworden, maar Cees was van mening dat hij daarvoor niet geschikt was.

Studie, opleiding en promotie

In 1941 begon de studie geneeskunde aan de Gemeente Universiteit van Amsterdam. Met vertraging door de oorlogsjaren werd het artsexamen afgelegd in 1951. Na een jaar militaire dienstplicht kwam hij bij prof. dr. G.A. Lindeboom in opleiding tot internist.

Deze stond bekend als recht in de (gereformeerde) leer en had van de gemeente bedden in het Weesperplein Ziekenhuis gekregen, waar hij studenten en coassistenten van de in 1950 gestarte opleiding geneeskunde van de VU praktisch onderwijs kon geven.

De vele activiteiten van Lindeboom, waaronder het aansturen van de eigen Pieter van Foreest-kliniek, maakten in het Weesperplein een chef de clinique noodzakelijk. Nog voor het einde van zijn opleiding werd Van der Meer in die functie benoemd. Ondertussen werkte hij ook aan een promotie-onderzoek dat leidde tot zijn proefschrift *De totale hoeveelheid lichaamswater bij decompensatio cordis*, wat hij verdedigde in december 1960.

Een snelle carrière

Op verzoek van Lindeboom werd Van der Meer al in 1963 aan de VU benoemd tot 'Lector in de Algemene diagnostiek en therapie, in het bijzonder in die van de endocriene organen'. Deze laatste hadden de belangstelling van Lindeboom, vooral de

schildklier (waarvoor een eigen jodium-131-lab voor diagnostiek en behandeling beschikbaar was).

Lindeboom zag duidelijk in Van der Meer een opvolger en ondersteuner bij veel van zijn activiteiten. Zo was Van der Meer van 1961 tot 1970 secretaris van het bestuur van de Nederlandse Internisten Vereniging (NIV), met Lindeboom als voorzitter van 1961 tot 1966 en dr. L. B. J. Stuyt als voorzitter van 1966 tot 1970. In die tijd was hij lid van diverse commissies, waaronder de Isotopencommissie en de organisatiecommissie van het congres van de International Society of Internal Medicine in Amsterdam in 1966. In 1969 werd hij wegens zijn grote verdiensten tot Erelid van de NIV benoemd.

Het Academisch Ziekenhuis van de Vrije Universiteit

Ondertussen was in 1956 in Amsterdam-Buitenveldert de eerste paal voor het AZVU geslagen. Bij veel van de uitvoeringsplannen was Lindeboom betrokken, met in diens kielzog ook Van der Meer. Niet alles lukte: de door Van der Meer bepleitte kamer voor de coassistenten werd door directrice Verburg geschrapt. De planning en bouw van het AZVU duurden ongeveer 10 jaar! Een periode waarin Van der Meer in vele commissies een belangrijke bijdrage leverde. Ook over hoe dit nieuwe ziekenhuis in gebruik moest worden genomen had hij nagedacht. Eerst een kleine afdeling Interne Geneeskunde, met in het begin niet te ingewikkelde patiënten. Die konden vanuit het Weesperplein of de Pieter van Foreest-kliniek worden

Van der Meer werd wegens zijn grote verdiensten **tot Erelid van de NIV benoemd**



Prof. dr. Cees van der Meer (1922-2011)

overgeplaatst. De eerste twee patiënten meldden zich op 2 november 1964. De klaarstaande staf zag Van der Meer en de adjunct-directeur medische zaken binnenkomen. Zij kwamen namelijk als mysteryguests het systeem op gereedheid testen.

De aanwezigheid van echte patiënten maakte kort daarna klinische colleges in het AZVU mogelijk. Deze werden voor de interne geneeskunde door Van der Meer gegeven. De studenten vonden zijn colleges een verademing. Hij was een rustige docent

die zeer systematisch de casus en verwante ziektebeelden behandelde. Dit in tegenstelling tot de stijl van Lindeboom, die meer improviserend, weliswaar spannend college gaf, maar veel onbesproken liet. De colleges werden de eerste tijd gegeven in de latere eerstehulpafdeling. Van der Meer had de dagelijkse leiding in de zich steeds verder uitbreidende kliniek, al snel geassisteerd door dr. L.G (Bert) Thijs.

In 1969 werd Van der Meer benoemd tot hoogleraar met als leeropdracht Inwendige Geneeskunde, nu zonder de endocrinologie. De 14 promovendi die hij had kozen in meerderheid wel voor dat deelgebied. Met de eveneens tot hoogleraar benoemde dr. E. Lopez Cardozo en Lindeboom werd een triumviraat ingesteld dat de Interne Kliniek bestuurdde, met een jaarlijks wisselende voorzitter. Tot het emeritaat van Lindeboom in 1975 functioneerde dat redelijk. Van der Meer werd in dat jaar opleider.

Het onderwerp van zijn inaugurele rede in 1970 was voor velen een verrassing: *Geneeskundige ontmoeting met de dood*. Zeker geen uitsluitend intern geneeskundig onderwerp. De keuze voor dit onderwerp kan deels worden verklaard door zijn belangstelling voor (christelijke) medische ethiek, maar lijkt vooral gevoed door zijn mening dat de arts zich eerlijker en opener moest opstellen tegenover zijn ernstig zieke of stervende patiënt. Het was in die tijd niet gebruikelijk om patiënten te vertellen dat zij niet meer beter zouden worden. De oratie (met als boekje drie herdrukken) kreeg enorm veel aandacht en werd onderwerp van gesprek onder

artsen en patiënten. De tijd was er ook rijp voor; er voltrokken zich grote maatschappelijke veranderingen op menig terrein.

Bekende Nederlander

Het onderwerp stervensbegeleiding, later ook euthanasie, bepaalde voor een groot deel Van der Meers verdere loopbaan. Zijn optreden in het NCRV-programma *Rondom Tien* van Henk Mochel, maakte hem een bekende Nederlander die veel gevraagd werd voor lezingen in het hele land. Een beeldopname van een gesprek waarin een patiënt vertelt dat hij ongeneeslijk ziek is en waarin met hem over zijn naderende dood wordt gesproken, is op verzoek van de patiënt niet op televisie uitgezonden. Wel was het onder de titel *Tenzij er een wonder gebeurt* op de radio te beluisteren. Het leverde Van der Meer honderden, veelal persoonlijke, meest positieve reacties op. Van stervensbegeleiding naar euthanasie was toen een grote stap en voor velen – zeker gereformeerden – een te grote stap. Van der Meer ontwikkelde in de daaropvolgende jaren, mede door enkele persoonlijke ervaringen, de mening dat het niet mocht, tenzij... Met andere woorden: het taboe was er voor hem af. Met velen heeft hij samengewerkt om dit deugdelijk te onderbouwen en te laten accepteren door de eigen achterban. Daarbij waren zijn gesprekken met VU-theoloog prof. Harry Kuitert van grote betekenis. Hij werd lid van diverse commissies van onder andere het CDA en de Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie.

Naast deze medisch-ethische activiteiten werd de afdeling verder opgebouwd en ontstond een goede kwaliteit academische zorg en een prettig opleidingsklimaat. Voor eigen onderzoek was geen tijd meer over.

Transseksualiteit

In 1974 bood internist G. Hellinga wegens pensionering in het Andreas Ziekenhuis zijn praktijk te koop aan aan het AZVU. Van der Meer stelde hem voor de daaropvolgende 5 jaar deels in het AZVU te komen werken en zijn patiënten (veelal met endocrinologische aandoeningen) geleide-

Van der Meer was een rustige docent die zeer systematisch de casus en verwante ziektebeelden behandelde

lijk over te dragen. Dit gebeurde. In de praktijk van Hellinga werden ook transseksuele patiënten behandeld. Kon dat wel in het AZVU? In de discussie daarover stelde Van der Meer dat transseksualiteit een serieus te nemen probleem is, waarvoor medische hulp mogelijk is. Deze patiënten hadden als ieder ander in Nederland recht op adequate zorg. Het begon voorzichtig, maar nadat ook plastisch chirurg prof. F.G. Bouman zich voor deze patiënten was gaan inzetten, werd een onomkeerbare ontwikkeling in gang gezet. Hoewel in de loop der jaren verschillende malen gepoogd werd de wassende stroom transgenders te beperken, werd de polikliniek Andrologie veruit het grootste centrum in Nederland en een speerpunt van het AZVU. Internist L.J.G. (Louis) Gooren kreeg al snel de leiding over deze poli. Met afdelingen als Plastische Chirurgie, Urologie, Gynaecologie en – zeer belangrijk – Medische Psychologie, ontstond een internationaal bekend expertisecentrum waarbinnen veel wetenschappelijk onderzoek naar de transgenderproblematiek werd verricht. Gooren werd de eerste Hoogleraar Transseksuologie.

Academisch

Na de benoeming van Van der Meer tot opleider en met een groeiende groep deelspecialistische hoogleraren ontwikkelde de Interne Geneeskunde Kliniek zich tot een echte academische kliniek. Onderwijs en opleiding werden geprofessionaliseerd en het onderzoek groeide in kwantiteit en kwaliteit. Lindeboom werd opgevolgd door Jan van der Meer (geen familie) en Cardozo door Pinedo. De rol van Cees van der Meer was die van een bouwer, bestuurder op afstand, facilitator, ruimtegever. Door een ontspannen, collegiale sfeer werd de afdeling Interne Geneeskunde een gewenste en gewaardeerde werkplek. Bij zijn afscheid in mei 1987 betuigden veel (oud-)medewerkers hun dankbaarheid, onder andere door een videoband te maken die op het afscheidsfeest werd vertoond en aan hem cadeau gedaan.

Cees van der Meer overleed in 2011 na nog vele jaren met zijn vrouw van zijn emeritaat te hebben genoten. ■

Met dank aan mevrouw H.P. (Kitty) van der Meer-de Goeij die mij ontving om over haar man van gedachten te wisselen. Zij adviseerde “het beste portret dat ooit van Cees is gemaakt” als illustratie bij dit geschreven portret te plaatsen.



Voorzichtig doorzichtig, ofwel politiek correcte transparantie

Toen ik een paar weken geleden verrast werd door een spreker in ons ziekenhuis die uitlegde dat wij een leertuin waren, heb ik een paar minuten in een plastic zak moeten blazen. Ik had eigenlijk hele andere associaties bij een leertuin. Misschien zegt dit iets over mij en niet zozeer over de spreker, maar ik had het er toch echt even moeilijk mee. Vooral omdat ook alles weer in het teken stond van de transparantie. Dit laatste woord doet mij weer enorm denken aan de gekte waarin we met onze social media en in ons werk verzeild zijn geraakt.

Een update: het begint met selfies op Facebook, Instagram en LinkedIn. We zijn de hele dag bezig om onze levens zo transparant mogelijk te maken, zonder dat hier per se om gevraagd wordt. Vroeger heette het doorzichtig, maar dat had een negatieve bijklank, dus is er gekozen voor transparantie. Hiermee is de dia-avond bij vrienden, of nog erger: kennissen, komen te vervallen en ingeruild voor een continue foto-incontinentie met happy families, Bierdrinkende mannen en champagne in jacuzzi's. In het groot maken we ook de hele tijd selfies door middel van accreditaties en visitaties: kijk waar we staan en wat zijn we fantastisch. Een beetje doorzichtig, maar als jij het niet doet, doen de burens het wél. De selfiestick heet accreditatie- of visitatiecommissie, in tegenstelling tot de inspectie, die als een grootinquisiteur plotseling opduikt, lelijke foto's neemt en mensen en instituten aan de schandpaal nagelt. Transparantie is zelfs zo belangrijk dat we ons declaratiesysteem in de zorg, dat voorheen het diagnose-behandelingcombinatie (DBC)-systeem heette, rond 2010 hebben omgedoopt naar het DOT-systeem, waarbij DOT staat voor DBC op weg naar transparantie. Ik was het bijna weer vergeten, maar achteraf is dit een vondst van welhaast psychedelische allure. Of we hebben nog een lange weg te gaan en dan is het ook geestig.

Transparantie moet ook hoog in het vaandel staan op de eerste hulp, waar we iedereen die angstig binnengebracht wordt met pijn, kortademigheid of koorts, moeten mededelen dat we wel of niet vinden dat hij of zij of het gereani-

meerd kan worden. Wat een zegen dat er nu mensen zijn die vinden dat dit gesprek op de eerste hulp helemaal niet thuishoort. Op een eerste hulp doe je wat het beste is voor een patiënt. Dat is een medische beslissing. En natuurlijk dient een wens om niet gereanimeerd te worden, indien bekend, te worden gerespecteerd.

Ik zou willen pleiten voor reanimeren op weg naar transparantie, kortweg ROT. De meest geschikte plaats voor het bespreken van dit soort dingen is in de spreekkamer en dan bij voorkeur niet bij het eerste gesprek, maar wanneer er een vertrouwensband is tussen de patiënt en de dokter. Vaak wordt het door de patiënt als een meevaller ervaren als er na een slechtnieuwsgesprek gezegd wordt dat, met de mogelijkheden die we hebben, we vinden dat het zinvol is om bij een hartstilstand tot reanimatie over te gaan. Dit beleid wordt bij verandering van de situatie bijgesteld, maar dan heeft de patiënt er zelf ook al over kunnen nadenken. Natuurlijk is er ook een categorie patiënten met een heel slechte prognose bij wie je een reanimatie medisch zinloos vindt. Dan moet je daar de tijd voor nemen en ook accepteren dat het soms niet mogelijk is om het in één gesprek met elkaar eens te worden.

En als we dan transparant, gender- en CO₂-neutraal doorfilosoferen betekent reanimeren 'wederom van een ziel voorzien' en dat helpt misschien nog een beetje in de discussie met de patiënt, want zonder bezieling is er niet veel aan. Succes! ■

REAGEREN?

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



“Ik heb weer een leven naast mijn werk”

Op een regenachtige zondag in 2013 zat ik op de bank en probeerde ik een stapeltje medische tijdschriften weg te werken. Iedereen weet en herkent hoe het leven van een specialist eruitziet: druk met werk, diensten en veel vergaderingen na het werk waardoor er weinig tijd overblijft voor de gewone dingen in het leven.

Mijn vrouw attendeerde mij op een kleine advertentie in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* waarin een internist werd gezocht in Zweden. “Iets voor ons?”, vroeg ze. Nu wonen we hier alweer drie jaar. En dan bedoel ik ook écht wonen. We wonen in een natuurreservaat op een schiereiland aan de schitterende Scherenkust aan de Oostzee. Ik leef weer!

Het roer om

Zweden is een land waarin balans tussen werk en privéleven centraal staat. Jonge gezinnen met kinderen hebben de mogelijkheid om één jaar doorbetaald ouderschapsverlof te krijgen, zo mogelijk en liefst gelijk verdeeld tussen man en vrouw. Er is een grote gelijkheid tussen man en vrouw. De kinderopvang is waan-

zinnig goed geregeld en kost een schijntje vergeleken met de opvang in Nederland. Zweden kent een 40-urige werkweek, ook in de zorg (én voor artsen). Dat heet ‘lagom’ in het Zweeds, een woord met vele betekenissen, maar in de kern betekent het ‘voldoende’. Voldoende werk, voldoende vrije tijd, ofwel: balans.

Bij ons eerste bezoek aan het ziekenhuis in Oskarshamn werden mijn vrouw en ik ontzettend gastvrij ontvangen door de ‘verksamhetschef’, een collega-internist uit Nederland die al 7 jaar in Zweden woont. Ons werd in alle rust voorgespiegeld hoe het ziekenhuis functioneert en wat mijn rol zou zijn. Meerdere dagen werden uitgetrokken om mij kennis te laten maken met het ziekenhuis en met de mogelijk aanstaande collega’s; lagom dus.

Terug in Nederland belandden we in een rollercoaster, maar we hakten allebei al snel de knoop door. Het bekende roer werd omgegooid! Emigratie naar Zweden was een feit! Er waren nog vele hobbels te nemen, maar de koers stond vast. Zweden, het land van Alfred Nobel, Astrid Lindgren, ABBA, IKEA, Spotify en Zlatan Ibrahimovic zou ook ons land worden.

In 2014, na de verkoop van ons huis en de praktijk en na veel tranen zijn we vertrokken naar Zweden. Veel administratieve zaken (ook in Zweden zijn heel veel regels!) moesten worden geregeld. We vonden een huis, volgden spraaklessen, maakten huiswerk, regelden de arts- en specialistregistratie, lieten ons introduceren in het Zweedse systeem, importeerden onze auto, regelden de bankzaken en kregen uiteindelijk een persoonsnummer.

Het voordeel van het werken in het ziekenhuis in Oskarshamn is dat veel collega’s dezelfde stap in hun carrière al hebben genomen en dat we daar-

door veel praktische begeleiding kregen aangeboden. Voor elk probleem kent iemand wel een oplossing.

Beste 'kleine' ziekenhuis

Zoals gezegd wonen we fantastisch en werk ik met veel plezier als internist-endocrinoloog in het ziekenhuis in Oskarshamn. Ik werk in het ziekenhuis vooral samen met Edwin van Asseldonk, een jonge Nederlandse collega-internist-endocrinoloog, en ons diabetesteam. [Van Asseldonk kwam in deze rubriek al eerder aan het woord over zijn Zweden-ervaring, red.] We werken samen met endocrinologen in de twee andere in de provincie gelegen ziekenhuizen (Kalmar en Västervik; voor de ABBA-liefhebbers: Björn is geboren en getogen in Västervik). Linköping is ons universitair verwijzingscentrum.

De werkzaamheden overdag bestaan uit afdelings- en poliklinisch werk met ruim tijd voor de patiënten en administratie, afgewisseld met weekdiensten op de acute hulp en de intensive care. We leiden co- en arts-assistenten op, die de voorwacht zowel overdag als tijdens de diensten voor hun rekening nemen. De werkdagen zijn druk en gevuld en duren van 08.00 tot 17.00 uur. Dit betekent dat je hier op tijd naar huis gaat! De overuren die je maakt worden gecompenseerd in tijd. Er zijn geen vergaderingen na werktijd en als er wordt vergaderd, gebeurt dit onder lunchtijd met een door de kliniek verzorgde warme lunch.

De assistentengroep bestaat uit een bonte mix van nationaliteiten. Zweden is van oudsher een gastvrij en open land. De druk op die gastvrijheid neemt door de veranderende wereld toe, maar Zweden is en blijft een open land. Bij de ochtendoverdracht zit je vaak met meer dan tien verschillende nationaliteiten aan tafel. Een zeer bijzondere, uitdagende en inspirerende werkomgeving, zowel voor de assistenten als voor de specialist.

Ons ziekenhuis in Oskarshamn is de afgelopen vijf jaar viermaal uitgeroepen tot het beste 'kleine' ziekenhuis van Zweden. In 2016 werden we uitgeroepen tot beste 'stroke-unit' van Zweden. Dit is iets om trots op te



Vele mogelijkheden tot ontspanning



Het diabetesteam met Ed Blaauwwiek (links) en Edwin van Asseldonk

Zweden is een land waarin balans tussen werk en privéleven centraal staat

zijn, maar het geeft ook een impuls om verder te gaan met het (door)ontwikkelen van bestaande en nieuwe projecten, evenals het verder uitbouwen en onderhouden van onze groep specialisten.

Personeelstekort

Een groeiend probleem overal in de gezondheidszorg is de bezetting. Er is een tekort aan verzorgend, ondersteunend en verplegend personeel. Dit zien we in veel Europese landen. In Zweden is er echter ook een tekort aan artsen. Het tekort aan artsen is een probleem, maar kan veel mogelijkheden bieden aan zowel jonge specialisten aan het begin van hun car-

rière en gezinsleven, als voor de wat oudere, meer ervaren specialisten. Zweden en ook Oskarshamn zijn blij met uw komst! Werken als internist-endocrinoloog in Zweden is 'lagom', uitdagend, inspirerend, werelds en heeft mij 'gereset'; ik heb weer een leven naast mijn werk! ■

Wilt u informatie over werken in Oskarshamn, neem dan contact op met Ed Blaauwwiek via: etskoengel.blaauwwiek@ltkalmar.se.



Event Medical Service-arts

Nederland staat internationaal bekend als het land van de dancefeesten. Techno, trance, house, electro, hardcore en hardstyle zijn veelvoorkomende muziekstijlen. Op deze feesten wordt veel drugs gebruikt, maar hoe wordt er dan vervolgens omgegaan met de intoxicaties? Dennis Ellenbroek vertelt hieronder over zijn werkzaamheden op de medische dienst van dancefeesten.

Naast zijn opleiding tot internist is hij werkzaam als arts voor Event Medical Service (EMS). EMS is een bedrijf dat is gespecialiseerd in professionele medische hulpverlening met speciale aandacht voor dancefeesten.

Materiaal en werkwijze

Op basis van de grootte van het evenement, een risico-inventarisatie en de vergunningseisen wordt bepaald welk materiaal en personeel wordt ingezet. We werken met speciaal getrainde EHBO'ers, geneeskundestudenten, verpleegkundigen, ambu-

lanceteams en artsen. Op de post wordt het werk verdeeld in 'basic life support' (BLS) en 'advanced life support' (ALS). De BLS-unit kun je vergelijken met de reguliere EHBO zonder specifieke hulpmiddelen. De ALS-unit omvat de geavanceerde zorg met een volledige ambulance-uitrusting. Naast de teams op de post zijn er uitrukteams voor in 'het veld'. Medisch inhoudelijk wordt er gewerkt volgens de landelijke protocollen van de ambulance (LPA8.1) en EHBO.

Een dienst op een dancefeest

Meestal begint de dag rustig en ben je in de gelegenheid om een rondje over het festival te lopen en de prachtige decors en podia te bewonderen. Daarnaast kun je ook kennismaken met het publiek dat het festival bezoekt. Het publiek bestaat veelal uit jongvolwassenen tussen de 18 en 30 jaar. Als arts heb je deels een superviserende rol voor de EHBO'ers op de BLS. Op het ene moment geef je een advies over een wond (eventueel hechten), beoordeel je iemand met buikpijn of

een verzwikte enkel, en het andere moment geef je akkoord voor medicatie (paracetamol, NSAID's, lopamide, Ventolin).

Op de BLS-unit zien we ook regelmatig middelengeassocieerde patiënten (30%, waarvan 5% ernstig). In verhouding met het aantal bezoekers zijn de zorgcontacten gelukkig beperkt. Echter, op festivals met tienduizenden bezoekers kan het dus op de post wel druk zijn. Zo is het geen uitzondering als er een rij zit met brakende (alcohol), bijna slapende (GHB) en onrustige bezoekers (amfetamines). De beoordeling gaat op basis van de verschillende toxidromen, een combinatie van symptomen die voorkomen bij een intoxicatie. Op de festivals zien we nogal eens het sedatief-hypnotisch toxidroom bij GHB- en alcoholgebruik en het sympaticomimetisch toxidroom bij gebruik van amfetamines (MDMA, XTC, 4FMP/4FA, speed) of bij gebruik van cocaïne. Daarnaast wordt er weleens een bezoeker binnen gebracht die 'te hard gaat'. Hierbij zie je vaak wijde pupillen, zweten, moto-

rische onrust en bruxisme (kauwen). Ik beoordeel mee of er geen alarm-symptomen zijn en of de patiënt op de stoel kan blijven zitten of dat er specifieke zorg moet volgen op de ALS-unit. Alarmerende symptomen zijn een verminderd bewustzijn, hyperthermie, kaakklem, hoofdpijn, pijn op de borst en het excited delirium syndroom.

Op de ALS-unit zie je voornamelijk de ernstige intoxicaties. Een binnengedragen patiënt in een diep coma na GHB-gebruik zien we relatief regelmatig. Hierbij monitoren we de patiënt trendmatig (pols, bloeddruk, saturatie, glucose, temperatuur), eventueel in de stabiele zijligging. Als het bewustzijn hersteld is, kunnen ze weer terug naar het festival. De smalle therapeutische breedte is indrukwekkend, hetgeen ook blijkt uit het abrupt weer wakker worden, regelmatig gevolgd door braken.

Excited delirium syndroom

Soms zien we ook de extreemste vorm van het sympaticomimetisch toxi-droom: het excited delirium syndroom. Dit syndroom wordt gekenmerkt door een sympaticomimetisch toxidroom met extreme agitatie, onmenselijke kracht, onmogelijkheid tot gerichte communicatie en niet-coöperatief gedrag. Dit potentieel letale syndroom behoeft acute sedatie en monitoring. Hierbij is goede communicatie met de beveiliging noodzakelijk. Langdurige fixatie kan namelijk de adrenerge storm verergeren, waarbij hyperthermie en een acidose in potentie kan leiden tot een acute hartdood. Na sedatie met benzodiazepines (vaak i.m.) wordt de patiënt volgens de ABCDE-systematiek nagekeken en wordt een gekoeld infuus gestart. Met de aanwezige deskundigheid en ervaring wordt de inschatting gemaakt of de patiënt op het festival trendmatig geobserveerd moet worden tot de middelen zijn uitgewerkt, of wordt ingestuurd naar de SEH.

Voorbeelden waarbij ik een patiënt heb ingestuurd zijn hyperthermie bij XTC-gebruik, hypertensieve crisis bij 4FMP-gebruik, een epileptisch insult na middelengebruik, het optreden van een kaakklem, een middelengeïnduceerde psychose en een GHB-coma waarbij ook sprake was van een val op het hoofd.

Indien een patiënt op de ALS-unit heeft gelegen met een ernstige intoxicatie, bespreek ik de risico's van hun gedrag. Helaas is het wel eens voorgekomen dat ik dezelfde persoon op meerdere feesten in een GHB-coma heb aangetroffen.

Mengintoxicaties

Gelukkig gaan de meeste gebruikers redelijk bewust om met de drugs en wordt er één middel gebruikt. Soms sta ik echter versteld van het destructieve gedrag van sommigen. Bijvoorbeeld een epilepsiepatiënt die amfetamines gebruikt. Of het verhaal van een 19-jarige man: "Ik begon met XTC, daar merkte ik weinig van, toen heb ik een lijntje speed gedaan, daarop ging ik erg hard waarop ik wat GHB heb gebruikt, en om de avond af te sluiten wat ketamine." Dit soort mengintoxicaties zijn gelukkig een uitzondering en ik hoop niet dat dit in de toekomst vaker gaat gebeuren en regel wordt in het uitgaansleven. De trends van de laatste jaren zijn echter wel veront-rustend. Zo wordt er landelijk een toename in de dosering van MDMA in XTC gezien en ook een toename in ernst van de zorgcontacten op de EHBO-posten op dancefeesten. In 45% van de contacten gaat het om mengintoxicaties. Ook neemt het gebruik van de designerdrug 4FMP (4FA) toe; hierbij zijn potentieel fatale cardiovasculaire en cerebrovasculaire gezondheidseffecten waargenomen tot hersenbloedingen aan toe. Twee sterfgevallen uit 2016 zijn zeer waarschijnlijk het gevolg geweest van het gebruik van 4FMP.



Obstakels

Bij de behandeling van bezoekers van een festival loop je soms tegen problemen aan. Ten eerste zien we regelmatig buitenlanders, voornamelijk Fransen, die erg matig Nederlands of Engels spreken. Google Translate kan dan helpen. Daarnaast is niet iedereen bereid om aan te geven wat ze gebruikt hebben in verband met angst voor juridische consequenties, die er uiteindelijk niet zijn (beroepsgeheim). Op basis van het toxidroom kun je het bijna altijd wel herleiden. Ook komt het voor dat een wakkere patiënt niet naar het ziekenhuis wil in verband met angst voor represailles van de ouders, de bijbehorende kosten of het niet meer thuis kunnen komen. Bij serieuze medische indicaties heb ik de patiënt altijd wel weten te overtuigen. Echter, voor kleine dingen, zoals een röntgenfoto van de enkel, komt het regelmatig voor dat de patiënt nader onderzoek weigert. Veel zorgcontacten zijn middelengeassocieerd. Soms wordt je echter ook verrast door onverwachtse situaties zoals een type 1-diabeet met een hypoglykemie, een astma-aanval of een anafylactische reactie. Dit maakt het een uitermate uitdagende functie op een bijzondere plek. Door deze functie doe ik veel (unieke) ervaring op met intoxicaties. Dit is voor mij, als toekomstig intensivist, een waardevolle toevoeging. ■

We zien relatief regelmatig een binnengedragen patiënt **in een diep coma na GHB-gebruik**



De medicus in de schilderkunst

‘Dr. Washington Epps, my doctor’ door Sir Lawrence Alma-Tadema

Van kaas naar marmer en de homeopathie van de familie Epps

De van oorsprong Friese schilder Lourens Alma Tadema werd in Engeland beschreven als ‘the marvellous artist’. Zijn voorstellingen van het leven van het Romeinse patriciaat in luxe marmeren interieurs, met op de achtergrond de Middellandse Zee en de bijna strakblauwe hemel, zijn exemplarisch. De figuren op deze schilderijen zijn vaak jonge vrouwen van een verrukkelijke schoonheid in een uitermate vruchtbare leeftijd. De gewaden die ze dragen in de zinderende zomerhitte laten weinig aan de fantasie van de beschouwer over. Hun dagen lijken in een lethargie voorbij te gaan. Hangen, liggen, staren in een vijver, pootjebaden en een beetje luisteren naar poëzie en muziek, dat is zo een beetje hun dagbesteding. Er lijkt geen enkele drang te zijn om ergens mee aan de slag te gaan. De werkelijkheid van het leven in het snikhete en smerige Rome was veel minder marmerkleurig, maar daar hebben de jongelui in de schilderijen geen enkel zicht op, of in ieder geval geen boodschap aan.

De schilder had een zwager, Washington Epps, arts en homeopaat, die hij in 1855 portretteerde. De homeopathie en de familie Epps hebben een cruciale rol gespeeld tijdens het leven van Alma Tadema.

Als je voor het eerst een reproductie van zijn ‘antieke’ schilderijen ziet, zou je denken dat deze van een affiche van een nieuwe speelfilm of televisieserie is. Een film die zich bijvoorbeeld afspeelt tijdens het Romeinse Rijk van de eerste keizers. Helemaal niet zo een gekke gedachte, ware het niet dat Alma Tadema bijna meer dan een eeuw voor de eerste kleurenspeelfilm werd geboren. De logica van deze herkenning komt voort uit het feit dat de regis-

seurs van de Hollywood blockbusters *Quo Vadis* (1913), *The Ten Commandments* (1956), *Ben Hur* (1959) en *Gladiator* (2000) geput hebben uit de werken van Alma Tadema. Het gebruik van interieur, kleding, mode en sfeer uit deze films is schatplichtig aan de schilder. Dat geldt ook voor de Britse televisieserie *I, Claudius* uit 1976, naar de gelijknamige roman van Robert Graves.

Lourens Alma Tadema, Sir Lawrence Alma-Tadema

Lourens Alma Tadema werd in 1836 geboren in het kleine Friese dorpje Dronrijp, halverwege tussen Franeker en Leeuwarden gelegen. Als zoon van een notaris – die overleed toen hij 4 was – lag voor Lourens een carrière als advocaat het meest voor de hand. Het liep echter anders. Op 15-jarige leeftijd – een leeftijd dat er een keuze gemaakt moest worden die bepalend zou zijn voor je gehele werkzame leven – stort Lourens volledig in, zowel lichamelijk als geestelijk. Tuberculose zou de diagnose zijn geweest, maar daar is onzekerheid over. Hoe het ook zij, het leveren van grote inspanningen, waaronder een studie rechten, werd afgeraden. Rust en regelmaat om de aandoening te bestrijden was het medische advies in het pre-antibioticiatijdperk. Teken en schilderen om zijn laatste dagen of weken door te brengen was echter geen probleem en werd mogelijk als heilzaam gezien. Volgens zijn kunstminnende moeder behoorden tekenlessen sowieso tot de standaardopvoeding en de jonge Lourens bleek hiervoor talent te hebben. Post aut propter kwam hij zijn ziekte, of beter gezegd: zijn klachten, te boven en besloot een leven als kunstenaar na te streven. Het gezin verhuisde

naar Antwerpen, alwaar hij naar de Koninklijke Academie ging en zich in 1858 als kunstenaar vestigde. Hij had een grote voorkeur voor geschiedkundige voorstellingen. Zijn belangstelling voor geschiedenis was aangewakkerd door zijn leermeester Hendrik Leys. Zijn favoriete onderwerp was het Merovingische rijk en hij baarde opzien met zijn schilderij *De opvoeding van de kinderen van Clovis* (1861). Leys was niet ontevreden over het doek, maar had toch een opmerking over één aspect: het marmer had veel weg van kaas. Later stond het meer populaire Egypte centraal als thema in zijn schilderijen. Pas na zijn huwelijksreis in Italië begon hij geïnteresseerd te raken in het antieke Rome. In de jaren na de kaasopmerking van zijn leermeester heeft hij het realistisch weergeven van marmer tot schilderkunst binnen de schilderkunst verheven.

In 1869 overlijdt zijn echtgenote en de schilder is ontroostbaar. Hij kampt met een scala aan lichamelijke klachten die moeilijk onder één noemer te brengen zijn. Op advies van een vriend reist hij naar Londen voor een second opinion en een eventuele behandeling. Tijdens zijn verblijf bij de schilder Ford Madox Brown ontmoet hij de 17-jarige Laura Theresa Epps. Het is bij de schilder liefde op het eerste gezicht en zijn klachten die hij op het continent had verdwijnen als sneeuw voor de zon en maken plaats voor symptomen die passen bij een ongebreidelde verliefdheid. In 1871 trouwt hij met haar en vestigt zich definitief met zijn twee dochters uit zijn eerste huwelijk in Londen, de stad waar hij van meet af aan hoog gewaardeerd werd en waar zijn schilderijen gretig aftrek vonden. In 1899 wordt Tadema geridderd en heet sindsdien Sir Lawrence Alma-Tadema.

De familie Epps en de homeopathie

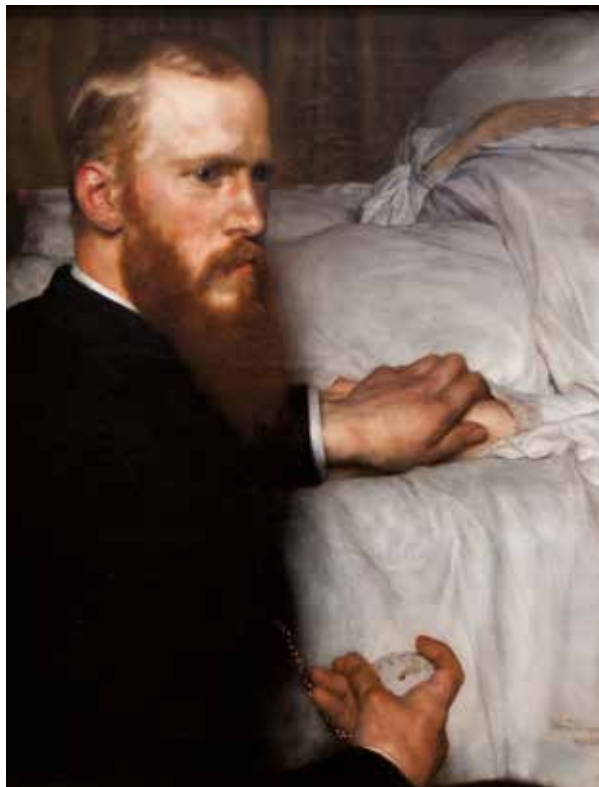
De familie Epps stond in het Londen van de 19e eeuw synoniem voor homeopathie. John Epps jr. (1805-1869) was aanvankelijk regulier arts. Als radicaal in al zijn denken en doen brak hij op jonge leeftijd al met de reguliere geneeskunde en werd homeopaat van het eerste uur in het Victoriaanse Engeland. Hij was een van de stichters van de British Homeopathic Association. Zijn praktijk was omvangrijk, waarbij zijn medische zorg zich vooral richtte op de armen en de lagere klassen, die het het hardst nodig hadden.

John's echtgenote, Ellen Elliot Epps (1808-1876), was uit hetzelfde radicale homeopathische hout gesneden. Ze was geen arts, maar vertaalde de boeken van Samuel Hahnemann (1755-1843), grondlegger van de homeopathische theorie, en heeft zo een grote bijdrage geleverd aan de bekendheid en verspreiding van de homeopathische geneeskunde in Engeland. De broer van John, George Napoleon Epps, was chirurg en homeopaat, welhaast een onmogelijke combinatie. Hij kreeg twee kinderen, Laura en Washington.

Zijn andere broer, James Epps, was homeopathisch chemicus, ook een niet voor de hand liggende combinatie, en was de oprichter van Epps's Cocoa, producent en leverancier van instant chocoladepoeder. De productie en verkoop van de pakjes cacao-poeder heeft hem een onvoorstelbaar fortuin opgeleverd.

Doctor Washinton Epps

Als kleinzoon, zoon en neef van homeopathisch artsen, kon het niet uitblijven dat Washington ook geneeskunde ging



Dr. Washington Epps, my doctor, Carnegie Museum of Art, Pittsburgh, VS

studeren, om zich vervolgens direct na zijn buluitreiking te laten 'omscholen' van allopaat naar homeopaat. Alma-Tadema heeft weinig portretten gemaakt en de personen die hij heeft geschilderd zijn meestal familieleden of intieme vrienden. Als broer van zijn nieuwe liefde past het portret dat hij van Washington Epps schilderde in deze traditie. Epps staat niet centraal in het schilderij en het is dus geen portret in de traditionele zin. De zorg voor de patiënt is het wezenlijke onderwerp: de hand van de dokter die de pols van de patiënt opneemt, is exact in het midden van het doek geschilderd.

Epps wordt in de titel van het werk expliciet genoemd als 'my doctor'. Washington Epps was dus de behandelaar van de schilder. Gezien zijn eerdere ziekte-episodes is dat niet zo verwonderlijk. De reguliere geneeskunde had geen goede verklaring voor zijn ziekteperiodes, waarin zijn symptomen maar niet onder één noemer gebracht konden worden. Er was geen diagnose en er waren dus ook geen behandelopties, althans, geen allopathische. De homeopathie heeft bij dit soort complexe en onverklaarbare ziektegevallen wel antwoorden en behandelingen. Er is daarin weinig veranderd. Het succes van de behandelingen binnen de homeopathische geneeskunde heeft alles te maken met de invloed van de geest op het welbevinden – of juist ziek voelen – van het lichaam. Dit klinkt spottend, maar dat is het zeker niet. Het middel tegen de kwaal is niets anders dan de verbetering van de geestesgesteldheid en of je daar een duizendmaal verdund middel toevoegt is een bijzaak. Alma-Tadema is ernstig ziek geweest en de reguliere geneeskunde kon hem niet helpen. De homeopathie (en de liefde) wel. Gelukkig maar, in dit geval, anders was hij advocaat geworden, en dat zou doodzonde zijn geweest. Hij stierf in 1912 op 76-jarige leeftijd en gaat de geschiedenis in als de best – bij leven – verkopende schilder in het Engeland van de 19e eeuw. ■

Yvo Smulders



Kwalitatieve kwaliteit

Pleidooi voor het borgingskantelpunt

Het bijkans meest geestdodende onderdeel van werken in een gezondheidszorgorganisatie is het doorstaan van visitaties. Of het nu gaat om de kwaliteit van het curriculum, de specialistenopleiding, de afdeling of het ziekenhuis, er gaat geen maand voorbij of je bent weer terabytes aan teksten aan het intikken of uren vergadertijd aan het vullen ten behoeve van alweer de volgende kwaliteitsklopjacht. En telkens als je denkt dat het voorbij is en er weer licht aan het einde van de tunnel schijnt, blijken het de koplampen van de volgende aanstormende visitatietrein te zijn.

Het toverwoord bij kwaliteitsvisitaties is niet kwaliteit, maar 'borging'. In de ogen van visitatiecommissies is kwaliteit immers niets als het niet 'geborgd' is. Borgen doe je door procedureel vast te leggen hoe je voorwaarden schept voor iets wat meetbaar is, dat je die meting met enige regelmaat laat uitvoeren door die en die mensen en dat je een commissie belast met het aggregeren van de meetresultaten om te monitoren dat ze aan een zekere norm blijven voldoen. En dat is nog maar de helft...

De feitelijke visitaties zijn vaak best koddig. Zo kwamen er onlangs mensen helemaal uit Amerika overvliegen om bij ons te constateren dat de tafeltennistafel op de kinderafdeling stoffig was. Soms is het minder grappig. Bij een visitatie in mijn nabijheid werd recent geen genoegen genomen met informatie over kwaliteit, maar werd gevraagd een 'verbeterplan' te overleggen. Dat lijkt een futiliteit, maar is ernstiger dan het lijkt. Het illustreert dat visitaties steeds meer focussen op procedures die kwaliteit zouden kunnen verbeteren (PDCA-cycli, verbeterplannen, 'hoe borgt u dit?'), maar steeds minder op de vraag of er feitelijk goede kwaliteit geleverd wordt ('hoe gaat het eigenlijk?'). Anders gezegd: procedures rondom wat men denkt dat kwaliteit is worden gaandeweg vereenzelvigd met kwaliteit zelf. Dat dit een dwaalspoor is klopt niet alleen intuïtief; het is ook aangetoond. Zie bijvoorbeeld *Ann Intern Med.* 2011;154:384, waarin aangetoond wordt dat goede uitkomsten van zorg nauwelijks samenhangen met protocollen en procedures, maar vooral met cultuur, commitment en communicatie.

Ik snap heus het probleem van visitatiecommissies wel. Sterker: je leest de machteloosheid in de poppetjes van hun ogen: 'ik wil wel anders, maar weet niet hóe'. Omdat de beste stuurder toch altijd aan wal staan wil ik wel wat adviezen geven, gratis.

Het belangrijkste advies is je te realiseren dat het niet stomtoevallig is dat de woorden kwaliteit en kwalitatief zoveel op elkaar lijken. Check. Het tweede is je erbij neer te leggen dat je met kwalitatieve data niet zo makkelijk kunt rekenen, normeren, vergelijken en grafiekjes tekenen, hoe plezierig dat allemaal ook is. Het derde advies is klinieken te verbieden voor jouw komst het 'borgingskantelpunt' te passeren: het punt waarbij het borgen van X méér tijd kost dan X zelf. Voorbeelden daarvan zijn er te over, ga maar na. Geen visitor wil het zichzelf toch aandoen te moeten constateren dat het leveren van het bbb, het bomvrije borgingsbewijs, een inspanning vergde die datgene waar het over gaat ver overtreft? Hoe lullig kun je je voelen. Nee, dan zou ik gewoon even de benen strekken en de afdeling oplopen om met echte mensen te praten, over echte dingen. En als je je begint te realiseren dat dit borgingskantelpunt misschien wel voor bijna alles geldt waar je op had willen scoren, wanhoop dan niet, want je bent dan bijna waar je eigenlijk wilt zijn: kwalitatief kwaliteit meten.