

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 4
JAARGANG 10
DECEMBER 2019

Magazine voor de internist



Carla Hollak

“Hoge medicijnprijzen zijn een ingewikkeld probleem”

Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten

Hoe behandel je het onbehandelbare

Spiedzorg

De discussie wordt vervolgd

Farmaceutische industrie

Een verstandshuwelijk tussen arts en farmacie?

Coaching

In de opleiding Interne Geneeskunde krijgt coaching een belangrijkere rol



INTERVIEW 6

Hoogleraar metabole ziekten Carla Hollak ontwikkelde zelf een medicijn voor de behandeling van een zeldzame ziekte, waardoor de prijs van dit middel spectaculair daalde. Zij vraagt vooral aandacht voor de ingewikkelde problematiek achter de hoge medicijnprijzen



SOLK: het onbehandelbare behandelen 10
Myriam Lipovsky vertelt over haar fascinatie voor patiënten met 'mysterieuze' klachten



SOLK: een training voor artsen 12
Het Erasmus MC ontwikkelde een training waardoor specialisten beter leren communiceren met SOLK-patiënten



SOLK-cursus 14
Roosmarijn Lemmers volgde de cursus *Communicatie bij onverklaarde klachten*

De internist op de SEH – darwinisme en nuanceren 16

Opinie – Reacties op pleidooi voor aanwezigheid internist op de SEH 18

Opinie – Het spanningsveld tussen arts en farmaceutische industrie 20

Coaching in de opleiding 22

De ontwikkeling van een video over reanimatie 24

RUBRIEKEN

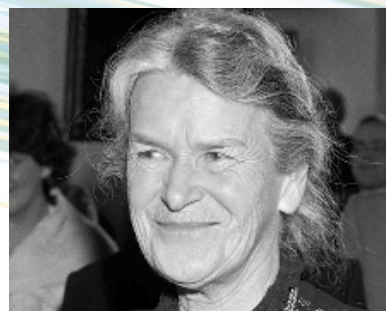
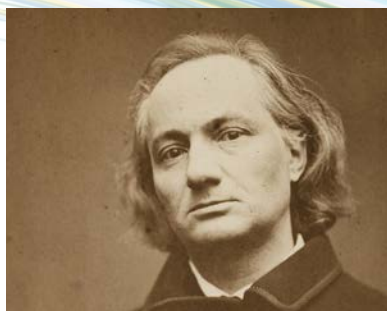
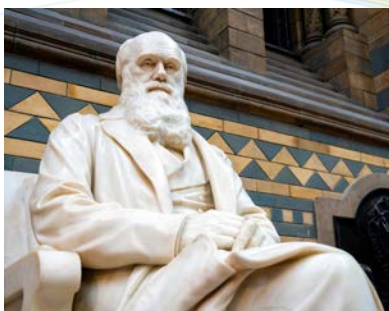
Cartoon 22

Boekbespreking 26
Die ene patiënt

De knuppel in het internistenhok 27
Nou én?

De medicus in de literatuur 28
M. Vasalis
'Ik droomde, dat ik langzaam leefde, langzamer dan de oudste steen'

Column Yvo Smulders 30
Effectief behagen



Dr. C. J. Roosprijs 2020

De Dr. C. J. Roosstichting reikt in samenwerking met de Nederlandse Internisten Vereniging de Dr. C. J. Roosprijs uit voor het beste klinische proefschrift op het gebied van de Interne Geneeskunde in de breedste zin. De stichting wil met deze prijs klinisch wetenschappelijk, patiëntgebonden onderzoek in Nederland bevorderen.

Prijzen

De hoofdprijs van € 2000 wordt sinds 2005 jaarlijks uitgereikt tijdens de Internistendagen in Maastricht. Ook in 2020 zal dit het geval zijn. De auteurs van de drie beste proefschriften krijgen de gelegenheid hun werk te presenteren tijdens de speciaal hieraan gewijde sessie Topproefschriften. De drie laureaten ontvangen een gekalligrafeerde oorkonde en voor de op de tweede en derde plaats eindigende laureaten heeft de Stichting een bedrag van € 500 ter beschikking gesteld.

Voorwaarden

Om in aanmerking te komen voor de prijs moet het proefschrift een klinisch, patiëntgebonden onderzoek zijn dat het inzicht in de pathogenese, diagnostiek en/of de behandeling van ziektes vergroot. Daarbij kan cellulair, moleculair, genetisch, zuiver epidemiologisch of ander basaal wetenschappelijk onderzoek additioneel zijn, maar dit vormt niet de hoofdzaak. Niet in aanmerking komen proefschriften waarvan de aard en opzet van het onderzoek is bepaald door de farmaceutische industrie.

Daarnaast gelden de volgende voorwaarden:

- Een afgerond proefschrift handelend over een klinisch, patiëntgebonden onderwerp verschenen in 2019, of begin 2020.
- De auteur is internist, assistent in opleiding of heeft in de nabije toekomst uitzicht op een opleidingsplaats.

Aanmelden

Aanmelden gaat als volgt:

- Stuur een digitale versie van het proefschrift aan: info@congresscompany.com onder vermelding van: Dr. C. J. Roosprijs 2020.
- Stuur een gedrukt exemplaar van het proefschrift aan de juryvoorzitter: dr. J.C. Roos, Doornburg 111, 1081 JX, Amsterdam.
- Zend bij zowel de digitale versie als het gedrukte exemplaar een curriculum vitae mee als bijlage. Voeg een korte motivatie toe waarom u meent voor de prijs in aanmerking te komen en een kort overzicht van de aard van de financiële steun waarmee het onderzoek tot stand is gekomen.

Jury

De jury wordt samengesteld uit de vaste leden: prof. dr. H.A.H. Kaasjager, prof. dr. M.M. Levi, prof. dr. A.E. Meinders, dr. J.C. Roos, voorzitter, prof. dr. J.W.A. Smit, aangevuld met de voorzitter van de commissie Internistendagen dr. H.R. Koene en de eerste prijswinnaar van 2019, dr. H.M.M. Rooijackers.

**DE UITERSTE INZENDINGSdatum
IS 1 FEBRUARI 2020**

Dé diabetes type 1 community

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



Vraag posters
en flyers aan
via info@diabetestype1.nl

Een initiatief van:

diabetestype1.nl

**Diabetes
Fonds**



Niet stilzitten

Werken in de zorg geeft veel voldoening, maar de laatste tijd wordt het ons niet gemakkelijk gemaakt. De inmiddels bekende factoren als personeelstekorten, administratief gedoe en meer en moeilijkere patiënten leiden tot een toegenomen werkdruk. Dit komt tot uiting in zorgelijke cijfers als hoge burn-outpercentages bij aios en specialisten. Signalen dat het zo niet langer kan nemen toe. Oplossingen zijn niet eenvoudig en zullen voor een deel van anderen moeten komen. Zelf zullen wij nog meer moeten samenwerken, zoals ik in het vorige nummer schreef. Daarnaast vraagt een situatie van crisis ook om leiderschap. Afwachten en stilzitten is geen optie. Hoewel velen om mij heen betwijfelen of het echt voorkomt, zijn er wel eens momenten dat ik even niks doe. Hoewel niks, bingewatchen op Netflix telt ook mee vind ik. Pas zag ik “The King”, een prachtige, maar bloedige verfilming van Shakespeare’s “Henry V”. Een van de mooiste momenten in boek en film is de St. Crispin’s Day-speech van de jonge Engelse koning. Henry V bevindt zich namelijk op 27-jarige leeftijd aan het hoofd van een invasiemacht op Franse bodem, bij het plaatsje Agincourt. Zijn tegenstanders liggen verderop te wachten tot de grote slag die de volgende dag verwacht wordt. De Engelsen zijn echter zwaar in de minderheid en vrezen de strijd tegen de Franse troepen. Koning Henry laat zich niet kennen en onderneemt actie: hij gaat, vermomd, de kampvuren langs om te peilen hoe de troepen denken. Daarna trekt hij zich terug voor een moment van introspectie: hij weegt zijn opties en maakt een plan. Diezelfde avond, op de dag van het feest van de heilige Crispijn, spreekt hij vervolgens zijn troepen toe. Deze speech is de geschiedenis ingegaan als een van de mooiste voorbeelden van goed leiderschap. Henry deelt de zorgen van zijn soldaten, maar maakt van de vermeende nadelen een voordeel. Hij vertelt wat hij van ze verwacht, zijn visie op de strijd. En het allerbelangrijkst is voor het laatst: hij vertrouwt erop dat zij samen deze strijd kunnen winnen (“we few, we happy few, we band of brothers”). Spoiler alert: hij wint de volgende ochtend en wordt daarmee koning van Frankrijk.

Dus toch weer wat geleerd, want luisteren, nadenken en doen zijn ook in de 21^e eeuw nog steeds effectief. Naast een vleugje Henry V wens ik u namens het bestuur en bureau van de NIV natuurlijk alle goeds toe voor het komende jaar.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
10e jaargang, nummer 4, december 2019

Redactie

Hans Ablj, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté,
Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Bas Oude Elberink,
Harriët Teijen, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2019

Website NIV: www.internisten.nl



“Hoge medicijnprijzen zijn ingewikkeld probleem”

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: RON ZWAGEMAKER

Hoogleraar metabole ziekten Carla Hollak en ziekenhuisapotheker Marleen Kemper van het Amsterdam UMC waren vorig jaar volop in het nieuws: zij gingen zelf een medicijn bereiden voor behandeling van een zeldzame erfelijke ziekte. De prijs voor het middel daalde daarmee spectaculair. Maar Hollak vraagt vooral aandacht voor de ingewikkelde problematiek achter de hoge medicijnprijzen. “De oplossing is niet dat iedereen nu zelf geneesmiddelen gaat maken.”

Het middel dat het Amsterdam UMC magistraal bereidde was CDCA (chenodeoxycholzuur), bestemd voor patiënten met cerebrotendineuze xanthomatose (CTX). Gevolgen van deze potentieel dodelijke aandoening zijn onder andere staar, lichamelijke handicaps door peesontstekingen en progressieve schade aan het zenuwstelsel. In Nederland zijn er ongeveer 65 CTX-patiënten. De prijs van de fabrikant voor CDCA ligt rond de €160.000 per patiënt per jaar, terwijl het Amsterdam UMC het medicijn kon maken voor €25.000. Toch was dit geen vooropgezet plan, vertelt Hollak. “Het is meer een actie achteraf die helaas noodzakelijk is. Het is jammer dat onze magistrale bereiding de nadruk krijgt in de vele interviews die we al hebben gegeven. Het is helemaal niet onze bedoeling om de strijd aan te binden met de farmaceutische industrie. Dit was nodig omdat de situatie extreem was

en patiënten hun geneesmiddel niet meer konden krijgen.”

Systeem werkt niet

Hollak is al jarenlang met het onderwerp bezig. “Wat me stoort is dat we blijven hangen in een systeem dat niet werkt”, zei ze in 2016 in een interview met *Medisch Contact*. En dat geldt nog steeds. “De farmaceuten, dus bedrijven met een winst-oogmerk, maken producten voor een markt die geen winstoogmerk heeft en waar geen marktwerking mogelijk is. Het gaat niet om een leuke nieuwe mobiele telefoon die je wel of niet kunt betalen. Het gaat over gezondheid. Maar de bedrijven hebben wel te maken met aandeelhouders die zo veel mogelijk winst willen.”

Instanties als het Europees Geneesmiddelen Agentschap (EMA) en het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) beoordelen nieuwe middelen op hun werking

en veiligheid. Deze instanties hebben veel contact met farmaceutische bedrijven. Vooral bij geneesmiddelen voor zeldzame ziekten is het moeilijk goede data te verkrijgen. Er komt dan groen licht voor een nieuw middel zonder dat het zich duidelijk heeft bewezen. “Het middel wordt dan vergoed en er wordt de volle prijs voor berekend. Daarna moet een fabrikant postmarketing-onderzoek doen, met studies en een register om data te verzamelen”, vervolgt Hollak. “Vanaf dan beheersen de fabrikanten dus de verdere processen. Zij beoordelen hun eigen product, en zo’n beoordeling is dan vaak positief. Maar ruwe data worden zelden vrijgegeven. Zulk postmarketing-onderzoek heeft niet veel te maken met de werkelijke medische wereld. Behandelaars weten niet wat de werkelijke effectiviteit is van een middel. Maar bij wie ligt de schuld van dit alles? Bij de overheid? De dokters? De farmaceutische industrie? Dat is niet te zeggen. We houden het systeem met ons allen in stand.”

Niet transparant

Ook de hoge medicijnprijzen van tegenwoordig zijn volgens Hollak onderdeel van dat systeem. De prijs

“De oplossing is niet dat iedereen nu zelf geneesmiddelen gaat maken”

van een nieuw middel wordt bepaald door de fabrikant. Die vergelijkt het met bestaande middelen, waarvan de prijs ook al hoog is. Dus een nieuw middel is weer duurder. “En zo rijzen de prijzen de pan uit, zonder relatie met de werkelijke ontwikkelkosten. Fabrikanten zijn daarover niet transparant. Maar welke mogelijkheden zijn er om dat af te dwingen? En wat doen we vervolgens met die transparantie? Mag een medicijn dan wél duur zijn? Dat is een punt dat tot nu toe nog te weinig is doordacht.” Hollak vindt het zelf maken van medicijnen niet de oplossing. Want dat is een noodgreep ‘achteraf’. Dat geldt volgens haar ook voor de maatregel om een nieuw middel in de sluis te plaatsen. “Daarmee wordt een middel even geparkeerd om over de prijs te kunnen onderhandelen of afspraken te maken. Dat belemmert alleen maar de toegankelijkheid van het middel voor patiënten. Ik snap dat het soms niet anders kan, maar we moeten hier zo snel mogelijk vanaf. En andere modellen ontwikkelen waarmee nieuwe geneesmiddelen sneller naar de markt komen en daarbij goed worden begeleid.”

Nieuw model

Hollak heeft wel een idee voor zo’n model. Stel dat een nieuw middel in fase 2-onderzoek veelbelovend lijkt. Dan kan vervolgens een studie worden gedaan waarvan de data transparant worden verzameld, in een register dat onafhankelijk wordt beheerd door bijvoorbeeld artsen en een relevante patiëntenorganisatie. De overheid kan daarbij financieel bijdragen om het register onafhankelijk te houden. “Of dit onderzoek wordt gefinancierd uit een Europese pot met bijdragen van farmaceutische bedrijven. Er is dan

één onafhankelijk register van data waarmee analyses worden gedaan voor werkzaamheid, veiligheid en kosteneffectiviteit. De inbreng van bedrijven is om het middel snel beschikbaar te maken tegen een speciale prijs. Dat is nog niet de volledige prijs voor het nieuwe middel,

maar zo krijgen zij wel alvast een gedeeltelijke *return of investment*. Het medicijn komt dan geleidelijk naar de markt. Misschien is het weinig effectief, maar daar is dan snel en onafhankelijk zicht op. Dat is beter dan de huidige manier waarbij studiepopulaties totaal niet overeenkomen met de werkelijke populaties van gebruikers en we nauwelijks weten wat we doen na goedkeuring van een middel. In het nieuwe model houden we veel beter de vinger aan de pols. Als blijkt dat een middel weinig werkzaam is, heeft het in ieder geval niet veel geld gekost. En als het wel werkt, kan het verder worden onderzocht. De prijs kan dan omhoog, maar die mag ook wel weer



Hoogleraar metabole ziekten Carla Hollak

omlaag als de investeringskosten zijn terugverdiend.”

Vele obstakels

Het voorgestelde model klinkt plausibel. Toch zijn er volgens Hollak nog vele obstakels. Allereerst: wie gaat er mee beginnen? Een eerste start is gemaakt met het project *Regie op Registers voor dure geneesmiddelen* van het Zorginstituut. Het project is in april dit jaar van start gegaan en ook Carla Hollak neemt eraan deel. Doel is om uitkomsten van behandelingen met nieuwe medicijnen in de praktijk te meten, door informatie uit de klinische praktijk structureel in registers vast te leggen. De vraag

Daarnaast moet er voldoende steun zijn om met het veld en patiënten een register op te zetten. Dat vraagt een brede blik van onder meer de overheid.”

Het bestaande systeem is vastgeroest en dat raakt de gehele Nederlandse gezondheidszorg, vindt Hollak. Haar inzet is om te laten zien

“Veel dokters vinden het huidige systeem wel makkelijk”

“We houden het systeem met ons allen in stand”

is nog wel wanneer een register moet worden gestart: “Als dat voor een weesgeneesmiddel is met een hoge prijs, dan ben je al te laat. We moeten dus eerder kijken welke middelen eraan komen, bijvoorbeeld met de Horizonscan Geneesmiddelen.

dat het anders kan, met pilotprojecten waarin een register wordt opgezet voordat een medicijn op de markt komt. Dus niet alleen overleggen en kritische stukken schrijven, maar vooral iets gaan doen. Maar Hollak kent de internationale wereld van

medicijnontwikkeling en weet dat er vele hobbels zijn te nemen. “Veel dokters vinden het huidige systeem wel makkelijk, want de farmaceuten regelen studies, uitstapjes en congressen en de artsen kunnen publiceren. Het vraagt best veel van hen om daarmee te stoppen en zelf tijd te steken in iets anders. Daarnaast is er nog geen geld voor een andere opzet. De overheid ziet de meerwaarde nog niet, terwijl ze zo’n investering dubbel en dwars zouden terugverdienen. Bovendien willen patiëntenorganisaties snel toegang tot nieuwe middelen. Dat is logisch, maar vaak gaat het om een peperduur middel waarvan we niet goed weten of het werkt. Ik denk ook dat de EMA hier veel kritischer naar moet kijken, en dat farmaceutische bedrijven hun maatschappelijke verantwoordelijkheid moeten nemen. Zo hangt alles met elkaar samen, en dat maakt het ingewikkeld. We moeten daarom met kleine stapjes beginnen.”

ORPHANISATION

Het middel CDCA dat het AMC zelf maakte, is geen nieuw middel. Het bestaat al zo’n veertig jaar, maar is enkele jaren geleden opnieuw op de markt gebracht en geregistreerd als weesgeneesmiddel. Daarmee kon de prijs worden verviervoudigd naar €160.000 per jaar per patiënt. Zorgverzekeraars besloten vervolgens om dat niet meer te vergoeden. De registratie raakt kant noch wal, vindt Hollak, die dit de *orphanisation* van geneesmiddelen noemt. “Van gewone middelen maak je dan een weesgeneesmiddel. Als dat voldoet aan de criteria, wordt het goedgekeurd door de EMA. Een bedrijf doet dan niets illegaals. Maar het is wel een maatschappelijk onverantwoorde actie.”

KENNISPLATFORM

Begin dit jaar heeft het Amsterdam UMC het kennisplatform *Medicijn voor de maatschappij* opgezet om dure geneesmiddelen toegankelijk te houden. Het ziekenhuis wil onder meer het onderzoek naar de werking van medicijnen tegen zeldzame ziekten verbeteren. Het platform zoekt contact met de overheid, patiëntenorganisaties en farmaceuten en zal ook voorstellen doen voor een beter overheidsbeleid. Er is financiële steun van de Vriendenloterij van vijf miljoen euro voor vijf jaar om studies en pilots te doen om geneesmiddelen beter beschikbaar te krijgen.

Geen strijd

Hollak benadrukt dat haar inzet geen strijd is tegen farmaceuten. Want ook die hebben waarschijnlijk last van het huidige systeem. “Zij moeten eindeloze veiligheidsstudies doen en aan vele andere regels voldoen voordat hun product naar de markt mag. En dan kan een product ook nog eens in de sluis terechtkomen. Ik denk dat ook zij wel een andere opzet willen proberen. Mede uit oogpunt van duurzaamheid en maatschappelijke verantwoordelijkheid, wat in deze tijd belangrijke aspecten zijn. Dus misschien kunnen we samen met hen iets anders ontwikkelen. Maar deze dingen gaan langzaam. En er moet veel gebeuren.” ■

SOLK: het onbehandelbare behandelen

TEKST: MYRIAM LIPOVSKY • BEELD: 123RF

Internist en psychotherapeut Myriam Lipovsky werkt sinds 2003 bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom: een afdeling voor patiënten met ernstige en complexe Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK). Artsen zijn hier een integraal onderdeel van het behandelteam. Lipovsky vertelt over haar fascinatie voor deze patiënten met hun 'mysterieuze' klachten en over hoe het onverklaarde toch behandeld kan worden.

Tijdens mijn opleiding raakte ik gefascineerd door patiënten met 'mysterieuze' klachten: lichamelijke problemen waar geen duidelijke somatische oorzaak voor aan was te wijzen. Het ongrijpbare in deze complexe casussen intrigeerde me, maar het frustreerde me tegelijkertijd. Hoe kon het dat wij hier

geen antwoord op hadden? Achteraf gezien was dat niet zo gek: het psychosomatische denken was immers sterk onderbelicht in het curriculum van onze medische opleiding.

Wetenschappelijk houvast

Een paar jaar na mijn promotie belandde ik bij Altrecht Psychosoma-

tiek Eikenboom, opgezet door de Duitse psychiater Martina Bühring. Artsen worden hier niet alleen ingezet voor het behandelen of uitsluiten van lichamelijke aandoeningen, maar zijn ook een noodzakelijke schakel tussen de somatische en psychische processen, zowel voor patiënt als voor het team.

De beginfase op Eikenboom was lastig: ik voelde mij onthand en de medische opleiding had me onvoldoende handvatten gegeven voor de problematiek waar ik mee te maken kreeg. Ik zocht wetenschappelijk houvast om te begrijpen wat er fysiologisch gebeurt bij chronische pijn, uitputting en conversiestoornissen. Ik ontdekte bijvoorbeeld onderzoek van Naomi Eisenberger (gepubliceerd in *Science*), dat aantoonde dat lichamelijke pijn en sociale pijn hetzelfde neurobiologische substraat heeft. Ze gaf zelfs paracetamol aan patiënten die aan sociale pijn leden – en het hielp. Dit voorbeeld ondersteunt het zogenaamde biopsychosociale

MISVATTINGEN

1. 'Alle SOLK-patiënten hebben bewegingsangst'. Een grote groep SOLK-patiënten neigt juist naar grenzeloosheid, met roofofbouw als gevolg. Eventueel in combinatie met bewegingsangst.
2. 'SOLK gaat meestal om ziekte winst'. Veel patiënten willen juist participeren in de maatschappij, maar voelen zich (fysiek) overvraagd. Echte (bewuste) ziekte winst is in ons centrum een uitzondering.

model, waarin de behandeling van één domein uitwerkt op de andere domeinen.

De kern van goede zorg

Lastiger vond ik het om te herkennen wat er bij mij in de spreekkamer gebeurde. Ik voelde vaak geladenheid vanuit de patiënt, maar wist niet hoe daarmee om te gaan. Ik leerde dat het ruimte gaf als ik vroeg of de patiënt het spannend vond om bij mij te komen. Vaak vertellen patiënten dat ze zich niet gehoord hebben gevoeld door artsen, wat boos of angstig maakt.

Uiteindelijk heb ik de opleiding tot BIG-geregistreerd psychotherapeut gevolgd, om effectievere zorg te kunnen verlenen op het scheidsvlak van lichaam en geest. Ofwel: patiënten behandelen zonder pillen of ingrepen, maar met praten en exploreren (e.a.).

Ik ontdekte de kern van goede zorg voor SOLK-patiënten: het aangaan van wezenlijk contact, de ontmoeting. Ik exploreer de bredere context van de klacht en laat me raken door het verhaal van de patiënt, zonder daarbij mijn professionaliteit te verliezen. Onze doelgroep heeft regelmatig op jonge leeftijd trauma's doorgemaakt (lichamelijk en/of geestelijk). Dit is een risicofactor voor ernstige SOLK en somatiek. Patiënten praten er niet spontaan

over omdat het vaak schaamte, angst of boosheid geeft. Bovendien zijn ze beducht voor de suggestie dat het 'tussen de oren' zit. De patiënt ervaart geen verband tussen de lichamelijke klacht(en) enerzijds en eventuele ervaringen uit het verleden, emotionele stress, of overbelasting anderzijds. 'Voor mijn lichamelijke klachten ga ik naar de dokter, voor het emotionele stuk ga ik naar de psycholoog'. Door mijn beide functies ontdekte ik dat de patiënt inderdaad letterlijk iets anders laat zien aan de dokter dan aan de psychotherapeut.

Wat kun je als arts betekenen?

Ik check de somatiek en leg de patiënt uit dat de lichamelijke klachten echt zijn, maar dat deze niet noodzakelijkerwijs een uiting hoeven te zijn van een lichamelijke ziekte. Ik vraag waar de patiënt zelf aan denkt. Zo bleef een patiënte naar specialisten gaan omdat "mijn pijncentrum nog niet is nagekeken". Ook het opsporen van somatische comorbiditeit is belangrijk, inclusief overbodige medicatie die nooit gestopt werd. Dit komt regelmatig voor, want patiënten worden vaak zorgmijder door teleurstellingen of schaamte ("Ze zullen wel denken: daar komt ze weer"). Ze zien dan geen dokter meer die de medicatielijst doorneemt. Ook zie ik patiënten met complexe 'gewone'

somatiek, die door hun psychische/psychiatrische comorbiditeit buiten de boot vallen in de reguliere zorg.

Bij het lichamelijk onderzoek ben ik alert op toename van spanning, omdat patiënten (vooral met een voorgeschiedenis van psychisch trauma) angst kunnen hebben voor aanraking. Terwijl het lichamelijk onderzoek anderzijds wél belangrijk is, ook voor het gevoel 'goed onderzocht' te zijn. Duidelijk aankondigen wat je gaat doen helpt hierbij om angst te verminderen.

Samen met de patiënt ga ik op zoek naar een verklaring voor de lichamelijke klachten. Bijvoorbeeld door gerichte uitleg over hoe stress zich fysiologisch kan uiten, met voorbeelden uit de eigen biopsychosociale context. Vaak vraag ik een patiënt wat zijn definitie van stress is, wat heel verhelderend kan zijn. Zo zei een patiënte: "Stress is negatief zijn. Ik ben alleen maar positief, dus ik heb geen stress". Terwijl ze ernstig overbelast was.

In tegenstelling tot wat men vaak denkt kunnen SOLK-patiënten subtielere lichaamssignalen, zoals abnormale (spier)spanning, slecht waarnemen. Ook emoties, zoals angst en boosheid, worden vaak niet gevoeld. Maar wel de daarmee gepaard gaande hartkloppingen, waardoor ze denken een hartprobleem te hebben. Een van mijn patiënten belandde regelmatig op de spoedeisende hulp met benauwdheidsklachten. Tot ze leerde herkennen dat haar gevoel van benauwdheid werd veroorzaakt door boosheid.

Wanneer de patiënt gerustgesteld is (er is geen somatische ziekte) en in het contact met de arts zich serieus genomen voelt, kan hij bij zichzelf stil gaan staan, disfunctionele patronen en overtuigingen gaan herkennen en stapje voor stapje doorbreken. Dat zijn mooie momenten, waarin voor mij alle aspecten van de geneeskunst samenkomen ■

Noot

Om bij Altrecht Psychosomatiek Eikenboom in aanmerking te komen voor ((dag-)klinische of poliklinische) behandeling, moet een patiënt eerder behandeld zijn voor SOLK in een revalidatie- of ggz-setting, of daarvoor zijn afgewezen.

WEL DOEN

- Maak echt contact met de patiënt. Benoem wat je ziet in het contact, bijvoorbeeld spanningen bij de patiënt (angst voor artsen?).
- Erken het lijden, ongeacht de oorzaak.
- Identificeer predisponerende, uitlokkende en instandhoudende factoren.
- Zet de klacht in een voor de patiënt herkenbaar perspectief.
- Ga samen op zoek naar waar winst te halen is, met gebruik van het biopsychosociale model.
- Sluit somatiek uit, maar heb ook aandacht voor verwaarloosde somatiek.
- Doe aan zelfreflectie. Wees bewust van eigen oplossingsgerichtheid, denkmodellen en vooroordelen. Benader de patiënt met SOLK net zoals elke andere patiënt.

NIET DOEN

- Bij (vermoeden van) psychisch trauma in de voorgeschiedenis: niet naar details vragen. Hou het bij: 'Ik heb gelezen dat u nare dingen heeft meegemaakt vroeger. Dat kan een rol spelen in uw lichamelijke klachten.' Dit is ook van belang bij het lichamelijke onderzoek.
- Niet zwart-wit denken in somatisch-psychisch.



SOLK:

een training voor artsen

TEKST: ANNE WEILAND, PAUL VAN DAELE & MARTIJN VAN HOOGEN • BEELD: GETTYIMAGES

Veertig procent van de patiënten die de specialist bezoeken, heeft somatisch onvoldoende te verklaren lichamelijke klachten. Het Erasmus MC ontwikkelde een succesvolle training waardoor specialisten beter leren communiceren met deze patiënten. Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten (SOLK), behoren tot de vijf duurste diagnostische categorieën in ons land. Vanwege het achterwege blijven van een diagnose worden immers vaak talloze aanvullende onderzoeken aangevraagd. Zinloze onderzoeken.

Nederland telt ongeveer een miljoen patiënten met SOLK. Medisch specialisten vinden communicatie met deze patiënten vaak lastig. Patiënten voelen zich op hun beurt dikwijls

onbegrepen. Omdat ruim veertig procent van de poliklinische patiënten die een specialist bezoeken lichamenlijk onvoldoende verklaarde klachten heeft, is er in het Erasmus

MC een training ontwikkeld. En die werkt goed, blijkt uit een studie van dr. Anne Weiland, verbonden aan de afdeling Inwendige Geneeskunde en de afdeling Huisartsgeneeskunde.

“In de opleiding leren artsen primair oorzaken van lichamelijke klachten op te sporen en daar een behandeling op af te stemmen”, verduidelijkt Weiland. “Maar als na alle mogelijke onderzoeken geen diagnose kan worden gesteld, voelt dat als onmacht. Veel medisch specialisten, en dikwijls ook huisartsen,

vinden het moeilijk om daarmee om te gaan. Vooral wanneer patiënten invaliderende klachten hebben. Veel specialisten zijn nog onvoldoende in staat om patiënten met onverklaarde klachten goed uitleg en advies te geven én effectief gerust te stellen.”

Onderzoek en training

Weiland bewerkte een al bestaande training voor huisartsen voor specialisten en startte vervolgens een onderzoek naar de communicatie van medisch specialisten met patiënten met SOLK. Aan het onderzoek naar het effect van de training hebben 123 specialisten en toekomstig specialisten en 478 patiënten uit zes verschillende ziekenhuizen meegedaan. De meeste specialisten waren internist, neuroloog of maag-darm-leverarts (zie noot).

Medisch specialisten leren door de training een efficiënt consult te voeren, waarbij ze zichzelf én de patiënt serieus nemen. Ze leren hun uitleg over de klachten beter af te stemmen op de patiënt en effectief gerust te stellen, door in te gaan op de zorgen van de patiënt. Verder leren specialisten om enerzijds overbodig aanvullend onderzoek achterwege te laten, maar anderzijds wél concreet advies en perspectief te geven om de gevolgen van de klachten te beperken. Ook duidelijk communiceren met de patiënt en de huisarts is onderdeel van de training.

Effect en waardering

De deelnemers bleken de training in hoge mate te waarderen, vanwege de toepasbaarheid in hun praktijk. Getrainde specialisten bleken beter door te vragen op de klachten van de patiënt en meer aandacht te besteden aan de kennis en de ideeën van de patiënt over de klacht. Ook besteedden zij aandacht aan de impact daarvan op het dagelijks leven. Getrainde specialisten bleken effectiever te communiceren met de patiënt en de vragen van de patiënt in de brief aan de huisarts vaker te beantwoorden.

Weiland geeft de training altijd samen met een medisch specialist. Internisten dr. Martijn van den Hoogen en dr. Paul van Daele zijn in

“Het heeft mij ook tot een vaardigere dokter gemaakt bij mijn patiënten zonder SOLK”

het Erasmus MC bij de SOLK-training betrokken. “De uitdaging bij patiënten met SOLK zit vooral in de communicatie, alhoewel je ook scherp in de somatische dimensie moet blijven”, zegt Van den Hoogen. “In mijn tijd als aios in het Radboudumc herinner ik me nog de chronisch vermoeide kippenboer, waarbij zijn grote oren, grof gelaat en enorme handen uiteindelijk wel degelijk bleken te berusten op een acromegalie door een grote hypofysetumor.”

“De SOLK-training is voor mij heel nuttig geweest voor de dagelijkse praktijkvoering”, concludeert dr. Paul van Daele. “Het helpt zowel bij de patiënt als bij de dokter frustraties te voorkomen bij patiënten die zich met moeilijk te duiden klachten presenteren. Je leert bijvoorbeeld hoe je een patiëntgesprek bij dergelijke klachten moet structureren. En hoe je onnodig verder onderzoek voorkomt en toch de patiënt serieus neemt. Het leuke is dat de cursus voor artsen van alle specialismen open staat. Iedere specialist heeft met SOLK te maken. Dat maakt de training extra boeiend. Je leert heel veel van elkaar.” Hij vervolgt: “Wat wel lastig blijft is het begeleiden van patiënten die naast een gekende ziekte ook nog klachten hebben die somatisch onvoldoende verklaard worden, en die niet toe te schrijven zijn aan hun ziekte”. Van den Hoogen beaamt dit. “Het kost mij nog steeds energie en het lukt ook niet altijd, maar de gereedschapskist aan diverse communicatieve vaardigheden die we aanleren in de cursus, helpt me wel. Het heeft mij ook tot een vaardigere dokter gemaakt bij mijn patiënten zonder SOLK.

Blended training

In het Erasmus MC wordt de *Blended* SOLK-training gegeven: twee *face-*

to-face-bijeenkomsten van elk vier uur, waarin veel geoefend wordt met eigen casuïstiek via ervaringsgericht leren, feedback en discussie. Thema's die centraal staan zijn exploreren, informeren en uitleg geven, beleid en verwijzing. Via drie online modules bereiden cursisten zich thuis voor met leeswerk (richtlijnen en praktische artikelen), videofragmenten (demonstratie van gespreksvaardigheden) en huiswerkopdrachten (neem een verwijsbrief van huisarts of eigen terugrapportage mee).

Tot slot

Weiland: “Wees nieuwsgierig naar de patiënt: exploreer naast de somatische, ook psychosociale aspecten van de klachten. Spreek duidelijke taal in het consult en in de rapportage en geef een uitleg die perspectief en hoop geeft en die aansluit bij de patiënt. En schroom niet contact op te nemen met de huisarts, die heeft de regie in de zorg voor SOLK-patiënten.” ■

Meer informatie

Meer informatie over de training en het onderzoek is te lezen via: www.erasmusmc.nl/onverklaarde-klachten of via deze QR-code:



Referentie

Weiland A, Blankenstein AH, Van Saase JLCM, e.a. Training medical specialists to communicate better with patients with medically unexplained physical symptoms. A randomized controlled trial. PLoS One 2015;10:e0138342.



SOLK-cursus

‘Wij creëren de patiënt als het ware zelf’

TEKST: ROOSMARIJN LEMMERS • BEELD: 123RF

Internisten zien, net als veel andere medisch specialisten, veel patiënten met Somatisch Onvoldoende verklaarde Klachten (SOLK). De omgang met deze patiënten en hun klachten is voor velen een uitdaging, en leidt niet zelden tot frustratie. Roosmarijn Lemmers, aios interne geneeskunde in het Amphia ziekenhuis, vroeg zich af: biedt een cursus uitkomst? Ze besloot de vraag zelf te beantwoorden en deed aan het begin van haar polistage de cursus *Communicatie bij onverklaarde klachten*.

Koud twee maanden onderweg in mijn polistage (jaar 2 van de opleiding) besloot ik een SOLK-cursus te volgen, om zo tijdens mijn stage – en tijdens

de rest van mijn carrière – meer handvatten te hebben voor de behandeling van deze patiëntengroep. Ik vond mijn eigen communicatievaardigheden

niet slecht, maar ik had wel het gevoel dat zowel mijn patiënt als ik erbij gebaat zouden zijn als ik beter om zou kunnen gaan met de vermoeide patiënt die elke vraag uit de tractusanamnese met ‘ja’ beantwoordt. Na een korte zoektocht kwam ik uit bij de SOLK-cursus van Medilex, met de titel *Communicatie bij onverklaarde klachten*.

Deze driedaagse cursus belooft praktische scholing in het omgaan



met de patiënt met onverklaarde klachten, en bood dit gelukkig ook. Twee uitstekende docenten (een psychologe en een orthopedisch chirurg, beiden met veel ervaring met SOLK-patiënten) gaven ons les in het omgaan met deze patiëntengroep. We behandelden zowel het gedrag van de arts als dat van de patiënt en oefenden effectieve communicatiemethoden om tot de patiënt door te dringen en hem in beweging te krijgen. De deelnemers waren voor-

namelijk medisch specialisten uit allerlei specialismen, maar ook psychologen, fysiotherapeuten en verpleegkundig specialisten.

De belangrijkste les

De belangrijkste les van deze cursus was voor mij dat elke SOLK-patiënt als het ware gecreëerd wordt door onszelf, door de zorgverleners. De meeste artsen zien met grote regelmaat patiënten met klachten als vermoeidheid, pijn, tinnitus, slaaptekort, tintelingen, trillingen, enzovoort. Deze zogenoemde 'vage' klachten zijn echter juist hele typische klachten, die kunnen passen bij een disbalans in het lichaam. De taak van de arts is om een somatische oorzaak van de klachten uit te sluiten en om mensen hierna hulp te bieden in het omgaan met deze klachten. Als wij als behandelend artsen hierin verzaken, krijgt de patiënt geen duidelijke verklaring voor zijn klachten en blijft hij hiernaar zoeken. Als behandelaar wordt het dan steeds lastiger om grip te krijgen op de klachten en om tot de patiënt door te dringen. Het risico is dan hoog dat hij uiteindelijk verzandt in een zoektocht naar begrip en een verklaring. Het is niet altijd leuk om SOLK-patiënten op je spreekuur te krijgen, maar ik denk dat de patiënt hier zélf nog het meeste last van heeft. Als je patiënten vanaf het eerste contact uitlegt dat de klachten heel goed te verklaren zijn en dat hij niet bang hoeft te zijn voor een ernstige ziekte, is het mogelijk om een groot deel van de patiënten gerust te stellen. De patiënt kan hierna bij de huisarts terecht om over passende begeleiding te spreken bij het omgaan met de klachten en het verwerken van de onderliggende disbalans. Goede

voorbeelden van vervolgtrajecten zijn behandelingen bij een psycholoog, bewegingstherapeut, of eventueel een traject bij een revalidatie- of SOLK-kliniek.

De SOLK-richtlijn

Verder leerde ik tijdens deze cursus over de SOLK-richtlijn. Deze geeft onder andere goed advies over het belangrijkste deel van het consult bij deze problematiek: de anamnese. In de cursus werd de aanpak van de anamnese verder uitgebreid naar het bespreken van de volgende componenten: lichamelijke pathologie, lichamelijke fitheid, cognities en emoties, stressoren, chroniciteit en omgevingsfactoren. Al deze zaken dragen niet alleen bij aan het ontwikkelen van de klachten, maar ook aan het in stand houden ervan. De meeste patiënten raken gewend aan hun patronen en laten dit niet makkelijk los. Ook een belangrijk punt voor veel patiënten is hoe ze uit moeten leggen aan hun omgeving hoe hun klachten te verklaren zijn. Dit kan voor mensen een grote last zijn. Als je al deze componenten bespreekt, krijg je een goed beeld van de klachten, de beperkingen en de gevolgen voor de patiënt. Hierdoor krijg je een betere band en kun je uiteindelijk beter helpen.

Aanrader

Naast al deze leermomenten heeft de cursus mij nog iets belangrijks opgeleverd: ik ben minder tegen een dergelijk patiëntcontact op gaan zien en het kost me minder energie dan voorheen. Ik begrijp beter waar het klachtenpatroon en de zoektocht vandaan komen en kan er hierdoor beter mee omgaan.

Al met al kan ik een cursus als deze aanraden aan elke internist (ook in opleiding). We komen veel met patiënten met SOLK in aanraking. Deze consulten worden effectiever en daardoor leuker als je beter weet hoe je deze patiënten kunt helpen. Sinds ik deze cursus heb afgerond verlaten meer patiënten tevreden mijn spreekkamer. Ik heb niet de illusie dat ik elke SOLK-patiënt nu van zijn klachten af kan helpen, maar bij een deel lukt dat wel. ■

“Als wij verzaken blijft de patiënt **zoeken naar een verklaring**”

Spoedzorg: darwinisme en nuancering

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: SHUTTERSTOCK

Mijn opiniestuk in editie 2/2019 van dit blad over de spoedzorg voor de interne patiënten heeft nogal wat stof doen opwaaien. Er was een duidelijk boodschap naar mijn eigen beroepsgroep betreffende onze verantwoordelijkheid voor onze interne patiënten. En de rol van de SEH-arts kwam aan de orde. Enkele boude uitspraken over de SEH-arts vielen niet alleen verkeerd bij de direct aangesprokenen, maar ook bij internisten en andere medisch specialisten.

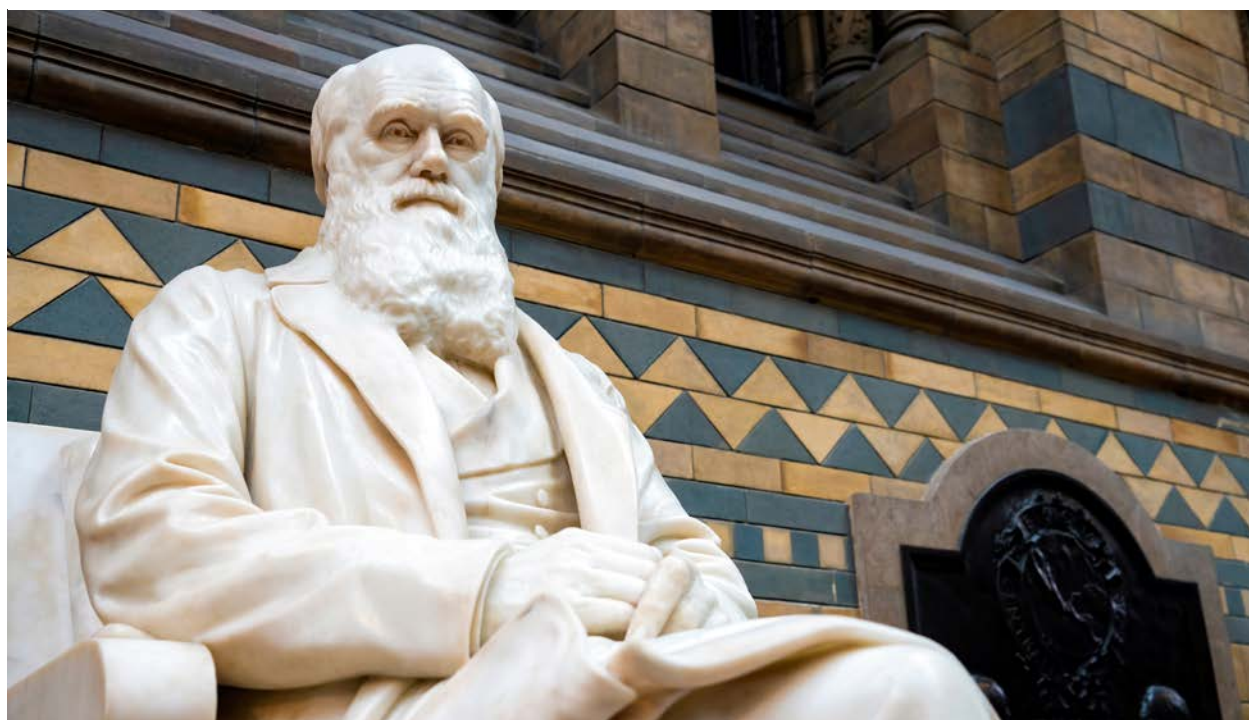
Het startschot was een commentaar op mijn stuk van een SEH-arts uit Leeuwarden op LinkedIn. Zo werden mijn uitspraken op LinkedIn en Twitter even *trending topic*. Iedereen buitelde over elkaar heen van verontwaardiging. Ik zou 'de oorlog hebben verklaard', ik had 'geen verstand van acute geneeskunde', ik was 'neerbuigend' en het denken in domeinen was verboden. Wat mij – tot mijn teleurstelling – opviel, was: niemand die op deze

schrijver van het opiniestuk opgenomen. Geen SEH-arts, geen internist, geen enkele andere collega. Het zal de moderne tijd zijn. De drempel om commentaar te geven via internetfora is blijkbaar een stuk lager dan iemand direct – per mail, of telefonisch – aan te spreken. Door de afstand en de relatieve anonimiteit van het toetsenbord en het beeldscherm voelt het waarschijnlijk veiliger om te becommentariëren en te (re)ageren. Daarom was ik

hebben geschroomd om wel schriftelijk te reageren op mijn opiniestuk: Maarten Kok, SEH-arts in het Spaarne Gasthuis en Herman Hofstee, internist acute geneeskunde in het Haaglanden Medisch Centrum (HMC) Den Haag. Hun commentaren kunt u lezen in deze editie. Ik ben door deze collega's ook uitgenodigd om eens een kijkje te nemen op hun SEH, waar de SEH-artsen goed functioneren. Die uitnodigingen heb ik natuurlijk niet afgeslagen, want ik ben allerm minst een mens van oorlog, maar juist van verzoening. Op beide SEHs heb ik een dagdeel meegelopen.

SEH HMC Den Haag

Behoudens de parkeerplaats herkende ik nog maar weinig op de loca-



Standbeeld van Charles Darwin in het Natural History Museum te Londen

destijds bijna vier jaar mijn opleiding heb doorlopen. Ik werd rondgeleid door de teamleider, samen met Herman Hofstee en een SEH-arts. De SEH in het Westeinde is groot en zeer goed geoutilleerd. Uiteindelijk zullen er 38 kamers komen. Dat is ook wel nodig: per dag wordt deze afdeling overspoeld met gemiddeld 240 patiënten. De bemensing is optimaal: naast een 24/7 bezetting van SEH-artsen, zijn de specialisten – internist, chirurg, neuroloog, cardioloog, radioloog – fysiek aanwezig tussen 12.00 en 20.00 uur (de piekuren). Aan dat laatste wordt niet getornd.

Een essentiële schakel in de ketenzorg voor de spoedpatiënten is de acute opname-afdeling, de AOA. Patiënten die via de SEH worden opgenomen gaan direct naar de AOA. Van daaruit gaan ze óf naar huis, óf naar een andere klinische afdeling. De maximale opnameduur op de AOA is 48 uur. De doorlooptijd op de SEH is daardoor korter en buitenbedden behoren vrijwel tot het verleden. Aanvullende diagnostiek die niet écht op de SEH hoeft te worden afgerond, gebeurt op de AOA.

Een van de belangrijkste factoren die een enorme winst heeft opgeleverd in de doorlooptijd is de aanwezigheid van beeldvorming op de SEH: een CT-scan en een echokamer. De radiologische diagnostiek is er vaak eerder dan de uitslagen van het bloedonderzoek.

Na mijn rondleiding heb ik een gesprek gehad met collega Hofstee en vier SEH-artsen. Het bleek maar weer eens hoe het is om elkaar in de ogen te kijken als er gevoelige onderwerpen besproken moeten worden: transparant en constructief. Ik zag gedreven collega's die de acute zorg een warm hart toedragen. De samenwerking tussen de SEH-artsen en de poortspecialisten is van oudsher goed. Ze zijn de schil die veel patiënten zien en bovendien zijn ze goed ingebed in de organisatie van de SEH. Patiënten die voor de interne zijn verwezen worden door de arts-assistent interne gezien. Bij drukte springen de SEH-artsen bij. Ze ontzorgen de poorters en borgen de continuïteit op de SEH.

SEH Spaarne Gasthuis

De SEH in het Spaarne Gasthuis is kleiner, met op locatie Haarlem gemiddeld 80 presentaties op een dag en gemiddeld 60 op locatie Hoofddorp. Op locatie Haarlem is er een 24/7 bezetting door de SEH-arts en zodra de formatie rond is zal dit zal ook het streven zijn op locatie Hoofddorp. De SEH-arts superviseert de arts-assistenten van de grote poorters waar dat nodig en gewenst is. Daarnaast ziet de SEH-arts zelf ook patiënten en is aanwezig, samen met de arts-assistent, bij de eerste opvang en behandeling van ernstig zieke patiënten. De centrale rol in de regie bij de opvang van die patiënten ligt bij de SEH-arts. Ook het Spaarne Gasthuis heeft een AOA (28 bedden). De samenwerking tussen de SEH-artsen en de medisch specialisten is zeer goed en intensief. De lijnen zijn daardoor kort, waardoor beslissingen over het medisch beleid snel worden genomen. De SEH-arts heeft in het Spaarne Gasthuis een centrale rol in de organisatie en ontwikkeling van de acute zorg, als medisch manager, maar ook in verschillende staffuncties.

Darwinisme in de spoedzorg

Een belangrijke vraag is de volgende: waarom werkt de positionering van de SEH-arts in het ene ziekenhuis wel en in het andere niet? Op deze vraag is er geen eenduidig antwoord, maar meerduidelijk wel. Allereerst moet er de steun zijn van de medische staf en de raad van bestuur. Dat heeft te maken met lokale politiek, vertrouwen en, natuurlijk, geld – of beter: heb je er geld voor over. Ten tweede zijn er te weinig SEH-artsen. De uitstroom is te groot en de instroom is te klein. De oplossing is op papier eenvoudig: meer SEH-artsen opleiden en onderzoeken waarom de uitstroom te groot is. Ten derde kan de meerwaarde van een SEH-arts worden beïnvloed door de grootte van de SEH. Hoe groter de SEH – met bijvoorbeeld veel aanlopers –, des te urgenter is het om deze goed te bemensen. De SEH-arts heeft daarbij een onmisbare positie. Zo zag ik dat in de door mij bezochte ziekenhuizen de SEH-arts niet meer

weg te denken was uit de spoedzorg, tot tevredenheid van de ziekenhuisorganisatie en de medische staf.

Een andere belangrijke vraag gaat terug naar de bron: waarom is het vak van SEH-arts ontstaan? Hier is wel een eenduidig antwoord op te geven: er was een niche die opgevuld kon en moest worden. Namelijk daar waar de poorters zich onvoldoende hebben aangepast – of hebben willen aanpassen in een veranderende omgeving: grotere SEH's, een grotere patiëntenstroom, kwaliteitseisen en logistieke kaders. Dit vraagt om aanpassing en evolutie bij de oude soorten en die heeft zich, blijkbaar, niet of onvoldoende voorgedaan. Als voorbeeld wil ik de opvang voor de acuut zieke patiënt noemen. Welke internist voelt zich nog comfortabel om spoedbeleid te maken als hij naast het bed van een patiënt staat die zojuist met gillende sirenes in een diepe shock is binnengebracht? En zijn onze arts-assistenten zo ervaren dat ze dat comfort (lees: EPA) wel hebben? Daar kunnen we op zijn minst met de nodige zelfreflectie kritisch tegenover staan. Hoe het ook zij, er heeft zich een darwinistisch proces voltrokken waaruit een nieuwe soort is ontstaan: de SEH-arts. Deze (r)evolutie was dus onvermijdelijk en daarom noodzakelijk. Heb ik mijn jasje omgedraaid? Ja, hoewel de binnenvoering veel gelijkenis vertoont met de buitenkant. Ik blijf bij mijn kernboodschap betreffende de verantwoordelijkheid van de interne geneeskunde voor hun patiënten op de SEH: die moeten we blijven nemen. Dat de SEH-arts bestaansrecht heeft heb ik nooit ontkend. Ze zijn in bovenstaande ziekenhuizen onontbeerlijk. Het is aan de ziekenhuizen en de medische staven hoe zij hun spoedzorg inrichten, waarbij kwaliteit, patiëntveiligheid en efficiëntie leidend moeten zijn. De SEH-artsen en hun opleiding zullen zich verder evolueren. Dat moeten wij ook. *Survival of the fittest* (*fittest* niet te verwarren met de sterkste, maar best passende) zal moeten leiden tot samenwerking en saamhorigheid, waarbij de patiënt centraal staat. Dan moet het goed komen. ■

Domeindenken binnen de spoedzorg

TEKST: HERMAN HOFSTEE

In zijn opiniestuk van juni jl. stelt Hans Ablij dat de spoedzorg van interne patiënten op de Spoedeisende Hulp het domein is van de internist. Hij houdt een vurig pleidooi voor de aanwezigheid van de internist op de SEH. Daarmee wordt de SEH-arts gediskwalificeerd. Deze stellingname doet mijns inziens geen recht aan de positie, emancipatie en kwaliteit van de SEH-artsen in Nederland. Daarnaast getuigt het van weinig historisch besef van en oog voor de hedendaagse en toekomstige ontwikkelingen binnen de spoedzorg. Een reactie.

Historisch perspectief

In de vorige eeuw kwam de ziekenhuiszorg in een stroomversnelling. Om in een groeiende behoefte te voorzien werden traumapatiënten geconcentreerd op de Eerste Hulp bij Ongevallen (EHBO). Patiënten met interne aandoeningen werden meestal rechtstreeks op de verpleegafdelingen opgenomen. Met de komst van meer patiënten van ook beschouwende vakken transformeerde de EHBO naar een Spoedeisende Hulp (SEH). De deskundigheid van de professionals op de SEH bleef echter achter. Terwijl een tweetal vernietigende rapporten van de Inspectie voor de Gezondheidszorg de deskundigheid op de SEH als de zwakste schakel binnen de acute zorgketen aanduiden, schitterden de internisten en andere medisch specialisten door afwezigheid. De komst en ontwikkeling van de SEH-arts voorzag in een noodzakelijke behoefte waarin door de medisch specialisten niet werd voorzien.

Toekomstig perspectief

Als ik de discussies over de toekomst van de spoedzorg een beetje volg, verwacht nagenoeg iedereen dat een verdere concentratie van spoedzorg op minder SEHs onvermijdelijk zal zijn. Op de vraag aan wie de

SEH in de toekomst toebehoort hoor ik twee uiteenlopende geluiden. Aan de ene kant is er een groep SEH-artsen die droomt over een *closed format* SEH. Diverse ervaringen en experimenten in binnen- en buitenland hebben echter al laten zien dat een SEH alléén bemand door SEH-artsen verre van ideaal is. Aan de andere kant zijn er specialisten die het liefst de SEH alleen bemand zien door specialisten en hun arts-assistenten. Het is de vraag of dit organisatorisch vol te houden is, gezien de opleidingseisen, arbeidstijdenbesluiten, en de roep om steeds meer 7x24 uur deskundigheid voor alle patiënten op de SEH.

Persoonlijke ervaring

Op de SEH van HMC Westeinde zien de SEH-artsen patiënten van alle specialismen. Ze spelen een belangrijke coördinerende rol en leiden SEH-artsen op. Over hun betrokkenheid bij interne patiënten zijn werkafspraken gemaakt. De arts-assistent interne ziet bij voorkeur de verwezen patiënten én de niet-verwezen patiënten die al bij ons in zorg zijn, of bij wie ernstige interne pathologie wordt vermoed. Bij vitaal bedreigde patiënten trekken we samen op, bijgestaan door de intensivist. De aanzienlijke groep aanlopers wordt, indien niet getriemd

door de huisarts, grotendeels door de SEH-artsen gezien. Er is altijd overleg met een internist als er sprake is van complexe casuïstiek waarvoor een vervolgtraject nodig is, en als de patiënt moet worden opgenomen.

Domein?

Naar mijn mening bestaat er geen domein binnen de spoedzorg. Net zoals ook binnen de interne geneeskunde de patiënt met acute interne problematiek niet het domein is van de acute internist. Wat er wel is zijn patiënten en hun dierbaren, huisartsen en andere zorgprofessionals, ziekenhuisbesturen, verzekeraars en de overheid, die de zorg aan ons toevertrouwen en vertrouwen hebben in onze expertise. Het valt te prijzen dat Hans Ablij een pleidooi houdt voor onze verantwoordelijkheid binnen de spoedzorg, en oproept om als internist op de SEH aanwezig te zijn. Nu deze beweging (eindelijk) op gang komt, gaat het wat mij betreft in de spoedzorg om de manier waarop deze wordt georganiseerd. Niet om het bewaken van domeinen. Spoedzorg is teamwerk en binnen dit team spelen de internisten een belangrijke rol in de kwaliteit. Kwaliteit die door alle professionals op de SEH aan patiënten met acute interne problematiek wordt geleverd, zowel door SEH-verpleegkundigen, arts-assistenten als SEH-artsen. De beste manier om deze kwaliteit te garanderen is naar mijn mening een combinatie van een continue basis vormgegeven door arts-assistenten en SEH-artsen, aangevuld met de laagdrempelige aanwezigheid van specialisten (in ieder geval tijdens piekuren). ■

De SEH-arts: “Ik zie mijn rol wel degelijk”

TEKST: MAARTEN KOK

Met enige verbazing las ik het opiniërend stuk van collega Ablij over de rol van de SEH-arts in de acute interne geneeskunde. Als SEH-arts zie ik die rol wel degelijk, alleen vanuit een ander perspectief. Dat maakt dat ik de visie van collega Ablij vanuit zijn perspectief weliswaar begrijp, maar dat hij in mijn optiek niet klopt.

De SEH-arts in de interne geneeskunde

Voor wat betreft onze rol binnen de interne geneeskunde is het perspectief anders. De SEH-arts is geen internist (ook niet een stukje internist), geen vaatchirurg, geen kinderarts en ook geen geriater (maar die heb je ook niet nodig las ik). De SEH-arts wil ook helemaal niet al deze specialismen zijn, de SEH-arts is namelijk al SEH-arts.

De SEH-arts is de arts die gespecialiseerd is in acute zorg, waarin onderdelen van het acute deel van elk specialisme zitten. Basale onderdelen, onderdelen die nog niet bestonden, onderdelen die nog niet ingevuld werden en onderdelen die men buiten de SEH niet regelmatig treft. De SEH-arts heeft geconcentreerde ervaring in dat kleine deel acute zorg. In de eerste opvang van kritiek zieke patiënten, kind of bejaard, snijvend of beschouwend. De SEH-arts kan efficiënt collega's betrekken bij de zorg, zonder een onuitputtelijke caravaan van intercollegiale consulten op een patiënt los te laten.

De medisch specialist is gespecialiseerd in het eigen specialisme, waarin ook dat onderdeel acute zorg zit. De specialist heeft onontbeerlijke kennis en ervaring op het eigen specialistisch gebied. De specialist kan wel dialyseren, kan wel opereren. Een specialist kan een patiënt tijdens een opname gericht behandelen

of een werkdiagnose nader analyseren. Maar een specialist komt soms niet frequent het acute deel van het eigen specialisme tegen. Laat staan de delen die er net buiten vallen.

Wat heb je nodig voor optimale acute zorg? Ik denk beide. Niet de hele tijd allebei, maar wel altijd één van beide en soms allebei tegelijkertijd. Eigenlijk liggen we dan toch niet zover uit elkaar als ik de ambitie van collega Ablij lees met betrekking tot optimale zorg: snel, doelmatig, efficiënt. Ik zou nog willen toevoegen: veilig, comfortabel en continu. Optimale zorg beperkt zich niet tot kantoortijden.

De SEH-arts in de acute zorg

Voor wat betreft de rol van de SEH-arts binnen de acute zorg is het perspectief breder dan de interne geneeskunde alleen. De arts op de SEH is ooit aangewezen als de zwakste schakel in de acute keten (IGZ 2004). Men lijkt te denken dat die een assistent van dat andere specialisme/domein is. Er zijn stappen gemaakt, maar zodra de dienst ingaat lijkt de vertegenwoordiging op de SEH van ondergeschikt belang aan de dienstbelasting van de stafleden. Zolang men de eigen rol niet

erkent en daarmee niets verandert aan de manier waarop onervaren assistenten op de SEH ingezet worden, zal de arts op de SEH een zwakke schakel blijven. Hoe specialistisch je achterwacht ook is.

Ervaren stafleden moeten fysiek aanwezig zijn op de SEH: dat is een onontbeerlijk onderdeel van de schakel in de acute keten. Hoe je dit inricht is afhankelijk van je mogelijkheden en je aanbod, maar geldt wel 24/7.

Discipline-overstijgende samenwerking om tot goede, fysiek aanwezige supervisie te komen is hierbij het streven. En dat kan alleen als je elkaars kennis en kunde wederzijds respecteert en buiten je domein durft te denken.

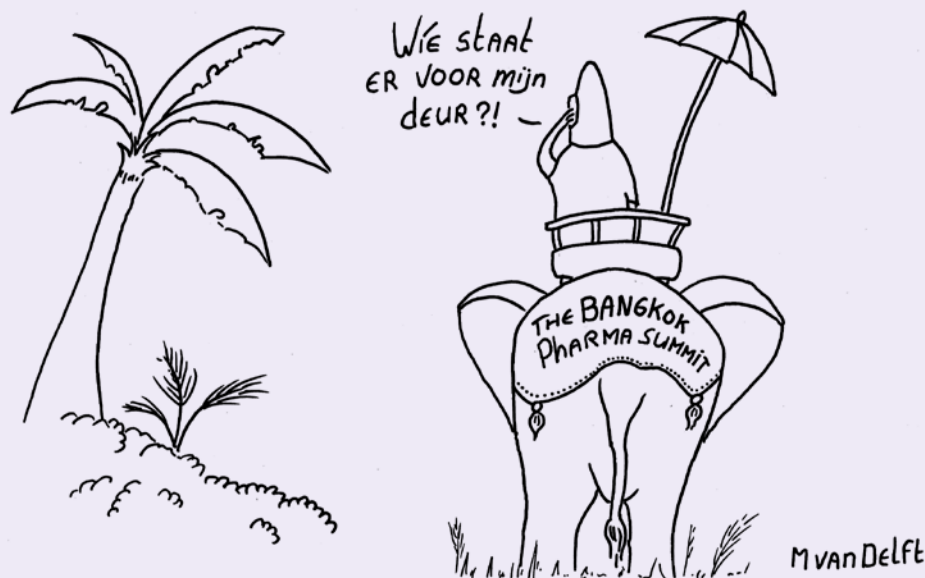
Keuzes maken

Om aan dit alles efficiënt invulling te geven, moet je keuzes maken. De strategische keuzes die klinieken met SEH-artsen maken, gaan over het optimaliseren van zorg en een efficiënte inzet. Het gaat niet om welk specialisme beter is in acute zorg, want die vraag is niet aan de orde. Dat daarbij in sommige klinieken deze strategische keuze het verliest van andere spelende belangen in een staf of organisatie, is gecompliceerder dan alleen de conclusie dat de kwaliteit dan dus niet goed was.

Wij zijn geen experiment, collega Ablij. Wij zijn jullie reeds bestaande collega's in de acute zorg. Wees welkom! ■

“Wij zijn geen **experiment**”

Dr Punthoofd... Vindt ARTSENBEZOEKERS niet meer van deze tijd



De farmaceutische industrie en de dokter: **een spanningsveld**

TEKST: HANS ABLIJ & HEIN VISSER

Enkele decennia geleden was het doodnormaal om gefêteerd te worden door de farmacie. Reisjes naar verre oorden, skiën, strand, vijfsterren hotels, diners in de duurste restaurants, niets was te gek. Zelfs partners waren welkom. Die tijden zijn voorbij. Tegenwoordig zijn hier, terecht, richtlijnen voor. Deze richtlijnen moeten ons behoeden voor een te hoge schijn van belangenverstrengeling.

De farmaceutische industrie heeft de laatste jaren behoorlijk wat imago-schade geleden, onder andere door de vele media-aandacht voor de oplopende vraagprijzen van geneesmiddelen. Oude geneesmiddelen die al vele jaren uit patent zijn krijgen een nieuw jasje en een nieuw prijskaartje. Dat nieuwe jasje is het probleem niet, het nieuwe prijskaartje wel. Woekerwinsten op geneesmiddelen die geen ontwikkelingskosten meer hebben zijn onethisch en obsceen. Daarnaast zijn er de nieuwe geneesmiddelen die hoge ontwikkelingskosten met

zich meebrengen. Maar hoe hoog zijn deze kosten? Voor ons leken is dat volstrekt onduidelijk. Een black box die een black box blijft bij het openen van het deksel: schier onmogelijk om hierover een inschatting te doen, laat staan om een getalsmatig oordeel te vellen. Uiteindelijk gaat het om het vertrouwen tussen de maatschappij en de farmaceut. En dat vertrouwen is tanende.

Grenzen aan doelmatige zorg?

In de huidige tijd staat doelmatige gezondheidszorg hoog op de agenda.

Al is dat een terecht streven, er zijn wel enkele onoverkomelijke obstakels en knelpunten. Allereerst wenst de bevolking zo gezond mogelijk heel oud te worden. Dit betekent veel, heel veel pillen, drankjes en niet-parenterale geneesmiddelen. Ten tweede schrijdt de medische technologie in razend tempo voort en wordt er voor elke ziekte naar een medicamenteuze oplossing gezocht, hoe zeldzaam de aandoening ook is. En ten derde is er de toenemende medicalisering. De verwachtingen zijn hoog en nemen toe naarmate er meer mogelijk is, dat is een normale menselijke drijfveer. Met andere woorden: verwachting schept vraag, vraag schept aanbod. Dat het aanbod geleverd wordt door de farmaceuten kun je ze niet kwalijk nemen.

Als de doelmatigheidsslag niet gemaakt kan worden is er maar één andere uitweg: we streven dat we heel gezond heel oud worden en gaan daar dan ook voor betalen. We kunnen er met zijn allen voor kiezen om extra procenten van ons inkomen te besteden aan de gezondheidszorg. Dat betekent hogere zorgpremies. We zullen dan wel andere luxeartikelen moeten laten staan. Onze gezondheid is ons veel waard, maar het zal uit de lengte of de breedte moeten komen. Dat laat niet onverlet dat we als dokters kritisch moeten blijven naar het inzetten van behandelingen, van pillen voorschrijven tot de meest geavanceerde behandelmethoden. Daar ligt een belangrijke en zeer lastige taak voor de medicus. Aan de ene kant is er het imperatief van de medische technologie die alleen maar toeneemt en aan de andere kant is er de vragende maatschappij die (steeds hogere) verwachtingen heeft.

De artsenbezoeker

Eerder dit jaar besloot de Britse farmaceut GlaxoSmithKline (GSK) te stoppen met de inzet van artsenbezoekers voor huisartsen. Het animo bij deze doelgroep om artsenbezoekers te ontvangen was tot een dieptepunt gedaald en bovendien zou het rendement te laag zijn. Artsenbezoekers zijn divers, waarbij gevoelens van sympathie en irritatie bij de bezochte arts elkaar afwisselen. Als medicus heb je behoefte aan objectieve informatie, bijvoorbeeld over een nieuw geneesmiddel. En laten we eerlijk zijn: vaak kun je best objectieve informatie ventileren uit het verkoopverhaal, hoe subjectief de inhoud ook is. De schoen gaat echter wringen als de concurrent aan bod komt, ook al is het tussen de regels door. Daar is immers een code voor afgesproken dat dát niet geoorloofd is. En als inderdaad een extra daling van het LDL van 0,1 mmol/l de boodschap is, komen we in de irritatiezone. Gelukkig is de tijd van allerlei prullaria die op je bureau worden achtergelaten gedeels voorbij, dus dat scheelt een jas, ook voor het milieu. Afschaffen van artsenbezoekers voor de medisch

specialist is aan de farmaceut. En het is aan de individuele arts om wel of niet een vertegenwoordiger van een farmaceutisch bedrijf te ontvangen – nu het nog kan, want de mannen en vrouwen met dikke leren tassen gevuld met folders, boekjes en een laptop zullen op den duur wel uitsterven.

Advisory boards, de adviesraad

Met enige regelmaat ontvangen we als beroepsgroep mails met de vraag om zitting te nemen in een *advisory board*. Om neutraliteit naar buiten uit te dragen worden deze avonden vaak georganiseerd door een apart bureau. Het komt neer op een gezellig samenzijn met diner om te discussiëren over een of andere behandeling of geneesmiddel. Daar staat een vergoeding tegenover, pakweg € 150 per uur, exclusief reiskosten en btw. Hier bevinden we ons op glad ijs. Een reden kan natuurlijk zijn dat je het écht gezellig vindt om hieraan mee te doen, maar meestal is geld toch de drijfveer. Het is niet moeilijk en ook niet erg om dat toe te geven. Een ander argument is dat je kennis opdoet tijdens zo'n sessie. Maar ja, je doet altijd kennis op als je over een bepaald onderwerp met elkaar van gedachten wisselt. De CLL-werkgroep heeft er bewust voor gekozen om geen zitting meer te nemen in *advisory boards*. Dit is een goed startschot naar een richtlijn om niet deel te nemen aan dit soort bijeenkomsten – en andere richtlijnen om een bepaalde professionele afstand te houden tegenover de farmacie.

Spanningsveld

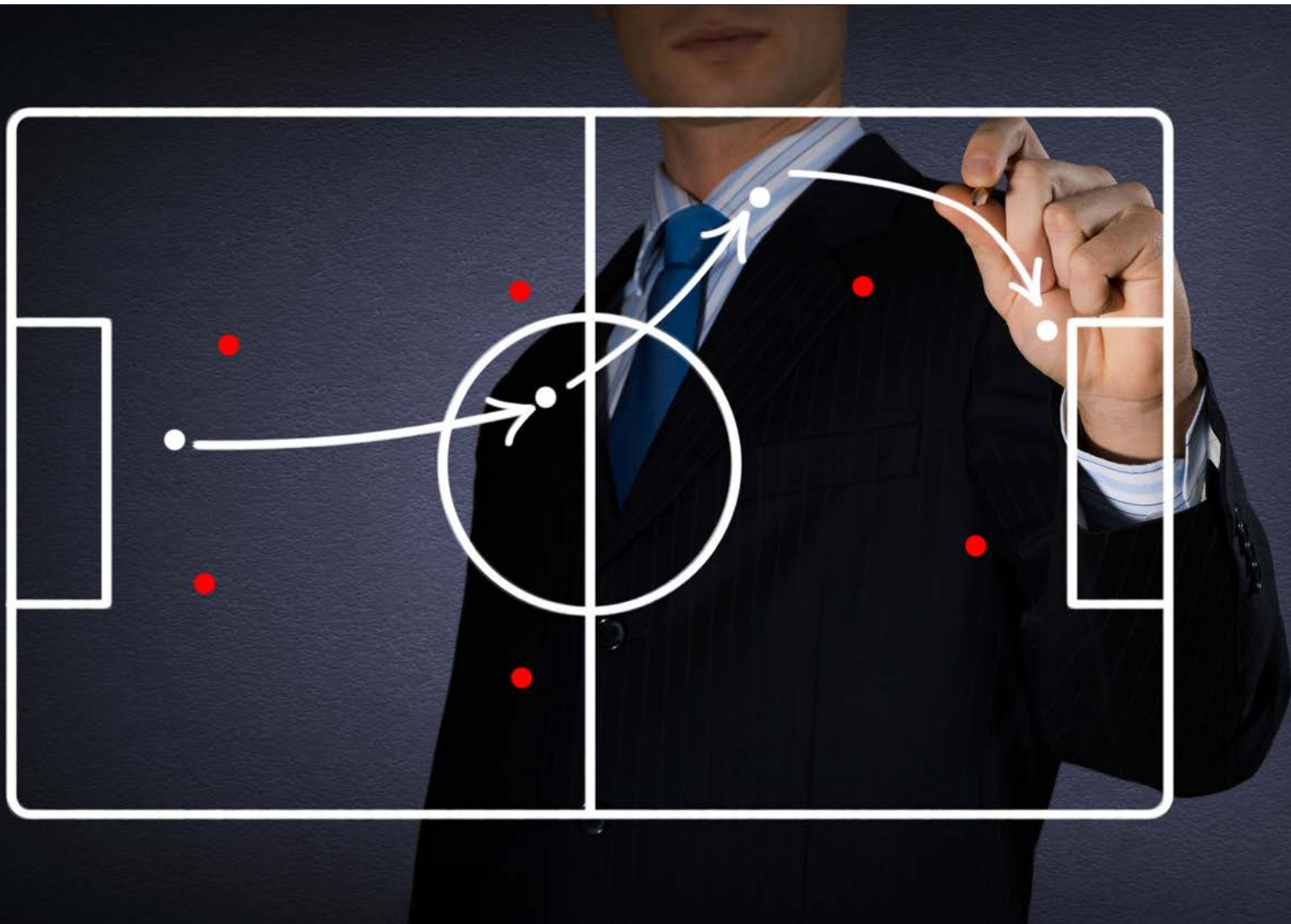
In het spanningsveld rondom klinische studies en de farmacie zijn we tot elkaar veroordeeld. Nieuwe medicijnen worden tenslotte door de farmaceut ontwikkeld, waarbij dure technologie en vele mensuren worden geïnvesteerd. De wetenschappelijke kennis wordt meestal geleverd door de dokters/onderzoekers. We komen dan weer terug op de ontwikkelingskosten. Wat kost het om een nieuw medicijn te ontwikkelen? En wat gaat het het bedrijf opleveren? De maatschappelijke vraag, hoeveel

mág het opleveren, is echter lastig te beantwoorden. Het is ook een vraag die je andere commerciële bedrijven nooit zou stellen. De farmaceutische industrie is dus een vreemde eend in de commerciële bijt en zit midden in het speelveld dat financieel begrensd lijkt door maatschappelijke druk. Dat heeft ook alles te maken met het feit dat we medicijnen nodig hebben, als water, brood en lucht. We kunnen niet zonder, want we klampen aan het leven. En de farmacie levert wat wij vragen en willen.

Social business

De oplossing zou kunnen zijn om de patentduur te verkorten. Het risico is dat de kostprijs hoger wordt omdat de revenuen evenredig afnemen met de verkorting van de patentduur. Een lastig dilemma. En een gezonde winst is belangrijk om verder te investeren, dus een winstoogmerk is essentieel voor de ontwikkeling van nieuwe medicijnen. Maar er zijn dus grenzen. Er spelen nu eenmaal grote maatschappelijke belangen een rol. Farmacie is *big business*, maar is nu ook *social business*. De farmacie moet duidelijker naar voren treden en laten zien dat ze de maatschappelijke verantwoording wil nemen om de zorg betaalbaar te houden. Daar ligt een belangrijke taak, naast het ontwikkelen en produceren van medicijnen. Maar we moeten als dokters ook de hand in eigen boezem steken: we houden het ook zelf in stand. Het grootste gedeelte van de bezoeken aan grote, kleine, nationale en internationale congressen wordt – in ieder geval gedeeltelijk – gesponsord door de farmacie. De stands van farmaceuten op de congressen zijn soms immens, waarbij we door – vooral – jonge gastvrouwen worden aangeklampt om even stil te staan bij een groot scherm waarop hun *core business* uit de doeken wordt gedaan. Dat mag best wat minder allemaal.

Kortom: we kunnen niet zonder elkaar, maar we hoeven niet met elkaar op vakantie. Een verstandshuwelijk tussen de dokter en de farmacie lijkt de beste oplossing. ■



Coaching in de opleiding

TEKST: WENDY VAN DER WEKKEN-PAS & TANJA OOSTERGO • BEELD: 123RF

Een jong talent dat hogerop komt in de sportwereld, krijgt een coach toegewezen om zijn prestaties te optimaliseren. Ook in het bedrijfsleven is coaching van jonge medewerkers heel gewoon en bijna niet meer weg te denken. In de medische sector echter is het hebben van een coach meer uitzondering dan regel. Maar daar komt verandering in.

Onderzoek in het bedrijfsleven heeft bewezen dat coaching zichzelf terugbetaalt. Gecoachte werknemers in grote bedrijven behalen een significant hogere *Return on Investment* ten opzichte van niet-gecoachte werknemers. In de medische sector is coaching minder gebruikelijk en er is

nooit gedegen onderzoek gedaan naar het effect van coaching op de prestaties van artsen. Maar net als in het bedrijfsleven geldt voor artsen dat er een hoge prestatiedruk is.

“Een externe coach heeft de voorkeur”

Daarbij komen de soms emotioneel zware patiëntencontacten. Recent onderzoek door *De Jonge Specialist* toont dat 1 op de 5 aios klachten van een burn-out heeft en 6% hierbij daadwerkelijk uitvalt.¹ De vraag is: hoe kunnen we de prestaties van artsen optimaliseren, talenten duurzaam inzetten en de kans op burn-out verkleinen?

Challenge and Support

Eenzelfde vraag stelde Anne de Pagter, op dit moment werkzaam als kinderarts-hematoloog in het Erasmus MC en LUMC, zichzelf jaren terug. Ze klopte als aios met deze vraag aan bij haar toenmalige opleider. Aanvankelijk werd er afwijzend gereageerd op haar voorstel om coaching voor aios beschikbaar te stellen; er was immers geen bewijs voor de effectiviteit hiervan. Zo werd het idee geboren om een studie op te zetten naar de effectiviteit van coaching onder aios kindergeneeskunde: het *Challenge and Support*-programma. In dit programma konden aios kindergeneeskunde en kinderartsen zich inschrijven voor een individueel coachingstraject bij hooggekwalificeerde coaches met kennis van de cultuur binnen ziekenhuizen. Ze doorliepen een coachingsprogramma bestaande uit 6 sessies gedurende 10 maanden. Aan de hand van vragenlijsten vooraf en na afronden van het programma zijn de effecten gemeten. Uiteindelijk hebben 57 aios kindergeneeskunde en kinderartsen meegedaan aan het programma. De gemeten effecten zijn afgezet tegen een controlegroep van 57 aios neurologie en interne geneeskunde in het Erasmus MC en aios kindergeneeskunde uit het LUMC.

DEFINITIE COACHING

Coaching is een resultaatgericht, systematisch proces, waarin de coach mensen ondersteunt in hun eigen ontwikkeling en bij het bereiken van zelfgeformuleerde doelen door exploratie, spiegeling en reflectie.

“Gecoachte artsen blijken significant stressbestendiger”

Indrukwekkend

De resultaten van het *Challenge and Support*-programma zijn indrukwekkend. Er wordt onder gecoochte artsen een significante stijging gezien in autonomie en steunende persoonlijke hulpbronnen, zoals flexibiliteit, stresscoping en veerkracht. Ook rapporteerden de artsen in deze groep minder stress en burn-out klachten en een verbeterde werk-privé balans.² Deze resultaten zijn zo goed ontvangen dat binnen de opleiding Kindergeneeskunde coaching landelijk wordt uitgerold. Ook is er interesse getoond door o.a. *De Jonge Specialist*.

Paradigmaverschuiving

De achtergronden en resultaten van het *Challenge and Support*-programma zijn gepresenteerd tijdens de buitengewone vergadering van het Concilium Medicinae Internae op 22 juni 2019. Tijdens deze vergadering is er gediscussieerd over coaching binnen de opleiding interne geneeskunde. De afgelopen jaren lijkt er een paradigmaverschuiving te hebben plaatsgevonden rond het onderwerp coaching. Waar het voorheen werd gezien als iets voor artsen met problemen, wordt het meer en meer gezien als een manier om jezelf te ontwikkelen en je

talenten optimaal te leren benutten. Opleiders hebben van oudsher een coachende rol naar aios en zijn er om aios te helpen de juiste keuzes in hun carrière te maken. Deze rol moeten ze zeker behouden. Anderzijds: aios hebben een afhankelijkheidspositie ten opzichte van de opleider, waardoor ze zich geremd kunnen voelen om alles te bespreken. Daarom heeft een externe coach de voorkeur voor de diepere introspectie. Een vakkundige, onafhankelijke coach met kennis van de omstandigheden en werkcultuur binnen het ziekenhuis verdient daarbij de voorkeur. Met zo'n coach kunnen vragen besproken worden als: wat voor arts wil ik worden, waar liggen mijn talenten en hoe kom ik over op anderen.

Concrete plannen

De precieze rol die coaching moet gaan vervullen binnen de opleiding interne geneeskunde moet nog verder uitgedacht en geconcretiseerd worden. Welke aios moeten gecoocht gaan worden? Wie moet de aios coachen en wat is de rol van de opleider hierbij? Hoe wordt coaching gefinancierd? Het doel is om op korte termijn met een concreet plan te komen, zodat coaching ook binnen de interne Geneeskunde een belangrijke rol kan krijgen bij de ontwikkeling van de talenten van aios. ■

Referenties

1. Rapport Nationale aios-enquête 2018. Gezond en veilig werken. *De Jonge Specialist*, juni 2018.
2. Challenge & Support programma Factsheet 2019. www6.erasmusmc.nl/challengesupport/over/7089556/?view=active



Een video over *reanimatiebeleid*

COX VAN DE WEG • BEELD: 123RF

Altijd weer die moeilijke vraag: wilt u gereanimeerd worden? Het leidt vaak tot een ongemakkelijk of afgeraffeld gesprek. Maar niet vragen is ook geen optie. Internist in opleiding Cox van de Weg had het gevoel dat het beter kon en kwam met een innovatie: een video over reanimatie die de patiënt vooraf kan bekijken.

Na mijn promotie ging ik als eerstejaars aios aan de slag in een groot perifeer ziekenhuis. De avonddiensten waren behoorlijk overweldigend. Je werd geacht om de SEH en het huis onder controle te houden met de telefoon roodgloeiend in je handen.

Als je dan uiteindelijk je patiënt op de SEH in kaart had gebracht en een mooi beleid had afgesproken, kwam

altijd weer die moeilijke vraag: wat is het reanimatiebeleid? Meestal volgde dan een ongemakkelijk gesprek, waarbij je de vraag er zo snel mogelijk doorheen probeerde te krijgen en in het slechtste geval ook nog minimaal twee keer werd weggebeld. Ik had vaak het gevoel dat ik op deze momenten geen goed gesprek met de patiënt had gevoerd en dat er geen weloverwogen beslissing was genomen.

Zinloze reanimatie

Een jaar later werden de gevolgen van een niet gevoerd gesprek nogmaals duidelijk, toen er een compleet zinloze reanimatie plaatsvond met een grote impact op de betrokkenen. Op dat moment kreeg ik het gevoel dat dit beter moest kunnen. Hoe fijn zou het zijn als elke patiënt al voor het gesprek geïnformeerd zou worden dat deze vraag eraan zat te komen en waarom deze vraag eigenlijk werd gesteld. De patiënt zou dan al voor het gesprek de informatie kunnen laten bezinken en eventuele vragen kunnen bedenken. Daarnaast zou de dokter ook voor het blok

worden gezet om het gesprek over dit onderwerp aan te gaan.

De voorbereiding

Een aantal jaren liep ik met dit idee rond zonder een goed plan te hebben hoe dit aan te pakken. Daarnaast was er in de eerste jaren in de periferie ook weinig ruimte voor dit soort pro-

zorgverzekeraars en hadden direct prijs. Een zeer comfortabele positie om het project verder door te zetten. De volgende stap was het samenstellen van een expertteam. Hiervoor vroegen we mensen, die op de een of andere manier met het onderwerp te maken hadden. In het team zaten veel medisch specialisten, waaronder een

mee was. Ook hadden we een goede presentatrice gevonden. We maakten in een opnamestudio eerst een prototype om te kunnen testen of het gewenste effect op de patiënten bereikt zou worden. Met deze video gingen we de kliniek in om deze aan patiënten te laten zien. Door patiënten werd erg positief op dit prototype gereageerd. De meesten vonden het een fijne manier om informatie over reanimeren te krijgen. Ze vonden de boodschap duidelijk en de video nodigde uit om het gesprek met de arts aan te gaan. Hierna volgde de opname van de video en werden de animaties gemaakt. Hierbij bleek het waardevol dat wij ons er als ‘praktijkmensen’ mee bemoeiden: zo kreeg onze getekende dokter haar haar in een staart en een jas met korte mouwen.

KWALITEITSPROJECTEN

Tips & tricks

1. Maak vooraf een plan. Hierbij kun je alvast struikelblokken identificeren, voordat je er daadwerkelijk je nek over breekt.
2. Regel *funding*: geld opent vele deuren en zal ervoor zorgen dat iedereen veel gemotiveerder is om zich voor jouw plan in te zetten.
3. Identificeer de *stakeholders* en betrek ze. Kritische mensen maken je project beter.
4. Breek je project op in kleine stukken en zorg ervoor dat je eerst een fase goed afrondt, voordat je naar de volgende gaat.
5. Betrek patiënten in een vroeg stadium. Daar doe je het uiteindelijk allemaal voor.
6. Het hoeft geen ingewikkeld plan te zijn. Uit simpele en concrete ideeën komen de mooiste innovaties voort.



Bekijk de video via deze QR-code of via https://youtu.be/0J6Z-xDfe_E

jecten. Aan het einde van mijn vierde jaar zat ik echter lekker gezeteld in de academie en besloot me behalve als internist ook te ontwikkelen in ‘kwaliteit en veiligheid’. Ik schreef me in voor de topclass *Innovation in Care* van de Radboud Health Academy, waarvan een onderdeel was om een eigen verbeterproject op te zetten. Ik besprak mijn idee, een videoproject over reanimatie, met mijn opleider. Zij was enthousiast en we konden aan de slag gaan. Er werd een projectteam samengesteld, bestaande uit de voorzitter van de stuurgroep reanimatie, een mede-aos interne geneeskunde, een aos anesthesiologie, mijn opleider en mijzelf. We deden een aanvraag voor *funding* bij het innovatiefonds

oncologoog, longarts en chirurg, maar ook een ethicus en twee patiënten. Met dit expertteam brainstormden we over vragen als: voor wie is de video bedoeld? En: moet er wel of niet een getal genoemd worden om de gemiddelde uitkomst van een reanimatie weer te geven? Daarnaast deden we meerdere reviewrondes van het script. Het eindresultaat werd getoetst door een jurist en een taalkundige. Parallel hieraan volgde ik de topclass, waarbij ik begeleid werd in bijvoorbeeld het identificeren van de stakeholders en het schrijven van een goed projectplan.

De video

Na een aantal maanden lag er een mooi script, waar iedereen tevreden

De implementatie

We wilden de video dusdanig implementeren dat hij ook echt gebruikt zou gaan worden en niet na een korte periode van aandacht in de vergetelheid zou raken. Met de stuurgroep reanimatie werd besloten om de video op het youtube-kanaal van het Erasmus MC te plaatsen en daarnaast op de tablet in de patiëntenkamer en in het Patiëntenportaal te plaatsen. Na enige organisatorische hobbels, is dat gelukt. Daarnaast zochten we contact met de media, waar dit artikel een resultaat van is.

De evaluatie

Inmiddels kan ik terugkijken op een fantastisch mooi project. Het was geweldig om te merken dat mijn idee op zoveel steun heeft kunnen rekenen en uiteindelijk zo groots is geïmplementeerd. Het was ook mooi om te zien dat de video op patiënten het gewenste effect had. Wat mij betreft is het succes van dit project te danken aan een goed doordacht plan, het nemen van kleine stappen tegelijkertijd en het betrekken van mensen van veel verschillende disciplines. Daarbij heb ik veel steun gehad aan mijn begeleider, die mij toegang gaf tot haar netwerk en hielp met het zetten van de juiste strategische stappen. ■

“Door patiënten werd erg
positief gereageerd”

Patiënten die onder onze huid kruipen

TEKST: CHARLOTTE KROL

Tallose boeken over medische en aanverwante onderwerpen worden uitgebracht en aangeprezen. Maar zijn ze ook de moeite waard voor de drukke internist (i.o.)? Deze keer: *Die ene patiënt*, door Ellen de Visser.

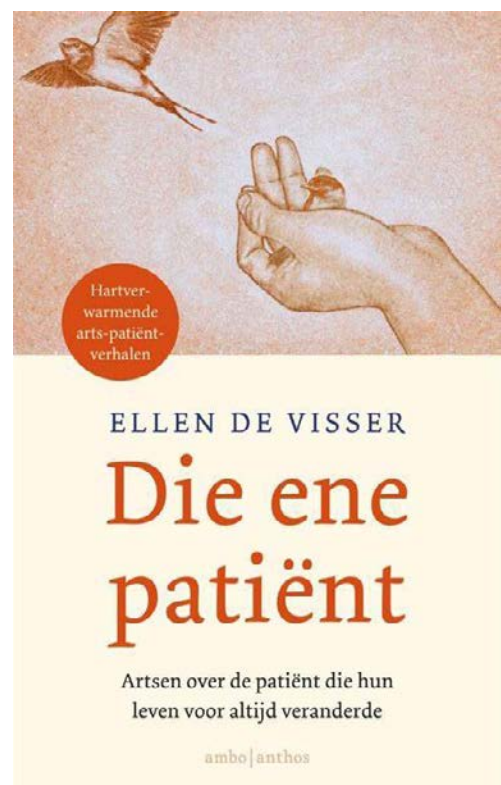
Hoeveel patiënten we ook zien, we kennen er allemaal een paar die eruit springen en ons bijblijven. Patiënten die onder onze huid kruipen, een bijzondere diagnose hebben of ons inspireren. Wetenschapsjournaliste Ellen de Visser schrijft al jaren over de gezondheidszorg en begon in 2017 de serie *Die ene patiënt* in de *Volkskrant*. Ze interviewde wekelijks een zorgverlener over die ene patiënt die de kijk van deze arts of verpleegkundige op de gezondheidszorg definitief had veranderd. Deze verhalen zijn begin 2019 gebundeld in dit gelijknamige boek.

De verhalen worden verteld door collega's uit verschillende specialismen: van huisarts tot oncoloog, kinderarts of transplantatiecoördinator. Dat is meteen een van de aardigheden van dit boek: door de diverse verhalen krijg je een blik in andermans keuken. En niet alleen de casuïstiek is divers, ook de reden dat juist die patiënt de zorgverlener is bijgebleven varieert enorm. Je zou wellicht verwachten dat vooral interessante casuïstiek ons intrigeert (met name internisten), zoals een zeldzame diagnose of een afwijkend ziektebeloop. Maar in dit boek wordt weer duidelijk dat niet de pathologie ons het meeste raakt, maar de mens erachter. Het overgrote deel van de verhalen in dit boek gaat namelijk over de communicatie met de patiënt en diens familieleden: de zorg die juist niet medisch-inhoudelijk is, maar de stap die extra wordt gezet en enorm wordt gewaardeerd. Ook tonen collega's zich kwetsbaar en vertellen bijvoorbeeld over een fout of de hang naar waardering voor hun inzet. Wat niet verrast is dat veel patiënten die worden beschreven in dit boek overlijden of moeten leven met nare aandoeningen. Dit maakt wel dat het lezen van het boek niet bepaald vrolijk stemt.

De verhalen zijn kort en bondig, bevatten precies de juiste informatie om ze goed te kunnen volgen en ze zijn mooi afgerond. Een nadeel van de gekozen opzet is dat er

samenhang mist tussen de verhalen, en wellicht ook wat diepgang voor de nieuwsgierige (internistische) lezer die meer wil weten. Wat taalgebruik betreft is het boek ook voor de niet-medicus goed te volgen.

Kortom, deze bundel bestaat uit prachtige verhalen – deels zijn ze zeer herkenbaar en deels bevatten ze belangrijke lessen waar we allen wat van kunnen leren, zowel de a(n)ios als de internist. Een van de collega's in deze bundel noemt dat men vroeger het communiceren in de praktijk moest leren – dit is echter nog steeds zo. Geen enkele training of opleiding kan je volledig voorbereiden op de verscheidenheid aan patiënten en ziektebeelden. Dit boek doet dat eens te meer beseffen en helpt daar wellicht een handje bij. ■



Nou én?

TEKST: HEIN VISSER • BEELD: ETIENNE CARJAT

*Mainte fleur épanche à regret,
Son parfum doux comme un secret
Dans les solitudes profondes*
Charles Baudelaire

‘Menig bloem verspreidt met spijt zijn zoete geur, zoals een geheim in diepe eenzaamheid.’

Oftewel: het is niet leuk om iets te doen zonder dat er anderen getuige van zijn, met name als het gaat om schitteren of om een *parfum doux*. Waar wij wanpresteren zijn we minder mededeelzaam en doen we er het zwijgen toe. En al helemaal op het internet.

In deze barre tijden van *likes* op facebook en volgers op twitter (hoeveel hebben jullie er?) is het bijna onmogelijk om nog te zeggen dat je niet tevreden over jezelf bent. Een collega van mij waarschuwde hiervoor in de negentiger jaren al: probeer niet jezelf bescheiden neer te zetten; in deze tijd moet je roepen dat je alles fantastisch doet en dat je heel veel noten op je zang hebt en de gewoonte deze allemaal afzonderlijk goed te laten klinken.

Ooit, in de tachtiger jaren, zat ik als student naast de rector magnificus van de Groningse universiteit. In die tijd waren studentenverenigingen en universiteiten nog *on speaking terms*. Nadat hij geïnteresseerd had geluisterd naar wat ik allemaal deed, zei hij dat het leuk is om een hand vol troeven te hebben, maar dat je ze wel moet uitspelen. Alle mogelijkheden koesteren maar er niets mee doen, is verspillen. En als er een activiteit bijkomt, moet er iets anders verdwijnen.

Ik kan niet zeggen dat ik meteen ben begonnen hier iets mee te doen. Maar hoe langer ik erover nadenk, hoe meer ik denk dat hij gelijk had. Het is heel stoer om te zeggen dat je duizend-en-een dingen tegelijkertijd doet, maar je maakt het voor jezelf en voor anderen wel heel moeilijk. En dat betekent dus dat je soms niet aan verwachtingen kunt voldoen. Ik denk dat onze arts-assistenten met promoties, startende gezinnen, drukke sociale programma's, festivals, pubquizzen en andere activiteiten hier ook onder te lijden hebben. Vaak hebben zij dan ook nog 'curlingouders' gehad, die met een imaginair klein bezempje continu hun pad hebben vrijgemaakt van obstakels. Wij hebben dan ook snel de neiging om empathisch te zijn, maar misschien zouden we iets vaker: 'Nou én?' moeten zeggen. 'Jij wil zo graag alles tegelijk doen! Ik heb dat niet voor je bedacht.' De opleiding tot internist gaat niet over rozen. Ik heb 'nou én?' in ieder geval weer aan mijn vocabulaire toegevoegd, ook om soms mezelf even tot de orde te roepen. Als deze poli uitloopt, kom ik te laat op de vergadering... Nou én? Proberen in focus te blijven heeft meer zin dan je druk te maken over dingen die je uiteindelijk toch niet kunt beïnvloeden. En het is dan ook heel goed om je de vraag te stellen, wat er ook alweer erg is aan een bepaalde situatie. Vallen er doden? Nee. De verwachtingen zijn hooggespannen? Nou én? Ben ik vandaag niet de beste van de klas? Nou én? Het leven is vol obstakels en teleurstellingen. Schitteren kan altijd nog. Maar dan misschien wat vaker voor niets of niemand, net als de bloemen van Baudelaire. ■



De medicus in de literatuur

M. Vasalis

‘Ik droomde, dat ik langzaam leefde, langzamer dan de oudste steen.’

TEKST: HANS ABLIJ

Met opgetrokken schouders, toegeknepen ogen,
Haast dravend en vaak hakend in de mat,
Lelijk en onbeholpen aan zusters arm gebogen,
Gaet elke week de idioot naar 't bad.

M. Vasalis - De idioot in het bad

Het oeuvre dat M. Vasalis heeft nagelaten is klein, maar meer was ook niet nodig. Tijdens haar leven zijn drie van haar dichtbundels gepubliceerd, telkens met een tussenpauze van zeven jaar. De derde bundel, getiteld *Vergezichten en gezichten*, verscheen in 1954. Daarna was het dichterlijk stil. Vasalis schuwde publiciteit en gaf nooit interviews, alsof ze in haar 119 verzen de buitenwereld alles al had gezegd. Er waren echter ook andere redenen dat we geen poëzie meer van haar vernamen.

Kunstenaarsbende

De frontale aanval van de Vijftigers op alles wat tot dan toe geschreven was, was daar mogelijk debet aan. Deze mannelijke schrijvers- en kunstenaarsbende verwees de dichtkunst van Vasalis – en veel andere kunst – naar de prullenbak. De bende beschouwde de zintuiglijke waarneming als oerbron voor alle kunst en de kunst die daar – volgens hen – niet aan voldeed werd als te conformistisch terechtgewezen. Alsof bij Vasalis de zintuiglijke waarneming geen rol speelde! Integendeel, maar wel op haar eigen manier. Naast poëzie (en proza) had Vasalis ook twee andere passies waar veel tijd en energie in ging zitten: haar gezin en de (kinder)psychiatrie. De dichteres bewaakte nauwlettend dat niets van haar literaire bestaan haar privéleven en werk binnendrong. Veel later bleek dat ze haar dichterspen nooit helemaal had opgeborgen. Maar deze daadwerkelijk weer ter hand nemen zoals vroeger, ging niet zo makkelijk meer. Althans, zo leek het. Alsof het leven te ingewikkeld was geworden om in dichtvorm te gieten, schreef ze voornamelijk brieven en in haar dagboek. Toch is ze steeds blijven zoeken naar de juiste strofen, wat resulteerde in haar vierde en laatste dichtbundel: *De oude kustlijn*, postuum uitgegeven in 2002.

Margaretha Leenmans, M. Vasalis

Margaretha Leenmans (ook wel Kiek of Kiekie) werd in 1909 geboren in Den Haag. Ze had een gelukkige jeugd en werd door haar ouders opgevoed met liefde voor kunst, literatuur en filosofie. Bovenal stond het vrije en seculiere denken centraal in huize Leenmans, waar vele intellectuelen van allerlei pluimage over de drempel kwamen. Het archetype van de dichter die zijn inspiratie haalt uit een getormenteerd leven is dus beslist niet toepasbaar op Vasalis. Na haar middelbare school studeerde ze in Leiden geneeskunde en antropologie. Ze genoot van het corporale studentenleven en onderhield een innige vriendschap met haar clubgenote prinses Juliana. De colleges psychopathologie en haar fascinatie voor de ongewone roerselen van de menselijke geest deden haar besluiten voor de psychiatrie te kiezen. Haar hele leven bleef ze een ongebreidelde drijfveer houden om het leed van patiënt en mens te verlichten.

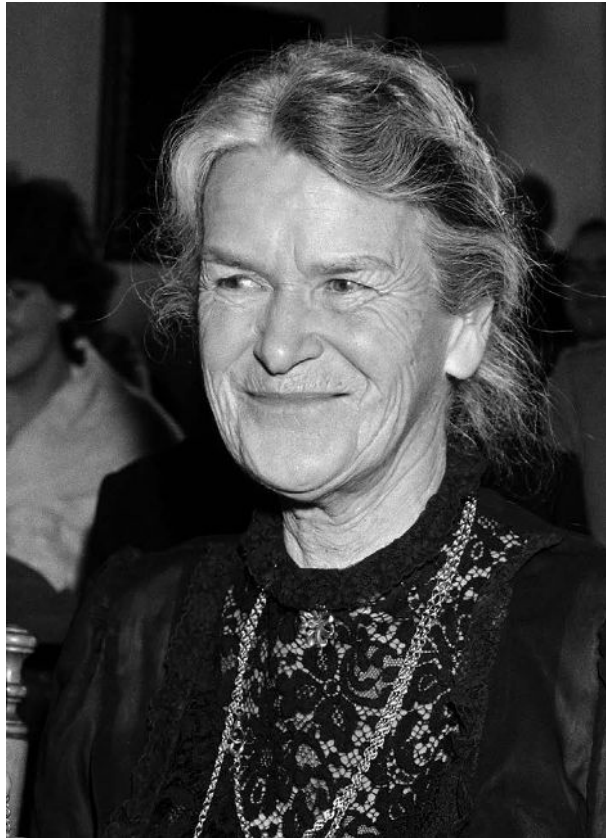
Haar eerste dichtregels schreef ze in 1934, tijdens haar werk als arts-assistent psychiatrie in Santpoort. Uit deze tijd stamt ook het gedicht *De idioot in het bad*. Na enkele literaire uitwisselingen met hoofdredacteur Simon Vestdijk, debuteerde ze in 1936 met vijf gedichten in het literaire tijdschrift *Groot Nederland*.

Het pseudoniem M. Vasalis, waaronder Margaretha Leenmans schreef, was vooral een eerbetoon aan haar vader, die als student onder zijn schuilnaam De vazal (=leenman) gedichten schreef. Menno ter Braak, destijds een zeer invloedrijk criticus, werd direct geraakt door haar dichtkunst. Hij schreef over haar kwaliteiten dat het 'iets onmiskenbaar eigens heeft, dat zich met geen andere poëzie in Nederland laat vereenzelvigen'. Ter Braak zou het bij het juiste eind hebben, al heeft hij dat zelf nooit meer kunnen meemaken: hij pleegde zelfmoord op de dag van de capitulatie in mei 1940. In 1941 ontving Vasalis de Lucy B. en C.W. van der Hoogtprijs voor haar eerste dichtbundel *Parken en woestijnen* (1940). Bij de eerste publicatie was de bundel direct een bestseller en er volgden vele herdrukken. In 1947 kwam haar tweede dichtbundel uit, *De vogel Phoenix*. Deze bundel van 22 gedichten droeg zij op aan haar overleden zoon Dicky, die in 1943 in zijn tweede levensjaar aan polio overleed.

In het jaar van haar dichtersdebuut in *Groot Nederland* kreeg Vasalis te kampen met ernstige gewrichtsklachten; ze kuurde hiervoor meer dan een half jaar in het klimaatvriendelijke Zuid-Afrika. Na haar terugkomst werkte ze als zenuwarts in het Wilhelmina Gasthuis (WG) in Amsterdam. Hier ontmoette ze zenuwarts en hersenonderzoeker Jan Drooglever Fortuyn, die zelf geteisterd werd door zenuwinzinkingen. Een jaar later trouwden ze. Beiden bleven werkzaam in het WG, maar hielden ook praktijk aan huis. In 1951 werd Drooglever Fortuyn hoogleraar in Groningen, waar het gezin tot 1964 woonde. In Assen en Groningen werkte Vasalis als kinderpsychiater. In 1964 verhuizen ze naar Roden, een dorp ten zuidwesten van Groningen, waar Vasalis tot haar dood zou blijven wonen. Na haar vertrek uit Amsterdam en het afscheid van het beperkte literaire wereldje in de hoofdstad werd Vasalis bepaald geen kluizenaar die zich in het Noorden van het land terugtrok om de bewoonde wereld de rug toe te keren. Integendeel: ze was in hoge mate sociaal en genoot van haar sigaretje en een glas jenever. In haar huis was het een komen en gaan van vrienden, kennissen, maar ook minder bekende passanten, die haar gezelschap en conversatie zochten.

'Kers-vers'

Volgens Vasalis moest je 'kers-vers' (*sic*) in het leven staan. Alsof alles wat je waarneemt een nieuwe ontdekking is. Zoals een kind naar de natuur kijkt als het door een bos loopt en geheimen ziet achter elke struik, onder elke steen en in elke boom. Het kind zijn, of leven in een constante staat van verliefdheid, was voor haar de optimale toestand om te dichten. Ouderdom betekende daarom voor haar een einde aan het kers-verse in het leven. Niet alleen door alle beslommingen die het volwassen werkzame leven met zich meebrachten, maar ook door het ouder worden zelf. De onbevangen blik van de jeugd vervaagde en verliefdheid was uit vervlogen tijden die niet meer terug zouden keren. Dat onomkeerbare was misschien wel een van de grootste redenen van Vasalis' *writers block*.



Maar tot 1954 was alles kers-vers bij Vasalis. Haar dichtbundels werden klassiekers toen de inkt nog nauwelijks droog was. De onderwerpen in haar gedichten waren thema's waar veel lezers zich mee konden identificeren. Ze dichtte over 'Het leven, liefde, God, kinderen, de dood, en dergelijke futiliteiten meer'. Bovendien waren haar gedichten voor iedereen toegankelijk. Dit in tegenstelling tot de gedichten van de Vijftigers (Lucebert, Kouwenaar), waar je als lezer blijft gissen naar de betekenis van de regels. Gerard Reve – die als puber nog door Margaretha Leenmans is behandeld voor zijn suïcidale neigingen – lukte het ook maar niet om de gedichten van de Vijftigers te duiden en noemde het 'woordkakerij'.

De tijd bepaalt

De naoorlogse literaire critici die de nieuwe Beweging van de Vijftig innig en kritiekloos omarmden, lieten Vasalis links liggen. Het Nederlandse lezerspubliek deed dat beslist niet. De gedichten van Vasalis bleven en blijven nog steeds overal opduiken: in bloemlezingen, op scholen en tijdens allerlei gelegenheden. In de jaren 70 kwam er een heuse opleving en werden haar gedichten herontdekt door critici en connaisseurs. In deze jaren werd Vasalis eindelijk erkend als één van de grootste dichters die Nederland ooit heeft gehad. In 1974 ontving ze de Constantijn Huygensprijs en in 1982 kwam de definitieve erkenning met de P.C. Hooftprijs. Vandaag de dag is Vasalis niet meer weg te denken uit de Nederlandse canon voor de dichtkunst. Een van haar laatste dichtregels is de aankondiging van haar eigen dood: '*het werd, het was, het is gedaan*'. ■

Yvo Smulders



Effectief behagen

Dat onze toolbox bomvol verleidingen en manipulaties zit zullen weinigen ontkennen. We zetten ze vooral in ten faveure van het behaag- ofwel placebo-effect. Ik heb daar al eerder over geschreven en hoop dat geen van jullie nog het achterlijke standpunt huldigt dat behagen niet tot onze kerntaken behoort. De toegevoegde waarde ervan is reusachtig en overstijgt regelmatig het verschil tussen actieve behandeling en placebo in gerandomiseerd onderzoek. Vooral als het gaat om symptoomgerichte behandeling.

Dat mishagen (nocebo) eveneens aan de orde van de dag is, realiseren minder mensen zich. De beste voorbeelden van mishagen komen uit onderzoek naar de effecten van het geven van informatie aan patiënten over bijwerkingen. Geef je die informatie wel, dan treden sommige bijwerkingen wel 2 tot 3 keer vaker op dan als je die informatie niet geeft; van kriebelhoest bij ACE-remmers tot impotentie bij prostaatpillen. Dat geeft bepaald te denken over onze verantwoordelijkheid en of we onze oren bijvoorbeeld moeten laten hangen naar juristen en andere stuurli-aan-wal-figures, die vinden dat we iedere bijwerking die vaker dan heel zelden voorkomt actief zouden moeten vermelden.

Recent las ik een wonderlijk stuk over hoe deze ogenschijnlijk 'onwetenschappelijke' geneeskunde nog veel verder reikt dan het standaard be- en mishagen. In een serie tamelijk briljante experimenten laten onderzoekers zien dat het placebo-effect veel sterker optreedt als degene die de behandeling toepast ook zelf ten diepste overtuigd is van de biologische werkzaamheid (*Nature Human Behaviour*, 21 oktober 2019). Nadat artsen waren misleid te geloven dat een crème pijnstillende effecten had, bleken hun patiënten aanmerkelijk minder pijn te ervaren. Uiteraard was de feitelijke informatie die patiënten kregen gestandaardiseerd. Het versterkte placebo-effect kon door gelaatanalyse (20 gezichtsuitdrukking-componenten en 3 hoofdrotatierichtingen) worden verklaard, zodat telepatie of andere Tita-Tovenaarverklaringen gelukkig niet nodig waren. In het artikel staan tal van verwijzingen naar soortgelijke experimenten, de een nog wonderlijker dan de ander. Zo zijn soortgelijke effecten beschreven bij bloeddrukverlagers. Maar ook vinden muizen de uitgang van een doolhof sneller als degene die ze erin zet de (valse) informatie krijgt dat het speciaal hiertoe getrainde muizen zijn. Nou ja...

De implicaties van deze kennis zijn enorm. Je kunt pas effectief behagen als je er zelf oprecht van overtuigd bent dat wat je doet effectief is. Zelfs als dat niet het geval is! Alleen al voor het dagelijks voorschrijven van paracetamol is dit uiterst relevant. Maar ook de interpretatie van placebogecontroleerd onderzoek wordt anders als je je realiseert dat het placebo-effect van zowel het placebo als van de actieve therapie voor een groot deel afhangt van de overtuiging van de toediener. Of het nu gaat om pillen of om bijvoorbeeld nagebootste (*sham*)acupunctuur. Als opleider krijg ik ook een nieuwe verantwoordelijkheid: mijn aios doen geloven dat wat ze doen nuttig is, misschien zelfs als ik daar zelf aan twijfel...