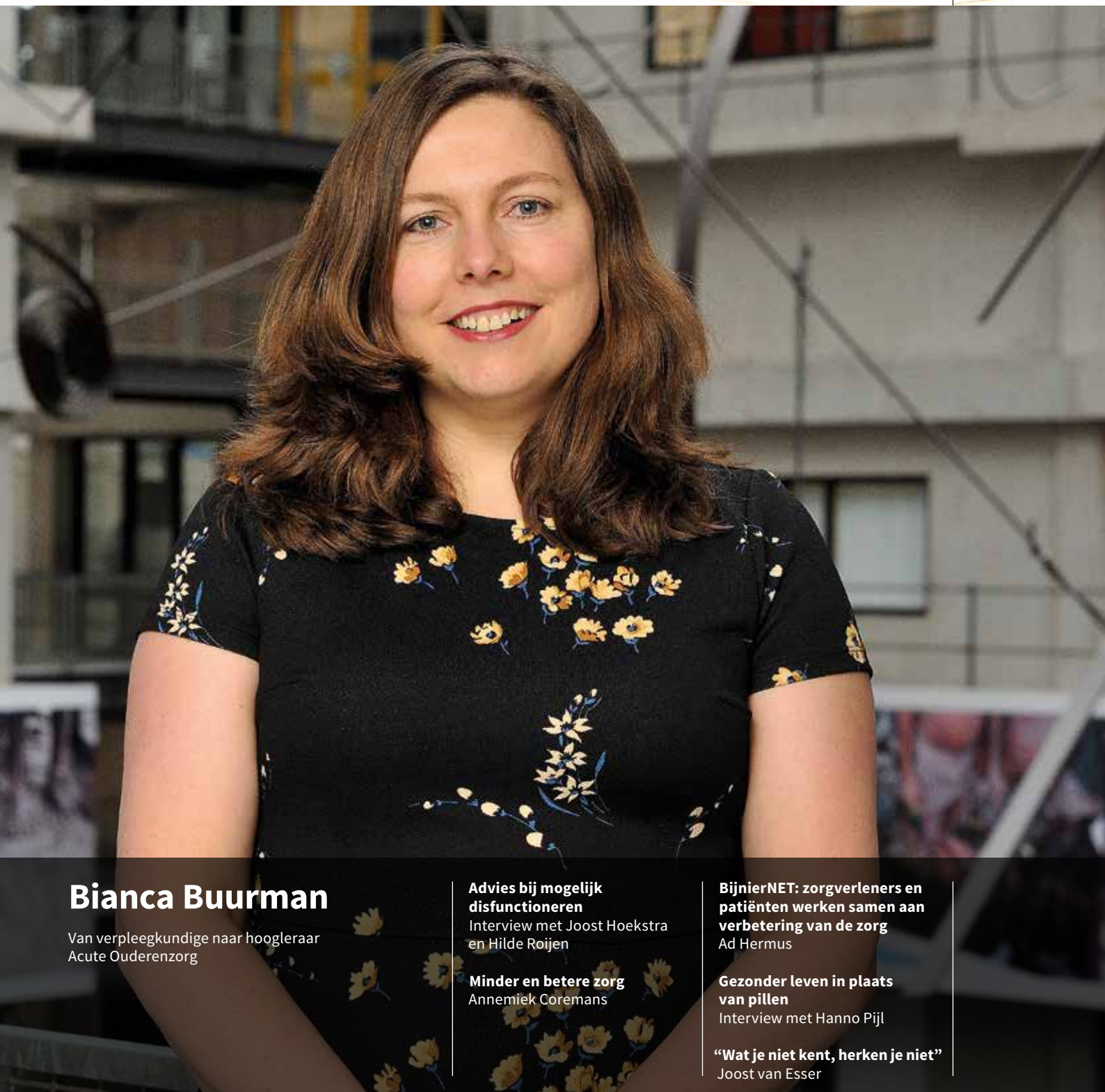


INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 1
JAARGANG 9
MAART 2018

Magazine voor de internist



Bianca Buurman

Van verpleegkundige naar hoogleraar
Acute Ouderenzorg

**Advies bij mogelijk
disfunctioneren**
Interview met Joost Hoekstra
en Hilde Roijen

Minder en betere zorg
Annemiek Coremans

**BijnierNET: zorgverleners en
patiënten werken samen aan
verbetering van de zorg**
Ad Hermus

**Gezonder leven in plaats
van pillen**
Interview met Hanno Pijl

“Wat je niet kent, herken je niet”
Joost van Esser



INTERVIEW 6

Ze is in het Amsterdamse AMC de tweede verpleegkundige die nu hoogleraar is: prof. dr. Bianca Buurman is in juli 2017 benoemd tot hoogleraar Acute Ouderenzorg. Haar carrière begon op de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC, en haar promotieonderzoek leidde tot veel nieuwe inzichten over de gevolgen van een ziekenhuisopname voor ouderen. Dat thema is de rode draad in haar werk.



Advies bij mogelijk disfunctioneren 10
Interview met Joost Hoekstra en Hilde Roijen over de Commissie Professionaliteit van de NIV



Minder en betere zorg 12
Annemiek Coremans over de missie 'samen eigentijds de allerbeste zorg bieden' van Ziekenhuis Bernhoven



Gezonder leven in plaats van pillen 16
Interview met Hanno Pijl over de toekomst van de gezondheidszorg

BijnierNET:

zorgverleners en patiënten werken samen aan verbetering van de zorg 14

Cartoon 18

De duobaan voor internisten 19



“Wat je niet kent, herken je niet” 22

Kwaliteitskader voor **intramurale spoedzorg 24**

Heer en meester aan het ziekbed 30



RUBRIEKEN

Historie 26
Stichting Historia Medicinae, 50 jaar voor of in de wind?

De knuppel in het internistenhok 29
Roerige tijden

De medicus in de schilderkunst 32
De zakelijke en ontaarde lelijkheid van de mens(heid)

Column Yvo Smulders 34
Ontregeling vraagt ontregelaars





Visie

Onze minister-president, Mark Rutte, roept vaak vrolijk: “Voor visie moet je naar de oogarts”. Sinds onze laatste ALV in januari kunnen we rustig stellen dat je voor visie nu ook naar de internist kunt.

Vijf thema's zijn in onze, daar geaccordeerde, *Strategische Visie 2018-2022* vastgelegd: de rol van de internist, kwaliteit van internistische zorg, medische zorginnovaties, de internist op de arbeidsmarkt en presentatie & communicatie.

Niet voor niets is de ondertitel van dit document: *Cruciale Schakel in de Zorg*. De interne geneeskunde heeft namelijk de afgelopen decennia een sterke groei en inhoudelijke ontwikkeling doorgemaakt. Het vak is complexer geworden en internisten werken steeds meer in een bepaalde differentiatie. Voor patiënten met een complex somatisch probleem binnen (maar ook steeds vaker buiten) de ziekenhuismuren is de internist de spil in het zorgproces. Dit geldt voor zowel de acuut zieke patiënt als voor de chronische, multimorbide (oudere) patiënt. Door een combinatie van hooggespecialiseerde kennis en een holistische benadering kunnen internisten functioneren als het cement van de zorg.

In 2017 heeft de Federatie Medisch Specialisten haar visiedocument *Medisch Specialist 2025* gepresenteerd. Hierin staat de volgende ambitie verwoord: “Aantoonbaar de beste zorg ter wereld in 2025”. In onze strategische visie geven wij aan welke rol de internist hierin te nemen heeft. Door concrete doelstellingen te formuleren bij elk thema kunnen we in de komende maanden, met zoveel mogelijk leden, plannen maken om deze doelen ook te bereiken.

Deze uitgave van het magazine toont aan dat er op het vlak van die verschillende thema's en doelstellingen soms al veel gebeurt. Hanno Pijl laat in het artikel *Gezonder leven in plaats van pillen* duidelijk zien hoe de internist invulling kan geven aan de doelstelling: “De internist heeft een voorname rol inzake de preventie voor patiënt en maatschappij”. Het positieve stuk over duobanen laat zien dat op het thema ‘De internist op de arbeidsmarkt’ ook al goede initiatieven ontplooid worden.

Andere thema's en doelstellingen zullen meer inspanning vergen. Het verminderen van administratieve druk is een belangrijke doelstelling, waar achter de schermen hard aan wordt gewerkt. Inzet van eenieder is hierbij nodig, evenals bij het consolideren en uitbreiden van de rol die de NIV ziet voor de internist in de acute zorg en in de zorg voor oudere patiënten. Op de aanstaande Internistendagen gaan we daar zeker verder over praten. Ik hoop u daar zoveel mogelijk weer te zien.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
9e jaargang, nummer 1, maart 2018

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, 2018
Website NIV: www.internisten.nl



Van verpleegkundige naar hoogleraar Acute Ouderenzorg

Ze is in het Amsterdamse AMC de tweede verpleegkundige die nu hoogleraar is: prof. dr. Bianca Buurman is in juli 2017 benoemd tot hoogleraar Acute Ouderenzorg. Haar carrière begon op de afdeling Inwendige Geneeskunde van het AMC, en haar promotieonderzoek leidde tot veel nieuwe inzichten over de gevolgen van een ziekenhuisopname voor ouderen. Dat thema is de rode draad in haar werk.

Buurman heeft altijd al graag in een ziekenhuis willen werken. Na de middelbare school wilde ze geneeskunde gaan studeren, maar keer op keer werd ze uitgeloot. Daarom koos ze voor een HBO-V-studie, gevolgd door de studie Verplegingswetenschappen. In 2003 was ze afgestudeerd en omdat zij zich verder wilde specialiseren startte Buurman de oncologieopleiding. “Ik kreeg in 2006 de kans om een promotieonderzoek te gaan doen bij prof. Sophia de Rooij, destijds internist-ouderengeneeskunde en klinisch geriater in het AMC. Die kans heb ik meteen aangegrepen.”

Opvallend

Het onderzoek van Buurman was een van de eerste onderzoeken in Nederland naar de gevolgen van een ziekenhuisopname voor kwetsbare ouderen. Zij onderzocht hoe ouderen uit het ziekenhuis komen en wat het

effect is van de opname op het dagelijks functioneren daarna. De uitkomsten waren opvallend: 3 maanden na de opname heeft 30% van de ouderen beperkingen in het dagelijks functioneren, 20% is overleden en eveneens 30% is binnen 3 maanden opnieuw opgenomen. Dat is de basis geweest voor veel vervolgonderzoek, onder meer door Buurman zelf.

In 2011 rondde Buurman haar promotieonderzoek af. Via ZonMw kreeg ze de mogelijkheid om interventiestudies op te zetten. Een daarvan ging over de zogenoemde Transmurale Zorgbrug. Ze legt uit: “Dat houdt in dat kwetsbare ouderen tijdens en na een ziekenhuisopname beter worden begeleid. Al in het ziekenhuis worden de meest kwetsbare ouderen opgespoord en wordt in kaart gebracht welke geriatrische problemen spelen en wat mensen zelf belangrijk vinden in hun dagelijks functioneren. Dat

vraagt niet alleen deskundigheid vanuit het ziekenhuis, maar ook van wijkverpleegkundigen en de huisarts. Gezamenlijk kunnen zij de nazorg bieden gericht op de geriatrische problematiek.”

Buurman noemt als voorbeeld een oudere die in het ziekenhuis een delier heeft gehad en daarna weer thuiskomt. Dat heeft vaak grote gevolgen. De oudere kan dit als traumatisch ervaren, de opname herbeleven of geheugenstoornissen krijgen. Om de overdracht van zo’n oudere te verbeteren, is vanuit het AMC een training opgezet voor wijkverpleegkundigen om op deze geriatrische problemen in te spelen. Bovendien bezoekt de wijkverpleegkundige de oudere al in het ziekenhuis. “Dan ziet zij de oudere en is zij niet afhankelijk van een schriftelijke overdracht die zij misschien pas na een week krijgt”, verduidelijkt Buurman. “We hebben gezien dat dit de sterfte na ziekenhuisopname vermindert. Dat heeft te maken met het directe contact tussen de wijkverpleegkundige en de oudere. De verpleegkundige weet eerder op welke problemen zij moet letten. Deze opzet wordt inmid-

dels in 45 ziekenhuizen in Nederland toegepast.”

Niet meer op oude niveau

Met een NWO-beurs kon Buurman een jaar lang naar de Yale Universiteit in de Verenigde Staten. Daar deed zij onderzoek naar onder andere revalidatiezorg na een ziekenhuisopname. Terug in Nederland kon zij daar met een Veni-beurs van NWO op voortborduren. “We zijn diepgaander gaan onderzoeken wat er precies gebeurt na een opname en waar en welke interventies mogelijk zijn in het traject. We weten nu dat veel mensen extreme vermoeidheid ervaren en apathisch kunnen worden. Veel ouderen zijn bang om te vallen en bewegen daardoor te weinig. Bovendien krijgen ze vanuit het ziekenhuis het advies om voorzichtig te zijn, bijvoorbeeld omdat ze bloedverdunners gebruiken. Door dit alles komen veel ouderen na een opname niet meer terug op hun oude niveau van functioneren.”

Maar de problemen ontstaan niet pas na thuiskomst van de patiënt. Bij meting van de hoeveelheid beweging tijdens een opname op een interne afdeling, bleek dat ouderen gemiddeld slechts 4 tot 7 minuten per dag lopen. Daardoor gaan spierfuncties, spiermassa en conditie van de patiënt achteruit. “Er moet meer aandacht komen voor bewegen in het ziekenhuis”, concludeert Buurman. “Hoe actiever mensen blijven tijdens een opname, hoe sneller ze naar huis

“Het zou goed zijn als verpleegkundigen wetenschappelijke carrière kunnen maken in combinatie met patiëntenzorg, met daarbij een goede salariering; dat is nu nog erg lastig”

kunnen en hoe beter hun conditie blijft. Er zijn inmiddels ziekenhuizen die hier mee bezig zijn, maar ik denk dat de bewustwording hierover onder artsen nog beter kan. Het is geen aspect waar je direct aan denkt tijdens een behandeling, terwijl het wel van belang is voor het herstel van een patiënt.”

Betere voorlichting

Maar het gaat ook om bewustwording bij patiënten en mantelzorgers zelf. Het is belangrijk dat zij in het ziekenhuis bezig blijven en niet automatisch in bed gaan liggen. Artsen en verpleegkundigen kunnen patiënten daarover voorlichten. Dat gebeurt nog niet voldoende, is de ervaring van Buurman. “Wij zijn daarom bezig met voorlichtingsmateriaal, zoals filmpjes om ouderen te laten zien welke oefeningen zij kunnen doen tijdens hun opname.”

Een huidig project is PalliSupport, dat zich richt op mensen met een

palliatieve zorgbehoefte. Veel van die patiënten ondergaan in hun laatste levensjaar veel ziekenhuisopnames en overlijden in het ziekenhuis, terwijl zij liever thuis hadden willen sterven. “Vaak is er een onderliggend palliatief vraagstuk, wat nog weinig wordt herkend. Het doel van het project is daarom eerdere herkenning van die palliatieve zorgbehoefte in het ziekenhuis, ‘advance care planning’ ofwel het bespreekbaar maken van de wensen en betere afstemming tussen tweede en eerste lijn en mantelzorgers.”

In het project wordt een transmuraal zorgpad ontwikkeld. Vanaf medio dit jaar wordt in vijf regio’s in Noord-Holland met ziekenhuis, huisarts en wijkverpleegkundigen onderzocht of dat leidt tot vaker overlijden op de plek van voorkeur, minder belasting van de mantelzorger, betere kwaliteit van leven en minder onnodige heropnames. Het palliatief team uit het ziekenhuis wordt dan uitgebreid met zorgverleners uit de eerste lijn en begeleidt bij complexe problematiek de patiënt tot aan het overlijden. “Dit project loopt onder andere op afdelingen algemene interne geneeskunde, longziekten, cardiologie en geriatrie. We zien dat veel ziekenhuizen het interessant vinden vanuit het perspectief van de opleiding. Gezamenlijke besluitvorming en het voeren van gesprekken over het levenseinde krijgen steeds meer aandacht.”

Veel steun

Buurman heeft veel positieve reacties gekregen op haar benoeming tot hoogleraar. Vooral verpleegkundi-

“De Transmurale Zorgbrug vraagt niet alleen deskundigheid vanuit het ziekenhuis, maar ook van wijkverpleegkundigen en de huisarts”

Buurman combineert het hoogleraarschap met de functie van lector Transmurale Ouderenzorg aan de Hogeschool van Amsterdam (HvA). Daarnaast is ze lid van de programmaraad Ageing & Later Life van Amsterdam Public Health/Ben Sajet Centrum/Amsterdam Center on Ageing. Ook is zij lid van de commissie Zelfredzaamheid van ouderen van de Gezondheidsraad.



OUDEREN

De belangstelling voor ouderen zat er bij Bianca Buurman al vroeg in. “Ik heb heel leuke opa’s en oma’s gehad”, lacht ze. “Zij hebben me een positief beeld gegeven van oud zijn. In mijn tienerjaren waren mijn bijbaantjes altijd in verzorgingshuizen en de thuiszorg. Ik heb dat altijd leuk gevonden en ik luisterde graag naar verhalen van ouderen. Die geven je een andere kijk op het leven en op de geschiedenis en je hoort welke keuzes mensen hebben gemaakt in het leven. De levensloop van ouderen heeft me altijd geboeid. Destijds wist ik uiteraard nog niet dat ouderenzorg ook complex kan zijn en dat het gaat om het verbeteren van functioneren en kwaliteit van leven. Maar ook dat vind ik interessant.”

gen zijn trots op wat zij heeft bereikt. Vanuit het AMC ondervindt zij veel steun: “Het aantal gepromoveerde verpleegkundigen neemt toe en de Raad van Bestuur stimuleert dat. Verpleegkundigen zijn vaak geïnteresseerd in de impact van ziekte op het dagelijks leven en de organisatie van de zorg. Dat zijn dan ook vaak de thema’s in hun onderzoek. Dat onderzoek heeft vaak te maken met proble-

men van patiënten en is interdisciplinair, met artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten en andere zorgverleners. Doel is om samen te werken en met elkaar de zorg te verbeteren.” Tegelijk zijn er ook uitdagingen in haar vakgebied. Daarin werken 300.000 verpleegkundigen en verzorgenden en 10 hoogleraren. “Er is nog een wereld te winnen, bijvoorbeeld wat betreft focus van onderzoeks-

programma’s en de infrastructuur om onderzoek te doen. Het onderzoek binnen de verpleegkunde staat nog in de kinderschoenen. Het is wel prettig om te merken dat dat onderzoek toeneemt. Want meer en grotere studies hebben meer impact, zowel in het eigen ziekenhuis als landelijk en internationaal.”

Als punt van aandacht noemt Buurman wel de salariëring van verpleegkundigen die ‘doorgroeien’. Medisch specialisten krijgen hetzelfde betaald voor patiëntenzorg en wetenschapstaken, maar het inkomensverschil tussen een verpleegkundige aan bed en een verpleegkundige in de academische wereld is erg groot. “In het AMC heeft dit wel aandacht. Het zou goed zijn als verpleegkundigen wetenschappelijke carrière kunnen maken in combinatie met patiëntenzorg, met daarbij een goede salariëring. Dat is nu nog erg lastig. Zelf werk ik overigens nog wel als verpleegkundige.”

WijkKliniek

De huidige trend is dat ouderen zo lang mogelijk thuis blijven wonen en dat de zorg primair thuis gegeven moet worden. Er is nu een groot gat tussen ziekenhuis en thuis. Daarom is een WijkKliniek Acute Zorg opgezet, waar ziekenhuiszorg in de buurt wordt geboden. “Daarmee brengen we de kennis uit het ziekenhuis naar de wijk. We openen de eerste wijkkliniek medio dit jaar in een voormalig verpleeghuis in Amsterdam Zuid-Oost. We gaan er laagcomplexere ziekenhuiszorg voor kwetsbare ouderen aanbieden, waarbij we letten op hun functiebehoud en goede begeleiding naar huis.”

Mensen kunnen hier straks worden opgenomen zonder tussenkomst van een SEH. De wijkkliniek kan daarmee de SEH ontlasten. “De klinisch geriater of internist-ouderengeneeskunde wordt er de hoofdbehandelaar en misschien kan later een verpleegkundig specialist of een specialist ouderengeneeskunde die rol vervullen. We hopen dat de wijkkliniek het gat kan dichten tussen het ziekenhuis en de eerste lijn.” ■

Advies bij mogelijk disfunctioneren

Stel: internisten in een maatschap of vakgroep zien dat het met een collega professioneel niet goed gaat. Zij kunnen dat dan aangeven bij het MSB of de Raad van Bestuur van het ziekenhuis, die het protocol voor mogelijk disfunctioneren van een specialist ter hand zal nemen. Maar soms is het lastig uit te maken of er werkelijk sprake is van disfunctioneren en is er behoefte aan een onafhankelijke beoordeling. In dat geval kan de Commissie Professionaliteit van de NIV een rol spelen.

Deze commissie bestaat momenteel uit em. prof. dr. Joost Hoekstra (Inwendige Geneeskunde, AMC), Hilde Roijen (internist-ouderengeneeskunde, Isala, Zwolle) en dr. Paul Groeneveld (internist-infectioloog, Isala, Zwolle). De commissie kan via de NIV worden benaderd door bijvoorbeeld het stafbestuur, het MSB, een individuele internist of de Raad van Bestuur. De NIV weegt vervolgens de vraag en kan deze doorgeven aan de Commissie Professionaliteit. “Wij bekijken eerst wat precies de vraag is”, vertelt Roijen. “Als we denken dat we lokaal iets nuttigs kunnen doen, dan gaan we in het betreffende ziekenhuis onderzoek doen via een vast protocol. Dat kan als onafhankelijke commissie of als onderdeel van de lokale ziekenhuiscommissie die de situatie moet beoordelen. Ons protocol stellen we overigens regelmatig bij, aan de hand van wat we bij een zaak hebben geleerd.” Hoekstra vult aan: “Protocollair werken is in deze situ-



Em. prof. dr. Joost Hoekstra en Hilde Roijen

“Wij willen primair recht doen aan degene van wie het professioneel functioneren wordt betwijfeld”

“Je functioneren is eigenlijk onderdeel van je dagelijks werk”

aties erg belangrijk. Want het gaat over belangrijke en gevoelige vragen met soms grote gevolgen. Je mag dan geen vormfouten maken. Hilde en ik hebben het nut van een vast protocol al ervaren, omdat we beiden tevens lid zijn van een tuchtcollege: Hilde in Groningen en ik in Den Haag. Een vast en inzichtelijk protocol volgen is ook daar belangrijk.”

Beter

De commissie bestaat sinds 2014 en is voortgekomen uit de Commissie Optimaal Functioneren van de Orde van Medisch Specialisten. Voorheen vroeg de NIV bijvoorbeeld een oud-hoogleraar voor onafhankelijke beoordeling van een situatie. Ook Hoekstra is daar wel eens voor benaderd. “Maar dit voelt beter. Als je in je eentje advies uitbrengt, is dat risikant en daar kun je, begrijpelijk, persoonlijk op worden aangekeken. Een advies van deze commissie is formeler. Twee van de drie leden gaan samen op pad en we brengen gezamenlijk een eindverslag met een advies uit. We ‘sparren’ continu en het is nuttig dat we inmiddels ervaring hebben in dit soort situaties.” Als voordeel van het inschakelen van de commissie noemt Roijen dat de situatie minder snel in een juridische procedure belandt. De betrokkene en de collega’s hebben daardoor meer vrijheid om door te dringen tot de kern van de zaak. “In juridische kwesties gaat het vaak om geld en moet je extra oppassen wat je zegt. Bij de commissie professionaliteit ligt het anders. Wij willen primair recht doen aan degene van wie het professioneel functioneren wordt betwijfeld. Dat is natuurlijk al ongelofelijk vervelend voor die collega, en daarom moet het onderzoek zo goed mogelijk plaatsvinden. De persoon in kwestie wordt voorafgaand aan het onderzoek uiteraard altijd op de hoogte gesteld en wordt om medewerking gevraagd. En dat kan hij of

zij natuurlijk moeilijk weigeren, want dat zou geen goede indruk geven.”

Openstaan voor feedback

Vroeger werd nog wel eens met een beschuldigende vinger naar een disfunctionerende arts gewezen, maar de trend is nu om als specialist zelf nieuwsgierig te zijn naar je functioneren en je ‘toetsbaar’ op te stellen. “Je functioneren is eigenlijk onderdeel van je dagelijks werk”, stelt Roijen. “Je moet openstaan voor feedback. Deze trend leidt er wel toe dat de commissie meestal pas vrij laat wordt ingeschakeld. De problemen bestaan soms al jarenlang en het water staat de betreffende internisten soms tot aan de lippen. Soms zijn er al zakken vol met documentatie. Overigens merk ik wel dat lang niet iedereen feedback wil ontvangen of geven. Als dat zou verbeteren, zou veel leed in maatschappen voorkomen kunnen worden. Maar dat geldt voor veel situaties in de maatschappij. Ik merk dat de huidige, jonge generatie, ook arts-assistenten, wel meer feedback geeft.”

Maar juist in die langlopende situaties is de komst van de Commissie Professionaliteit vaak positief, verklaart Hoekstra. De commissie brengt voor beide partijen immers objectiviteit mee en mogelijk een frisse blik waarmee de verhoudingen weer eens opnieuw worden bekeken. “We zijn onpartijdig en zijn gewend om te kijken naar een situatie waarin het mogelijk niet goed gaat met een internist. Paul Groeneveld is lang opleider geweest en is eveneens gewend om professioneel gedrag te beoordelen. Het kan ove-

VEEL LIJDEN

De leden van de Commissie Professionaliteit komen in maatschappen waar de verhoudingen scheef zijn en waar machteloosheid, irritaties, stress en frustraties spelen. “Er is veel lijden in maatschappen”, oordeelt Hoekstra. “Het zijn instituten waarin mensen enigszins tot elkaar zijn veroordeeld. Net als in een huwelijk. Maar in een maatschap werk je nauw samen met anderen die je niet per se zelf hebt uitgekozen. Ik begrijp heel goed dat dat samenwerken niet altijd lukt.”

rigens gebeuren dat wij niets afwijkends vinden in het functioneren van de internist in kwestie. Dat kan voor de maatschap lastig zijn, want die moet daar dan toch mee verder. Maar het kan een situatie wel verhelderen.”

Vooral heel interessant

In de afgelopen vier jaar is de commissie acht keer ingeschakeld voor een advies. Zoals gezegd gebeurde dat meestal in een late fase, en Roijen en Hoekstra hopen dan ook dat de commissie in de toekomst in een eerder stadium wordt gevraagd. “Maar men zal ook wel eens andere onafhankelijke personen vragen om onderzoek te doen”, denkt Hoekstra. “Het staat nergens geschreven dat men zich tot de NIV moet wenden. Bovendien kent niet iedereen de Commissie Professionaliteit. Velen weten niet dat de NIV zo’n commissie heeft.” Ondanks de moeilijke situaties waarin de commissieleden komen, is het werk vooral heel leuk en interessant, benadrukt Roijen ten slotte. “Het lijkt op het werk van een internist: je ziet een patiënt met een probleem en dat ga je analyseren om tot een diagnose te komen. En het is, denk ik, een voordeel om iets ouder te zijn. Want je wordt er beter in naarmate je het langer doet.” ■

“We zijn onpartijdig en zijn gewend om te kijken naar een situatie waarin het mogelijk niet goed gaat met een internist”



Minder en **betere zorg**

Ziekenhuis Bernhoven heeft als missie 'samen eigentijds de allerbeste zorg bieden'. In lijn met het visiedocument van de FMS, *Medisch Specialist 2025*, nemen we onze verantwoordelijkheid voor de steeds maar stijgende zorgkosten. We willen een ziekenhuis zijn dat veilige, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg biedt. In 2016 is vanuit de drie hoofdactiviteiten van de zorgprofessional, adviseren, behandelen en begeleiden, de zorgorganisatie geherstructureerd in vier zorgmodellen: Acute Zorg, Diagnose & Indicatiestelling, Interventie Zorgstraten en Chronische Zorg.

Met deze zorgmodellen kunnen we zorg bieden die aansluit bij de route die de patiënt met zijn zorgvraag volgt. Doordat alle medisch specialisten zijn overgestapt van vrije vestiging naar loondienst-met-participatie zijn de productieprikkelers uit het vroegere verdeelmodel verdwenen. Nu sturen we op basis van kwaliteitsprikkelers aan op optimale en passende zorg.

Droomprojecten en het effect op de productie

Er zijn zorginhoudelijke initiatieven die bottom-up door de organisatie zijn uitgedacht en die wij Droomprojecten noemen. Voor de interne geneeskunde zijn dat bijvoorbeeld: screenen en trechteren

van verwijzingen uit de eerste lijn, de internist tijdens kantooruren op de SEH en terugverwijzing van patiënten met diabetes type 2 naar de eerste lijn volgens regionale afspraken. Van de eerste 100 in 2014 aangeleverde droominitiatieven waren de meeste eind 2017 geïmplementeerd. Eind 2016 kon voor het eerst worden geconcludeerd dat de inzet op kwaliteit leidde tot een lagere productie op een vergelijkbare populatie. De (DBC-)omzet was met meer dan 10% gedaald. Het aantal operaties was gedaald met 14%, het aantal opnamen met 15% en de gemiddelde verpleegduur met 22%. Er vond geen verschuiving van zorg naar elders in de tweede lijn plaats. Er werd een lichte stijging van de adherentie vastge-

steld. In 2017 zette deze trend door en eind 2017 naderde de productiedaling in euro's 18%. De kosten werden tegelijkertijd afgebouwd.

Rol zorgverzekeraars

Zonder afspraken met zorgverzekeraars zou dit een kamikazescenario zijn. In 2014 is met onze grootste verzekeraars, CZ en VGZ, een 5-jarenafspraken gemaakt, waarmee Bernhoven gedurende deze periode budgetgarantie kreeg en in staat werd gesteld deze majeure transitie te ondergaan. In 2016 zijn ook met andere zorgverzekeraars vergelijkbare afspraken gemaakt. Ook met alle budgetpolis-aanbieders zijn contracten afgesloten, waardoor alle voor zorg verzekerde personen binnen Bernhoven kunnen worden behandeld en er niet jaarlijks rituele dansen met de zorgverzekeraars hoeven te worden opgevoerd.

Gesprekken zijn gestart met de zorgverzekeraars om na afloop van de meerjarige omzetafspraak over te gaan tot een andere vorm voor langjarige contractering. Met het ministerie van VWS, de NZa en andere

marktpartijen wordt gekeken hoe de vergoedingssystematiek moet worden aangepast omdat de huidige DBC-systematiek voorziet in gemiddelde prijzen voor zorgtrajecten. Door herstructurering van processen wordt de chronische zorg in Bernhoven goedkoper en de acute zorg duurder.

‘Doctor in the lead’

Bernhoven hangt het ‘doctor in the lead’-principe aan. De belangrijkste competentie die een ziekenhuis levert is de medische competentie. Bernhoven heeft bepaald dat vanuit deze competentie de aansturing van de zorginhoudelijke processen dient plaats te vinden. Dit betekent niet alleen meepraten, maar ook meebepalen en formele verantwoordelijkheid dragen voor de kwaliteit en veiligheid van de zorg en dienstverlening. In Bernhoven zijn in de directie twee medisch directeuren benoemd, waarvan de ene verantwoordelijk is voor de zorgmodellen en de andere voor de vakgroepen. In het directiecomité zetelt ook de medisch leider van de afdeling kwaliteit en veiligheid. Alle vier zorgmodellen worden door een medisch leider aangestuurd. Ook komt er een Chief Medical Information Officer, die ook medisch specialist is. Op plaatsen waar het kritieke, multidisciplinaire processen betreft of waar transmuraal wordt samengewerkt, zijn medisch coördinatoren benoemd. Alle medisch specialisten met bestuurlijke verantwoordelijkheid doen dit naast hun dokterstaken gedurende een bepaalde, van tevoren vastgestelde periode.

Netwerkgorg

Bernhoven en het regionale academisch ziekenhuis werken beide actief aan het vernieuwen van de gezondheidszorg. Met het Radboudumc

wordt een zorgnetwerk opgezet waarbij de grenzen tussen beide instellingen deels worden opgeheven. Door kennis en faciliteiten die in het netwerk beschikbaar zijn breed te delen en gezamenlijk verder te ontwikkelen, heeft de samenwerking meerwaarde voor de patiënt, professional en samenleving. We willen een netwerk ontwikkelen dat staat voor *kwaliteit* en *innovatie*; iedere patiënt krijgt binnen het netwerk de optimale zorg. De huisartsen rond Bernhoven zijn georganiseerd in een zorggroep: Synchron. Zij zijn vanaf het begin als volwaardige partner betrokken bij alle droomprojecten. In de diabeteszorg wordt bijvoorbeeld alles met hen afgestemd, ook als het gaat om veranderingen in de zorg binnen het ziekenhuis. Om te bevorderen dat de patiënt lijnloze zorg ervaart, wordt in de eerste en tweede lijn van hetzelfde portaal gebruikgemaakt: e-Vita. Als de patiënt een zorgverlener toegang tot het portaal geeft, kunnen zorgverleners op deze manier efficiënt gegevens uitwisselen en kan het zelfmanagement van de patiënt worden gestimuleerd. Overdracht van zorg van de eerste naar de tweede lijn en omgekeerd wordt op deze manier gefaciliteerd.

Lastige opgave

Dat de transitie geen gemakkelijke opgave is mag duidelijk zijn. Van het personeel wordt meer flexibiliteit gevraagd. Omdat we minder zorg verlenen moet de personele formatie worden afgebouwd. Op veel terreinen is er minder ondersteuning. De formatie op de secretariaten en poli’s is substantieel afgenomen en de stafafdelingen moeten het met minder fte’s doen. We moeten de taken anders gaan doen en de zorg slimmer organiseren. Niet altijd zijn de processen al opnieuw ingericht en daar waar dat wel is gebeurd kampen we

soms met het probleem dat vacatures niet op tijd kunnen worden ingevuld (vooral verpleegkundig personeel). ICT kan helpen, maar mensen en middelen zijn ook hier beperkt. Dokters ontkomen niet aan afschaling. Iedereen is in loondienst gekomen en na het inkomen moet ook de werklust worden geharmoniseerd. Er is een flexibele doktersschil ingericht waarbij tijdelijke contracten niet meer automatisch worden verlengd. Voor veel medewerkers verandert de inhoud van hun werk. Immers, als je blijft doen wat je deed krijg je wat je kreeg en realiseer je niet je doelstellingen: veilige, betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede zorg. Er zijn voortdurend discussies over de cijfers. Ze zijn ‘as good as it gets’. De substantiële afname van de schadelast is een hard feit, maar op de werkvloer wordt geen daling van de werkdruk ervaren. Het herinrichten van de zorgprocessen moet hier lucht gaan brengen. Substitutie van zorg naar de eerste lijn en andere werkwijzen moeten ervoor zorgen dat we als internisten meer tijd krijgen voor de complexere patiënten.

Resultaten

We denken dat een reductie van de schadelast van 18% voorlopig het maximaal haalbare is. De kosten dalen ook, maar veel minder sterk. De vaste kosten en de kosten voor de acute zorg blijven gelijk. Door de gerealiseerde kostenreductie kan Bernhoven de kosten van vergrijzing en nieuwe technologie blijven opbrengen. We kunnen meer met minder en dat is wat de maatschappij van ons verwacht. We zien dat de waardering voor de zorg binnen Bernhoven hoog is. Gemeten met de Consumer Quality Index scoort Bernhoven bovengemiddeld en 90% van de patiënten beveelt ons ziekenhuis aan. Keer op keer verwerft Bernhoven het predicaat meest gastvrije ziekenhuis van Nederland en steeds meer mensen kiezen daarom voor ons ziekenhuis.

De professionals in Bernhoven hebben de afgelopen jaren veel bereikt, iets waar we trots op zijn. In 2018 zullen we ons gezamenlijk verder richten op de volgende fase van onze strategie en ambitie. ■

“De belangrijkste competentie die een ziekenhuis levert is de medische competentie”

BijnierNET:

zorgverleners en patiënten werken samen aan verbetering van de zorg

Bijnierziekten (met uitzondering van primair hyperaldosteronisme) behoren tot de zeldzame ziekten. Naar schatting zijn er in Nederland ongeveer 2000 patiënten met primaire bijnierschorsinsufficiëntie en 3500 patiënten met secundaire bijnierschorsinsufficiëntie. Per jaar zijn er in Nederland ongeveer 50-100 nieuwe patiënten met het Cushingsyndroom of feochromocytoom en 15-20 nieuwe patiënten met bijnierschorscarcinoom.

Voor patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie ligt een Addisoncrisis altijd op de loer. Preventie en behandeling hiervan zijn van levensbelang. Anno 2018 overlijden er nog steeds patiënten onnodig aan deze acute complicatie. Voor patiënten met een zeldzame bijnierziekte is het vaak ook niet duidelijk waar de chronische zorg het best plaats kan vinden.

BijnierNET

Om de zorg voor patiënten met een bijnierziekte verder te verbeteren is in 2014 de Stichting BijnierNET opgericht. Het unieke van BijnierNET is de intensieve samenwerking tussen zorgverleners (internist-endocrinologen, kinderarts-endocrinologen, verpleegkundigen) en patiënten. Alle UMC's en een groot aantal niet-universitaire ziekenhuizen participe-

ren actief in BijnierNET. Gezamenlijk zijn fondsen verworven om de start van BijnierNET mogelijk te maken. Daarna is allereerst gewerkt aan het beschikbaar stellen van uniforme informatie over bijnierziekten via een website (www.BijnierNET.nl). Op initiatief van de patiënten wordt deze informatie niet alleen op traditionele wijze aangeboden door middel van tekst, maar ook via infographics en minidocumentaires met ervaringsverhalen en, onder andere voor laaggeletterden, via videoanimaties en binnenkort ook stripverhalen. Met name de videoanimaties zijn een groot succes. Ze zijn inmiddels in negen talen beschikbaar, waaronder Turks en Arabisch.

De ervaring van BijnierNET is dat de intensieve samenwerking tussen zorgverleners en patiënten een duidelijke meerwaarde heeft. Een voorbeeld hiervan is dat door gezamenlijk op te trekken BijnierNET effectief kan optreden wanneer er problemen zijn met de beschikbaarheid van hydrocortison en fludrocortison, helaas een terugkerend fenomeen. BijnierNET onderhoudt hiervoor intensieve contacten met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP), de bereidende apothekers en de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd in oprichting (IGJ i.o.).

Kwaliteitsstandaard Bijnierziekten

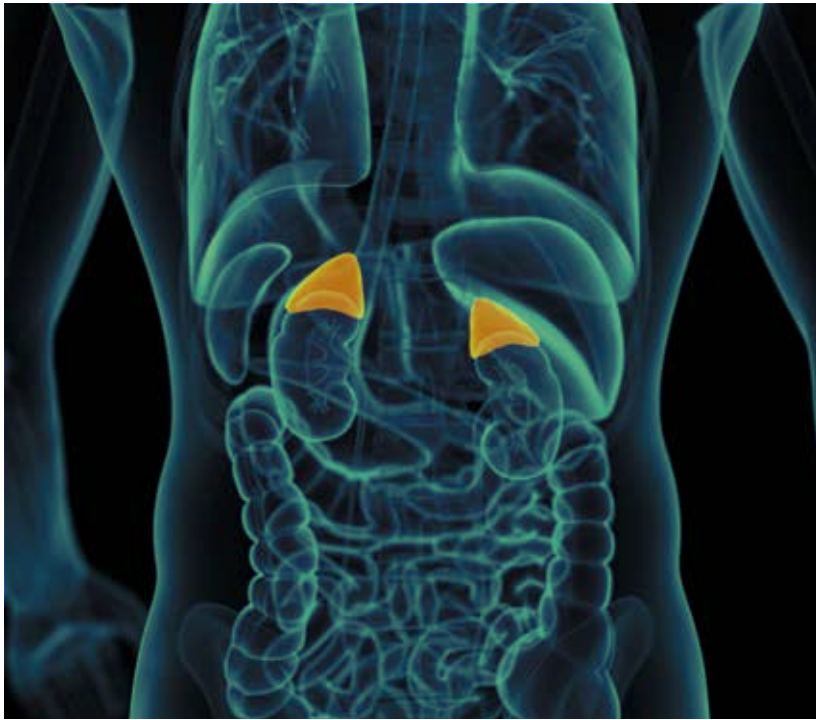
Patiënten en zorgverleners hebben ook intensief samengewerkt bij de totstandkoming van de Kwaliteitsstandaard Bijnierziekten (www.BijnierNET.nl; themapagina's Kwaliteitsstandaard/Goede Zorg). De Kwaliteitsstandaard is in het najaar van 2017 geaccre-

diteerd door onder andere de NIV en de Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (NVE). Bij de totstandkoming van de Kwaliteitsstandaard werden professionals uit zowel UMC's, STZ-ziekenhuizen als niet-STZ-ziekenhuizen betrokken, teneinde een breed draagvlak te verwerven. De Kwaliteitsstandaard is opgebouwd uit modules waarin de gewenste zorg wordt beschreven. De onderwerpen voor de modules zijn voortgekomen uit een gedegen knelpuntanalyse bij professionals en patiënten en betreffen ook zaken als diagnostiek (een knelpunt is bijvoorbeeld dat in de Nederlandse ziekenhuizen zeven verschillende cortisol-assays worden gebruikt, waarvan de resultaten niet onderling uitwisselbaar zijn), psychologische begeleiding, hulp bij restklachten en arbeidsparticipatie. Samen optrekken heeft hier zeker tot meer wederzijds begrip geleid.

Preventie addisoncrisis

Een belangrijk punt dat uit de knelpuntanalyse naar voren kwam, was dat de zorg bij een (dreigende) Addisoncrisis tekortschoot. Zo bleek dat de zogenaamde stressinstructies ter preventie van een Addisoncrisis erg verschilden tussen ziekenhuizen. Dit is uiteraard verwarrend voor patiënten. Daarom heeft een breed samengestelde consensuscommissie een uniforme instructie ontworpen voor de preventie van een Addisoncrisis in de thuissituatie en bij ingrepen in het ziekenhuis (www.BijnierNET.nl; themapagina's Stressinstructies). In samenwerking met de European Society of Endocrinology (ESE) is een Europese SOS-kaart gemaakt, die momenteel in 12 talen beschikbaar is. Tevens is een app ontwikkeld met alle





“Het unieke van BijnierNET is de intensieve samenwerking tussen zorgverleners en patiënten”

informatie die in noodsituaties nodig is, met ook de mogelijkheid (op dit moment nog alleen voor ziekenhuizen die het EPD van EPIC gebruiken) om relevante informatie uit het ziekenhuis-EPD te downloaden. De app is ook geïntroduceerd in Duitsland en Denemarken en wordt doorontwikkeld voor gebruik in diverse andere Europese landen. Ter verbetering van de zorg voor patiënten met een (dreigende) Addisoncrisis is ook uitgebreid overlegd met NHG/INEEN en de ambulancediensten. Er is een attentieregel voor patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie voor het huisartseninformatiesysteem ontwikkeld. Verder is een protocol ontwikkeld voor opvang van deze patiënten door ambulancediensten, waarbij de ambulanceverpleegkundigen nu ook geaccrediteerd zijn om de noodinjectie met hydrocortison toe te dienen.

Dicht bij huis als het kan, verder weg als het moet

Patiënten met zeldzame bijnierziekten stellen vaak aan de patiëntenvereniging (Bijnierveniging

NVACP) de vraag: “In welk ziekenhuis moet ik zijn om goede zorg te krijgen?” Voor de komst van BijnierNET was het advies van de patiëntenvereniging om zich tot een UMC te wenden. Een UMC is zeker aangewezen indien gespecialiseerde diagnostiek (zoals sinus petrosus-sampling bij het Cushingsyndroom of bijniervenesampling bij primair hyperaldosteronisme) of een gespecialiseerde chirurgische ingreep (zoals een hypofyse-operatie) nodig is. Voor de levenslange controle van patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie heeft het echter grote voordelen als dat mogelijk is in een ziekenhuis niet te ver van huis, vooral bij oudere patiënten met comorbiditeit. Zeker bij spoedopnames wegens een dreigende Addisoncrisis is het belangrijk dat deze plaats kunnen vinden in het ziekenhuis dicht bij huis. Door gezamenlijk op te trekken binnen BijnierNET is het standpunt van de patiëntenvereniging tegenwoordig: ‘dicht bij huis als het kan en verder weg als het moet’.

De kennis en infrastructuur ‘dicht bij huis’ moet dan natuurlijk wel op orde zijn. In de Kwaliteitsstandaard Bijnierziekten is opgenomen dat voor goede zorg aan patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie behalve een internist-endocrinoloog ook een in bijnierschorsinsufficiëntie geschoolde verpleegkundige essentieel is. Die is nodig voor het geven van uitleg over het ziektebeeld en de ‘stressinstructies’, inclusief oefenen in het gebruik van de noodinjectie. Daarnaast zijn goede protocollen voor acute opvang en 24/7 bereikbaarheid voor patiënten (zoals bijvoorbeeld voor patiënten die een insulinepomp gebruiken) van groot belang. BijnierNET heeft daarbij in 2017 de helpende hand geboden door het aanbieden van regionale cursussen over bijnierschorsinsufficiëntie voor verpleegkundigen (bijv. diabetes- en osteoporoseverpleegkundigen, maar ook algemeen werkzame verpleegkundigen, die deze zorg er parttime bij willen doen). Inmiddels zijn er verspreid over het land vier cursussen georganiseerd en meer dan 70 verpleegkundigen opgeleid. Voor 2018 zijn nog eens drie cursusdagen gepland.

Transparantie over goede zorg

In de komende tijd streeft BijnierNET ernaar om in goede afstemming met NIV en NVE zichtbaar te maken waar goede zorg voor bijnierpatiënten geboden wordt, conform de in de Kwaliteitsstandaard beschreven en geaccordeerde criteria voor goede zorg (met name aanwezigheid van een in bijnierschorsinsufficiëntie geschoolde verpleegkundige en 24/7 bereikbaarheid). BijnierNET wil hiermee bevorderen dat voor veel patiënten met bijnierschorsinsufficiëntie goede zorg dicht bij huis beschikbaar is, zeker in geval van spoedopnames voor een Addisoncrisis. Goede kennis over bijnierziekten in zo veel mogelijk ziekenhuizen is uiteraard ook belangrijk voor het op tijd stellen van de diagnose: de patiënt met moeheid die uiteindelijk een bijnierschorsinsufficiëntie blijkt te hebben meldt zich namelijk in eerste instantie zelden in een expertisecentrum! ■

Gezonder leven in plaats van pillen

Minder medicatie, meer leefstijladvies. Dat is volgens internist-endocrinoloog prof. dr. Hanno Pijl van het LUMC de toekomst van de gezondheidszorg. “Leefstijlverandering pakt de wortels van veel gezondheidsproblemen aan.”

Het is al langer bekend dat leefstijl een belangrijke oorzaak is van enkele veel voorkomende ziekten, zoals diabetes type 2, hart- en vaatziekten en kanker. Toch wordt in de huidige gezondheidszorg over het algemeen nog weinig aandacht besteed aan leefstijl. “We weten dat onze manier van leven, in combinatie met erfelijke aanleg, een belangrijke rol speelt bij ziekten”, zegt Pijl. “Maar de consequenties van onze leefwijze proberen we op te lossen met pillen en operaties. En ondertussen leven we door op een manier waarvan we weten dat die opnieuw problemen zal veroorzaken.”

Systeemziekte

Er moet veel meer aandacht komen voor leefstijlaanpassingen om ziekten te genezen en te voorkomen, vindt Pijl. Bijvoorbeeld diabetes en systeemziekten waarbij veel processen in het lichaam fout gaan. “Dat is gewoon niet op te lossen met pillen. Het heeft geen zin om met een pil

in te grijpen in één van die processen. Maar we zijn als behandelaars erg gericht op het oplossen van eenmaal ontstane problemen. Een pil is dan vaak eenvoudiger dan een patiënt vragen om het leven anders in te richten. Sommige patiënten hebben hele lijsten met pillen. En dan nóg los je de problemen niet op. Leefstijlverandering is vrijwel altijd een veel betere oplossing.”

Pijl raakte steeds meer gefrustreerd door deze situatie. Hij vindt dat er te veel pillen worden voorgeschreven, terwijl die de oorzaak van gezondheidsproblemen niet aanpakken en slechts beperkt effectief zijn. “Diabetes wordt bijvoorbeeld door veel behandelaars nog steeds gezien als een chronisch progressieve ziekte. Maar de echte oorzaak ligt bij overvoeding, verkeerde voeding, te weinig beweging en te veel stress. Naar die aspecten kijken we nog te weinig en we proberen de ziekte met pillen bij te sturen. Ik ben niet tegen pillen, want ze kunnen ook een goede werking hebben. Maar meestal werken ze suboptimaal, en ze pakken de wortels van het probleem niet aan.”

Scala van ingrijpende ziekten

Er wordt steeds meer bekend over de invloed van leefstijl op de gezond-

heid. Het verband is heel duidelijk bij diabetes type 2, maar ook bij andere ziekten. Zo worden hart- en vaatziekten voor een groot deel veroorzaakt door weinig bewegen, verkeerde voeding, te veel suikers en stress. “De schatting is dat 80 tot 90% van alle infarcten is te voorkomen door op een andere manier te gaan leven. Dat is dus enorm veel”, stelt Pijl. “Bovendien wordt geschat dat 40% van alle vormen van kanker gerelateerd is aan voeding. Ook daar is gebrek aan beweging een belangrijke risicofactor. En van auto-immuunziekten weten we dat sommige daarvan, zoals reuma, heel gunstig reageren op sterke beperking van voedsel. Het is nog niet goed bekend hoe dat precies werkt, maar periodiek vasten heeft een sterk effect op de ontstekingscomponenten bij deze aandoeningen. Leefstijl is dus van invloed op een scala aan ingrijpende en veel voorkomende ziekten.”

Pijl heeft altijd belangstelling gehad voor de relatie tussen voeding en gezondheid. Hij is adviserend lid van het bestuur bij de nog jonge vereniging Arts en Voeding, die leefstijl als medicijn in de gezondheidszorg wil implementeren. De vereniging organiseert onder andere cursussen over ziektespecifieke leefstijlinterventies, fungeert als vraagbaak voor informatie over voeding en gezondheid en houdt jaarlijks een congres over gezondheid en leefstijl. Bovendien is een werkgroep opgericht die, in opdracht van het ministerie van VWS, de mogelijkheden onderzoekt om kennis over voeding en leefstijl in het basiscurriculum voor geneeskunde te integreren.

“**Leefstijlverandering** is vrijwel altijd een veel betere oplossing”



Prof. dr. Hanno Pijl, internist-endocrinoloog, LUMC

Jonge artsen

Er komt volgens Pijl wel steeds meer aandacht voor voeding en leefstijl. Met name bij jonge artsen, merkt hij zelf in de collegezaal. In samenwerking met de Vereniging Arts en Voeding is ook de Stichting Student en Voeding opgericht, die kennis en vaardigheden over voeding en leefstijl onder studenten wil vergroten en implementeren in de artsenopleiding. Op de website staat als missie van deze stichting omschreven: toekomstige artsen uitdagen om interventies aangaande voeding, leefstijl en productiviteitsmanagement terug te brengen in de

“Pillen pakken de wortels van het probleem vaak niet aan”

spreekkamer, zodat de patiënt zijn/haar gezondheid weer in eigen hand krijgt. Pijl: “Dit is een inmiddels landelijke beweging van studenten bij verschillende medische faculteiten, die zelf een bijscholingscursus over voeding en gezond-

heid organiseren. Dat is begonnen in Rotterdam en recent gestart in Leiden, en ook in Groningen en Amsterdam zijn ze bezig. Dat geeft aan dat medisch studenten grote belangstelling hebben voor het onderwerp.”

“Leefstijl is van invloed op een scala aan ingrijpende en veel voorkomende ziekten”

‘HET GAAT ALTIJD OM DE HELE CONTEXT’

Ook in de maatschappij leeft de belangstelling voor voeding en gezondheid. Vrijwel dagelijks berichten media over leefstijl en gezondheid. De andere kant daarvan is dat die berichten elkaar kunnen tegenspreken en verwarring kunnen veroorzaken. Dat komt doordat voedingswetenschap erg lastig is, stelt Pijl. “Het is zeer moeilijk, zo niet onmogelijk, om aan te tonen of een specifieke voedingscomponent goed of slecht is voor de gezondheid. We eten ze namelijk nooit gescheiden, maar altijd als onderdeel van de totale voeding. Het is dus niet de juiste weg om componenten in isolatie te testen. Het gaat veel meer om patronen van voeding, bijvoorbeeld mediterrane voeding. Dat ligt dicht bij de werkelijkheid. En dan nóg is voeding één onderdeel van de leefstijl. Dat maakt het enorm lastig om harde uitspraken te doen over wat wel of niet gezond is. Het gaat altijd om de hele context van iemands leefstijl.”

Rol van internisten

De toenemende aandacht voor leefstijl zal de rol van internisten veranderen, voorziet Pijl. Zij zullen meer gaan samenwerken met bijvoorbeeld diëtisten en, meer algemeen, met leefstijlcoaches die kennis hebben van verschillende aspecten van leefstijlaanpassing. “Zij helpen mensen om toe te groeien naar een gezonde manier van leven. Nu gebeurt dat multidisciplinair met bijvoorbeeld een diëtist, fysiotherapeut en psycholoog. Ik denk dat het beter centraal kan gebeuren door iemand die van alles een beetje weet. Leefstijlcoaches voor mensen met diabetes, of met hart- en vaatziekten. Medicatie zal in veel gevallen nodig blijven. Het initiëren van therapieën blijft de rol van de internist, maar veel meer in een geïntegreerde aanpak met leefstijlcoaches en andere disciplines. Ik denk dat dat het werk een stuk leuker kan maken!” ■

Cartoon

Dr Punthoofd... Ontkent #metoo in de zorg



$1 + 1 = 3$

De duobaan voor internisten

In tijden van krapte op de arbeidsmarkt en alarmerende cijfers over burn-out onder artsen, zou de duobaan een oplossing kunnen bieden.^{1,2} Bij een duobaan vervullen twee specialisten samen één functie en zijn zij samen verantwoordelijk. Toch zijn er nog maar weinig specialisten die hiervoor kiezen. Tijd voor verandering?

De Jonge Klaren enquête 2016 van de JNIV liet zien dat maar liefst 85% van de internisten (korter dan 2 jaar internist) enthousiast is over werken in een duobaan.¹ In theorie is een duobaan een gunstige constructie voor zowel patiënt als internist. Een duobaan geeft een jonge internist de mogelijkheid om laagdrempelig te sparren met een collega om zo de beste zorg voor de patiënt te leveren, terwijl het daarnaast ruimte geeft om werk en gezinsleven te combineren. Maatschappelijk is de duobaan bovendien een gunstige constructie vanwege de huidige werkloosheid. Maar hoe werkt de duobaan in de praktijk?

We vroegen vier specialisten die in een duobaan werken hoe zij dit ervaren en waar ze tegenaan lopen. Bibi van Mackelenbergh en Simone van Haarlem werken als longartsen in een duobaan in het St. Antonius Ziekenhuis in Nieuwegein. Ze hebben elkaar leren kennen tijdens de opleiding longziekten en waren goede vriendinnen. Yu Lan Soei, internist-

endocrinoloog werkt in een duoconstructie in het Franciscus Gasthuis & Vlietland in Schiedam. Wency Yuen, internist-nefroloog, werkt in een trioconstructie in hetzelfde ziekenhuis.

Hoe zijn jullie in een duobaan terechtgekomen en hoe ziet de constructie eruit?

Bibi: “We wilden allebei graag longarts worden, maar vonden een fulltimebaan te druk aangezien we jonge moeders waren. We hoorden van twee duoartsen in Apeldoorn en dachten dat dit ook goed zou zijn voor ons. We solliciteerden samen voor 1,0 FTE-baan.” Simone: “Een voorwaarde voor ons was dat we het zowel professioneel als persoonlijk goed kunnen vinden. De manier waarop we ons werk doen, sluit goed bij elkaar aan. We weten van elkaar dat we adequaat werk leveren en respecteren elkaars beslissingen. Dit is noodzakelijk in een duobaan omdat we samen de zaalsupervisie doen en bij afwezigheid

elkaars beleid overnemen. Er was bij de maatschap sprake van koudwatervrees, ze kenden de duobaanconstructie niet. Maar goede argumenten voor de koudwatervrees hadden ze niet. Een groot voordeel was dat ze ons al kenden uit de opleiding.”

Bibi: “Vooral het feit dat we in het begin 1,2 FTE hebben gewerkt voor een salaris van 1,0 FTE en aanvullende kwaliteiten hebben voor de maatschap, heeft hen gesterkt in de beslissing. We hebben het contract door een accountant laten bekijken, maar verder waren er voor de maatschap zowel juridisch als financieel geen nadelen om een duo aan te nemen.”

Wency: “Ik werk in een trioconstructie, dus met twee andere collega's. Er waren in het voormalig Vlietland ziekenhuis twee vacatures (2 FTE) voor een internist-nefroloog. Na de sollicitatieronde hadden ze geen duidelijke voorkeur voor één collega en werden we gevraagd of we misschien met drie nefrologen de functies zouden

Bibi & Simone:
“Het is wat ons betreft de
uitvinding van de eeuw”

TEKST: CAROLINE CANTÉ, REBECCA VERHEGGEN, CLAIRE DEN HOEDT, ASTRID PULLES EN THIJS TEN DOESSCHATE – BEELD: 123RF



willen vervullen, dus elk een functie van 0,7 FTE. De klinische zorg voor de afdeling doen we alle drie, er is altijd een nefroloog werkzaam. Elke maandag zijn we er alle drie voor de overdracht, verder gaat veel van de overdracht per mail. We hebben elk onze eigen groep dialysepatiënten, in de vakanties is een van ons vast aanspreekpunt. De dienstbelasting wordt naar rato verdeeld. Verder geldt voor de verzekering eenzelfde premie als voor andere internisten. En beoordelingen van aios doen we altijd samen.”

Yu Lan: “Ik werk inmiddels 15 jaar binnen de duobaanconstructie. Mijn collega gaf destijds aan alleen parttime te willen werken. Uiteindelijk zijn we samen aangenomen voor een duobaan. Dit was destijds in Nederland de eerste keer dat internisten in een maatschap voor een duobaan werden opgenomen. We

DAKPANCONSTRUCTIE

Een speciale vorm van de duobaan is de dakpanconstructie. Hierin wordt een jonge klare aangesteld wiens dienstverband een overlap krijgt met een collega die zijn pensioen nadert. De jonge internist vervult een rol in het verlichten van de werkdruk van de oudere maat en krijgt een kans om te leren van diens jarenlange ervaring. De oudere collega neemt hierin een coachende rol aan. Door afspraken te maken over het inhouden van salaris van de maat over de niet-gewerkte diensten en de jonge klare te laten starten in een instapschaal heeft dit model netto weinig financiële gevolgen voor de maatschap/MSB.³ Dit model is eerder voorgesteld voor snijdende vakken, maar zou ook heel goed binnen een vakgroep van internisten kunnen functioneren.

delen nu 1,0 FTE, waarbij we twee hele dagen in het ziekenhuis aanwezig zijn en een halve dag besteden aan administratie.”

Wat zijn de voordelen?

Simone en Bibi: “Wij zien veel voordelen, het is wat ons betreft de uitvinding van de eeuw en het verbaast ons dat er niet nog meer duopartners zijn.

Door goede overdracht, laagdrempelig overleg en inzicht in elkaars werkzaamheden en werkwijze, ervaren we juist meer continuïteit voor de patiënt. Bij vakanties worden de poli's geblokkeerd en wordt de zaalsupervisie met een ander maatschapslid gecombineerd. Als een van ons zou uitvallen hebben we in ons contract gezet dat er een nieuwe duopartner moet

Wency: “Een belangrijk voordeel is de flexibiliteit die de baan met zich meebrengt”

worden gezocht. We verdelen de weekenddiensten in twee, wat meer lucht geeft; dit is inmiddels ook door andere collega's overgenomen. Een ander voordeel is dat het hebben van een 'maatje' binnen de maatschap heel prettig is. Iemand die je steunt en bij wie je terecht kan. Een ander meer praktisch voordeel is dat de duopartner, op dagen van afwezigheid, het werk kan overnemen waardoor je je dan ook echt vrij voelt. Doordat het overnemen van werk meer geïntegreerd zit in de duobaanstructuur, worden ook andere collega's minder belast met vragen of problemen over je patiënten bij afwezigheid. Voor vierdaags werkende collega's die zich naast de klinische werkzaamheden op een ander gebied willen ontplooiën zou een duoconstructie goed kunnen werken door op de vierde dag met andere activiteiten bezig te zijn.”

Wency: “Een belangrijk voordeel is de flexibiliteit die de baan met zich meebrengt, met name ook voor de thuis-situatie. Ook vergroot het de eenheid binnen de maatschap, doordat we flexibeler naar andere collega's zijn, bijvoorbeeld bij invallen voor diensten tijdens ziekte.”

Yu Lan: “Doordat er meer experts zijn op verschillende deelgebieden, verbreedt de expertise van de vakgroep. Doordat er in kleinere maatschappen soms maar één differentiatiecollega is, kun je nu juist meer intercollegiaal overleg plegen om de juiste zorg te kunnen bieden voor je populatie.”

Wat zijn de nadelen?

Bibi en Simone: “We kunnen voor onze situatie geen nadelen noemen. Hoewel er beperkingen zijn op het gebied van ontplooiën van andere activiteiten binnen onze driedaagse werkweek, kunnen we ons voldoende

ontwikkelen binnen onze deelgebieden. Wel zijn er voorwaarden om de constructie te doen slagen. Het is belangrijk dat je dezelfde werkwijze en arbeidsethos hebt. Er bestaat een gevaar op conflicten als hier grote verschillen tussen bestaan, omdat je meer op elkaar bent aangewezen. Een andere voorwaarde is dat drie dagen per week werken het absolute minimum is. Sommige collega's vinden drie dagen te kort om je werk goed te doen of zijn bang voor ongelijkheid binnen de maatschap. Wij kunnen eigenlijk geen financiële of zorginhoudelijke nadelen noemen.”

Yu Lan: “De overdracht moet goed zijn, dit is een valkuil. Goede samenwerking en zaken goed op elkaar afstemmen is hierbij heel belangrijk. Ook moet je elkaar niet te veel willen controleren, geef elkaar de ruimte en de eigen manier van werken. Een ander nadeel is, dat je naast de twee dagen werken toch regelmatig in het ziekenhuis bent voor vergaderingen. Een inherent nadeel is dat je minder pensioen opbouwt en dat je je collega's weinig ziet, vooral die van de andere deelgebieden.”

Wency: “Het belangrijkste nadeel is wel het gebrek aan toekomstperspectief. Uitbreiden nu de kinderen groter worden is namelijk lastig. De gedachte heerst nog te veel dat een

niet-fulltimer nooit professor wordt. Een maatschappelijk nadeel is dat ik verwacht dat met name vrouwen hier gebruik van zullen maken, waardoor een verschil ontstaat tussen de mannelijke en vrouwelijke specialiteit. Daardoor krijgen vrouwen een beperkter toekomstperspectief. Men zou moeten pleiten voor een flexibeler carrièretraject waarbij je op latere leeftijd weer meer kan gaan werken.”

Conclusie

Het werken in een duobaanconstructie wordt ervaren als prettig, waarbij de voordelen voor de geïnterviewden, de patiënt en de vakgroep op lijken te wegen tegen de nadelen. De continuïteit van werkzaamheden blijft gewaarborgd, zeker ten tijde van (on)geplande afwezigheid, waarbij de heterogeniteit van de vakgroep juist wordt vergroot. Een duobaan biedt de internist en de vakgroep de mogelijkheid om betere zorg te leveren voor de patiënt. Werken in een duobaanconstructie biedt voor de duopartners niet alleen ruimte om meer tijd te besteden aan het thuisfront, maar ook de kans om je op een ander gebied professioneel te ontplooiën. Als positief neven-effect draagt werken in een duobaan bij aan het terugdringen van werkloosheid onder jonge klaren. De JNIV roept (toekomstige) jonge klaren op om een duobaan te overwegen en te solliciteren en nodigt MSB's en vakgroepen uit bij elke vacature te overwegen of deze in duo kan worden uitgevoerd. ■

Literatuur

1. Dresselaars L, Verheggen R. Jonge Klaren Enquête JNIV. Interne Geneeskunde. 2016;1:27-8.
2. www.vvaa.nl/voor-leden/nieuws/burnout-bij-jonge-medisch-specialisten-zorgwekkend.
3. Dakpanmodel arbeidsmarkt. Bestuur NVvH.

WAT IS JULLIE ADVIES VOOR AIOS?

Bibi/Simone: “Begin eraan! Zoek een partner waarmee het zowel professioneel als persoonlijk goed klikt en solliciteer samen naar één functie. Gebruik bovenstaande argumenten om de maatschap/vakgroep over te halen en maak er je kracht van. Regel wel dat je een losse aanstelling hebt en niet afhankelijk bent van de ander bij ziekte of verlof.”

Wency/Yu Lan: “Geef duidelijk aan wat je wilt, wees eerlijk en geef aan wat je kan bieden, solliciteer met z'n tweeën. Maak duidelijk dat een duobaan niet betekent dat je je minder inzet voor je werk.”

“Wat je niet kent, **herken je niet**”

Deze spreuk was het eerste dat je zag als je als jonge aios interne geneeskunde tijdens je keuzestage de overdrachtsruimte van de afdeling cardiologie in Maastricht betrad. Met grote letters prijkte het over de volle breedte van het kleine amfitheatertje.

Lange tijd dacht ik dat de toenmalige hoogleraar Wellens, een grootheid op ritmegebied, deze spreuk zelf had bedacht en dat vervulde mij met nog meer ontzag. Tijdens een cursus filosofie, vele jaren later, bleek dat de spreuk (waarschijnlijk) afkomstig is van Friedrich Nietzsche (1844-1900). Dat Nietzsche en Isidore Snapper (1889-1973) elkaar ooit hebben ontmoet is onwaarschijnlijk, maar zij zullen het wat deze spreuk betreft roerend met elkaar eens zijn geweest.

Snappercursus 2017

Snapper geldt als een van de grote geesten van de Nederlandse interne geneeskunde. Hij was hoogleraar in Amsterdam, Peking en New York en in zijn vrije tijd een bevlogen voetbalscheidsrechter. Voor wie meer over hem wil weten is er recent een zeer lezenswaardig boek verschenen, geschreven door de Rotterdamse internist Arie Berghout, echt een aanrader. [Zie de *boekrecensie elders in deze uitgave, red.*] Gezien zijn grote didactische kwaliteiten is het ook

terecht dat Snappers naam verbonden is aan het instituut dat als doel heeft het onderhouden van de kennis van internisten in de volle breedte van het vak. Zeker in een tijd waarin toenemende subspecialisering en her en der zelfs serieuze bedreiging van ons vak optreedt door oprukkende kinderartsen, gerieters, SEH-artsen, ziekenhuisartsen enzovoort, is het zaak dat we staan voor een eigen internistisch gezicht. Zoals je wilt, de holistische benadering van de patiënt als grote gemene deler van alle internistische bloedgroepen. Een van de middelen om dat te bereiken en onderhouden is scholing. De opzet van de Snappercursus is dat alle grote onderwerpen uit de interne geneeskunde op interactieve wijze en naar de nieuwste inzichten, gepresenteerd worden door een academische en een perifere internist. In 2017 vond deze kruisbestuiving plaats in Hotel Oud London in Zeist, onder de bezielende en enthousiaste leiding van Douwe Dekker en Karin Kaasjager, beiden vanuit het UMC Utrecht.

Interactief programma

Na een kennistoets bedoeld voor je eigen begrip van ‘hoe sta ik ervoor’, volgden tijdens een intensief en interactief programma allerlei onderwerpen uit de interne geneeskunde. Van sepsis naar diabetologie en via pijn, nefrologie en ouderengeneeskunde naar hematologie. De rode draad was de praktijk van alledag, maar er was ook tijd om uitstapjes te maken naar bijvoorbeeld faagtherapie bij de bestrijding van bacteriële infecties. Onder leiding van Helen Leavis kwam een casus ingewikkelde klinische immunologie aan bod met zinnenprikkelende differentiële diagnoses, klinisch redeneren en infectiologische complicaties van immuunsuppressieve therapie. Ook niet direct hardcore medische onderwerpen passeerden de revue, zoals: ‘wat te doen bij een (tucht)klacht’ en ‘hoe kun je een behandelovereenkomst verbreken’. Verder sprak een van de psychiaters van het UMCU over de wils- onbekwame patiënt en onze rol als internist daarin. Leerzaam voor mij was dat niet alleen de psychiater wilsbekwaamheid mag afgeven, maar in principe elke arts en dat dwangbehandeling ook mogelijk is als een patiënt tegen je zorgplicht ingaat.

TEKST EN BEELD: JOOST VAN ESSER



Al met al een intensief en gevarieerd programma waarbij er in de pauzes gelegenheid was om je hoofd even op te frissen door middel van een wandeling door het nabijgelegen bos en/of te praten met (on)bekende collega's. Gesproken over die onbekende collega: schrijf je vooral in zonder dat je (veilig) afsprekt met een bevriende/bekende collega. Je zult verrast zijn over het gemak waarmee je de tijd 'stuk' slaat.

Intoxicaties

De eerste dag werd, inmiddels al na het diner, afgesloten met een voordracht van Douwe Dekker over acute intoxicaties. Iedereen kent ze wel, de intoxicant is niet de meest geliefde patiënt, maar de manier waarop het werd gepresenteerd, gebruikmakend van je klinische blik en de opgedane kennis van de grote toxidromen, maakte mij als internist uit de maligne hoek zelfs enthousiast om de volgende GHB'er te ontvangen. De tweede dag ging het verder met de rondtocht door de interne geneeskunde, waarbij ik toch ook graag even kwijt wil dat de interactie met 'lotgenoten' over medische/ethische problemen en dilemma's in de zorg misschien nog wel belangrijker en leerzamer is dan vergaring van medische kennis. Verrassend om te zien dat een groep van ongeveer 40 internisten van diverse bloedgroepen uit diverse regio's van het land toch met dezelfde problemen kampen. En ook al is er niet altijd direct een oplossing, dan is het toch wel geruststellend om je te realiseren dat als je in je eigen gedachten dreigt rond te gaan tolleren, er talloze anderen zijn die dat

ook doen over hetzelfde probleem. De tweede dag werd afgesloten met een fietstocht naar het centrum van Zeist om daar het diner te gebruiken en onder het genot van een glas wijn werd de spreekwoordelijke kers op de Snappertaart gezet. Dit was meteen ook een geschikt moment om niet alleen maar over het vak te praten, maar over je eigen achtergrond, toevallig ontdekte gemeenschappelijke vrienden, interesses en belangrijke levensvragen. Na een nachtelijke fietstocht door een aardedonker bos terug naar het hotel, gingen we voldaan naar bed.

'Primum non nocere'

De laatste dag stond in het teken van de endocrinologie, vasculaire geneeskunde en skillslab-activiteiten in het Domus Medicum, gericht op het toepassen van ABCDE met lotuspatiënten. Deze lotuspatiënten (excited delirium en septische shock) hebben het vermogen je compleet te laten vergeten dat 'ze maar doen alsof', met als resultaat dat je na afloop bijna opgelucht bent dat het er weer op zit. Verder was er nog een zeer leerzame workshop echografie,

waarbij je op elkaar de basisprincipes van de echografie kon oefenen en je je realiseerde hoe lastig echografie is, maar ook hoeveel informatie je er, zonder dat je afhankelijk bent van anderen, in korte tijd en aan het bed van de patiënt mee kunt krijgen. Als spreuk hanteert het Snapper-instituut 'Primum non nocere', ten eerste geen kwaad doen. Zeker in een tijd dat wij onder een vergrootglas liggen van politiek, (sociale) media, accreditatie-instituten, de inspecteur volksgezondheid en wij binnen de NIV praten (visiedocument) over de toekomst van de internist, blijft deze spreuk actueel. Vanuit de overlevering weet ik dat Snapper op gezette tijden nog terugkeerde naar Amsterdam en dan tijdens een avond, inclusief diner, al zijn voormalig arts-assistenten uitnodigde en aan de tand voelde over wat ze allemaal (wetenschappelijk) hadden gedaan om vervolgens de avond in informele sfeer te eindigen (met een analyse van het Nederlandse voetbal). Ik ben blij dat de NIV dit, op een eigentijdse manier, maar in de geest van Snapper, nog steeds doet! ■

“De interactie met ‘lotgenoten’ over medische/ethische problemen en dilemma’s in de zorg is misschien nog wel belangrijker en leerzamer dan vergaring van medische kennis”



Kwaliteitskader voor intramurale spoedzorg

Onder regie van de NIV en met inbreng van meerdere wetenschappelijke verenigingen is een Kwaliteitskader Intramurale Spoedzorg ontwikkeld. Deze beschrijft normen voor allerlei aspecten van spoedzorg en is van toepassing op zowel grote centra als kleine ziekenhuizen. “Vanuit vele kanten is meegedacht en input geleverd”, vertelt werkgroepvoorzitter Bas Huisman, internist acute geneeskunde/nefroloog in het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft.

Voor de spoedzorg in Nederland heeft Zorginstituut Nederland zes complexe stromen gedefinieerd: voor acuut hartinfarct, buikaneurysma, CVA-zorg, geboortezorg, heupfractuur en multitrauma. Dat is enkele jaren geleden gebeurd na discussie vanuit zorgverzekeraars over de inkoop van spoedzorg. “Het Zorginstituut heeft beschreven hoe de zorg in de beschreven situaties opgevangen moet worden”, vertelt Huisman. “Maar deze spoedstromen dekken slechts 5% van alle patiënten die op een SEH komen. Voor de overige 95% zijn er geen duidelijke veldnormen of kwaliteitsparameters. Er bestaat veel praktijkvariatie tussen ziekenhuizen en regio’s. Dat is niet wenselijk.”

Breed gedragen

Het kwaliteitskader is opgezet om, via financiering door de Stichting Kwaliteitsgelden Medisch Specialisten (SKMS), bestaande literatuur- en praktijkkennis over spoedopvang te bundelen en te delen. Enkele jaren geleden konden wetenschappelijke verenigingen bij SKMS kwaliteitsvoorstellen doen rond het thema acute zorg. Huisman heeft toen een

voorstel gedaan namens de NIV. “Dat werd breed omarmd om gezamenlijk te gaan uitwerken, onder regie van de NIV. Op dat moment zaten ook de SEH-artsen in een kwaliteitstraject voor spoedzorg. Daarom hebben we de twee initiatieven samengevoegd, zodat we een breed gedragen kwaliteitskader konden ontwikkelen.”

Een werkgroep, ondersteund door het Kennisinstituut van de Federatie Medisch Specialisten, heeft uitgangsvragen geformuleerd over een betere organisatie van spoedeisende hulp in ziekenhuizen. In de literatuur is daar evidence bij gezocht en ook zijn ‘expert opinions’ van werkgroepleden meegenomen. “De werkgroep is breed en groot, met 18 leden onder wie ikzelf en Karin Kaasjager als internisten. Zo kunnen we brede consensus bereiken.”

Tekorten

Knelpunten in de intramurale spoedzorg kunnen ontstaan door een tekort aan verpleegkundigen of bedden op zowel de SEH als in het ziekenhuis. Patiënten die al gezien zijn op de SEH, kunnen dan niet snel doorstromen naar andere afdelingen in het ziekenhuis. Dat kan met name gebeuren als het druk is op de SEH, bijvoorbeeld tijdens een griep epidemie. “Daarnaast is het de vraag wat personeelstekort op een SEH doet met de kwaliteit van de zorg”, stelt Huisman. “Is iedereen SEH-gediplomeerd? Zijn alle diensten goed in te vullen? Hoe snel worden patiënten gezien? Vindt triage plaats, en welke? Moet de patiënt zo snel mogelijk van de SEH af? Voor dat laatste moet de opvang in de rest van het ziekenhuis goed geregeld zijn. Daarvan moeten SEH-medewerkers dus goed op de hoogte zijn. Je moet constant monitoren wat de mogelijk-

heden zijn en hoe patiëntenstromen lopen. Met deze scenario’s hebben dokters op de SEH zeer regelmatig te maken. En tegelijk is aandacht nodig voor kwetsbare patiëntengroepen. Zo zijn ouderen een groeiende groep in de spoedstromen.”

Modules

Het kwaliteitskader gaat over de eerste 24 uur van een patiënt op een SEH of een acute opnameafdeling. Het beschrijft wat in welke situaties moet gebeuren en is van toepassing op zowel grote academische centra als kleine perifere ziekenhuizen. Het kader bevat de modules basiseisen, triage, overdracht, beschikbaarheid van diagnostiek, regievoering, pijn, en verwarde patiënten. “Daarmee wordt het merendeel van alle situaties op een SEH beschreven”, zegt Huisman. “Dat begint aan de poort: waar moet een SEH aan voldoen? Zo moet er een arts zijn met minimaal twee jaar klinische ervaring. Assistenten moeten als bekwaam zijn beoordeeld, en de artsen moeten competent zijn om SEH-patiënten te kunnen opvangen. Er moet het liefst binnen 30 minuten een specialist in huis kunnen zijn en telefonisch overleg tussen de poortarts en een specialist in de achterwacht moet altijd mogelijk zijn. Voor alle modules zijn aanbevelingen gedaan voor beleidsmakers in het ziekenhuis.”

Soms is het lastig om een norm te benoemen. Volgens Huisman is het daarom van belang dat een ziekenhuis zelf relevante gegevens meet en bijhoudt. Hoe snel wordt een patiënt getrieerd? Hoe snel staat een dokter aan het bed? Hoe lang duurt de opvang van een patiënt door een verpleegkundige? Hoe snel is de uitslag binnen van een CT-scan of



Bas Huisman

KWALITEITSKADER LNAZ

De afgelopen jaren heeft ook het Landelijk Netwerk Acute Zorg (LNAZ) gewerkt aan kwaliteitsverbetering voor de ongedifferentieerde zorg. Recent is hun Kwaliteitskader Spoedzorg opgeleverd. Huisman zegt hierover: “Het LNAZ liep iets op ons voor. Dat kwaliteitskader gaat over afstemming binnen de hele keten rond een spoedpatiënt: huisartsenpost, ambulancevervoer, ziekenhuis en van daar weer terug naar huis. Het verschil met ons is dat wij ons alleen richten op het ziekenhuis. In dat intramurale deel zit uiteraard wel overlap. We hebben dat daarom goed met elkaar afgestemd.”

ander onderzoek? “Er is weinig evidence voor dit soort gegevens. Maar als je de gemiddelden in jouw ziekenhuis kent en je bespreekt ze met

de direct betrokkenen, kun je actie ondernemen als die gemiddelden gaan afwijken of kun je knelpunten oplossen.”

Discussie

Huisman heeft in het Reinier de Graaf zelf al ervaring opgedaan met monitoring. Wekelijks komen gegevens beschikbaar over bijvoorbeeld opnamecapaciteit, doorlooptijden en knelpunten. Die gegevens kunnen leiden tot een andere planning voor onder meer de OK, bedden capaciteit of scopiekamers, zodat de spoedstroom niet stagneert.

Het kwaliteitskader is nu in de afrondende fase en kan daarna worden geïmplementeerd. Huisman voorziet nog wel enige discussie: “De geadviseerde normen kunnen van invloed zijn op de organisatie van zorg in een ziekenhuis. Voor het ene ziekenhuis zijn de normen makkelijker haalbaar dan voor het andere. Maar dat is inherent aan een kwaliteitskader. Zoals gezegd hebben veel wetenschappelijke verenigingen deelgenomen aan de werkgroep, en het kader is ook beoordeeld door de Raad Kwaliteit van de Federatie. Dus vanuit vele kanten is meegedacht en input geleverd. Dat verkleint de kans op implementatieproblemen. Daarnaast denk ik dat het veld behoefte heeft aan een initiatief vanuit het veld om de kwaliteit van de spoedzorg te verbeteren. Want als we die niet zelf benoemen, dan zal dat vroeg of laat gebeuren door zorgverzekeraars of de Inspectie.” ■

Reactie op ‘De knuppel in het internistenhok’ van Hans Ablij

Een vingerwijzing naar het lichamelijk onderzoek

Interne Geneeskunde nummer 4, december 2017

Ik ben het eens met de mening van Hans Ablij dat het verrichten door een internist van een vaginaal toucher nooit en een rectaal toucher zelden of nooit geïndiceerd is.

Ik zou nog verder willen gaan door te stellen dat elke vorm van lichamelijk onderzoek waarbij geen specifieke vraagstelling is (die volgt uit de verwijfsredenen en/of uit de anamnese) onethisch is en een vorm van screening is waarvoor strenge criteria zouden moeten gelden en waarvoor – analoog aan offlabel voorschrijven van medicatie – expliciet toestemming moet worden gevraagd.

Jan Jager, internist Zwolle

Stichting Historia Medicinae, 50 jaar voor of in de wind?

De Stichting Historia Medicinae werd 50 jaar geleden, op 6 december 1967, opgericht ten huize van de Amsterdamse hoogleraar Interne Geneeskunde Gerrit Arie Lindeboom (1905-1986). Lindeboom had geneeskunde gestudeerd aan de Universiteit van Amsterdam en was daarna bij professor Isidore Snapper in het Wilhelmina Gasthuis opgeleid tot internist, waarna hij zich als internist-röntgenoloog vestigde in de De Lairesestraat in Amsterdam. In die tijd al combineerde hij zijn dagelijkse werkzaamheden als internist met een grote belangstelling voor klinisch wetenschappelijk onderzoek en geschiedenis van de geneeskunde. Dit leidde bij de oprichting van de medische faculteit van de Vrije Universiteit van Amsterdam (VU) in 1950 tot een benoeming tot hoogleraar Algemene Ziektekunde én Encyclopaedie der Medische Wetenschappen.

In 1955 kwam daar een benoeming tot hoogleraar Inwendige Geneeskunde bij. Lindeboom richtte een Medisch Encyclopaedisch Instituut op, waar hij aandacht kon besteden aan medische ethiek en de filosofie en geschiedenis van de geneeskunde. Dit laatste leidde tot de oprichting van de Stichting Historia Medicinae. Het doel van deze stichting was: de bevordering van de wetenschap van de geschiedenis der geneeskunde en geneeskunst in Nederland, door het verlenen van subsidies, het uitschrijven van prijsvragen, het organiseren van wetenschappelijke bijeenkomsten en het stichten van leerstoelen.

Stichting

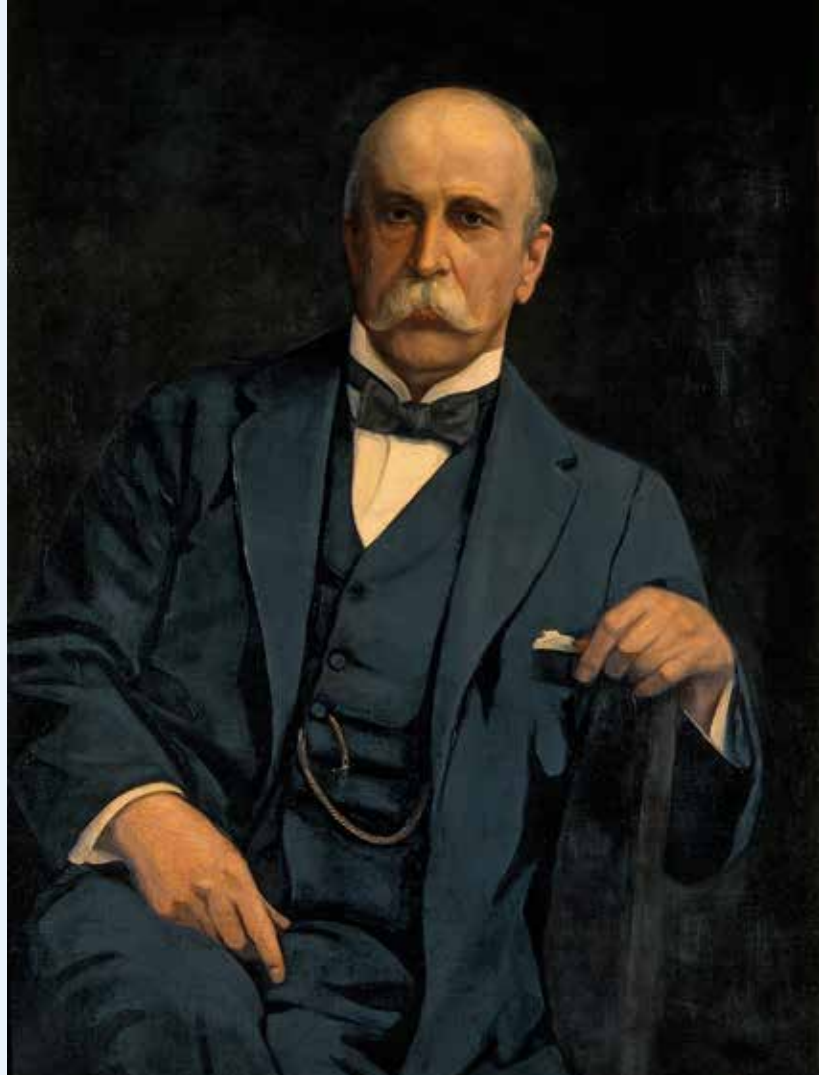
Vanaf het begin waren de werkzaamheden van de Stichting Historia Medicinae nauw verweven met de activiteiten van het Medisch Encyclopaedisch Instituut. Donateurs van de stichting konden zich tegen een gereduceerde prijs abonneren op het mededelingenblad *Aere Perennius* van het instituut. Internationale contacten werden bevorderd door onder

meer het mede organiseren van jaarlijkse 'contactdagen' tussen medewerkers van het Institut für Theorie und Geschichte der Medizin van de Universität Münster en medewerkers van het Medisch Encyclopaedisch Instituut. Het instituut werd daardoor zowel nationaal als internationaal hét ontmoetingscentrum voor geïnteresseerden in medische geschiedenis. In 1971 werd door het instituut met steun van de stichting begonnen met een landelijke cursus Geschiedenis der Geneeskunde. Vanaf 1974 organiseerde de stichting tweemaal per jaar een Medisch Historische Dag waar over onderzoek in de geschiedenis van de geneeskunde werd gerapporteerd. De samenvattingen van deze voordrachten werden gepubliceerd in het maandblad *Spiegel Historiael*, *Aere Perennius* en het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde (NTvG)*. De Stichting Historia Medicinae kon deze initiatieven ontwikkelen dankzij bijdragen van donateurs, particuliere schenkingen en financiële steun van de – ook door Lindeboom opgerichte – Stichting Pieter van Foreest

voor ondersteuning van activiteiten op zowel het wetenschappelijk terrein als op het gebied van de praktische gezondheidszorg. Geheel in de traditie van Lindebooms belangstelling voor de geschiedenis van de geneeskunde had hij deze stichting vernoemd naar een van de belangrijkste



Figuur 1. Gerrit Arie Lindeboom-Penning (85 mm doorsnee, 367 gram), na het overlijden van Lindeboom ontworpen door chirurg en kunstenaar Rob van der Veen. Op de voorzijde is Lindeboom (1905-1986) en face afgebeeld, op de keerzijde een staande en een zittend lezende persoon en de tekst 'non nova - sed nova' (niet nieuw, maar een nieuwe manier)



Figuur 2. Sir William Osler (1849-1919), in 1912 oprichter van de History of Medicine Society in Londen.

medici uit de zestiende eeuw, Pieter van Foreest, die ook bekend stond als de 'Hollandse Hippocrates'.

Hoewel Lindeboom na zijn emeritaat in 1978 het directoraat van het Medisch Encyclopedisch Instituut had overgedragen aan Mart van Lieburg, bleef hij werkzaam bij het instituut én voorzitter van de Stichting Historia Medicinae. In 1984 introduceerde het bestuur van de stichting met steun van de Stichting Pieter van Foreest – waarvan Lindeboom ook voorzitter was – een vijfjaarlijkse Gerrit Arie Lindeboom-prijs voor de beste publicatie op het terrein van de medische geschiedenis en de Gerrit Arie Lindeboom-penning (*figuur 1*) voor personen die zich op bijzondere wijze verdienstelijk hebben gemaakt op het terrein van de medische geschiedenis. Voor toekenning van de prijs werd gegadigden gevraagd een opstel te schrijven over *Medicalisering*. In 1986 overleed Lindeboom na een kort ziekbed. De 25e Medisch Historische dag

in 1987 stond daardoor geheel in het teken van zijn overlijden. Hoogleraar Interne Geneeskunde Cees van der Meer van de VU volgde zijn leermeester op als voorzitter van de Stichting Historia Medicinae.

Het 25-jarig bestaan van de Stichting Historia Medicinae werd in 1993 gevierd met een symposium 'Overheid en gezondheidszorg in de twintigste eeuw'. De stichting kon in dat jaar terugkijken op een periode waarin het zeer voor de wind was gegaan.

Van voor de wind naar in de wind

Niettemin raakte de Stichting Historia Medicinae in de loop van de jaren 90 van vóór de wind in de wind verzeild. Terwijl het onderwijs en onderzoek rond medische geschiedenis zich internationaal uitbreidde en vernieuwde, werd het vakgebied aan de Nederlandse universiteiten vrijwel afgeschaft. Door noodzakelijke bezuinigingen werden een aantal

leerstoelen opgeheven en zelfstandige afdelingen medische geschiedenis gesloten, waaronder bij het VUmc, wat toch jarenlang de bakermat van het onderwijs en onderzoek in de medische geschiedenis was geweest. Een noodzaak tot behoud van medisch historische expertise werd door medische faculteiten niet gezien. In het eerste Raamplan voor de basisopleiding geneeskunde in 1994 werd kennis van de beginselen van medische geschiedenis zelfs niet genoemd. Als gevolg daarvan hadden na de eeuwwisseling vier van de acht UMC's geen zelfstandige afdeling en leerstoel medische geschiedenis meer. In de andere UMC's waren de staven medische geschiedenis, al dan niet als onderdeel van een afdeling Metamedica, klein en werden de leerstoelen merendeels in deeltijd ingevuld. Dit leidde ertoe dat vanuit de VU de medisch historische dagen niet meer konden worden georganiseerd. Ook de cursus geschiedenis van de geneeskunde kon niet meer op de oude voet worden voortgezet. De activerende rol die de Stichting Historia Medicinae jarenlang had gespeeld in de bevordering van onderwijs en onderzoek in de geschiedenis van de geneeskunde raakte daardoor in een impasse.

Herwaardering

Begin deze eeuw kwam er een kentering ten goede. Huisarts en oud-KNMG-voorzitter Willem Cense had inmiddels het voorzitterschap van Van der Meer overgenomen en schreef een discussienota waarin hij pleitte voor een herwaardering van de initiërende, coördinerende en enthousiasmerende rol van de Stichting Historia Medicinae. In een beleidsplan werden de te ondernemen acties verder uitgewerkt. En dat was niet zonder resultaat. Vanaf 2001 leverde de stichting een substantiële bijdrage aan de organisatie van zogenaamde Witness-seminars, die onder leiding van bestuurslid Eddy Houwaart door de sectie medische geschiedenis van de afdeling Metamedica van de VU werden georganiseerd. Mede op initiatief van het NTVG werd de cursus geschiedenis van de geneeskunde in 2004

onderdeel van een landelijk master-programma Medische Geschiedenis en het HOVO-onderwijs dat door de Letterenfaculteit van de VU in samenwerking met het LUMC, het MUMC+ en aanvankelijk ook het Radboudumc was ontwikkeld. Daarnaast werd begonnen met een cursus Medische Geschiedschrijving voor liefhebbers van de geschiedenis van de geneeskunde. In 2007 begon Van Lieburg met steun van de Stichting Historia Medicinæ en het KNMG-Domusoverleg met een jaarlijkse Domus Dag. In 2009 werd begonnen met de organisatie van een tweejaarlijkse Medisch Historische Marktdag. In 2013 werd, mede op initiatief van de emeritus-hoogleraar Interne Geneeskunde Harry Hillen, de Nederlandse Vereniging voor Medische Geschiedenis (NVMG) opgericht. Om de NVMG een basis te geven besloot de Stichting Historia Medicinæ niet meer actief donateurs te werven en adviseerde bestaande donateurs lid te worden van de NVMG. In Urk richtte Van Lieburg voor zijn omvangrijke boekencollectie een Trefcentrum Medische Geschiedenis Nederland in als kennis-, documentatie- en erfgoedcentrum en platform voor het niet-universitaire onderzoek van de geschiedenis van de geneeskunde, gezondheidszorg, verpleegkunde, farmacie, tandheelkunde en de paramedische vakken. Voorts vestigde de stichting van 2006 tot 2010 een bijzondere leerstoel Geschiedenis van de Antieke Geneeskunde bij de Universiteit Leiden. Dit voorjaar zal er met steun van de stichting een bijzonder hoogleraar Medische Geschiedenis worden benoemd bij de faculteit Geesteswetenschappen van de VU. Niet meer bij de medische faculteit, hetgeen illustratief is voor de ontwikkeling die het vakgebied heeft doorgemaakt, van bestudering van de geschiedenis van de geneeskunde vanuit een medische optiek naar een geesteswetenschap vanuit een multidisciplinaire optiek waarin naast medische disciplines ook sociale, filosofische, ethische, historische en communicatiewetenschappen betrokken zijn. Een ontwikkeling kortom van ‘medical his-

Inzicht in medische geschiedenis maakt duidelijk dat **de huidige wetenschappelijke kennis en inzichten niet een eindpunt zijn**

tory’ via ‘medical humanities’ naar ‘health humanities’.

Nu weer voor de wind?

Het lijkt erop dat de Stichting Historia Medicinæ de wind weer in de zeilen heeft gekregen. Illustratief daarvoor is de grote belangstelling voor de jaarlijkse Domus Dag. Maar ook het Raamplan 2009, waarin onderwijs in metamedica – dat wil zeggen onderwijs in de ethiek, filosofie en geschiedenis van de geneeskunde – nu wel als verplicht onderdeel in de basisopleiding geneeskunde is opgenomen. Notabene op aandringen van het KNMG-Studentenplatform. Kennelijk realiseren medische faculteiten zich nu ook dat medische geschiedenis als onderdeel van wetenschapsgeschiedenis bij uitstek relevant is om continuïteit en discontinuïteit in de wetenschapsbeoefening te verduidelijken. Dat medische geschiedenis duidelijk maakt hoe beroepsbeoefenaren in de zorg door de eeuwen heen op basis van zorgvuldig observeren en deduceren een bijdrage hebben geleverd aan inzichten in de presentatie van ziektebeelden en de oorzaken en behandelmogelijkheden daarvan. Maar ook hoe ontwikkelingen in kennis en veranderingen in de maatschappij voortdurend leiden tot aanpassing van die inzichten en preventieve en therapeutische opties. En dat inzicht in medische geschiedenis ook duidelijk maakt dat de huidige wetenschappelijke kennis en inzichten niet een eindpunt zijn, maar een fase in een doorlopend ontwikkelproces. Dat onderwijs in de medische geschiedenis studenten het bewustzijn kan bijbrengen dat geschiedenis van de geneeskunde geen parade van plaatjes is waar selectief kennis van kan

worden genomen, maar beginpunt is van een voortgaande ontwikkeling. Medische geschiedenis als kristallisatiepunt waarin geschiedenis van de geneeskunde en wetenschapsfilosofie voor de student geneeskunde aanschouwelijk en hanteerbaar worden en een brug vormen voor het besef dat beoefening van de geneeskunde als praktische wetenschap niet kan zonder wetenschappelijke praktijk. Internisten hebben in de bestudering van de medische geschiedenis steeds een belangrijke rol gespeeld. In de eerste plaats Sir William Osler (1849-1919, *figuur 2*), die als invloedrijk clinicus en onderwijshervormer oprichter is van de History of Medicine Society en bedenker van wat later medical humanities is gaan heten. De oprichter en eerste voorzitter van de Stichting Historia Medicinæ en zijn opvolgers waren internisten, met uitzondering van huisarts Willem Cense. Harry Hillen was één van de oprichters én eerste voorzitter van de NVMG en is ook één van de redactieleden van het binnenkort te verschijnen nieuwe leerboek over medische geschiedenis. Internist-endocrinoloog Wouter de Herder publiceert regelmatig artikelen over medisch historische onderwerpen in de endocrinologie. Recent publiceerde internist Arie Berghout een uitstekende biografie over Isidore Snapper [zie *elders in dit tijdschrift, red*]. Een biografie over de Amsterdamse internist Jacobus Borst is onderweg. Zo dragen beschreven feiten over internisten uit het verleden bij aan de verdere ontwikkeling van de geneeskunde in het heden. ■

Roerige tijden



Het zijn weer roerige tijden. Niet alleen blijkt dat alle mensen die we bewonderden zich hebben vergrepen aan jonge jongens en meisjes of in ieder geval in billen geknepen hebben, waar zij niet voor geautoriseerd waren, maar er blijken eigenlijk helemaal geen integere mensen meer te zijn. In de politiek wisten we dat natuurlijk al veel langer. We kijken niet op een flatje in Scheveningen, we vinden het normaal dat er door politici op grote schaal gesjoemeld wordt met geld en macht. In de medische wereld is het vast niet veel beter. Geld dat naar privérekeningen in Luxemburg wordt gesluisd, exorbitante vergoedingen en reisjes, onze beroepsgroep wordt met argwaan bekeken. Dat de #metoo-beweging nog niet zoveel grond onder de voeten heeft, komt door de lange tijd dat dokters met elkaar worden opgescheept en de verstrengeling van belangen daardoor. Maar er is macht, er is geld en dokters hebben dezelfde lage lusten als ieder ander, zij het dat het sausje van 'ik zet mij in voor de goede zaak' de aandacht wel afleidt. Wie zonder zonden is, werpe de eerste steen. Ik stel voor dat we bij de komende internistendagen de seksen gescheiden houden om wantoestanden te voorkomen, hoewel dat voor de genderneutralen dan een beetje ongezellig is en hoe het met anders geaarden moet, weet ik ook niet.

En wat vinden we van flirten op het werk? Volgens Cathérine Deneuve moet het kunnen en met haar uitspraak heeft ze geen vrienden gemaakt.

Wij hebben net weer een ronde IFMS achter de rug en je vraagt je serieus af of dit nu voorkomt dat er slechte of disfunctionerende artsen ontstaan. Vroeger kon je een heel leven lang denken dat je het heel goed deed, terwijl anderen daar anders over dachten. Dat is volgens mij niet veranderd. En of assessments en, zoals in het Britse model dat Marcel Levi voorstelde – rollenspellen met acteurs die boze familieleden naspelen en waar je dan als aankomende maat een gesprek mee moet voeren – de problemen gaan oplossen, blijft voor mij een duistere zaak. Ik denk dat je bij een sollicitatie erachter moet proberen te komen of iemand bereid is uit zijn comfortzone te komen en dit vervolgens te blijven checken in de 35 jaar dat je

met iemand in een vakgroep zit. Zodra mensen in paniek raken als iets niet protocollair is vastgelegd, moet je je wenkbrauwen optrekken en bedenken hoe je zo iemand een duwtje kunt geven.

Misschien zijn het juist de protocollen die mensen om de tuin leiden, ook waar het gaat om de omgangsvormen. Er is bij mijn weten nog geen protocol getiteld: 'Flirten op het werk zonder grenzen te overschrijden'. Iedereen begrijpt het verschil tussen er goed uitzien en er appetijtelijk uitzien en toch kunnen beide in een context best en helemaal niet.

Ik wil graag nog een lans breken voor een uitspraak van Bill Gates, die vindt dat je voor het beteugelen van een moeilijk probleem moet proberen een lui persoon te vinden, omdat iemand die lui is een gemakkelijke manier gaat vinden om het probleem op te lossen. Ofwel: de korte bocht is in veel gevallen best een optie. Neem luie mensen aan! Scheelt ook in iatrogene schade.

Ten slotte: de strijd om het woord 'brein' met betekenis 'hersenen' uit de Nederlandse taal te houden beschouw ik als gestreden en door mij verloren. In Alkmaar hoop ik het nog even vol te houden, maar je kunt tegenwoordig geen kwaliteitskrant meer openslaan of er staan neurowetenschappers te blaten over ons brein en de functies ervan. Ik kan er met mijn hersenen niet bij en als radiologen 'breinmetastasen' en 'een vasculair belast brein' zeggen, moet ik even in een plastic zak blazen, maar dankzij een cursus mindfulness kan ik accepteren dat de dingen zijn zoals ze zijn. ■

REAGEREN?

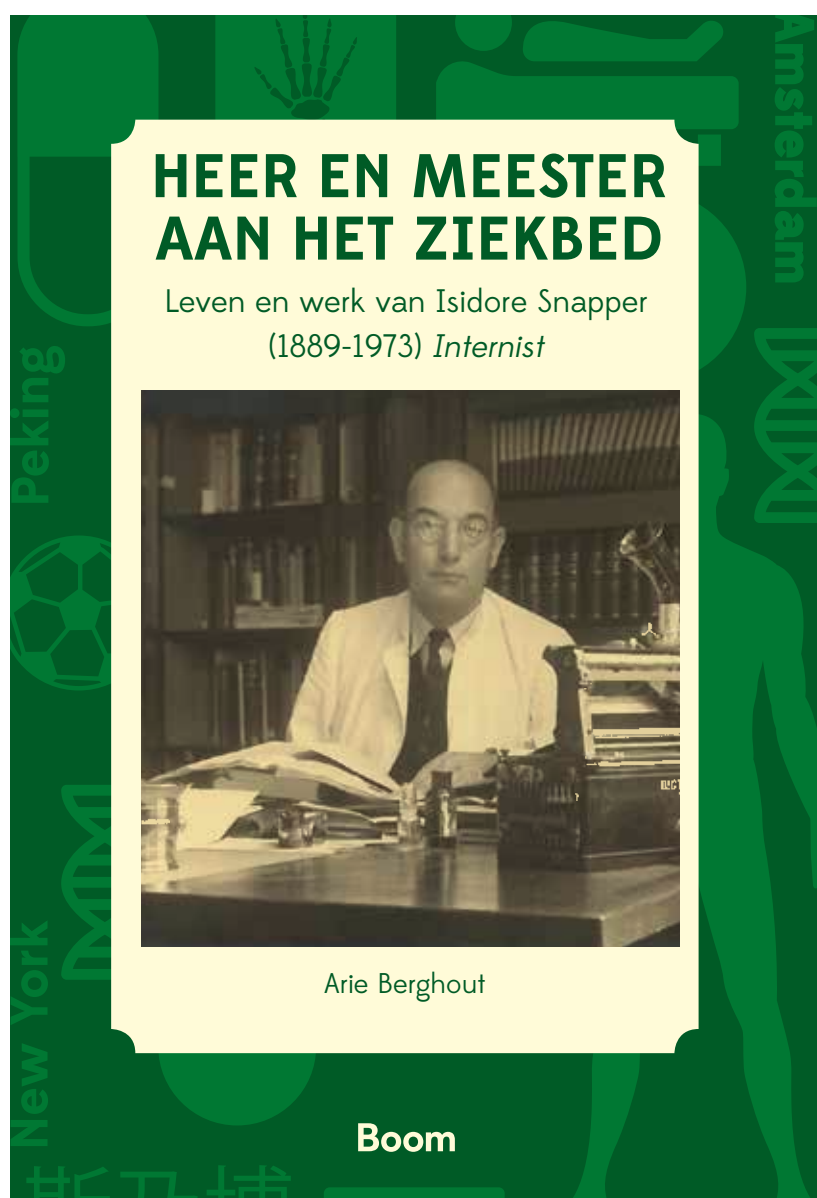
Wilt u (anoniem) reageren op de tekst van Hein Visser? Dat kan door een e-mail te sturen aan de redactie van Interne Geneeskunde via info@internisten.nl. In de volgende uitgave van Interne Geneeskunde worden de meest prikkelende reacties gepubliceerd. Of wilt u zelf de knuppel in het internistenhok gooien?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

Heer en meester aan het ziekbed

Biografieën van grote Nederlandse medici zijn nog steeds schaars en dat geldt al helemaal voor biografieën van internisten. In deze situatie is nu wat verandering gekomen met het verschijnen van de biografie van Isidore Snapper, geschreven door Arie Berghout. De meeste internisten zullen Snapper wel kennen van zijn dieet en het naar hem genoemde NIV-instituut, maar slechts weinigen zullen over de details van zijn leven en werk geïnformeerd zijn. Ook het door Snapper geschreven boek *Bedside Medicine* zal bij de huidige generatie internisten nauwelijks herinneringen oproepen.

Berghout, zelf (inmiddels gepensioneerd) internist, geeft in zijn boek een uitgebreide beschrijving van de persoon Snapper met al diens kwaliteiten en hebbelikheden. Snapper komt daarbij naar voren als een uitermate intelligente en erudiete man die de interne geneeskunde nog in volle omvang beheerste. In dat opzicht was hij dus een typische exponent van de Amsterdamse School met zijn leermeester professor Pel als grote voorbeeld. Andere grote rolmodellen voor Snapper waren Hijmans van den Bergh en William Osler.

In het boek volgen wij Snapper tijdens diens medische carrière, die zich niet alleen in Amsterdam afspeelde maar voor een belangrijk deel ook in Peking en de Verenigde Staten, waar



Auteur: Berghout A.

Titel: Heer en meester aan het ziekbed. Leven en werk van Isidore Snapper (1889-1973) Internist. Uitgever: Boom Uitgevers Amsterdam, 2017. 311 pagina's, geïllustreerd.

ISBN: 9789058756060, NUR 680

hij in New York een, zoals Berghout schrijft, 'Beau Monde'-professor in Manhattan werd. De vele moeilijkheden die Snapper ondervond, zoals het feit dat hij vanwege zijn Joodse afkomst in de oorlogsjaren niet vanuit China terug kon naar Nederland, zijn Japanse gevangenschap en de problemen die hij ondervond bij zijn pogingen om Amerikaans staatsburger te worden, komen eveneens uitgebreid aan bod.

Berghout schroomt niet om ook de negatieve kanten van Snapper te belichten. Zoals dat zo vaak het geval is met grote geesten, leed ook Snapper aan een groot ego dat eigenlijk geen enkele vorm van tegenspraak duldde. Hij was ijdel, op roem belust en in de omgang soms wel erg onaangenaam. Als hij zijn zin niet kreeg, ging hij op zijn strepen staan en maakte ruzie met iedereen die hem in de weg stond. Hij is dan ook

enkele malen met fikse ruzie vertrokken uit de ziekenhuizen waar hij werkte. Snappers belangstelling voor vrouwen krijgt ook ruime aandacht, in het bijzonder de amoureuze verhouding met zijn secretaresse, nota bene een oud-patiënte van hem en later CIA-agente. Deze affaire heeft ervoor gezorgd dat Snapper zelfs in de CIA-archieven voorkomt.

Berghout is erin geslaagd om een zeer leesbaar boek te schrijven met veel interessant materiaal, niet alleen over de persoon Snapper zelf maar

Snapper kon op diverse deelgebieden excelleren, juist omdat hij als generalist verbanden zag

ook over de grote wereldgebeurtenissen in de tijd waarin hij leefde. Bovendien komt de geschiedenis van de interne geneeskunde uitgebreid aan bod. Een belangrijke les die daaruit voor de huidige internistengeneratie te trekken valt is wel dat het generalisme van de interne geneeskunde nooit overboord mag worden gegooid. Snapper kon op diverse deelgebieden excelleren, juist omdat hij als generalist verbanden zag. Kortom: een boek dat ik van harte kan aanbevelen. ■

NIV

Bezoek het NIV innovatie platform op de internistendagen en laat je inspireren!

Wat? Internisten uit het hele land pitchen innovatieve technologieën die jouw werk verbeteren, makkelijker en leuker maken, zoals betrouwbare apps, wearables, tools voor telecommunicatie en serious gaming.

Waar? Centrale hal van het MECC gebouw.

Wanneer? Donderdag en vrijdagmiddag (19 en 20 april) in de pauze tussen 12 en 13 uur.

Wil jij collega's inspireren met een pitch over innovaties in de patiëntenzorg, opleiding of het onderzoek? Bijvoorbeeld met een app, een EPD applicatie, een tool voor telecommunicatie of iets anders?

Meld uiterlijk 6 april je innovatie aan door te mailen naar:
nivplatform2017@gmail.com.





De medicus in de schilderkunst

Otto Dix

De zakelijke en ontaarde lelijkheid van de mens(heid)

Otto Dix meldde zich in 1914 aan als vrijwilliger bij het Duitse leger om tijdens de Eerste Wereldoorlog zijn land te verdedigen. De gruwelen van de oorlog maakten een onuitwisbare indruk op hem en het spook van dood en verderf verliet hem nooit meer. Zijn ervaringen verwerkte hij in de etsencyclus *Der Krieg*, waarin de oorlog op een verontrustende manier wordt weergegeven. Deze 51 etsen worden in de moderne kunst, naast *Los desastres de la guerra* (1810-1820) van Francisco Goya, beschouwd als de meest diepgaande protesten tegen oorlogsbarbarij.

Bij beide schilders wordt de beschouwer meegesleurd in een hel van Dante: gifgasaanvallen, slachtpartijen, executies en mutilaties. Verontrustende beelden waarin geen plaats is voor hoop. De stank van rottende lijken dringt als het ware via het netvlies naar binnen. Dix schilderde in zijn werken hierna zijn personages in al hun lelijkheid, bijna als karikaturen waarachter de ware potentiële aard van de mens schuilt.

Nieuwe Zakelijkheid

Dix werd in 1891 geboren in Gera, Duitsland. Hij volgde enkele kunstopleidingen en schilderde in zijn beginjaren in de traditie van het expressionisme. Na 1920, als reactie op de verschrikkingen van de Eerste Wereldoorlog en in

navolging op het dadaïsme, ontwikkelde Dix een eigen stijl die later bekend zou worden als de Nieuwe Zakelijkheid (*Neue Sachlichkeit*). Deze kunststroming was een post-expressionistische reactie op de oorlog, waarin sentiment categorisch werd afgewezen en geen plaats was voor enige vorm van idealisering. Het was een artistieke proteststroming die, naast de afkeer van oorlog, werd gekenmerkt door een maatschappijkritische houding tijdens de Weimarrepubliek, waarin decadentie de boventoon voerde. In wezen waren zijn oorlogsetsen voorlopers van de fotografische reportages: de harde en koude werkelijkheid wordt weergegeven, ontdaan van enige franje of romantisering. In deze periode schilderde hij ook drie dokters: psychiater Dr. Stadelmann (1922), uroloog Dr. Koch (1921) en KNO-arts Dr. Mayer-Hermann (1926). De medici worden verre van ideaal afgebeeld. Stadelmann lijkt zichzelf gehypnotiseerd te hebben en zou, met zijn groene huidskleur en uitpuilende ogen, een prima hoofdrol kunnen spelen in een horrorfilm. Mayer-Hermann heeft met zijn ernstige overgewicht de vorm aangenomen van de ronde KNO-spiegel die hij op zijn voorhoofd draagt.

De families Koch en Dix

Dix was een huisvriend van dr. Hans Koch, een uroloog die ook kunstverzamelaar was. De medicus was in moeilijke tijden ook niet te beroerd om de schilder financieel

te steunen. Het portret van Koch is bepaald niet uitnodigend, maar zo bont als bij Mayer-Hermann en Stadelmann maakt Dix het niet. Koch wekt nog wel enig vertrouwen dat je bij hem aan het goede adres bent bij klachten van de urinewegen. Hij staat in zijn praktijkruimte met in zijn rechterhand een injectiespuit en in zijn linker een rubberen stuwband. Op de achtergrond is de stoel met beugels te zien waarin de patiënt kan plaatsnemen om vervolgens een urologische ‘maltraite’ te ondergaan. Het schilderij past goed in de traditie van de Nieuwe Zakelijkheid. Als je naar de uroloog gaat kun je verwachten dat het niet bij een anamnese, een receptuur en een handschudding blijft. De urinewegen kunnen alleen wijdbeens goed worden geïnspecteerd en bovendien met een scala aan metalen hulpmiddelen. ‘What you see is wat you get’, zakelijk en naar waarheid.

Dix werd tijdens zijn verblijf in Düsseldorf niet alleen goede vrienden met Hans Koch, maar ook met diens echtgenote, Martha. Hun vriendschap zou zich al snel ontwikkelen tot een onstuimige liefdesrelatie die verre van een bevestiging was: bij zijn vertrek naar Dresden reisde Martha met hem mee, haar echtgenoot en twee kinderen achterlatend. Het stel trouwde in 1923. In de lijn der verwachting zou dit tot een definitieve breuk hebben moeten leiden tussen Koch en Dix. Niets is minder waar. Koch vond het wel prima. Hij was sinds zijn tijd als uroloog in Berlijn hevig verliefd op de oudere zus van Martha, Maria Lindner. Maria was destijds zijn patiënte en dat Koch uiteindelijk met Martha trouwde heeft waarschijnlijk te maken met het feit dat Maria geen kinderen kon krijgen. Koch was nu vrij om zijn grote liefde te oogsten. Koch en Dix eindigden als zwagers en bleven een warme vriendschapsband onderhouden.

Ontaarde kunst

Met de val van de Weimarrepubliek en de opkomst van het nationaalsocialisme, kwam er een abrupt eind aan de Nieuwe Zakelijkheid. De werken van Dix werden tijdens het naziregime beschouwd als ‘Entartete Kunst’. Hij verloor in 1933 zijn baan aan de Kunstacademie in Dresden en er was een verbod op het tentoonstellen van zijn werken. Zijn schilderijen voldeden uiteraard niet aan de eisen die het naziregime stelde aan kunst: een Arisch ideaalbeeld van de Duitser, perfect van lichaam en met een uitstraling van onoverwinnelijkheid. Dix’ portretten staan in stijl juist diametraal tegenover dit ideaalbeeld: cynisch en extreem imperfect. Om de Duitsers kennis te laten maken met ontaarde en Derde Rijk-ondermijnende kunst, werden in 1937 in het Entartete Kunst Museum in München 600 kunstwerken in de tradities van het expressionisme, dadaïsme, surrealisme en de Nieuwe Zakelijkheid tentoongesteld, waaronder werken van Dix. Nadat de expositie meerdere steden in Duitsland en Oostenrijk had aangedaan, werden de werken voor een habbekrats geveild. Na de ‘opvoedkundige’ tentoonstelling was er weinig belangstelling voor de kunst. De onverkoopbare werken eindigden op een brandstapel, samen met veel literaire werken. Zo’n 250 werken van Dix gingen daarbij verloren. Een tweede vernietiging van een deel van zijn werken vond



Portret van Dr. Hans Koch, 1921
Staatsgalerie, Stuttgart

plaats in 1944, toen een museum in Friedrichshafen door de geallieerden werd gebombardeerd.

Dix heeft Duitsland nooit verlaten. Tijdens de oorlog verhuisde hij naar de Bodensee. Daar legde hij zich toe op het schilderen van landschappen, een neutraal onderwerp waar de NSDAP geen aanstoot aan nam. Er waren meer niet-Joodse kunstenaars die zich koest hielden tijdens de oorlog, en de grote steden – waar de meeste onrust was en het risico op ontvoering het grootst – inruilden voor de periferie van Duitsland om zich in de luwte te weiden aan ‘veilige’ kunst. Deze ‘Innere Emigratie’ mag opportunisme worden genoemd, maar was ook heel begrijpelijk. Overleven, op welke manier dan ook, is voor elk individu intrinsiek een voorwaarde voor zijn bestaan.

Dubbellevens

Na de Tweede Wereldoorlog bleef de Bodensee Dix’ thuisbasis, waar hij met Martha, een dochter en twee zonen woonde. De omgeving daar vond hij “zum Kotzen schön”. Dix was een stadsmens en graag onder de mensen. Hij was een fervent café- en bioscoopbezoeker en de omgeving van het meer had weinig te bieden op het vlak van vermaak. Dit alles was wel in Dresden te vinden, waaronder ook een tweede vrouw met wie hij een dochter kreeg.

In de jaren 50 en 60 werden zijn werken weer op waarde geschat en kreeg Dix in West- en Oost-Duitsland meerdere onderscheidingen en prijzen.

Dix overleed in 1969. De moderne portretkunst wordt nog steeds sterk beïnvloed door zijn werk. ■

Yvo Smulders



Ontregeling vraagt ontregelaars

Bij ontregeling van de zorg denkt men vooral aan problemen met bijvoorbeeld indicatiecriteria en vergoedingsprocedures in de eerste lijn. Terecht hoor, daar hoor je mij niet over. Maar pas de laatste tijd begin ik steeds meer in te zien dat er in onze ziekenhuizen ook een enorm probleem is.

Vermoedelijk dringt dat besef zo traag door omdat ik, net als vele generatiegenoten, de opleiding en eerste ervaringsjaren in een tijd doorbracht dat het primaire proces dat wij bestierden ook echt primair was. Inmiddels hebben wij, zeker in een groot opleidingsziekenhuis, de dagelijkse zorg en logistiek grotendeels overgedragen aan een nieuwe generatie jonge dokters. De net wat oudere specialisten kunnen daardoor denken dat het allemaal nog wel meevalt, terwijl hun a(n)ios vol in het spervuur van de hyperregulatie staan. Dit begint funeste gevolgen te krijgen. Begin januari publiceerde een groepje aios en internisten van het AMC in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* een onderzoek waaruit bleek dat aios nog maar 13% van hun tijd in direct contact staan met patiënten. In het VUMC onderzochten wij de stressfactoren voor aios, waarbij de last van administratieve eisen en logistieke inefficiëntie met stip bovenaan stond. Een aardverschuiving, want sinds mensenheugenis waren faalangst en de vrees niet óók een omgevallen boekenkast te worden met gemak de onbetwiste koplopers.

Wie gaat de hyperregulatie stoppen en de ontregeling ter hand nemen? Bestuurders niet, vergeet dat maar. Ten eerste zijn die te voorzichtig om zaken minder te regelen dan de burens, of dan toezichthouders verlangen. Ten tweede hebben ze er persoonlijk weinig last van. Een hoge bestuurder van een UMC hield eens een gloedvol betoog over ontregeling, waaronder het terugdringen van kwaliteitswaan. Gevraagd waarom hij dan niet onmiddellijk het vigerende EPD drastisch vereenvoudigde en de voorgenomen JCI-accreditatie schrapte, bleef het net iets te lang stil. Besturen bestaat toch vooral uit begripvol kijken als werkbijeen hun sores te berde brengen, om daarna rustig door te akkeren met de lopende agenda. Van medisch specialisten zou je meer initiatief mogen verwachten, maar hun (onze) actiebereidheid is vaak verrassend klein. Deels zijn ze murw, deels bezig met andere dingen en deels hebben ze, zoals gezegd, simpelweg minder lijdensdruk. Onze beroepsvereniging dan? Tot nu toe blijkt daar weinig van; het NIV-bestuur is in ieder geval opvallend stil in dit hele debat. Kortom: het zenuwcentrum van de ontregeling is een lege ruimte met alleen een boel posters aan de muur. Zelfs degenen die ze daar hebben opgehangen zijn nergens te bekennen. Ook zij zitten elders hun beeldschermen vol te tikken 'voor het geval dat'.

Het is misschien een laf standpunt, maar ik vrees dat het initiatief voor ontregeling vooral van de slachtoffers van de hyperregulatie zelf moet komen en de a(n)ios spannen in dat opzicht makkelijk de kroon. Doorzettingsmacht hebben jullie niet, maar iedere verandering begint bij een krachtige signalering. Dit is dus, met enige schroom vanwege het eigen falen en met begrip voor jullie soms kwetsbare positie, een oproep aan de jongste generatie artsen om duidelijk te laten horen dat het zo niet langer gaat en jullie het beroep willen waar je ooit voor gekozen hebt.