

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 3
JAARGANG 10
OKTOBER 2019

Magazine voor de internist



Peter Nieboer & Gerrit Jan Veldhuis

“In een kleiner ziekenhuis kun je nog een echte generalist zijn”

Spoedzorg

Een update vanuit de
Werkgroep Spoedzorg

Erfelijke en aangeboren aandoeningen

Laura de Graaff pleit voor
nieuwe specialisatie binnen
interne geneeskunde

Waardegedreven hiv-zorg

Optimale zorg tegen
aanvaardbare kosten

TedTalks

Myriam Lipovsky, Jelle Zwaag en
Roderick Tummers-de Lind van
Wijngaarden vertellen over een
internistisch thema



INTERVIEW 6

Jonge klaren zullen moeten besluiten waar zij willen gaan werken. Velen kiezen voor het drukker Westen van het land, waardoor kleinere ziekenhuizen in het Oosten moeite hebben om specialisten te vinden. Internisten Gerrit Jan Veldhuis en Peter Nieboer vertellen hoe leuk het is om juist in de periferie te werken, en bovendien ver weg van de drukte van de Randstad



Erfelijke en aangeboren aandoeningen

12

Laura de Graaff pleit voor “internist-EAA” als nieuwe specialisatie binnen interne geneeskunde



TedTalks voor de internist

16

Een samenvatting van de TedTalks op de afgelopen internistendagen



Een Nederlander met Afghaanse roots

19

Mahmoud Mohammadi over zijn ervaringen met de Nederlandse (werk)cultuur

De internist op de SEH. Een update vanuit de Werkgroep Spoedzorg

10

Value based health care **in de hiv-zorg**

14

Wat wordt bedoeld met **normtijden**

20

Opinie – De internist met uitsterven bedreigd?

22

Opinie – Andere tijden, nieuwe internisten

24

RUBRIEKEN

Cartoon 27

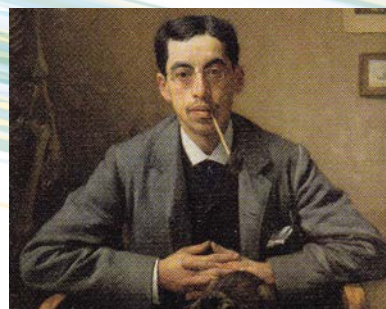
Bespreking
Hans Ablij bespreekt de serie *Charité* 28

De knuppel in het internistenhok 29
Stuur-me-niks register

Reactie op knuppel 30

De medicus in de literatuur 32
Arnold Aletrino, als wetenschapper zijn tijd ver vooruit

Column Yvo Smulders 34
Ieders waarheid meandert





Samen

Het kraakt en het piept in de gezondheidszorg. Het wenkend perspectief van 0% volume groei in 2022, bij een nog steeds toenemende vraag naar zorg, levert dokters en bestuurders hoofdbrekens op. Ook in mijn eigen ziekenhuis merk ik dat bijvoorbeeld het tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen nu al de patiëntenzorg onder druk zet en ambities frustreert. Een makkelijk antwoord is er helaas niet. Wel is voor mij zeker dat elke oplossingsrichting in meer of mindere mate zal inhouden dat we meer moeten gaan samenwerken. In dit nummer van het magazine roepen onze jonge JNIV-collega's ons op om meer te innoveren op het gebied van samenwerking. Nieuwe vormen van zorg, samen met de eerstelijns, kunnen een deel van het antwoord zijn. In dit magazine ook een terugblik én toekomstvisie op de interne geneeskunde door Blijham en Hillen. Ook zij verwachten dat samenwerking, met name waar het de generalistische aspecten van de interne geneeskunde betreft, een hoge vlucht zal nemen in de komende jaren.

In de spoedzorg moeten wij als internisten blijven investeren, zoals Marjolein Kremers in dit magazine beschrijft. Echter, ook hier is samenwerking met bijvoorbeeld SEH artsen en geriateren noodzakelijk, waarbij ieder zijn eigen expertise inbrengt en elkaar daardoor versterkt.

Het klinkt allemaal zo logisch, maar toch gebeurt het niet of onvoldoende. Yves Morieux, socioloog gespecialiseerd in de transformatie van bedrijven, heeft een interessante theorie als antwoord. Als de complexiteit van een organisatie toeneemt (en de gezondheidszorg is al zeer complex), is de reactie vaak het toevoegen van nog meer complexiteit: een nieuwe strategie, nieuwe structuren en nieuwe regels. Werknemers trekken zich hierdoor terug in hun 'silo' en doen alleen hun eigen ding. Het antwoord zou volgens hem niet nog meer structuur, maar juist meer samenwerking moeten zijn. Hij noemt dat 'smart simplicity', zijn TED-talk hierover is aan te raden. Smart simplicity betekent onder andere het belonen van samenwerking, het vergroten van reciprociteit ("ik doe iets voor jou, dan doe jij later misschien iets voor mij"), het mandateren van mensen op de werkvloer en het schrappen van regels. Alleen door op deze manier samen te werken kunnen we over onze eigen schaduw heen springen en het hoofd bieden aan de toekomstige uitdagingen. Ik wens u de komende maanden veel samenwerking toe.

Evert-Jan de Kruijf
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde, magazine voor de internist
10e jaargang, nummer 3, oktober 2019

Redactie

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

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2019

Website NIV: www.internisten.nl





Interview

“Internist werkt hier breder dan in groot ziekenhuis”

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: BART VERSTEEG

Een academisch of een perifeer ziekenhuis? Een groot of een klein centrum? Binnen of buiten de Randstad? Jonge klaren zullen moeten besluiten waar zij willen gaan werken. Velen kiezen voor het drukker Westen van het land, waardoor kleinere ziekenhuizen in het Oosten moeite hebben om specialisten te vinden. De internisten dr. Gerrit Jan Veldhuis en dr. Peter Nieboer vertellen hoe leuk het is om juist in de periferie te werken, en bovendien ver weg van de drukte van de Randstad.

Veldhuis is al vanaf 2002 internist-hematoloog/oncoloog in het Antonius Ziekenhuis in Sneek. Dat was niet een heel bewuste keuze, geeft hij meteen toe. “Mijn vrouw is kinderarts en kon daar gaan werken. En ik kon daar ook terecht. Dus we zijn samen naar Sneek gegaan. En daar heb ik nooit spijt van gehad. Toen ik hier kwam, waren er zes internisten en voelde ik me meteen thuis. Van het begin af aan was het prettig om hier te werken. Het paste gewoon bij mij. Ik heb mijn opleiding in Groningen en Leeuwarden gedaan en dus ook

wel in grotere ziekenhuizen gewerkt. Dan kom je soms situaties tegen dat je in een groep zit van wel twintig verschillende specialisten. Dat moet je wel liggen. In Sneek zijn we inmiddels met negen internisten. Nog steeds voel ik me er prettig en is het voor mij prima werkbaar.”

Makkelijke contacten

Wat Veldhuis in het bijzonder aanspreekt, is de informele sfeer in het hele ziekenhuis. De lijnen zijn kort en contacten zijn snel gelegd. Ook tussen verschillende specialismen. “Als

ik bijvoorbeeld met een vraag bel naar een dermatoloog of chirurg, zeggen die heel vaak: ‘Gerrit waar zit je? Dan kom ik wel even kijken’. Voor de patiënt is dat erg prettig. Die hoeft geen aparte afspraak te maken en krijgt meteen een advies van een andere specialist. Die makkelijke contacten maken dat het heel prettig is om in een kleiner ziekenhuis te werken. De totale staf in ons ziekenhuis bestaat uit ongeveer zestig specialisten. In de grotere ziekenhuizen is dat al snel vier of vijf keer zo veel. Dat is een heel andere orde van grootte.’

Een ander prettig aspect van kleinschaligheid is dat ideeën of veranderingen snel zijn te realiseren. Er zijn geen managementlagen tussen Veldhuis en de directie die eerst allemaal toestemming moeten geven. “Onze organisatie is heel overzichtelijk. Als ik tegen zaken aanloop die ik

“Steeds meer patiënten krijgen *state-of-the-art* zorg in hun ‘eigen’ ziekenhuis”

anders zou willen, is dat meestal snel te regelen. Ideeën die passen binnen de visie van het ziekenhuis, kunnen bij wijze van spreken de volgende dag al worden geïmplementeerd.”

Streekziekenhuizen bevinden zich vaak buiten stedelijke gebieden. Veldhuis houdt wel van de plattelandssfeer. Friesland is bij uitstek een aantrekkelijk gebied voor mensen die van water houden en bijvoorbeeld graag zeilen. “Het is heerlijk om hier te zijn. Vanaf het ziekenhuis is het ongeveer vier kilometer fietsen

naar mijn huis. Ik woon tussen de weilanden en zie de zeilboten op het Sneekmeer. Dat is me veel waard. In de Randstad is zo’n omgeving veel moeilijker te vinden.”

Doorverwijzen

Veldhuis noemt ook een nadeel van werken in een klein ziekenhuis: medisch gezien kan hij niet alles behandelen en moet hij patiënten doorverwijzen naar een groter centrum. Dat gebeurt volgens regionale afspraken. Zo verwijst hij

jongere patiënten met acute leukemie standaard door naar het MCL in Leeuwarden of UMC Groningen. “Ik kan me voorstellen dat sommige specialisten juist wel graag specifieke patiënten willen behandelen. Zij zullen dus niet kiezen voor een perifere ziekenhuis. Daar staat tegenover dat er voor ons genoeg andere zorg overblijft. Ik kan daar genoeg voldoening uit halen en vind dat ik als hematoloog toch een boeiende baan heb. Maar ik ben wel een andere hematoloog dan in Leeuwarden of Groningen.”

De afspraken wat betreft doorverwijzing vragen goede regionale samenwerking. Die was er volgens Veldhuis altijd al, en wordt steeds intensiever. Specialisten werken steeds meer binnen netwerken, waarbij zorg zo veel mogelijk lokaal plaatsvindt. In het Antonius Ziekenhuis is wekelijks een MDO voor oncologie en voor hematologie met de verschillende specialisten die daarbij betrokken zijn. “Dat betekent dat steeds meer patiënten *state-of-the-art* zorg krijgen in hun ‘eigen’ ziekenhuis en dat praktijkvariatie wordt voorkomen. De ontwikkeling van betere elektronica voor beeldbellen en teleconferentie heeft daar sterk aan bijgedragen. De kwaliteit van de zorg die wij leveren, is geborgd op een goed niveau. We hebben alleen niet de schaalgrootte om medisch gezien alles te doen.”

Onzekerheden

Dat laatste ervaart Veldhuis zelf niet als een probleem. Maar hij ziet wel dat het moeilijker is om nieuwe specialisten aan te trekken. Voor nieuwe klaren zijn er veel onzekerheden bij de keuze voor een werkplek. Krijg ik daar wel een leuke baan? Is die baan er in de toekomst nog? En ga ik het daar naar m’n zin krijgen? Veldhuis vindt het daarom goed dat er steeds meer samenwerking is tussen specialisten. “In Friesland willen we toe naar één grote interne maatschap. Iedereen is dan onderdeel van een grote groep op verschillende locaties. Zo willen we borgen dat de zorg op alle locaties kan worden geleverd. En door de zorg onderling te verdelen, kan de specialist wellicht meer voldoening halen uit het werk.”



Peter Nieboer en Gerrit Jan Veldhuis

Momenteel is er in Sneek een vacature voor een hematoloog. Het is moeilijk om die te vinden. “Een ziekenhuis in de Randstad krijgt misschien wel vijftien brieven, maar wij krijgen er twee. Ik denk dat veel sollicitanten bij voorbaat al besluiten dat zij hier niet willen werken. Dat vooroordeel is jammer en ook onterecht. Artsen die hier tijdelijk hebben gewerkt, hebben het hier altijd erg prettig gevonden. De sfeer van kleinschaligheid merk je aan iedereen die hier werkt.”

Snel overleggen

Peter Nieboer is, na zijn opleiding in Groningen, sinds 2002 internist-oncoloog-endoscopist in het Wilhelmina Ziekenhuis in Assen. Het bevalt hem daar uitstekend. “Volgens mij is een klein ziekenhuis de enige plek waar je écht als internist-generalist kunt werken. In een groot centrum werk je meestal alleen binnen je eigen differentiatiegebied, of zelfs slechts een deel daarvan. In Assen doe ik algemene interne geneeskunde, ik scopieer en daarnaast heb ik mijn aandachtsgebied. Ik denk dat ik een echte generalist ben.”

“In een klein ziekenhuis heerst een **gemoedelijke sfeer die overal voelbaar is**”

buikklasten of moeheid. “We kennen elkaar allemaal goed, werken prettig samen en kunnen snel overleggen en dingen regelen. Het feit dat we allemaal generalist zijn, is ook een pluspunt voor de diensten. We nemen makkelijk iets van elkaar over.”

Op dit moment is er in Assen geen vacature voor een internist. Vorig jaar zijn wel twee internisten aangenomen. Het kostte wel wat moeite om hen te vinden. “Maar we zagen aankomen dat zij nodig waren. Dus we zijn al vroeg contacten gaan leggen. We zien wel dat nieuwe mensen vrijwel altijd uit het Noorden van het land komen. Het grootste deel van onze staf is daar opgeleid. Veel specialisten blijven dus op de plek die zij kennen. Misschien trekt een deel van hen naar de Randstad, maar andersom gebeurt

Nieboer noemt bijvoorbeeld de kleinschaligheid, de mooie omgeving met veel natuur, het woongenot en de lage huizenprijzen. In het ziekenhuis heerst een gemoedelijke sfeer die overal voelbaar is. “Dat zeggen mensen ook vaak die hier komen. Zij voelen zich op hun gemak omdat het niet massaal is. Mensen kennen hun eigen dokter en raken verknocht aan het ziekenhuis. Alles is hier gericht op goede zorg voor de patiënt. Als bij een patiënt iets vreemds is gezien op een echo, wordt er bijna als vanzelfsprekend ook een CT-scan gemaakt zonder dat ik die eerst officieel hoef aan te vragen.”

Heeft een klein ziekenhuis ook nadelen? Nieboer vertelt dat er meestal geen opleiding mogelijk is voor arts-assistenten. “We hebben wel voldoende mogelijkheden voor onderwijs aan co-assistenten. Daarnaast moet een klein ziekenhuis meer moeite doen om te voldoen aan de toenevende regelgeving op allerlei gebieden. Maar wij zullen niet zo makkelijk ‘omvallen’ zoals in het verleden wel met andere ziekenhuizen is gebeurd. We zijn een van de twee grote ziekenhuizen in Drenthe en krijgen ook veel toeloop uit Groningen.”

Dat hij niet ‘alles’ kan doen als internist, is voor Nieboer geen probleem. Hij behandelt als internist-oncoloog bijvoorbeeld geen patiënten met melanoom of niercelcarcinoom, maar verder houdt hij zich bezig met de hele breedte van het vak. “Ik denk dat ik breder werk dan een internist in een groot ziekenhuis. En ik heb er geen moeite mee als ik een patiënt moet doorverwijzen, bijvoorbeeld voor specifieke oncologische zorg. Voor mij geldt altijd: dichtbij als het kan, verder weg als het moet. In het belang van de patiënt.” ■

“Ik denk dat ik een **echte generalist** ben”

In Assen werken acht internisten, die allemaal algemene interne doen met ieder een eigen differentiatie. Nieboer is internist-oncoloog maar doet ook analyse van bijvoorbeeld

dat veel minder.”

Gemoedelijke sfeer

Het wonen en werken buiten de Randstad heeft zijn voordelen.

ONBEKENDHEID

Is het vinden van nieuw personeel niet gewoon een kwestie van betere *public relations* van het ziekenhuis? Voor een deel wel, denkt Peter Nieboer. “Maar wij hebben al een goede naam. Daar kun je volgens mij niet veel aan veranderen. Het punt is denk ik met name de onbekendheid met kleine ziekenhuizen en met deze regio. Het zou leuk zijn als internisten in opleiding een korte stage zouden doen in een kleiner ziekenhuis. Dan ervaren ze hier het reilen en zeilen, wat erg verschilt van werken in de academie. Iedereen kent elkaar hier, van arts en verpleegkundige tot portier en schoonmaker. Dingen zijn hier heel makkelijk te regelen. Ik loop makkelijk binnen bij onze directeur om iets te bespreken. In een groot ziekenhuis zal dat niet zo snel gebeuren. Meestal geldt: hoe groter een organisatie, hoe meer schijven er zijn en hoe langer alles duurt.”



De internist op de SEH

Een update vanuit de Werkgroep Spoedzorg

TEKST: MARJOLEIN KREMERS • BEELD: 123RF

In het vorige magazine deelde Hans Ablij zijn persoonlijke visie op de spoedzorg ten aanzien van de interne patiënten. Op social media leidde dit tot reacties van geriateren, SEH-artsen en ook internisten die zich niet herkenden in zijn mening, met name ten aanzien van zijn ervaringen met en stellingname ten opzichte van SEH-artsen. De acute zorg leeft en heeft inmiddels de aandacht van velen, met name ook van internisten.

Kijkend naar de acute zorg vanuit elk standpunt, ziet iedereen dat deze onder druk staat. Crowding, tijdelijke SEH-stops, definitieve sluitingen van SEH's, personeelsgebrek en lange doorlooptijden zijn thema's die in het

hele land spelen. De toegankelijkheid en kwaliteit van de acute zorgketen vertoont barsten, die we in het belang van patiënten moeten beperken.

Al bijna twee jaar geleden, bij het accorderen van de strategische visie,

onderstreepten wij als beroepsgroep dat de internist het eerste aanspreekpunt in het acute zorgteam moet zijn voor problemen rond multimorbiditeit of polyfarmacie. Waar staan we nu? Is de internist inderdaad het onbetwiste aanspreekpunt voor deze patiënten?

De patiënt

Laten we beginnen met diegene waar het allemaal om draait: de acuut zieke patiënt. In toenemende mate gaat het

om oudere patiënten en niet zelden om patiënten met (meerdere) chronische ziekte(n) die ontspreken. Welke hulpverlener is dan in de gehele acute zorgketen onmisbaar? Dat is een specialist die de acute ontsparing kan zien en behandelen in de complexe context van multimorbiditeit. Een specialist die weet hoe de acute fase daarna weer kan overgaan in een, hopelijk, rustige chronische fase. Een specialist die er vanaf het begin, in het heetst van de strijd, bij is. Het op het acute moment doorzien en ontrafelen van de verschillende onderliggende aandoeningen is complex en vergt specifieke kennis en ervaring. Allemaal aspecten waar wij ons als internist bij thuis voelen. Een (acute) multimorbiditeitsdokter pur sang. Een goede samenwerking en taakverdeling met aanwezige SEH-artsen maakt het voor de internist mogelijk om te focussen op de complexe, multimorbide patiënt die acute zorg nodig heeft.

De toekomst van de acute zorg

Om ook daadwerkelijk dat onbetwiste aanspreekpunt te zijn en te blijven, moeten ook wij de volgende stap zetten. De huidige tijd vergt afspraken over aanwezigheid en doorontwikkeling van het vak. Het vraagt internisten, die overdag en in de dienst de dynamiek en werkwijze op de SEH beheersen, uitdragen en vervolgen in de acute zorgketen.

Om een aanspreekpunt in het acute zorgteam te kunnen zijn, is het noodzakelijk dat je zichtbaar en bereikbaar bent. Als beroepsvereniging hebben we alvast een grote stap gezet, deels gestimuleerd door de ontwikkeling van het landelijke Kwaliteitskader Spoedzorgketen, waarin een norm met een aanrijtijd van 30 minuten is vastgelegd. De internist kan binnen 30 minuten aanwezig zijn in het

“De internist: een (acute) multimorbiditeitsdokter pur sang”

ziekenhuis. Hiermee geven we aan dat we het belangrijk vinden laagdrempelig bereikbaar te kunnen zijn voor onze a(n)ios en collega-specialisten, maar vooral voor de patiënten die, ongeacht het tijdstip, moeten kunnen rekenen op onze specialistische expertise.

Legitiem aanwezig

Het vervullen van een centrale positie in de acute zorg brengt verantwoordelijkheden met zich mee. Zijn wij internisten voldoende gekwalificeerd om deze positie te kunnen uitvoeren? Zowel in de opleiding als in ons dagelijkse werk zien wij bij uitstek veel (acute) patiënten met multimorbiditeit en polyfarmacie, expertise die aansluit bij de beoogde patiëntengroep. Deze expertise is voornamelijk opgebouwd op de afdeling en polikliniek. Het is belangrijk om aanvullend daarop kennis en kunde te ontwikkelen gericht op de behoefte van acute patiënten om adequate zorg op de SEH te kunnen leveren. Niet voor niets is in het nieuwe opleidingsplan gekozen voor de introductie van twee nieuwe leerlijnen: acute geneeskunde en ouderenzorg. Een combinatie die met de veranderende demografie van groot belang is. Een van de kwaliteitseisen in het Kwaliteitskader Spoedzorgketen is dan ook dat een medisch specialist met expertise van ouderen, multimorbiditeit en polyfarmacie binnen een half uur telefonisch bereikbaar moet zijn voor consultatie in de acute zorg. De aios die

nu opgeleid worden, zullen klaargestoomd zijn om na hun opleiding aan deze norm invulling te kunnen geven. We zullen ervoor moeten zorgen dat ook alle al dienstdoende internisten expertise hebben ten aanzien van de acute oudere patiënt om een legitiem aanspreekpunt te kunnen zijn, zeker gezien de veranderende demografie. Tegelijkertijd leren we onze aios in de acute leerlijn de ABCD-methodiek in de opvang van acute patiënten. Een taal die gemeengoed is voor artsen, verpleegkundigen en ambulancemedewerkers op de SEH, maar op dit moment nog niet voor iedere dienstdoend internist. Hoewel er in steeds meer ziekenhuizen trainingen gegeven worden in deze methodiek, kan het niet zo zijn dat we een positie claimen in de acute zorg, zonder dat iedere dienstdoend internist goed geschoold is om die positie te vervullen.

Scholing

In opdracht van het NIV-bestuur heeft de NIV Werkgroep Spoedzorg de eerste stappen gezet om bijscholingen te ontwikkelen rondom acute ouderenzorg. De eerste internisten zijn getraind tijdens de *precourse* van het NVIAG-congres mei jongstleden. Het streven is om de komende twee jaar alle dienstdoende internisten bij te scholen in dit thema via het concept *teach the teacher*. Daarnaast zijn er ook plannen om ABCD-trainingen lokaal aan te bieden om ervoor te zorgen dat de komende jaren iedere internist die op de SEH werkt of superviseert, zich bekwaamt in de werkwijze en taal van de acute zorg. Kortom, de acute patiënten met multimorbiditeit en/of polyfarmacie mogen blijvend rekenen op een internist als aanspreekpunt in het acute zorgteam. De eerste stappen om dit vast te houden zijn gezet, maar er is zeker nog werk aan de winkel! ■

“Het is noodzakelijk dat je **zichtbaar en bereikbaar bent**”

“Start meer poli’s voor erfelijke en aangeboren aandoeningen”

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Door ontwikkelingen in de kwaliteit van zorg bereiken steeds meer kinderen met erfelijke en aangeboren aandoeningen (EAA) de volwassen leeftijd. Dit vraagt om poli’s die de multidisciplinaire zorg kunnen bieden die voor hen nodig is. Op dit moment telt ons land er maar één, in het Erasmus MC in Rotterdam. Initiatiefnemer internist-endocrinoloog Laura de Graaff-Herder vindt dat alle academische centra zo’n poli moeten hebben, met gespecialiseerde ‘internisten-EAA’.

Tijdens de Internistendagen van de Nederlandse Internisten Vereniging, afgelopen april, kreeg De Graaff de gelegenheid om in een *meet the expert* uitleg te geven over de specifieke problematiek van kinderen met genetische syndromen en de problemen die in de behandeling ontstaan op het moment dat zij volwassen worden. ‘Als kind krijgen zij multidisciplinaire zorg. Dit is nodig omdat mensen met syndromen per definitie meerdere aandoeningen tegelijk hebben. Bij het bereiken van de volwassen leeftijd is multidisciplinaire zorg ineens niet meer beschikbaar’, vertelt ze. “De kinderarts moet ze dan terugverwijzen naar de huisarts of de arts verstandelijk gehandicapten bij de zorginstelling waar ze wonen, maar dat zijn generalisten. De specifieke kennis op gebied van interne geneeskunde, die bij de behandeling van sommige mensen met een genetisch syndroom essentieel is, kun je niet van hen verwachten.”

Naast diepgaande ‘internistische’ kennis moet een internist-EAA weten welke kenmerken bij de verschillende syndromen horen, en welke niet. “Je moet als behandelaar in staat zijn om ziektesymptomen te herkennen en niet te snel te denken: dat hoort bij het syndroom”, zegt ze.

Organisatorische en financiële uitdaging

De Graaff wilde graag spreken op de Internistendagen omdat ze collega-internisten wil bereiken om de zorg te delen. Zelf opende ze enkele jaren geleden een poli voor volwassenen met Prader-Willi Syndroom (PWS). Vanuit het hele land kwamen toen verzoeken of ze ook patiënten met andere syndromen wilde helpen. De poli is toen uitgebreid naar Polikliniek interne voor erfelijke en aangeboren aandoeningen, in de volksmond “syndroompoli”. Inmiddels worden hier (jong) volwassenen met meer dan dertig verschillende syndromen behandeld door multidisciplinaire teams. Die poli kan het werk maar amper aan; de wachtlijst is meer dan een half jaar. Rotterdam is de enige plek in het land waar multidisciplinaire zorg geboden wordt, los van enkele expertisecentra waar voor één bepaalde aandoening multidisciplinaire zorg is opgezet. De Graaff: “Mensen zitten soms drie uur met hun verstandelijk beperkte jongvolwassen kind in de auto om naar Rotterdam te komen. Om dit te veranderen zijn enthousiaste collega-internisten in andere ziekenhuizen nodig. Na mijn presentatie verklaarden enkele internisten zich bereid de

mogelijkheden voor opzet van een poli te verkennen.”

Maar daar komt wel wat bij kijken. Niet alleen organisatorisch, maar ook financieel. De medische zorg voor mensen met EAA kost tijd en dus geld. “Het begint al met het eerste polibezzoek”, zegt De Graaff. “Als behandelaar moet je je voorafgaand aan het consult in de medische voorgeschiedenis verdiepen, die bij mensen met een syndroom veel complexer is dan bij een patiënt met een enkelvoudige aandoening. Vervolgens vergt het consult meer tijd omdat deze mensen veelal een verstandelijke beperking hebben. Daardoor duurt zowel de anamnese als het lichamelijk onderzoek twee keer zo lang. Soms worden mensen door hun verstandelijke beperking onrustig als ze aanvullend onderzoek moeten ondergaan. Dan moet het onderzoek onder een roesje plaatsvinden. Omdat bij mensen met syndromen vaak sprake is van polyfarmacie, zijn ook medicatiekeuzes complexer. Ten slotte moet je na het consult het beleid afstemmen met de begeleiders en de arts van de zorginstelling waar de patiënt verblijft.”

De vergoeding door de zorgverzekeraar is alleen hierdoor al ontoereikend. Daarbij komt nog dat één patiënt vaak meerdere aandoeningen en dus behandelingen tegelijkertijd heeft, stelt De Graaff. “Voor één aandoening kan maar één DBC worden geopend, en dat is bij patiënten met EAA een probleem. Neem als voorbeeld PWS: naast een tekort aan geslachtshormoon, hebben deze patiënten te kampen met



bijvoorbeeld obesitas, botontkalking, diabetes en een traag werkende schildklier. Al deze aandoeningen worden behandeld tijdens één polikliniekbezoek, maar slechts één consult wordt vergoed.”

Specifieke internistenopleiding nodig

Hoe dan ook, de *meet the expert* die De Graaff heeft gegeven, heeft enkele enthousiaste internisten bij elkaar gebracht. “Er komen op zo’n sessie alleen maar mensen af die interesse hebben in syndromen”, zegt ze. “We kunnen al voorzichtig spreken van een EAA-netwerk. Dat is goed, want eigenlijk zouden ten minste alle academische centra een

volwassenenpoli moeten hebben. Er komt een grote groep patiënten aan die nu 15-16 jaar is en die door de betere zorg gewoon volwassen wordt. Door plaatsgebrek op de poli doe ik nu steeds meer spreekuren op locatie, maar dat is geen houdbare situatie. Er moeten meer internisten-EAA komen en er moeten arts-assistenten worden opgeleid die de heel specifieke zorg kunnen bieden die er nodig is.”

De Graaff schreef hiervoor een opleidingsplan. “Binnen de kindergeneeskunde bestaat hiervoor een opleiding, maar binnen de interne niet”, vertelt ze. “Daarom pleit ik voor een nieuw aandachtsgebied Interne-EAA, waarin naast de kennis over

de ziektebeelden ook de farmacologie, psychiatrie en genetica aan bod komen.”

Werk aan de winkel

Voordat het opleidingsplan voor syndroom-internist binnen de NIV kan worden besproken, moet eerst het bestaan van dit probleem duidelijk worden gemaakt. De Graaff: “Kinderartsen-EAA luiden in verschillende academische centra de noodklok en hebben ook aan de NIV al laten weten dat de nood hoog is. Om inhoudelijk ‘voer’ voor de opleiding te hebben, moet er meer informatie komen over de interne problemen die bij volwassenen met de verschillende syndromen spelen. Hiervoor is wetenschappelijk onderzoek nodig. Medische literatuur over volwassenen met genetische syndromen is nauwelijks voorhanden, omdat die er vroeger simpelweg niet waren. Patiënten overleden vaak voordat zij de volwassen leeftijd bereikten.”

In de tussentijd moeten ook richtlijnen worden gemaakt per syndroom. Voor kinderen met de verschillende syndromen bestaan vaak wel richtlijnen, maar deze zijn niet geschikt voor de volwassenen. “Een voorbeeld is, weer, PWS”, zegt De Graaff. “Kinderen met PWS krijgen volgens de richtlijn standaard hydrocortison toegediend bij ziekte of medische ingrepen.” Ze heeft aangetoond dat bij volwassenen met PWS een tekort aan stresshormoon zeldzaam is en dat toedienen van hydrocortison bij hen niet nodig is. Frequent onnodig hydrocortisongebruik kan leiden tot gewichtstoename, diabetes en osteoporose, aandoeningen die bij veel volwassenen met PWS al een groot probleem zijn.

Terwijl ze met dit alles bezig is, meldt zich alweer de volgende patiëntgroep die ook themazorg nodig heeft. De zorgvraag groeit dus, terwijl ze voor de bestaande zorg een kwaliteitsslag probeert te maken. Het is te veel voor één internist alleen. “Daarom wil ik alle internisten met interesse voor syndromen oproepen om zich te melden bij het EAA-netwerk”, zegt ze. “Samen zijn we in staat om de zorg voor deze kwetsbare doelgroep te dragen.” ■

“Bij het bereiken van de volwassen leeftijd is multidisciplinaire zorg **ineens niet meer beschikbaar**”



Het Happi dataplatform

Value based health care in de hiv-zorg

TEKST: GUIDO VAN DEN BERK NAMENS HET HIV BEHANDELTEAM OLVG

In 2006 pleitte Michael Porter in zijn boek *Redefining Healthcare* voor de transitie naar Value Based Healthcare (VBHC), ofwel waardegedreven zorg. In 2010 publiceerde hij een artikel over dit onderwerp in *The New England Journal of Medicine*. Sindsdien wordt het onderwerp wereldwijd omarmd en wordt in velerlei vakgebieden VBHC toegepast in de dagelijkse praktijk. Zo ook in de zorg voor hiv-patiënten in OLVG.

Het uiteindelijke doel is om kwalitatief hoogstaande medisch specialistische zorg te leveren die voor iedereen voordelen heeft en ook nog eens kostenefficiënt is. Dit zijn wellicht open deuren die ingetrapt worden, maar het verschil zit hem in de rol van de patiënt zelf. Want waardegedreven zorg kun je alleen maar definiëren en leveren met de input van de patiënt. De patiënt is immers degene die de zorg ervaart, niet de dokter of de organisatie.

VBHC in de hiv-zorg

In het artikel van 2010 beschrijft Porter de zes elementen van VBHC, die ook nog eens allemaal verband met elkaar houden. Pas deze zes elementen toe op de zorg die u wilt leveren en het resultaat is optimale zorg (voor de patiënt) tegen minimale

– of aanvaardbare – kosten (voor de organisatie/maatschappij). Het hiv-team van het OLVG heeft deze zes elementen doorlopen volgens het hieronder uitgezette plan, genaamd: *Value Based Hiv Care* (VBHiC).

1. Organiseren zorg rondom een helder gedefinieerde patiëntengroep: het hiv-zorgpad

De groep bestond uit patiënten met hiv. In een zorgpad voor deze patiëntengroep is vastgelegd welke acties verwacht worden van de patiënt, arts, verpleegkundige en doktersassistente. Ieder moment in het zorgpad heeft een eigen code met daaraan gekoppeld acties, zoals bijvoorbeeld orders voor laboratoriumonderzoek, vervolgspraken en vragenlijsten over *Quality of Life* (QoL).

2. Meten uitkomsten en kosten voor iedere patiënt: de hiv-uitkomstenset
Het *International Consortium for Health Outcomes Measurement* (ICHOM) heeft voor verschillende ziektebeelden internationale uitkomstensets opgesteld voor het meten van de kwaliteit van zorg (zie www.ichom.org). Omdat dergelijke uitkomstenparameters voor hiv-zorg nog niet bestonden hebben wij, in nauwe samenwerking met onze patiënten, zelf een uitkomstindicatorenset opgesteld. Hiervoor werden in groepen (zorgverleners en patiënten) potentiële uitkomstindicatoren besproken. Potentiële uitkomstmaten werden geformuleerd na een literatuurstudie en een enquête binnen de hiv-patiëntenvereniging. Bij deze enquête werd aan bijna 500 hiv-patiënten gevraagd welke factoren bijdragen aan de ervaren kwaliteit van leven. Uiteindelijk werd de volgende definitieve indicatorenset vastgesteld:

- i. Onmeetbare *viral load* binnen het eerste jaar na het starten van de behandeling

- ii. Kwaliteit van leven in het eerste jaar na het starten van de behandeling
- iii. Mortaliteit in het eerste jaar na het starten van de behandeling
- iv. In zorg blijven (*retention in care*)
- v. Therapie-effectiviteit
- vi. Therapie-tolerantie
- vii. Cardiovasculair risico
- viii. Kwaliteit van leven, jaarlijks gemeten
- ix. Mortaliteit, jaarlijks gemeten

3. Realiseren technische ondersteuning

Het hiv-zorgpad werd ingebouwd in het elektronisch patiënt dossier (EPD), waarin afspraakcodes, ordersets en *Patient Related Outcome Measures* (PROMS) ofwel QoL-vragenlijsten werden vastgelegd. Ook werd de VBHC hiv-app *Happi* (www.happiapp.nl) gekoppeld aan het EPD. In deze app worden de gezondheidsdoelen (uitkomstindicatoren) op een dashboard op de smartphone getoond, waardoor de patiënt zich beter kan voorbereiden op het spreekuur. Het merendeel van de indicatoren wordt in zogenaamde discrete velden in het EPD vastgelegd, zodat real time monitoring op patiënten-, proces- en populatieniveau kan plaatsvinden.

4. Integreren zorgfaciliteiten in ketenzorg

In ons hiv-behandelcentrum vindt nauwe samenwerking plaats met andere disciplines, zoals de apotheek, de medische microbiologie en de afdeling Psychiatrie en Medische Psychologie (PMP). Zo is in samenwerking met PMP bijvoorbeeld een *hiv-mental health-zorgpad* ingevoerd om de zorg voor het geestelijk welzijn van onze hiv-patiënten te verbeteren. Binnen dit zorgpad vinden er multidisciplinaire overleggen plaats, worden patiënten direct naar PMP verwezen of worden er duo-consulten verricht door een hiv-verpleegkundige en een psycholoog of psychiater.

5. Ketenfinanciering: realiseren bundle payments

In januari 2018 is een VBHC Hiv *bundle payment*-contract afgesloten met zorgverzekeraar Zilveren Kruis,

een zogenaamd *shared savings*-contract. Hierin hebben we als hiv-team zelf bepaald welke zorg binnen de hiv-zorgbundel viel en welke kwaliteitscriteria er werden opgesteld. Voortgang van deze kwaliteitscriteria en de kosten wordt elk trimester geëvalueerd.

6. Geografische expansie best practices: uitbreiden naar andere hiv-centra

De uitkomstindicatoren van afgelopen jaren worden vergeleken met onze eigen resultaten van eerdere jaren. Inmiddels zijn enkele andere hiv-centra begonnen met de implementatie van VBHC, zodat in de nabije toekomst benchmarking kan plaatsvinden tussen verschillende hiv-centra.

Wat heeft VBHC ons gebracht?

Uitkomstindicatoren helpen om de kwaliteit van onze zorg te monitoren en te verbeteren. In de praktijk vinden interventies plaats in het zorgproces, waarbij de effecten op de uitkomsten en kosten gemeten kunnen worden.

De uitkomstindicatoren van afgelopen jaren zijn vergeleken met onze resultaten van eerdere jaren. Hieruit bleek dat de totale kosten aan consulten en laboratoriumbepalingen daalden met ruim 20%, terwijl de genoemde positieve uitkomstindicatoren gelijk bleven of stegen. Iedere zorgverlener van hiv-patiënten is lid van minimaal één werkgroep, en iedere werkgroep is verantwoordelijk voor één uitkomstindicator. Eens per maand wordt één indicator door de werkgroep gepresenteerd en geëvalueerd en worden er – indien nodig – maatregelen genomen. Neem als voorbeeld de indicator ‘cardiovasculair risico’. Sinds roken en andere cardiovasculaire risicofactoren structureel onderdeel van het consult zijn geworden, is van 2016 tot 2018 het aantal in het EPD geregistreerde cardiovasculaire risicoscores gestegen van 42% naar 78%. Het aantal rokers liet een lichte daling zien van 39% naar 34%. Momenteel zijn we aan het nadenken hoe we onze patiënten (nog beter) kunnen begeleiden bij het stoppen met roken. De

uitkomstenset die in de Happi-app is opgenomen helpt patiënten en zorgverleners om de gestelde gezondheidsdoelen te bereiken, zoals bijvoorbeeld het stoppen met roken.

Doordat we er wereldwijd in de hiv-zorg steeds beter in slagen om het virus te bestrijden is de behandeling van hiv-patiënten in toenemende mate gericht op preventie en management van comorbiditeit. Het implementeren van VBHC in de hiv-zorg is voor het ziekenhuis een goede pilot gebleken voor management van chronische zorg. Zo is het hiv-mental health-zorgpad, dat parallel loopt aan het hiv-zorgpad, ook toepasbaar op andere chronische somatische aandoeningen.

De grootste verandering in de spreekkamer heeft plaatsgevonden door het structureel uitvragen van PROMs. Ter illustratie het volgende consult: een 42-jarige man vertelde dat het prima met hem ging en dat hij een leuke vakantie in Brazilië had gehad. Toen ik hem attendeerde op zijn verhoogde score voor het risico op angststoornissen en depressie, vertelde hij dat zijn moeder onlangs was overleden en dat hij er nu pas achter was gekomen dat zijn vader dementerend was. Zijn vader ging cognitief snel achteruit. De patiënt had nauwelijks de tijd om het verlies van zijn moeder te verwerken, nu hij ook zijn vader aan het verliezen was. Dit was waarschijnlijk één van de oorzaken voor zijn verhoogde bloeddruk, die eerder steeds normaal was. Deze casus illustreert hoe PROMs de arts-patiëntrelatie kunnen verbeteren en gezondheidsinformatie kunnen opleveren die bij een gewone anamnese niet altijd naar voren komt.

In 2019 werd ons de *VBHC patient outcomes award* toegekend. Naast het feit dat we hier trots op zijn, geeft het vooral aan dat we op de goede weg zijn. VBHC heeft de kwaliteit van onze hiv-zorg een sterke impuls gegeven en is als systematiek ook op andere aandoeningen toepasbaar.

Wilt u meer informatie ontvangen, dan kunt u mailen naar: g.e.l.vandenberk@olvgn.nl. ■



TedTalks voor de internist

Op de internistendagen afgelopen april vonden drie TEDin-sessies plaats, waarin de sprekers ons vertelden over een internistisch thema. In dit nummer geven de sprekers een samenvatting. De volledige TedTalks zijn te bekijken op YouTube: zoek op 'Internistendagen 2019 TedIn'.

SOLK, hoe bio is psychosociaal?

Myriam Lipovsky, internist/psychotherapeut, Altrecht Psychosomatiek Eikenboom, Zeist



Met de aankondiging van TEDin-talks voor de internistendagen stuurde ik enthousiast een filmpje in. Het onderwerp: datgene waar ik dagelijks mee werk en een favoriet onderwerp op het internisten-cabaret: Somatisch Onvoldoende verklaarde Lichamelijke Klachten, SOLK.

Ik wist niet waar ik aan begon. In circa 10 minuten de kern raken en ook nog zodanig het publiek

prikkelen dat er hopelijk iets van blijft hangen: het bleek lastiger dan ik dacht. Gelukkig was er media-coach Jean-Paul Toonen, om diverse optimistische pogingen genuanceerd en gefundeerd naar de prullenbak te verwijzen...

Waar gaat het eigenlijk om bij SOLK? Waarom worden patiënten met SOLK gezien als 'lastige patiënten'? In mijn TEDin-talk heb ik geprobeerd hier iets van te ontrafelen, stil te staan bij het 'onverklaarde', bij wat er bij ons wordt opgeroepen in het contact met de patiënt en wat dat

vervolgens met de patiënt doet, en bij wat onze rol zou kunnen zijn bij deze patiëntengroep.

De kern van de problematiek bij SOLK lijkt die O te zijn van somatisch on(voldoende) verklaard. Bij gebrek aan somatisch houvast worden de klachten dan vaak als 'psychisch' gelabeld, gesterkt door de notie dat chronische stressoren een rol lijken te spelen. En met de veronderstelling dat 'somatisch' en 'psychisch' twee volledig gescheiden domeinen zijn. Maar is dat wel zo? Er is een snel groeiende hoeveelheid wetenschappelijke literatuur die aantoont dat op het niveau van onze fysiologie, lichaam en geest helemaal niet zo gescheiden zijn. Niet alleen beïnvloeden biologische factoren onze psyche en ons gedrag, ook andersom: psychische en psychosociale gebeurtenissen beïnvloeden en veranderen onze biologie. Eén van de voorbeelden hiervan, die ik in mijn TEDin-talk aanstip, is het feit dat vroegkinderlijk trauma het risico verhoogt om op volwassen leeftijd

diverse (somatisch verklaarde) ziektebeelden te ontwikkelen.

Als de O van SOLK steeds minder voor somatisch onverklaard staat, staat het nog wel voor Somatisch onvoldoende *behandelbaar*, in de traditionele medische zin van pillen of ingrepen. Daarbij wordt een appèl ervaren van de patiënt, die niet tevreden lijkt te zijn wanneer (andere) somatische pathologie is uitgesloten, en dat kan bij ons gevoelens van onmacht en irritatie oproepen in de spreekkamer. Ondanks dat er somatisch onvoldoende behandelopties zijn, kunnen wij als artsen toch een belangrijke rol spelen voor de patiënt met SOLK. Want het contact in de spreekkamer kan het verschil maken tussen een patiënt die zich vastbijt in het zoeken naar een medische verklaring (en daarnaast noodzakelijke zorg gaat mijden voor andere, somatisch wel verklaarde en behandelbare klachten) en een patiënt die zich gehoord voelt en zich kan gaan openstellen voor een bredere benadering van de klacht. De arts kan de patiënt ondersteunen

en motiveren voor een behandeltraject waar nog wel winst te behalen is. Om dit proces in de spreekkamer te faciliteren, kunnen specifieke (gespreks)vaardigheden helpend zijn. Uit onderzoek blijkt dat deze vaardigheden goed te trainen zijn.* En zoals dit geldt voor alle vaardigheden in de geneeskunde en daarbuiten: hoe meer je ze beheerst, des te leuker het wordt. Zowel voor ons als voor de patiënt!

** bijvoorbeeld bij de Academie voor Medisch Specialisten: een geaccrediteerde cursus gericht op vaardigheden voor het omgaan met SOLK. De cursus geef ik samen met dr. Anne Weiland, die de cursus ontwikkelde en via onderzoek de effectiviteit ervan heeft aangetoond bij diverse artsengroepen.*

<https://www.academiemedischspecialisten.nl/opleiding/omgaan-met-solk/>

Innovatie voor internisten

Jelle Zwaag, aios Interne Geneeskunde, Radboudumc, Nijmegen



Beste collega's,
We moeten praten over 'innovatie'. Innovatie begint een containerbegrip te worden voor alle oplossingen die we nodig hebben in de zorg. E-health, het elektronisch patiëntendossier, burn-out onder ons aios. Overall innovatie!

Herkent u het gevoel dat er steeds weer iets bij komt, in plaats van dat er iets af gaat? En herkent u het gevoel dat u in uw groep collega's iemand gaat aanwijzen als 'de innovator'? Ik zeg: "Nee, dat is niet hoe het werkt". Innoveren is niet hip, niet nieuw en niet 'extra'. Innovatie hoeft niet groots en meeslepend te zijn, het is klein en persoonlijk. Ik wil u enthousiasmeren en minder bang maken voor innovatie.

Vorig jaar bezocht ik op de CCU een man van rond de 60. Hij was de dag ervoor gereanimeerd, binnengebracht en had een stentje gekregen. Het blijkt dat hij na het hardlopen in elkaar was gezakt. Via de app *hartslag.nu* was er binnen enkele minuten een AED ter plaatse. Zo'n simpele app heeft het leven gered van die man.

Een mooi voorbeeld van innovatie zoals u het kent: een arts die nieuwe technologie gebruikt. Maar ik wil verder gaan. Ik wil u laten nadenken over een bredere vorm van innovatie. Vorig jaar pleitte Lars Valke op de internistendagen voor innovatieve manieren om gevluchte artsen niet alleen op te leiden, maar er ook nog eens veel van te leren. Ik vond dat bijzonder inspirerend. Ook de patiënt zelf is een bron van innovatie. Eerder dit jaar was in het *Volkskrant Magazine* het verhaal van Robin Knoops te lezen. Deze type 1 diabetes is al sinds 2004 bezig met het ontwikkelen van een kunstmatige alvleesklier. Innoveren in de zorg hoeft niet per se over technologische hoogstandjes te gaan, en het zijn niet alleen de artsen die het doen. Door de focus op de technologische kant van innovatie is het voor de oudere internisten al snel duidelijk:

innovatie moet vooral van de jongelui komen. Yvo Smulders schrijft in zijn kolom van begin vorig jaar over het ontregelen van de zorg: “Het initiatief voor ontregeling moet vooral van de slachtoffers van hyperregulatie komen, de a(n)ios zelf. Dit is een oproep aan de jongste generatie om duidelijk te laten horen dat het zo niet langer gaat”.

Ik ben het hier niet mee eens. Innovatie is van alle generaties. Ik geloof niet in de kloof.

Zo ben ik bijvoorbeeld enorm geïnspireerd geraakt door mijn supervisor in ETZ in Tilburg, Ben Imholz. Bijna met pensioen, maar op de hoogte van alle nieuwe snufjes en toegewijd aan het implementeren van innovaties in de zorg.

Ik wil jullie doordringen van de noodzaak van innovatie als basishouding voor iedere internist. Wij als jonge generatie kunnen het niet alleen, we hebben iedereen nodig. Wij willen de regievoerder zijn in het

ziekenhuis, wij moeten open staan voor gekke ideeën.

Denk over je werk zoals een *lifehacker*: sta open voor die kleine praktische verbeteringen. Kortom: innovatie is niet iets nieuws, is niet generatiegebonden en gaat niet alleen over techniek. U bent niet de nieuwe Elon Musk. Houd het klein, houd het persoonlijk.

Hippocrates?

Roderick Tummers-de Lind van Wijngaarden, internist-endocrinoloog, Zuyderland



Is de zorg die we nu leveren nog wel zo goed? Houden wij ons nog wel aan onze artseneed?

Patiënten krijgen regelmatig niet de zorg die ik als eerste keus zou geven. In de spreekkamer ben ik soms meer een doorgeefluik van vergoedingscriteria dan een dokter voor mijn patiënt. Vaak zijn die criteria heel lastig uit te leggen. Dat raakt de patiënt. Maar dat raakt je ook als dokter, als mens.

Stelt u het belang van uw patiënt voorop? Een mooi voorbeeld is de diabeteszorg. Talloze patiënten die succesvol werden behandeld met een combinatie van insuline en een SGLT2-remmer moesten dit jaar opnieuw ingesteld worden omdat het HbA1c-verlagende effect bij andere patiënten, in buitenlandse studies, gemiddeld lager

was. Dus een succesvolle therapie wordt actief gestopt. En zo is gelijk duidelijk wat het probleem is: de hoeksteen van *evidence based medicine*, namelijk toepasbaarheid op de individuele patiënt, wordt totaal genegeerd.

In aanvulling daarop de GLP-1 behandeling. Een bewezen effectieve behandeling die we aan sommige patiënten niet geven omdat ze niet dik genoeg zijn: de complicaties van hun aandoening treden dan wel op, maar later, waardoor hun lijden goedkoper is dan hun behandeling. “U zult niet schaden.” Er is een scanapparaatje beschikbaar voor glucometingen (Freestyle libre). Scheelt bij een patiënt met type 1 DM soms 3500 vingerprikken per jaar. Dit wordt niet vergoed omdat het niet zorgt voor een fraaie HbA1c-daling, gemiddeld. Wat het een patiënt wel allemaal oplevert, of dat het zelfs andere kosten kan schelen, maakt niet uit. Het antwoord dat ik zelf kreeg van de hogere regionen van een verzekeraar was: de internist dient zijn patiënt beter te onderwijzen dat hij niet zoveel vingerprikken moet doen (bij type 1 DM!).

Maar naast het feit dat de verzekeraars de inhoud van ons vak niet begrijpen, is het systeem zo ingericht dat we tegenover elkaar komen te staan: de verzekeraar moet met

zo min mogelijk kosten, zoveel mogelijk sturen. Dat betekent automatisch sturen op macro-economisch niveau, want beslissen op individueel niveau kost te veel capaciteit van het bedrijf. Daarnaast: hoe vaker je een verzoek van een patiënt/dokter weigert, hoe groter de grip op je uitgaven.

Deze tegenstelling is opmerkelijk, want internisten letten steeds meer en beter op kosten. Aios worden kostenbewust opgeleid. Er zijn NIV-projecten hieromtrent (doelmatig voorschrijven) en onze richtlijnen houden rekening met kosten van therapie. Wij zijn net zo goed hoeders van de macro-economie, maar sturen wél op individueel niveau. Wij zouden dus beter moeten samenwerken met de verzekeraars en Zorginstituut Nederland. Daartoe moeten wij als internisten wel zorgen dat we eensgezind naar buiten treden, want dat is het enige dat ons sterk doet staan in dit enorme krachtenspel.

Tot die tijd dan een andere eed: “Ik zal mij er niet bij neerleggen dat behandeling onthouden wordt, omdat lijden goedkoper is. Ik zal afkeuren dat succesvolle therapie gestopt wordt. Ik zal samenwerking met zorgregulerende organen blijven zoeken. Maar nooit zal ik het recht van de patiënt op goede, individuele patiëntenzorg laten kapen. Door wie dan ook. En dát belof ik!”



In deze nieuwe rubriek vertelt een in het buitenland geboren arts over zijn ervaringen met de Nederlandse (werk)cultuur. Dit keer aan het woord: **Mahmoud Mohammadi**.

Mahmoud Mohammadi

Een Nederlander met Afghaanse roots

Kun je iets over jezelf vertellen? Hoe kwam je in Nederland terecht?

“Ik ben Mahmoud Mohammadi, vijfdejaars aios interne geneeskunde en op dit moment bezig met promotieonderzoek op de afdeling oncologie van het LUMC. Hierna zal ik beginnen met de differentiatie oncologie.

Zoals mijn naam al doet vermoeden heb ik een niet-Nederlandse achtergrond. Samen met mijn ouders, mijn twee zusjes en mijn broertje, ben ik uit Afghanistan naar Nederland gevlucht. Ik was toen 14 jaar oud en besepte maar al te goed dat we aan het vluchten waren en dat het een gevaarlijke reis was. Hoewel het een zeer stressvolle periode was, was de reis veel comfortabeler dan de horrorverhalen die je tegenwoordig hoort over bijvoorbeeld bootvluchtelingen.

Omdat ik erg benieuwd ernaar was heb ik jaren later aan mijn ouders gevraagd waarom zij juist Nederland hadden gekozen. Het bleek eigenlijk heel simpel. De mensensmokkelaars vonden dat het bereiken van Nederland, gezien de risico's van reizen met valse reisdocumenten, de hoogste slagingskans had.”



In hoeverre heeft het vluchten je keuze om arts te worden beïnvloed?

“Mijn keuze om arts te worden had geen direct verband met het feit dat ik gevlucht was. Ik denk wel dat noodgedwongen je geboorteland verlaten en het proces van migratie je een levenservaring rijker maakt, hetgeen je ontwikkeling als mens bevordert. Ik hoop dat dit mij ook helpt in mijn functioneren als arts.”

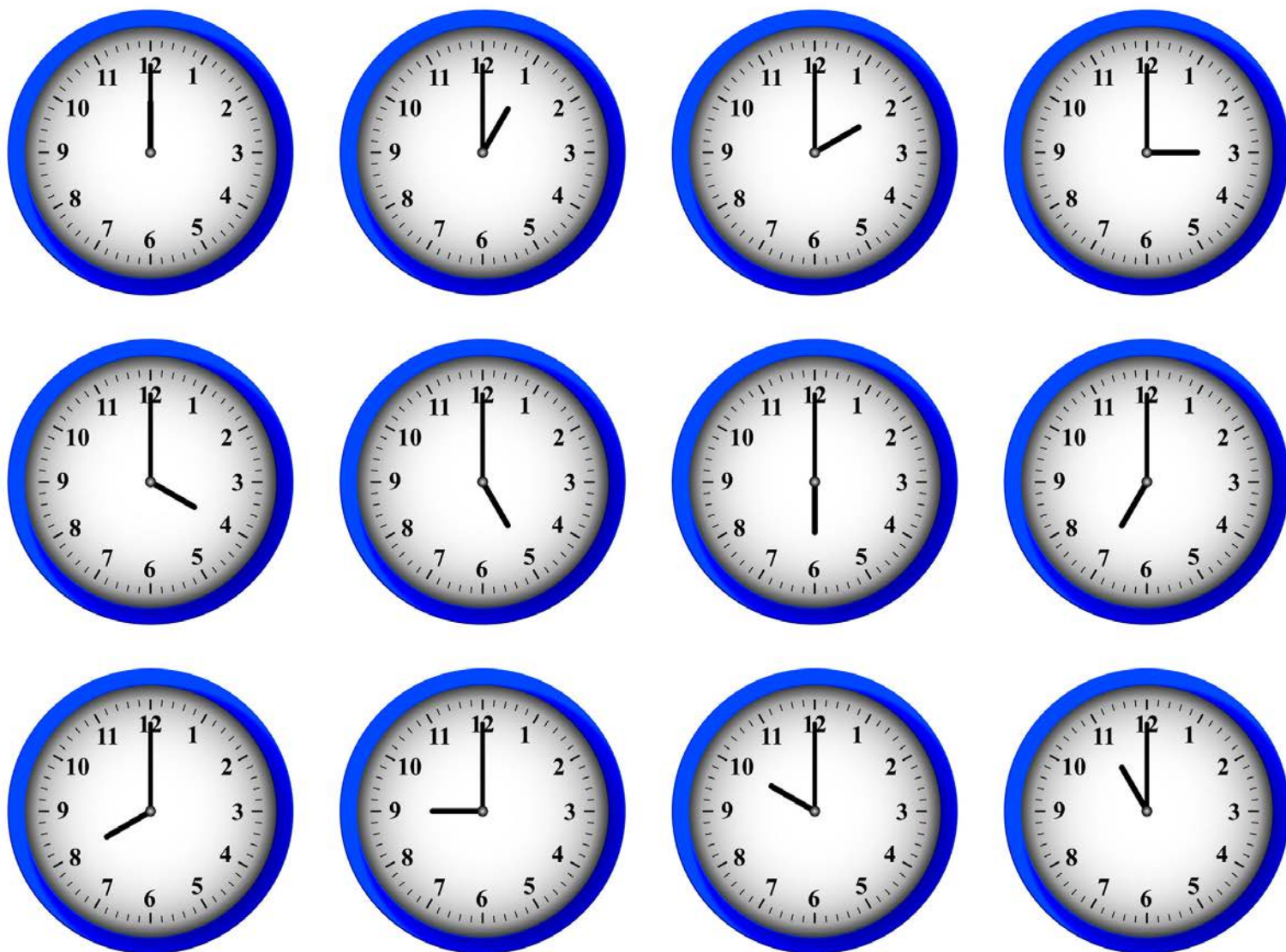
Hoe gemakkelijk is het om ‘ertussen te komen’ voor een student met een niet-Nederlandse achtergrond?

“Eenmaal aangekomen in Nederland begon een periode met veel uitdagingen. Na de asielpprocedure en verblijven in verschillende asielzoekerscentra, moet je als gezin je plek in de Nederlandse samenleving zien te vinden. Je moet alles opnieuw opbouwen en vanaf nul beginnen. Voor mij betekende dat vooral goed presteren op school. Ik had al vrij snel besloten dat ik geneeskunde wilde studeren en daarom moest ik eerst VWO doen. Maar omdat ik geen basisschool in Nederland had gedaan en amper Nederlands sprak, werd ik geplaatst in de tweede klas van het VMBO. Via een ongewone route zat ik twee jaar later alsnog in de vierde klas van het VWO. Na het behalen van mijn diploma kon ik beginnen met de studie geneeskunde. Hoewel de weg naar de geneeskundestudie uit veel uitdagingen en hindernissen bestond, zoals de taal en tijdsdruk, heb ik het nooit als vervelend ervaren. Tijdens de studie geneeskunde en de huidige periode als aios interne geneeskunde heb ik geen specifieke problemen ondervonden die gerelateerd zouden zijn aan mijn niet-Nederlandse achtergrond.

Wat mij in het integratieproces geholpen heeft is snel de taal te leren. Daarnaast is van belang om over aanpassingsvermogen en doorzettingsvermogen te beschikken om te kunnen slagen in een nieuw thuisland, met een andere cultuur en denkwijze. En af en toe kunnen relativeren helpt ook, om tegenslagen te verwerken.”

Zou je nog in je geboorteland willen werken?

“Ik zou mezelf willen omschrijven als een Nederlander met Afghaanse roots. Ik voel me dan ook het meest thuis in Nederland. Daarom zou ik niet op permanente basis kunnen (en willen) werken in mijn geboorteland. Misschien zou ik in de toekomst iets in de medische sector in Afghanistan willen doen, maar op tijdelijke basis, bijvoorbeeld ontwikkelingshulp.” ■



Normtijden

TEKST: PETER NIEBOER, INTERNIST-ONCOLOOG WILHELMINA ZIEKENHUIS ASSEN, TEVENS VOORZITTER PLATFORM BEROEPSBELANGEN NIV EN MARJOLIJN VERSTEGEN, BELEIDSADVISEUR NIV • BEELD: 123RF

In de huidige tijd van samen beslissen, multimorbiditeit en regievoering is meer tijd voor de patiënt gewenst. De NIV krijgt dan ook steeds vaker de vraag waarom de 'normtijden' voor de polikliniek niet worden aangepast. Er heerst veel verwarring over het begrip normtijden. Deze term wordt namelijk voor verschillende doeleinden gebruikt en begrippen worden vaak door elkaar gehaald. Wat wordt nu bedoeld met die genoemde normtijden?

Kwaliteitsnormen praktijkvoering

Allereerst is er de (kwalitatieve) normtijd, gedefinieerd door de NIV, voor de tijd waaraan een polibezoek minimaal moet voldoen. Er moet voldoende tijd beschikbaar zijn om

het medisch beleid te bepalen, toe te lichten en de vragen van een patiënt te beantwoorden. Voldoende tijd is hierbij gedefinieerd als minstens 30 minuten voor een eerste polibezoek en minstens 10 minuten voor een vervolgconsult. Hierop wordt gecontroleerd tijdens een kwaliteitsvisite. Praktisch houdt dit in dat de visitatoren de poli-programma's doornemen en kijken of er voldoende tijd gepland staat voor de polibezoeken.

De genoemde (minimale) normtijden van 30 en 10 minuten lijken tegenwoordig vaak (te) krap. De diagnostische en therapeutische mogelijkheden nemen toe en de patiënt verwacht steeds meer tijd voor uitleg en *shared decision making*. Er is geen onderscheid in de verschillende differentiaties van de interne geneeskunde afgesproken, alleen een minimum. Het staat de vakgroepen interne geneeskunde lokaal natuurlijk volledig vrij af te spreken om standaard meer tijd in te plannen voor alle polibezoeken, of te differentiëren naar differentiatie. Een recente enquête van de Nederlandse Vereniging voor Medische Oncologie laat zien dat dit voor de medische oncologie in elk geval al vaak wordt gedaan. Het verruimen van politijden kan ook financiële consequenties hebben, maar dat hangt volledig af van de lokale situatie: dienstverband versus vrijgevestigd specialist.

Normtijden voor de bekostiging

Het begrip normtijden wordt daarnaast ook gebruikt bij de bekostiging van de zorg. Sinds de invoering van de integrale bekostiging in 2015 is er geen geoormerkte geld (honorarium) meer voor de medisch specialisten in een instelling. Dit betekent

“Voor structurele financiering zou een **gezamenlijk offensief van alle medisch specialisten** gewenst zijn”

dat de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) niet meer, zoals voorheen, jaarlijks de normtijden vaststelt om het honorarium van de medisch specialisten te kunnen berekenen. Een groot deel van de ziekenhuizen heeft er samen met het medisch specialistisch bedrijf voor gekozen om de verdeling tussen de verschillende (vrijgevestigde) vakgroepen te maken via het zogenaamde LOGEX-model. Dit model wordt gebruikt om vakgroepen onderling te *benchmarken*. Dat gebeurt op basis van drie factoren: *input* (de productie op basis van zorgactiviteiten), *output* (declaratie op basis van zorgproducten) en *efficiency* (vertaling van de input naar de output). De output bestaat uit de zorgproducten zoals die ook gedeclareerd worden aan de zorgverzekeraar. Deze zorgproducten bevatten verschillende zorgactiviteiten. Zorgactiviteiten zijn activiteiten zoals een eerste polibezoek, herhaalpolibezoek, klinische dag, endoscopie etc. Deze zorgactiviteiten zijn door de NIV genormeerd, voorzien van de zogenaamde 'normtijd'. Daarnaast is per zorgtraject ook tijd voor administratie toegekend. Op basis van de landelijk zorgprofielen wordt per zorgproduct de totale 'normtijd' berekend. Belangrijk is

om te beseffen dat sinds de invoering van de integrale bekostiging en met het instellen van het budgetplafond dit geen reële minuten meer zijn. Deze 'normtijden' zijn in het LOGEX-model slechts 'verdeelsleutels' om verdeling achter de voordeur binnen het specialisme mogelijk te maken.

Meer tijd voor de patiënt

Het aanpassen van de normtijden van het LOGEX-model is dus niet de sleutel om meer tijd voor de internistische patiënt te creëren. Een eerste stap zou kunnen zijn om de Kwaliteitsnormen praktijkvoering Interne Geneeskunde aan te passen, zodat meer tijd op de polikliniek kan worden ingepland. We zullen ons echter wel moeten realiseren dat het 'budget interne geneeskunde' hiermee niet automatisch is aangepast. Overigens worden lokaal wel projecten opgestart waarbij de zorgverzekeraars bereid zijn om meer tijd voor de patiënt te financieren. Ook is de mogelijkheid gecreëerd om de zorgactiviteit 'Uitgebreid consult ten behoeve van zorgvuldige afweging behandelopties' te registreren. Helaas wordt deze activiteit door internisten nog te weinig geregistreerd, waarschijnlijk vanwege de extra administratieve lasten. Toch is dit een mogelijkheid om extra tijd inzichtelijk te maken in de profielen, zodat op basis hiervan het gesprek gevoerd kan worden met de zorgverzekeraars. Voor structurele financiering zou een gezamenlijk offensief van alle medisch specialisten gewenst zijn, zoals recent ook door de LHV gestart voor de huisartsen (<https://meertijdvoordepatient.lhv.nl/>). ■

“Er heerst **veel verwarring** over het begrip normtijden”



Netwerkgeneeskunde

De internist met uitsterven bedreigd?

TEKST: FROUKE ENGELAER, CAROLIEN WIJSMAN, LIANNE DE KLEIJN & THIJS TEN DOESSCHATE • BEELD: 123RF

Hebben wij jonge internisten nog wel een toekomst binnen de muren van het ziekenhuis? Politiek Den Haag heeft kenbaar gemaakt dat de kosten voor medisch specialistische zorg moeten worden teruggedrongen en roept op om te zoeken naar alternatieve vormen van zorg. Op het congres Netwerkgeneeskunde van de Federatie Medisch Specialisten belandde het ziekenhuis zelfs in de prullenbak. Onze zorg moet toegankelijker, digitaal en goedkoper. De patiënt moet weer centraal staan.

Jong, een tikkeltje naïef, maar vol enthousiasme, gingen wij op zoek naar nieuwe mogelijkheden om voor onze patiënten te zorgen buiten de betonnen muren van het ziekenhuis. Op zoek ook naar manieren om de zorg toekomstbestendig te maken en ons vak interessant te houden. Containerbegrippen vlogen ons om de oren: substitutie, anderhalvelijnszorg, netwerkgeneeskunde, *value*

based health care, e-health enzovoort, enzovoort. Daarnaast bleek financiering van specialistische zorg buiten het ziekenhuis keer op keer een obstakel. Al snel werd het ons duidelijk dat er veel gaande is in dit veld en waren we beland in een doolhof zonder uitweg. Het enthousiasme kon ons niet redden van onze naïviteit. We waren hopeloos verloren en tegelijk veel wijzer geworden.

Innovaties buiten het ziekenhuis

Artsen voelen de druk van kostenbesparing en zien technische innovaties veelal met scepsis tegemoet. Wat wij leerden op het congres over netwerkgeneeskunde is dat er al volop wordt gewerkt aan innovaties buiten het ziekenhuis. Projecten die veelal gericht zijn op ziektebeelden of orgaansystemen. Een prachtig voorbeeld hiervan is de digitale zorginstelling van dermatoloog Leonard Witkamp: Ksyos. Vanuit eigen idealisme heeft hij een nieuwe manier van medisch specialistische zorg in het leven geroepen, met succes. Door middel van een e-consult met een foto van een huidafwijking kunnen hij en zijn collega's een

diagnose stellen en huisartsen adviseren. Zo voorkomen zij fysieke verwijzingen. Ditzelfde concept biedt Ksyos ook voor hart-, long-, oog- (in samenwerking met optometristen), en zelfs psychische problematiek. Dit bespaart tijd en kosten voor zowel patiënt, arts en zorgverzekeraar; win-win-win.

Een ander voorbeeld is het cardiometabool zorgnetwerk vanuit het UMC Utrecht, waarbij huisartsen een digitaal consult aanvragen met betrekking tot hart- en vaatziekten. Een team van internisten en cardiologen (in opleiding) geeft een afgestemd advies en voorkomt hiermee verwijzing. Ook hier blijft de zorg uit het ziekenhuis en dichtbij de patiënt. Beide voorbeelden betreffen zorg rondom een relatief begrensde (groep van) diagnose(s).

Holistische aanpak

Een uitdaging in de toekomstige zorg is volgens ons de ouder wordende patiënt, waarbij geen sprake is van ziektes binnen één orgaansysteem,

maar van multimorbiditeit. Hierbij is een meer holistische aanpak vereist. Ofwel, precies die problematiek die de kern raakt van de internistische expertise. Om te voorkomen dat de bestaande fragmentatie in het ziekenhuis naar buiten wordt verplaatst, is het belangrijk om na te denken hoe innovatie en holistische zorg samengaan. De organisatie van netwerkgeneskunde voor de multimorbide patiënt vergt een andere benadering dan die van de meeste bestaande projecten. Niet het uitwisselen van inhoudelijke en technische informatie, maar juist het afstemmen en personaliseren kenmerkt goede zorg voor de multimorbide patiënt. Innovaties moeten erop gericht zijn om behandelen een platform te bieden om op een gestructureerde manier over een patiënt te overleggen met alle zorgprofessionals. Ook moet er meer aandacht en geld worden besteed om bestaande en nieuwe projecten met elkaar te integreren, zowel technisch als logistiek. Anders is het netwerk niet meer te overzien

voor zowel de patiënt als de zorgverlener. En er moet financiering worden georganiseerd, anders bestaat er geen prikkel om hierin te voorzien. Zorgverzekeraars moeten hier nadrukkelijk in worden betrokken.

Nieuwe wegen

Wij internisten moeten mee evolueren met deze toekomstige ontwikkelingen. We moeten onze kennis en kunde via nieuwe wegen toepassen. Wegen die ons wellicht ook buiten de muren van het ziekenhuis leiden. Dit kan maar op één manier. Door zelf voldoende tijd en aandacht te besteden aan het ontwikkelen van innovatieve zorg voor de internistische multimorbide patiënt. Dit begint al in de opleiding, en zal moeten worden geïntegreerd in onze overvolle agenda's. In een veranderlijke omgeving betekent stilstand achteruitgang. Als we nu niet veranderen is ons vak met uitsterven bedreigd. Wij roepen u op: laten we ons positioneren als holistische innovators. Het alternatief is uitsterven... ■

JNIV

JNIV-strategiedag



Wil je meedenken over de strategische thema's van de JNIV en dieper ingaan op het behouden van grip op onze veelomvattende carrière? Meld je dan aan voor de JNIV strategiemiddag & ALV.

Bevlogen sprekers vertellen op deze dag over omgaan met tegenslagen. Zo komen conflicten met collega's, een afgewezen beursaanvraag of carrièrekans, tuchtzaken, een verstoorde werk-privébalans en burn-outs regelmatig voor. Hoe kom je hier sterker weer uit?

Op 7 november worden deze onderwerpen besproken op de eerste JNIV-strategiedag *Grip op je carrière*. In een parallelsessie bespreken we hoe coaching helpt meer grip op je carrière te krijgen, met concrete voorbeelden hoe je hier als aios interne mee aan de slag kunt. Ook kun je werken aan je presentatie-skills en leren presenteren volgens de TEDx-formule. Afsluitend is er een borrel met diner en volgt de JNIV algemene ledenvergadering.

Wat?	1e JNIV-strategiedag <i>Grip op je carrière</i>
Wanneer?	Donderdag 7 november 14.00 - 20.00 uur
Waar?	De Zilveren Vosch, Utrecht
Kosten?	Gratis voor JNIV-leden
Beschikbaar?	Plan op tijd in overleg met je collega's wie hier naartoe kan gaan

Andere tijden, nieuwe internisten

Interne geneeskunde, terugblik en toekomstvisie

TEKST: GEERT BLIJHAM & HARRY HILLEN • BEELD: 123RF

In de laatste decennia van de twintigste eeuw ontwikkelde de geneeskunde zich vooral op technisch gebied, met als belangrijke voorbeelden beeldvorming en endoscopie. De ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen, het traditionele behandelarsenaal in de interne geneeskunde, stokte. Handwerk werd belangrijker dan denkwerk en mede daardoor werden subspecialismen belangrijker. Nu tekent zich een beeld af van stagnatie in de techniek en is er een groeiende kennis uit het translationele onderzoek.

Moleculaire biologie zal leiden tot nieuwe diagnostiek en therapie en zal met behulp van artificiële intelligentie (AI) de basis vormen voor interne geneeskunde “op maat”. In de dagelijkse praktijk zal de vraag naar internisten met een integrale benadering van de patiënt weer toenemen. Zij zullen intensief gebruik maken van e-health en nieuwe vormen van samenwerking ontwikkelen, waarbij de huidige indeling in medische specialismen ter discussie komt. Waren de afgelopen 20 jaar vooral “meer van hetzelfde”, in de komende 20 jaren zal de interne geneeskunde zich opnieuw uitvinden als een kerndiscipline bij het verzorgen van persoonsgerichte en

integrale medisch-specialistische zorg.

Toen, nu en de toekomst

In 1997 blikte de Groningse hoogleraar Enno Mandema, tien jaar na zijn emeritaat, terug op de *Interne Geneeskunde in de laatste 40 jaar*¹. Volgens Mandema floreerde de interne geneeskunde. Hij noemde als belangrijke ontwikkelingen het verdwijnen van tuberculose, de (bijna) gewonnen strijd tegen andere infectieziekten, de komst van de nierdialyse, de intensive care met de beademing, de hartbewaking en de nier- en beenmergtransplantaties. Hij verwachtte een verdere groei van de moleculaire biologie na de

introductie van de PCR-techniek in de diagnostiek. Mandema schreef: “Ik heb het gevoel dat wij aan de vooravond staan van nieuwe en ingrijpende mogelijkheden”.

Opnieuw terugkijkend, naar 40 jaar interne geneeskunde, vallen ons een aantal rode draden op die hebben geleid tot de huidige interne geneeskunde, maar waarin ook patronen zichtbaar worden die mogelijk iets van de toekomst van de interne geneeskunde kunnen voorspellen.

Ontwikkelingen in de interne geneeskunde van de afgelopen 20 jaar

De opmars van de techniek komt tot stilstand

In de jaren zeventig en tachtig van de vorige eeuw maakte de internist kennis met een enorme toename aan technische mogelijkheden. De belangrijkste voorbeelden zijn de beeldvorming (echografie, CT, MRI) en de endoscopie. Deze ontwikkelingen leidden niet alleen tot veel betere diagnostiek, maar ook tot een



grote hoeveelheid nieuwe therapeutische interventies. Al deze ontwikkelingen zijn in de laatste 25 jaar verfijnd, maar écht nieuwe doorbraken hebben zich niet meer voorgedaan.² De interne geneeskunde is van oudsher een beschouwend vak en veel minder technisch georiënteerd geweest en heeft het onder de opmars van nieuwe technologieën moeilijk gehad. Het tot stilstand komen van nieuwe technologieën heeft ruimte gegeven aan meer bij dit vak passende ontwikkelingen. De interne geneeskunde kwam *back in business*.³

De opkomst van het translationele onderzoek

De afgelopen jaren is gericht ingezet op een betere toepasbaarheid van de resultaten van fundamenteel onderzoek in de kliniek: van het genezen van een muis naar het genezen van de patiënt. Dit wordt *translational research* genoemd en heeft vooral betrekking op de toepassing van kennis uit de moleculaire en

ontwikkelingsbiologie in de patiëntenzorg. Nieuwe medicijnen tegen kanker en inflammatoire ziekten hebben zo hun weg naar de kliniek bereikt. Er wordt geëxperimenteerd met regeneratieve behandelingen en de eerste patiënten met erfelijke aandoeningen zijn met behulp van gentherapie genezen. De internist met affiniteit voor de pathofysiologie en kennis van medicamenteuze interventies staat in het middelpunt van deze ontwikkelingen.⁴

Andere tijden, andere internisten en een andere praktijk

Het prototype internist, de man van middelbare leeftijd met een 70-urige werkweek, bestaat niet meer. De gemiddelde werkweek bedraagt 40 uur, met hier en daar uitschieters. De internisten, man én vrouw, streven naar een gezonder evenwicht tussen werk en privé en hebben wellicht ook een andere visie op de positie van de specialist in het ziekenhuis. Maatschappen zijn opgeheven en een groeiend aantal internisten werkt in

dienstverband. Teambehandeling is de norm geworden. In de afgelopen 25 jaar halveerde de gemiddelde opnameduur tot zeven dagen, terwijl het aantal poliklinische en dagbehandelingen verdubbelde. Internet deed zijn intrede en de (vul)pen kon definitief de la in met de komst van het elektronisch patiëntendossier. We krijgen steeds meer te maken met beter geïnformeerde en soms veeleisende patiënten of familie. Ook de maatschappelijke verantwoording in de zorg kreeg in de afgelopen periode een veel prominentere rol. Openheid en verantwoording over medische fouten werden de standaard. Kostenbeheersing en budgettering hebben invloed gekregen op de dagelijkse praktijk van de internist. De praktijk van weleer is definitief voorbij.

Ontwikkelingen van de interne geneeskunde in de komende 20 jaar

Vijfentwintig jaar geleden was de toekomst van de interne

“De generalistische interne geneeskunde zal **een bondgenootschap aangaan** met de huisartsgeneeskunde”

geneeskunde als beschouwend specialisme onzeker. Techniek was spannender dan geneesmiddelen, studenten en assistenten kozen voor deelspecialismen en de patiënten zochten naar de meest gespecialiseerde dokters. Deze ontwikkeling is door een tegenbeweging de laatste jaren weer enigszins gekenterd. Er is weer behoefte aan breed georiënteerde dokters die het overzicht hebben en een integrale benadering hebben van de complexiteit van de patiënt. Het vak heeft dus een nieuw gezicht gekregen, waarbij innovatie en een integrale benadering van de patiënt belangrijke kenmerken zijn. Om dit succes te bestendigen zal de internist wel met de toekomst mee moeten gaan. En die toekomst houdt onder andere in: de enorme reken capaciteit van computers met AI, successen van *translational research* en nieuwe vormen van communicatie.

De doorbraak van AI

De werkwijze van de internist kent een vaste volgorde.⁵ In de eerste, inductieve fase, leiden symptomen en bevindingen tot de herkenning van een patroon van ziekte. Daarna volgt een deductieve fase, waarin het gevonden patroon wordt gespiegeld aan pathofysiologische kennis en klinische ervaring. Als resultaat van de deductieve redenering volgt een werkhypothese en een behandelplan. Zowel de werkhypothese als het behandelplan hebben een waarschijnlijkheidselement. Het stochastische karakter van de geneeskunde komt daarin tot uiting. Deze manier van werken heeft grote overeenkomsten met AI, waarbij het ook draait om patroonherkenning binnen een

zelflerend systeem.⁶ AI gaat echter veel verder dan een simpele statistische analyse van traditionele medische gegevens. Bij de toepassing van AI kan een veelheid aan gegevens via algoritmen met elkaar worden verbonden en kunnen de karakteristieken van de individuele patiënt gespiegeld worden aan de gegevens van andere patiënten in een grote database. Deze toetsing van patiëntgegevens aan de bestaande kennis en ervaring, de zogenoemde *big data*, gaat het vermogen van de internist ver te boven. Het zal tevens leiden tot een nieuwe nosologie, waarin de traditionele diagnosen door veel preciezere beschrijvingen zullen worden vervangen. Andere voorbeelden van de mogelijkheden van AI: het registreren en analyseren van bijvoorbeeld harttonen en het voorkómen van overbodige diagnostiek. In het kort: veel denkwerk en onderdelen van het handwerk van de huidige internist worden over 25 jaar door een denkende machine gedaan. AI zal de internist helpen, maar niet overbodig maken.

Precision medicine

Precision medicine, ten onrechte vaak *personalized medicine* genoemd,

is het toepassen van interventies die precies passen bij de specifieke ziekte van de individuele patiënt.^{7,8} Het begrip stamt niet voor niets uit de oncologie en hematologie, waar geneesmiddelen worden ontwikkeld tegen de genetische afwijking die de tumor van een bepaalde patiënt kenmerkt. Naar verwachting zullen er steeds meer specifieke geneesmiddelen of behandelingen worden ontwikkeld. Bij de keuze van behandelingen zullen algoritmen een steeds grotere rol spelen, waarbij het farmacogenetisch profiel een centrale plaats zal hebben. Uitslagen van biomarkers worden gekoppeld aan de moleculaire biologie van bacteriën, virussen of tumorcellen voor de optimale selectie van geneesmiddelen. Precision medicine is dus met scherp schieten.

In de komende 25 jaar worden alle ziekten weesziekten en alle geneesmiddelen weesgeneesmiddelen. *One size fits all* wordt verleden tijd en de internist zal daar een belangrijke rol in spelen.

De structuur van de zorg

In de komende 25 jaar worden de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van de zorg een steeds groter probleem. Bovendien zal de patiëntenpopulatie veranderen: ouder, mondig en met multimorbiditeit. Hoe zal dit uitwerken voor de positie en de werkwijze van de internist? Antwoorden van deskundigen op deze vragen zijn divers. Wij voorspellen dat de huidige indeling van specialismen in beschouwend, snijdend of geestelijk zal worden vervangen door een onderscheid tussen supergespecialiseerde en generalistische dokters. De cardiologie wordt bijvoorbeeld gesplitst

“**One size fits all** wordt verleden tijd en de internist zal daar een belangrijke rol in spelen”

in interventiecardiologie en algemene cardiologie en de hematologie wordt opgedeeld in intensieve en algemene hematologie. De 'algemene' afsplitsingen zullen weer tot de interne geneeskunde gaan behoren. De generalistische interne geneeskunde zal een bondgenootschap aangaan met de huisartsgeneeskunde. Beide vakken zullen een gezamenlijke basisopleiding krijgen, met de interne geneeskunde als uitstroomvariant voor intramurale en transmurale generalistische zorg. Met al deze veranderingen wordt de zorg voor de patiënt overzichtelijker en voor de samenleving efficiënter.

Nieuwe communicatie

Internet zal in al zijn toepasbaarheid grote gevolgen hebben voor de manier waarop wij met elkaar communiceren. De recente openstelling van (delen van) het elektronisch patiënten dossier voor de patiënt is daar een voorbeeld van. Sensoren

in de thuissituatie zullen veel ziekenhuisbezoeken overbodig maken, gesprekken zullen deels via videoverbindingen worden gevoerd en multidisciplinaire vergaderingen worden teleconferenties. Wij voorstellen een overvloed aan e-healthapplicaties, wat de vraag zal oproepen wie daarin selecteert en de goede gang van zaken bewaakt. De internist kan het kaf van het koren scheiden en onzin van zin onderscheiden en wordt de regisseur van goede communicatie.

Tot slot

De toekomst is ongewis en wie zich daarop toch voorbereidt, kan bij andere uitkomsten achteraf op meewarigheid rekenen. Toch heeft het nut om vanuit het verleden naar de toekomst te kijken, vooral als er bereidheid is om je aan te passen aan een veranderende wereld. De interne geneeskunde van 2050 zal worden beoefend bij een hogere zeespiegel, bij een oudere bevolking en te

midden van almaar nieuwe technologieën. ■

Referenties

1. Mandema E. De interne geneeskunde in de laatste 40 jaar. Ned Tijdschr Geneesk 1997;141:9-17.
2. Le Fanu J. The Rise and Fall of modern Medicine. Londen: Little, Brown and Company, 1997.
3. Jameson JL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Loscalzo J. Harrison's Principles of Internal Medicine. 20th Edition: New York: McGraw Hill, 2018.
4. Nederlandse Internisten Vereniging. Strategische visie 2018 - 2022. Utrecht: NIV 2018.
5. Querido A. van Es LA, Mandema E. (edit.) The Discipline of Medicine: emerging concepts and their impact upon medical research and medical education. KNAW proceedings. Amsterdam: North-Holland, 1994.
6. Obermeyer Z, Emanuel EJ. Predicting the future-Big Data, Machine Learning and Clinical Medicine. N Engl J Med 2016; 375: 1216-1219.
7. Jameson JL, Longo DL. Precision Medicine-Personalized, Problematic, and Promising. N Engl J Med 2015;372:2229-2234.
8. Hogendoorn PCW, Levi MM. (red.) Nationaal Plan academische geneeskunde, biomedische wetenschap en gezondheidsonderzoek. Nederlandse federatie van Universitair medische centra. Utrecht 2017.

Cartoon

Dr Punthoofd... kan helaas niets meer betekenen

MAAR gelukkig is er nu wel een heel grappige APP voor u beschikbaar



M van Delft

Wetenschap, opportunisme en antisemitisme in een Berlijns ziekenhuis

TEKST: HANS ABLIJ

Het is een zwaarwegend advies voor elke dokter (en de rest van de wereld) om *Charité* te kijken, twee korte series van Duitse makelij over het gelijknamige ziekenhuis in hartje Berlijn, te zien op Netflix. De eerste zes delen, waarin de beslommingen van Paul Ehrlich, Rudolf Virchow en Robert Koch zijn te zien, spelen zich af tegen het einde van de negentiende eeuw. De tweede zes delen – *Charité at war* – spelen zich af tijdens de Tweede Wereldoorlog.

Beide seizoenen beschrijven de belevenissen van twee fictieve hoofdpersonen in een decor van gebeurtenissen die echt hebben plaatsgevonden. Dit is dan ook meteen de eerste reden om te kijken: historisch besef. Bij velen van ons zullen de namen Koch, Ehrlich en Virchow bekend in de oren klinken, maar weinigen kunnen de details van hun baanbrekende onderzoeken oprakelen. Daarnaast gaat het hier niet alleen over wélk wetenschappelijk onderzoek ze deden, maar vooral over de omstandigheden waarin ze het deden. Geen gelikte en fraaie laboratoria, vette subsidies en een schoonmaakkploeg aan het eind van de dag, maar aftandse houten stoelen en tafels, hokken voor de proefdieren naast de boekenkast en hooi op de vloer. Een koeienstal in het Westland is luxer. De menselijke aspecten zijn onveranderd, zo blijkt: ambities, teleurstellingen, persoonlijke drama's en karakterbotsingen komen ruim aan bod.

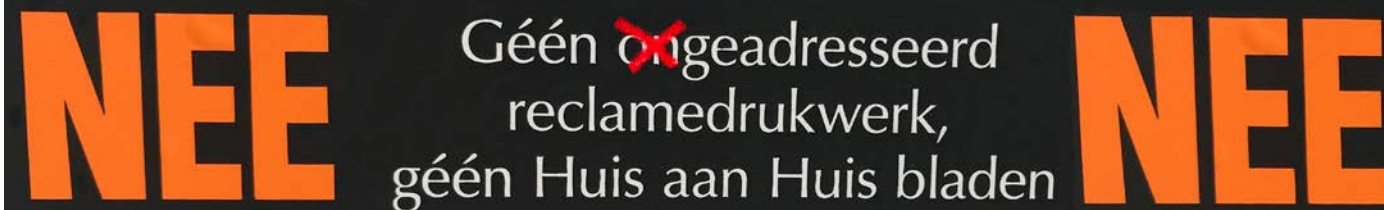
Wat de serie zo bijzonder maakt is iets anders: de consequenties van de keuzes die mensen maken. Ambities, overtuigingen, onwetendheid, naïviteit en angsten spelen een grote rol in die keuzes. Maar ook opportunisme en nieuw inzicht. Al deze menselijke drijfveren komen we tegen in *Charité*. De hoofdrollen zijn toebedeeld aan de drijfveer en de keuze, de spelers zijn de vehikels van die hoofdrollen. Er is ook geen boodschap aan de kijker, want de gebeurtenissen en feiten spreken voor zich: wetenschappelijke omstandigheden tegen het eind van de achttiende eeuw en het opkomende antisemitisme in de eerste serie, de Jodenvervolging

en andere gruwelpraktijken van het naziregime in de tweede serie.

Antisemitisme bestaat al zolang het Jodendom bestaat, soms in golven of massaal, maar altijd sluimerend. In een opgaande golf van antisemitisme zijn er altijd individuen die opstaan, dapper zijn en voor hun principes – namelijk menselijkheid – staan, openlijk of subversief. Tot de eerste categorie behoorde Rudolf Virchow, die gedurende zijn gehele carrière gestreden heeft tegen antisemitisme. Andere thema's die in de tweede serie aan bod komen zijn het euthanasie- en sterilisatiebeleid van de nazi's en het experimenteel onderzoek dat werd verricht op 'gedegenereerden', waarbij ook kinderen het slachtoffer werden. Zo gruwelijk en verontrustend dat het je voorstellingsvermogen te boven gaat. Toch zijn er artsen en verpleegkundigen geweest, ogenschijnlijk intelligente en redelijke mensen, die hun bijdrage hebben geleverd aan deze gruwelpraktijken. Sommigen doen dat met volle overtuiging, anderen worden er langzaam maar zeker ingezogen.

Niemand kan voorspellen welke keuzes hij of zij maakt tijdens een oorlog of andere onheilspellende tijden. Meestal word je gedwongen keuzes te maken en waar je uiteindelijk voor kiest hangt van veel factoren af: idealen, angst voor de dood, angst voor verlies van vrienden, familie en je hele hebben en houden, en dapperheid. Maar ook opportunisme. Daarom is de serie zo indringend. Meekijkend over de schouders van sommige personages ga je je toch afvragen welke keuzes jij zou hebben gemaakt. Het is een afschrikwekkende vraag die je je niet wilt stellen, maar deze dringt zich onvermijdelijk op.

Na de eerste serie voelde ik ontzag voor de ploeters die grote wetenschappelijke vooruitgang hebben gebracht onder barre omstandigheden. En als ik nu aan Virchow denk, denk ik niet meer aan een supraclaviculaire klier, maar aan de mens Rudolf Virchow. De tweede serie liet me alles overpeinzend en verslagen achter. In alle 'tumult' van de huidige tijd zag ik alles weer in perspectief. ■



Stuur-me-niks register

TEKST: HANS ABLIJ

Toen ik mijn artsexamen met goed gevolg had afgelegd, kreeg ik datzelfde jaar nog de eerste post van farmaceutische bedrijven. Ik had direct het gevoel dat ik erbij hoorde. Ik werd opgemerkt, ik was belangrijk en de farmaceuten konden niet meer om me heen. Ik was dokter en daar hoorde post bij, veel post. De brievenbus werd met de jaren steeds voller. Enveloppen van alle soorten en maten. Daarna kwamen de huis-aan-huisblaadjes, folders, flyers, nieuwjaarskaarten, scheurkalenders, vergoedingsblokken en van die kartonnen kaartjes die je kunt openklappen voor de verrassing. En natuurlijk de tijdschriftjes gewikkeld in plasticjes en cellofaantjes. Met een beetje ongeluk word je ook nog opgezadeld met een pen, sleutelhanger of andere prul. Werkelijk, je kunt het zo gek niet bedenken of ze verzinnen het wel. En ze lijken uit alle hoeken en gaten te komen. Opvallend is ook dat alle vakken vertegenwoordigd zijn: MDL, oncologie, hematologie, diabetes, nefrologie, enz. Het is pure mitrailleurreclame: je raakt altijd wel iets, moet hun filosofie zijn.

Heel, heel vroeger maakte ik nog wel eens een envelop open, nieuwsgierig naar de inhoud. Dat doe ik al vele jaren niet meer. Mijn nieuwsgierigheid is niet minder. Nee, die is gewoon he-le-maal verdwenen, weg, foet-sie. Er is niets van over. Alles gaat direct in de tas met oud papier. Met enige brute kracht trek ik de plasticjes en cellofaantjes open om papier en kunststof nog te scheiden.

Voor nieuwsgierigheid is iets anders in de plaats gekomen: ergernis. Ik heb hier namelijk niet om gevraagd. Net als de wekelijkse jongelui die aan de deur komen om je over te halen je te laten registreren voor een maandelijks donatie voor een of ander goed doel. Zit je in hun systeem, probeer er maar eens uit te komen. En alsof dat nog

niet erg genoeg is lijken ze wel je gegevens door te geven/sturen naar andere goede doelen: joh, die Ablj hebben we binnen, dus sla ook je slag. Als ik geen eenmalige donatie kan doen zonder me te laten registreren, bedank ik vriendelijk doch standvastig. Hetzelfde geldt voor het ongevraagd gebeld worden voor het een of ander. Bedrijven die zich niks aantrekken van het bel-me-niet register, waar ik me wél heb laten registreren.

Deze brievenbusdiarree van farmaceuten moet maar eens afgelopen zijn. Slecht voor het milieu en dodelijk voor je nieuwsgierigheid. Jaren geleden heb ik eens een paar farmaceuten geschreven of ze daar mee op willen houden. Geen antwoord gekregen. Blijkbaar zitten we gevangen in het systeem en vrijlating is niet mogelijk op individuele basis. Het wordt tijd voor een *Stuur-me-niks register* en als NIV zouden we het voortouw kunnen nemen. Een NEE-NEE-registratie, tenzij. Maar goed, wellicht ben ik een roepende in de woestijn en wordt door velen de post hogelijk gewaardeerd. De internisten kunnen we wellicht indelen in vier categorieën: NEE-NEE-internisten, NEE-JA-internisten, JA-NEE-internisten en JA-JA-internisten. Ik behoor met grote overtuiging tot een buitencategorie: de NEE-NEE-NEE-internist.

Ik heb de volgende drie websites alvast gereserveerd:

- www.stuur-me-niks.nl
- www.welke-post-voor-de-internist.nl
- www.welkepostvoordeinternist.nl

Het bouwen van de website zal geen problemen opleveren. Maar de koppeling aan de administratieve systemen van de farmaceuten zal geen sinecure zijn, naar ik aanneem. Aan de slag. ■

Reactie op Case report: registratielust



TEKST: FREEK MEEUWES, RUBEN DE BRUIN & NIKÉ BÜLLER, NAMENS DE JNIV-SCHRAPCOMMISSIE • BEELD: 123RF

Wij waren blij met de column *Case report: registratielust* in de rubriek Knuppel in het internistenhok in nummer 1 van dit jaar. Allereerst, omdat positief nieuws ook gedeeld mag worden. In deze wereld vol dood, verderf en ongelikte-berengedrag is het fijn als af en toe iemand ook nog eens wat positiefs te melden heeft. Daarnaast vinden wij het fijn voor collega Ablij dat hij enkel vooruitgang heeft ervaren met de ontwikkelingen van de laatste jaren. Wat u niet zal verbazen is dat wij zijn positieve gevoel *niet* delen. Bovendien ligt de focus van de discussie ons inziens verkeerd, maar aan ons de kans om hierbij een en ander recht te zetten.

Een papieren patiëntendossier is, in Nederland in 2019, obsoleet. Het hebben van een EPD is een grote vooruitgang wat betreft statusvoering, het bijhouden van de medische

voorgeschiedenis van de patiënt en het aanvragen van onderzoeken. Het vergroot de controleerbaarheid en daarmee de patiëntveiligheid. Het is evident dat we niet meer naar

het papieren tijdperk terug moeten. Echter, daarmee gaan we voorbij aan wat nu het echte probleem is.

Administratielast

De discussie zou niet moeten gaan over *registratiedruk*, want wat verstaan we daaronder? Is een DBC aanmaken registreren? Is het scoren van JCI-kwaliteitskenmerken een voorbeeld van registratie? Of is statusvoering dat ook? En wat moet er dan op zijn minst in de status staan? Zijn de woorden “zo door” tegenwoordig nog voldoende? En als iets niet genoteerd staat maar wel is



“We moeten terug naar een systeem waarbij **goede zorg** is **gebaseerd op vertrouwen**”

ons zelf? Wat is het nut van artsenverklaringen als een recept al door een arts geschreven is? Waarom schijnen verpleegkundigen alleen nog iets te kunnen doen als er een order is? Zijn wij artsen dan hefttruckchauffeurs geworden die de hele dag in een virtueel orderpickmagazijn rondrijden om een kathe-terplaatsing of een tabletje paracetamol bij de patiënt te laten bezorgen? Zouden wij in tijden van schaarste – met enkel uitzicht op toename daarvan – onze bronnen niet beter in moeten zetten?

Schrikbarende cijfers

Het door VvAA en FMS opgestelde rapport *Administratiedruk medisch specialisten* uit november 2017 geeft schrikbarende cijfers weer. Toegegeven, het gaat hierbij om alle specialisten en niet om internisten in het bijzonder. De enquête werd door 3073 collegae ingevuld (waaronder 624 aios) en liet zien dat medisch specialisten gemiddeld 38% en aios 46% van hun werktijd aan administratie besteden. Medisch specialisten vinden 35% daarvan zinnig en bij 93% vermindert al deze administratie het werkplezier. Van de medisch specialisten vindt 76% dat de ICT-systemen niet voldoende ondersteuning bieden bij de uitvoering van administratieve taken. Schuurman e.a. beschrijven in het NTVG in 2018 *Een dag uit het leven van de zaalarts interne geneeskunde*, waarbij de zaalarts 38% van zijn of haar tijd aan administratieve taken spendeert.

Vertrouwen

Het registreren voor keurmerken is niet het grootste probleem van de internist, maar een overvloed administratie is dit wel degelijk. Het zou getuigen van regelrechte struisvogelpolitiek als wij dit als beroepsgroep niet zien. Maar hoe komt het dat wij zoveel administreren? Simpel, iets wat in het papieren tijdperk nog *wel* bestond. Vertrouwen. Het groeiende wantrouwen, de “veramerikanisering” en de zorgwekkende claimcultuur in de zorg zijn de wortels van dit probleem. We moeten terug naar een systeem waarbij goede zorg is gebaseerd op vertrouwen in elkaar als professionals, in plaats van wantrouwen als de norm. Als internisten moeten we een continue verbetercyclus opstarten wat betreft administratieve taken. Laten we beginnen met de hand in eigen boezem te steken. We corresponderen naar collegae alleen datgene dat nodig is en doen dat goed. Daarnaast krijgt de secretariële ondersteuning ook weer het vertrouwen en de bevoegdheid om ons écht te ondersteunen. We zorgen dat de minister nu eindelijk eens regelt dat ICT-systemen goed met elkaar kunnen communiceren: waarom zouden we nog moeten overtypen in 2019? Andere zorgprofessionals verwijzen naar elkaar zonder goedkeuring van een arts. Verpleegkundigen zorgen weer voor de patiënt in plaats van voor het afwerken van boodschappenlijstjes. En: we pleiten voor één centraal live medicatiesysteem. Scheelt naast administratie ook nog eens fouten. Artsen administreren alleen zelf waar nodig en dan kort, bondig, maar wel compleet. Ook hier geldt vaak *less is more*. Zo kunnen wij weer doen waar we goed in zijn – mensen helpen. ■

overwogen, kan je dat later worden aangerekend? En correspondentie naar de huisarts dan? Waar de discussie wél over moet gaan is het grotere geheel, de *administratielast* die wij als beroepsgroep ervaren. Hoe komt het dat wij zoveel “moeten” administreren? Legt de buitenwereld ons dit op of ligt het ook aan

“De discussie zou niet moeten gaan over **registratiedruk**”



De medicus in de literatuur

Arnold Aletrino

Als wetenschapper zijn tijd ver vooruit

TEKST: HANS ABLIJ

Als arts was hij weinig bevrologen, maar als wetenschapper des te meer. Hij kwam op voor de homoseksuelen en vond dat verpleegkundigen een betere positie moesten krijgen binnen de gezondheidszorg. Het eerste werd als regelrechte idiotie en anarchie beschouwd en het tweede werd ook al niet met een groot hoera ontvangen; zelfs niet in het vrijdenkende Nederland tegen het eind van de negentiende eeuw. Arnold Aletrino (1858-1916) was zijn tijd ver vooruit, maar is desondanks goeddeels in de vergetelheid geraakt.

Aletrino was een Tachtiger en bevond zich in het illustere gezelschap van Lodewijk van Deyssel, Willem Kloos en Frederik van Eeden. Frederik van Eeden las hem tijdens hun studententijd in Amsterdam het manuscript van *De kleine Johannes* voor. Aletrino kon zijn tranen niet bedwingen en barstte in huilen uit, waaruit zijn immense en diepe emotionele belevingswereld blijkt. Hij stond ook bekend om zijn pessimistische levensvisie en was al vroeg in zijn leven geobsedeerd door de dood. De tocht van Johannes en Pluizer langs de graven in het boek van Van Eeden is dan ook ontsproten uit het hoofd van Aletrino.

Studententijd en de Tachtigers

Arnold Aletrino werd als Aäron (of Aron) Aletrino in 1858 geboren in Amsterdam. Hij was van Portugees-Joodse afkomst, de zogenaamde Sefardim (Sefarad is de Hebreeuwse benaming voor Spanje, maar tegenwoordig wordt het Iberische schiereiland hiermee bedoeld). Nadat hij de Latijnse School had doorlopen ging hij geneeskunde

studeren in Amsterdam, waar hij na een tweede poging in 1886 zijn artsexamen haalde.

Al vroeg in zijn studententijd raakte Aletrino geïnteresseerd in de literatuur, veel meer dan in de geneeskunde. Hij was zelfs verwonderd dat hij het doktersvak had gekozen. Hij wilde immers helemaal niet “onder de mensen zijn”. In deze “ellendige tijd” is Aletrino sterk beïnvloed door het Franse naturalisme van Emile Zola. Deze literaire stroming was een reactie op de Romantiek en paste goed bij hem. Men moest het vooral niet mooier maken dan het was. Ellende is gewoonweg ellende, en meestal zonder een goed einde. Volgens zijn neef, Leopold Aletrino, werd Arnolds melancholie en zwaarmoedigheid in zekere mate ook door hemzelf gecultiveerd, waarbij enige koketterie hem niet vreemd was. “Arnold hield erg veel van zijn levensmoetheid”, zoals Leopold het verwoordde.

Tijdens zijn studententijd ontmoette hij onder anderen Willem Kloos en Fredrik van Eeden en in 1884 trad hij toe tot het literaire gezelschap *Flanor*. In 1886 debuteerde hij in *De Nieuwe Gids*, het door de Tachtigers opgerichte tijdschrift waarin ze hun werk ongestoord konden publiceren. Zijn ontmoeting met medestudent Fredrik van Eeden zou uitmonden in een levenslange en hechte vriendschap.

“Een concentratie van ellende”

Aletrino promoveerde in 1889 en werkte vervolgens tien jaar als arts bij de gemeente Amsterdam. Daarbij bracht hij regelmatig bezoeken aan patiënten in de wijken Kattenburg en Kadijk. Hij werd tevens assistent in het Binnengasthuis. Hier deed hij zijn eerste ervaringen op in de gezondheidszorg onder de armste lagen van de

bevolking. “De droefheid viel je voor de voeten als je binnen kwam”, aldus Aletrino in een interview in 1908. De sociale achterstand en het leed gingen hem aan het hart. Het bevestigde zijn ideeën over het uitzichtloze bestaan van de mens en de zinloosheid van het leven. Hij zou nadien zijn hele leven opkomen voor de zwakkeren en de onderdrukten in de samenleving.

Ideeën over homoseksualiteit

In 1895 werd Oscar Wilde in Engeland tot gevangenisstraf veroordeeld voor zijn relatie met Lord Alfred Douglas ('Bosie'). Een rechtszaak die Wilde aanspande tegen de vader van Bosie, wegens smaad, keerde zich onverwachts tegen hem. Hij werd beschuldigd van 'sodomie' en ging twee jaar achter de tralies met dwangarbeid. De zaak Oscar Wilde is illustratief voor hoe er in deze tijd werd gedacht over homoseksualiteit, namelijk als een geestesziekte en bovendien als een misdaad.

Aan het eind van de negentiende eeuw ontstonden er echter in Europa andere ideeën over homoseksualiteit. Aletrino heeft hierin een niet te onderschatten rol gespeeld - niet in zijn hoedanigheid als arts, maar als wetenschapper. In 1899 werd Aletrino namelijk lector criminele antropologie aan de Universiteit van Amsterdam en legde hij zich toe op de medisch-sociale aspecten van de maatschappij. Hij kwam op voor de prostituees en hij pleitte voor de acceptatie van homoseksualiteit, wat in die tijd nog uranisme werd genoemd (afgeleid van Aphrodite Urania en Uranus). De basis voor zijn progressieve ideeën kwam uit zijn onderzoek dat hij verrichtte in de criminele antropologie. Daarin had hij een deterministische en atavistische visie, oftewel: de mens handelt niet uit vrije wil, alles is voorbestemd en eenieder zal zijn of haar lotsbestemming ondergaan.

In 1901 hield Aletrino op het vijfde *Congres voor Criminele Anthropologie* te Amsterdam, dus in het hol van de leeuw(en), een lezing met de titel *La Situation sociale de L'Uraniste*. Het werd hem door de aanwezige crème de la crème van de criminele antropologie niet bepaald in

dank afgenomen. Er volgden pogingen tot boycot en censuur. Ook toenmalig minister-president Abraham Kuyper liet in het parlement van zich horen met een uitspraak van Bijbelse proporties: “De zonde waarom door God eens steden in een zoutdal zijn veranderd”. Maar de geest was uit de fles en Aletrino hield, ondanks de niet-aflatende kritiek uit alle gelederen van de maatschappij, vast aan zijn ideeën. De Universiteit van Amsterdam is altijd achter hem blijven staan.

In 1908 deed hij het nog dunnetjes over in de voordracht *Hermaphrodisie en uranisme*, waarin hij stelde dat “niemand het recht heeft zich met de geslachtsdaden van anderen te bemoeien of deze te veroordelen”. Homoseksualiteit is geen geestesziekte, maar een variëteit waar je mee geboren wordt, net zoals veel andere eigenschappen die genetisch bepaald zijn.

Verpleging en de dood

Ondertussen bleef Arnold Aletrino zich wijden aan de literatuur. Hij schreef meerdere novellen en die waren naar de aard van de schrijver: niet erg opgewekt. Zijn eerste huwelijk met Rachel Mendes da Costa eindigde na zes jaar met haar zelfmoord in 1897. Zijn tweede huwelijk met verpleegster Emilie Julia van Stockum (Jupie) hield stand tot zijn dood. Beide huwelijken bleven vrijwillig kinderloos. In 1900 was Jupie, samen met Aletta Jacobs en Arnold, één van de oprichters van de *Nederlandsche Vereeniging tot Bevordering der Belangen van Verpleegsters en Verplegers*, vanaf 1901 omgedoopt tot Nosokómos. Arnold pleitte binnen de vereniging strijdlustig voor de belangen van verpleegkundigen. Omdat in die tijd hun werk als liefdadigheidswerk werd gezien, werden verpleegkundigen slecht betaald en werkten ze lange dagen. Hun werk- en woonomstandigheden waren beroerd. De huidige cao-onderhandelingen worden gevoerd door NU'91, de opvolger van Nosokómos.

Na 1900 ging de gezondheid van Aletrino achteruit. Hij had allerlei moeilijk te duiden kwalen, waarbij zijn verslaving aan de morfine een grote rol speelde. Pogingen van Frederik van Eeden en Jupie om Sam - zoals hij door zijn meest intieme vrienden werd genoemd - van de morfine af te krijgen waren tevergeefs. In 1908 ging hij met vervroegd pensioen en in 1909 vertrekt hij naar Chaux-de-Fonds sur Montreux aan het meer van Genève. Hij werd tot zijn dood, na een lange periode van lichamelijke en geestelijke teloorgang, liefdevol door Jupie verzorgd. Zijn laatste werk was *Napoleons laatste levensjaren*, over Napoleons verblijf en dood op Sint-Helena, gepubliceerd in 1916. Terwijl de wereld om hem heen in brand stond, overleed Arnold Aletrino op 17 januari 1916 in het neutrale Zwitserland.

Volgens sommigen kon de sombere en fatalistische Aletrino ook ongebreideld grappig zijn, waarbij hij zó uitbundig schaterde dat het spreken niet meer mogelijk was. Frederik van Eeden schreef het volgende over zijn overleden vriend: “Deze sombere schrijver van de meest verdrietige en luguubere boeken, die in onze taal geschreeven zijn, was de jooligste en levendigste, geestigste kameraad dien men zich denken kan.” ■



Yvo Smulders



Ieders waarheid meandert

Fundamentele tegenstellingen prikkelen mijn belangstelling, vooral als een der partijen er een controversiële overtuiging op nahoudt. Even fascinerend zijn de effecten van uitkomsten van epidemiologische studies op die overtuigingen. Wat doet een controversiële onderzoeksuitkomst op een mainstream overtuiging en, andersom, wat doet een mainstream onderzoeksuitkomst met een controversieel standpunt? Zo is er bijvoorbeeld een groep wetenschappers die stelt dat cholesterol geen risicofactor voor hart- en vaatziekten is; op het eerste gezicht een wereldvreemd standpunt. Ik ben het niet met ze eens, maar wil het toch een beetje voor ze opnemen, want als ze zich niet laten overtuigen door bijvoorbeeld een nieuwe trial of meta-analyse, dan hebben ze gewoon gelijk.

Dat zit zo. Het waarheidsgehalte van een onderzoeksuitkomst wordt slechts voor een klein deel bepaald door de statistische significantie van die uitkomst en voor een veel groter deel door de voorafkans dat deze uitkomst waar was. Bepalen we bijvoorbeeld de voorafkans dat A=waar op slechts 5% en lezen we dan een onderzoek met als statistisch significante (p -waarde 0,05) uitkomst dat A toch het geval is, dan neemt de kans op A=waar toe van 5% naar ruim 10%. Schatten we de kans op A=waar op 50%, dan leidt hetzelfde onderzoek tot een waarheidsgraad van ongeveer 70%. Pas als we 90% zeker zijn leidt het onderzoek tot de 95% zekerheid waarvan velen denken dat dat de betekenis van de p -waarde van 0,05 is. Andersom geldt hetzelfde: zijn we 90% zeker van A en een onderzoek zegt dat A statistisch significant ónwaar is, dan is A nog steeds 80% zeker waar. Voor wie dit leuk vindt: lees bijvoorbeeld *Nature* 2014;106:150-152.

De meesten van jullie kennen deze algemene principes van p -waarde-interpretatie en Bayesiaanse trialinterpretatie wel. Wat velen zich minder realiseren is dat deze exercitie niet alleen geldt voor de statistisch berekende voorafkansen, maar ook voor breder gefundeerde overtuigingen. Je kunt bijvoorbeeld op basis van lezing van andere bronnen, een alternatieve pathofysiologische theorie, of wantrouwen in de invloed van de farmacie op de literatuur, de overtuiging zijn toegedaan dat de kans dat cholesterol hart- en vaatziekten veroorzaakt hooguit 1% is. Lees je dan een onderzoek dat met $p=0,05$ aantoonde dat zulks toch het geval is, dan behoort je niet overtuigd te zijn. Hooguit stijgt de geloofwaardigheid immers naar een magere 3 of 4%; een irrelevante stijging die terecht tot 'ik geloof er nog steeds geen bal van' leidt. Je wordt het dan dus nooit eens met discussie over bijvoorbeeld de methodes van het onderzoek, daar zit t 'm immers niet in.

Besef hoe belangrijk dit is: niet alleen statistische waarschijnlijkheden komen vaak maar weinig van hun plaats na een onderzoeksartikel, overtuigingen komen dat evenmin. Anders gezegd: (ons beeld van) de waarheid gaat nimmer plots links- of rechtsaf, maar meandert, zowel vanuit het statistische als vanuit het geloofwaardigheidsperspectief. Dit geldt voor zowel reguliere als controversiële overtuigingen. En als u mensen met controversiële overtuigingen een gevaar voor de geneeskunde vindt, dan wijs ik u erop dat er tenminste evenveel gevaar schuilt in collega's die denken: ' $p<0,05$, dus het is waar.'

Dank aan Abel Thijs, mijn oppermeelezer.