

INTERNE GENEESKUNDE

NUMMER 2
JAARGANG 12
JUNI 2021

Magazine voor de internist



Agressie

Caroline Koetsenruijter wil veel meer actie tegen agressie in de zorg

Religie

Het spanningsveld tussen westerse geneeskunde en de islamitische cultuur

Dappere dokters

Meer tijd voor de patiënt door andere organisatie van de zorg

Covid-19

Internisten op de ic tijdens covid-19 – een heftige, maar ook inspirerende tijd

Jonge klaren enquête 2021



AGRESSIE

6

Caroline Koetsenruijter, schrijver van het boek *Jij moet je bek houden!*, wil meer aandacht voor agressie in de zorg



Conflicten in de zorg

Het voorkomen en oplossen van conflicten

9



Behandelbeperkingen en religie

Het spanningsveld tussen westerse geneeskunde en de islamitische cultuur

12



Dappere dokters

Meer tijd voor de patiënt door andere organisatie van de zorg

16

Casus Behandelings- overeenkomst

8

Internisten op de ic tijdens covid-19

18

Beoordelingsproces Coronavaccins

20

Jonge klaren enquête 2021

22

In memoriam Tineke Westerveld

31

RUBRIEKEN

Nieuws vanuit de deel- specialistische verenigingen

15

Boekbespreking

Jij moet je bek houden!

27

De medicus in de literatuur

Arthur Conan Doyle – geestelijk vader van Sherlock Holmes en de speurtocht naar gene zijde

28

De knuppel in het internistenhok

Hora est!

32

Cartoon

33

Column Yvo Smulders

Diverse gedachten over diversiteit

34





Breed en uniek

Als internisten hebben wij naast de breedste medische kennis, ook allen onze eigen unieke specialistische expertise. Dat maakt ons als beroepsgroep divers en stelt ons in staat om als vakgroep een groot deel van de gezondheidszorg te bestrijken. Tijdens de pandemie is de waarde van die breedste medische kennis gecombineerd met unieke specialistische expertise andermaal duidelijk geworden. Internisten speelden enerzijds een cruciale rol in de opvang en behandeling van Covid-19-patiënten op zowel de SEH, de verpleegafdelingen als op de Intensive Care (pag. 18), maar anderzijds ook in de organisatie van zorg. Een van de vele mooie voorbeelden hiervan is de betrokkenheid van Olaf Dekkers en Kees van Nieuwkoop bij de beoordeling van de coronavaccins (pag. 20).

Zoals Suzanne Geerlings betoogt, kunnen we vele lessen trekken uit de coronacrisis (pag. 16). Naast het belang van minder administratie, gerechtvaardigd vertrouwen in de specialist en meer investeringen in wetenschap, is ook de rol van de breed opgeleide specialist een hele belangrijke. Het is die brede basiskennis die ons in staat stelt om een flexibele schil te creëren, waarbij de exacte behoefte per crisis anders zal zijn.

In een samenleving die vergrijst, en waarin steeds meer mensen meerdere chronische aandoeningen tegelijk hebben, zal die brede basiskennis alleen maar belangrijker worden. Het maakt ons bij uitstek geschikt om naast hoofdbehandelaar ook regievoerder te zijn bij onze patiënten. Want goede regievoering is een van de manieren om de zorg ook de komende jaren betaalbaar te houden.

Vanwege deze demografische veranderingen en de daaruit voortvloeiende zorgvraag heeft het capaciteitsorgaan berekend dat er de komende jaren een fors toegenomen behoefte is aan internisten. Het ingewikkelde bij deze berekeningen is dat er geen rekening gehouden is met afgesproken productieplafonds en het gemaximeerde budget voor medisch specialistische zorg. Het eindresultaat is dat er nauwelijks extra plaatsen beschikbaar komen voor de inzet van deze extra opgeleide internisten om in de toenemende zorgvraag te kunnen voldoen. Dit terwijl de zorg steeds meer gaat knellen. Het perspectief voor jonge klaren dat het gevolg is van deze beslissingen (pag. 22) baart ons als NIV grote zorgen. Om die reden heeft de NIV een Task Force werkgelegenheid opgericht, die zowel aan slag zal gaan met oplossingen op de korte als op de langere termijn. Samen met de Federatie Medisch Specialisten doen we daarnaast ons uiterste best om dit onderwerp op de politieke agenda te krijgen. Uiteindelijk ligt daar namelijk de enige structurele oplossing. En ondertussen ligt bij ons allen de taak om te doen waar wij goed in zijn en te laten zien welke cruciale rol de internist speelt in de zorg, over het gehele domein van de interne geneeskunde.

Robin Peeters
Voorzitter NIV

COLOFON

Interne Geneeskunde,
magazine voor de internist
12e jaargang, nummer 2, juni 2021

Redactie

Hans Ablij, Gysèle Bleumink (hoofredacteur), Caroline Canté, Marianne Hendriks, Charlotte Krol, Lianne van der Meer, Coco Opheij, Harriët Teijen, Hein Visser

Redactie-adres

MacChain
E-mail: info@macchain.nl

Vormgeving en DTP

HGPDESIGN, Alphen aan den Rijn

Beeld omslag

Robert van Ginkel

Uitgever

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

ISSN 2211-100X

© NIV, 2021

Website NIV: www.internisten.nl



‘Veel meer actie nodig tegen agressie in de zorg’

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: ROBERT VAN GINKEL

Meer dan de helft van alle zorgmedewerkers ervaart agressie op het werk. Maar daar wordt nauwelijks iets tegen gedaan. Dat moet veranderen, vindt Caroline Koetsenruijter van Instituut KCB (Koetsenruijter Conflictmanagement & Bemiddeling). Zij schreef het boek *Jij moet je bek houden!*, dat vorig jaar augustus verscheen en nu al toe is aan de vierde druk. Ze wil dat werkgevers in de zorg het probleem veel actiever aanpakken. ‘Er is nog weinig aandacht voor agressie in de zorg. Dat is volkomen onterecht.’

Agressie tegen zorgpersoneel is de afgelopen jaren flink toegenomen en heftiger geworden. Dat bleek zelfs afgelopen jaar tijdens de coronacrisis. ‘Het applaus voor zorgmedewerkers aan het begin van de crisis heeft plaatsgemaakt voor de middelvinger’, aldus Koetsenruijter. ‘Maar het probleem bestaat al langer. Onderzoek uit 2017 van TNO laat zien dat Nederland vergeleken met veertien Europese landen bovenaan staat wat betreft agressie naar werkenden. Van alle beroepen zijn

professionals in de zorg in Nederland het vaakst slachtoffer van fysieke, verbale en psychische agressie. Dat is geen score om trots op te zijn. Het lijkt me duidelijk dat er werk aan de winkel is.’

Groeiend probleem

Agressie komt in de zorg vrijwel overal voor. Ook bij huisartsen is het een groeiend probleem. Dat gaat van scheldpartijen en bedreigingen tot, in een extreem geval, poging tot wurging van een assistente. Maar

ook bij balies, SEH’s en afdelingen in ziekenhuizen is het regelmatig raak. ‘Soms staat ineens een hele familie binnen die ontevreden is over de behandeling van bijvoorbeeld een familielid’, weet Koetsenruijter. ‘Zij kunnen zich, zowel tegen verpleegkundigen als tegen artsen, uiterst intimiderend gedragen en soms zelfs losgaan met karatetrappen. Het afgelopen jaar waren ook de maatregelen tegen corona vaak aanleiding voor agressie.’

Normvervaging

Volgens Koetsenruijter is agressie in de zorg een gevolg van normvervaging, verharding en verruiming in de maatschappij. Grote maatschappelijke problemen worden aan het ziekenhuisbed uitgevochten. Zorgprofessionals krijgen in hun eentje te maken met uitwassen van

de normvervaging. ‘En tegelijk worden zij veel te weinig gesteund door het ziekenhuisbestuur. De zorgmedewerker is slachtoffer van schelden, slaan, stompen, trekken en schoppen, maar 90% van de werkgevers zegt daarna: “Ga jij zelf maar aangifte doen”. Dat is heel kwalijk. Veel zorgmedewerkers doen geen aangifte uit angst voor represailles, of omdat agenten vaak niet gemotiveerd zijn om de aangifte op te nemen. Er zijn dus veel te weinig afschrikwekkende maatregelen tegen agressie.’

Meldingssysteem

Koetsenruijter vindt dat na een incident niet de zorgmedewerker, maar het ziekenhuis aangifte moet doen. Dat kan in ziekenhuis-cao's worden opgenomen. Zij pleit er ook voor dat de politie de agressor thuis of op het politiebureau aanspreekt op het gedrag. ‘Ik hoop dat we met een meldingssysteem vanuit ziekenhuizen en met hulp van de politie en rechterlijke macht veel meer jurisprudentie gaan verzamelen. Dan zullen meer mensen het uit hun hoofd laten om zich agressief te gedragen. Dat dat werkt, zie ik bij de politie waar alle agressie-incidenten tegen agenten worden gemeld en waarna ook actie wordt ondernomen. Dat heeft echt een afschrikwekkende werking.’

Oorzaak van het probleem

De oorzaak van het probleem is heel breed. Aan de ene kant zijn veel mensen zich naar zorgprofessionals gaan gedragen als ‘doorgeslagen’ consument die van alles eist, zonder rekening te houden met anderen of met regels. Aan de andere kant is er weinig gedaan tegen deze agressie,

mede doordat er weinig succesvol aangifte tegen wordt gedaan. De agressor ziet daardoor dat hij of zij er mee wekomt. Die gaat door en krijgt vaak veel voor elkaar. ‘Het agressieve en intimiderende gedrag wordt beloond’, ziet Koetsenruijter. ‘Uiteraard doet een zorgmedewerker dat niet bewust. Het komt gewoon voort uit de ernst van de situatie. Recent was er weer een situatie met een grote familie die heel agressief en intimiderend was tegen een verpleegkundige. Daar doe je op dat moment niets tegen. Ik wil ook niemand adviseren om de held uit te hangen. Sterker nog: ik raad aan om aan zo’n familie toe te geven, met het oog op je eigen veiligheid. Maar het gaat om wat daarna gebeurt. Hoe leren we van zo’n incident? En hoe laten we als ziekenhuis met de politie eens een keer onze tanden zien naar zo’n familie? Dat gebeurt nauwelijks.’

Training niet voldoende

Zorginstellingen organiseren vaak wel weerbaarheidstrainingen voor hun personeel. Koetsenruijter vindt training belangrijk, maar voegt daar meteen aan toe dat dat vaak het enige is wat werkgevers doen. ‘Twee keer per jaar een training met een

‘Er zijn veel te weinig afschrikwekkende maatregelen tegen agressie’

schreeuwende acteur is lang niet voldoende. Bovendien kan het bijdragen aan het normaliseren van agressie. Training is niet het instrument om dit aan te pakken.’

Werkgevers moeten het probleem veel serieuzer nemen, betoogt Koetsenruijter. Want hoewel jaarlijks meer dan de helft van de zorgprofessionals te maken heeft met verbale, fysieke en psychische agressie, vindt nog geen 5% van de zorgwerkgevers agressie een belangrijk risico. Uit eigen onderzoek weet Koetsenruijter bovendien dat incidenten vaak niet worden geregistreerd. ‘Er is vaak geen beleid en de agressor wordt niet aangesproken op het gedrag, zelfs niet na fysiek geweld. Die kan er dus gewoon mee doorgaan. Vaak weet de werkgever zelfs niet eens hoe het met het slachtoffer gaat. Ik vind dat verwaarlozing van je personeel.’

Niet meer pikken

Koetsenruijter vindt het een goed idee om het thema agressie op te nemen in opleidingen. Maar ook in de praktijk moet veel gebeuren. Ze denkt bijvoorbeeld aan het inzetten van ervaren zorgprofessionals voor coaching van jongere collega's. ‘Dat geeft steun en erkenning. Ik hoop ook op emancipatie bij zorgprofessionals: in bijvoorbeeld cao-onderhandelingen kunnen zij eisen dat het ziekenhuis aangifte doet na een geweldsincident. Zodat medewerkers dat niet meer zelf hoeven te doen. Zorgmedewerkers moeten het gewoon niet meer pikken dat het gaat zoals het nu gaat.’ ■

Referenties

www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2020/16/nationale-enquete-arbeidsomstandigheden-2019

<https://nu91coronadossier.nl/>

EEN KLEINE GROEP

Caroline Koetsenruijter benadrukt dat de problemen worden veroorzaakt door een kleine minderheid. De meeste mensen ‘deugen’ immers, zijn welwillend en werken mee. Maar daarnaast is er een kleine groep die zich agressief gedraagt. Wie zijn dat? En waarom doen ze het? ‘Daarover weten we heel weinig. Ook dat moet veranderen. En niet met een SIRE-campagne, want daarmee bereik je deze mensen niet. We moeten echt de pakkans vergroten en serieuze consequenties verbinden aan agressie. Want beveiliging in de zorg, wat inmiddels helaas noodzakelijk is, is niet meer dan symptoombestrijding.’

Poot stijf houden of toegeven?

TEKST: CHARLOTTE KROL & FRANK DE HAAN

De heer J. ken ik al jaren vanwege een hypothyreoïdie. Een man met veel noten op zijn zang, die al de nodige artsen had versleten. Onze behandelrelatie was echter al jaren prima. Onlangs ontregelde onverklaard zijn ziektebeeld en ging er tot overmaat van ramp iets mis in de overdracht van zijn bloeduitslagen. Na een goed gesprek hierover leek de lucht geklaard. Totdat patiënt mijn assistente belde.

In het telefoongesprek schoffeerde de heer J. mijn assistente en eiste een aantal (naar mijn mening niet zinvolle) bloedtesten, op advies van een lotgenoot. Hij wilde me niet spreken tot ik de testen had aangevraagd. Bovendien dreigde hij met een klacht over de eerder gemaakte fout als ik de onderzoeken niet zou regelen. Ik kwam hiermee voor een dilemma te staan: zal ik de testen weigeren met een tijdrovende klachtenprocedure tot gevolg? Of zal ik overstag gaan en (tegen mijn zin) toch de bloedtesten aanvragen? Ik realiseerde mij dat ik mij er na deze eisen en dreigementen niet meer senang bij voelde om de patiënt te behandelen. Mijn eerste reactie was: kan ik deze behandelrelatie beëindigen?

Juridisch oogpunt

Ik belde met onze jurist, Frank de Haan. Hij snapte mijn dilemma, ook vanuit juridisch oogpunt. Enerzijds mocht een patiënt van mij niet méér verwachten dan wat ik volgens de professionele standaard hoorde te doen en moest de patiënt aan die behandeling meewerken. Anderzijds kon ik niet zomaar de behandelrelatie verbreken. Tot de inhoud van de professionele standaard behoort namelijk ook de KNMG-richtlijn *Niet-aangaan of beëindiging van de geneeskundige behandelingsovereenkomst*. Dat de patiënt dreigde met een klacht was niet voldoende om de behandelrelatie te beëindigen.

Behandelingsovereenkomst

In mijn werksituatie heeft het ziekenhuis de behandelingsovereenkomst met de patiënt. Ook voor het ziekenhuis gelden de zorgvuldigheidseisen die de KNMG-richtlijn voorschrijft. Dat hield in dit geval in dat ik – als feitelijk uitvoerende van de behandelingsovereenkomst – de patiënt eerst moest waarschuwen (eventueel schriftelijk en liefst gedocumenteerd in het EPD) en proberen de relatie te herstellen. Hielp dat niet, dan zou ik de zorg

kunnen overdragen aan een collega. Als dat ook nog niet hielp, zou de overeenkomst met de patiënt opgezegd kunnen worden. Hij zou daarbij een redelijke termijn krijgen om elders zorg te vinden, waarbij wij hem zouden helpen. Tot aan het moment van het einde van de behandelingsovereenkomst zou ik verplicht zijn hem de medische zorg te verlenen. Maar ik hoefde niet op de eisen van de patiënt in te gaan.

De afloop

De behandelrelatie kon ik dus niet zomaar opzeggen. Ik zal eerlijk toegeven: na een hoop wikken en wegen, en op advies van een collega, ben ik overstag gegaan. Tandenknarsend heb ik de bloedtesten aangevraagd; het was me geen klachtenprocedure waard. Patiënt kwam weer op mijn spreekuur en na mijn uitleg over het (ontbreken van het) nut van de testen draaide hij bij. Het advies van zijn lotgenoot sloeg hij overigens, tot mijn genoegen, vanaf dat moment in de wind.

De afweging

We komen allemaal zo nu en dan moeilijke patiënten tegen met irreële eisen. Steeds weer moeten we ons afvragen: ga ik overstag, of houd ik voet bij stuk? Natuurlijk is het schofferen van dokters en medewerkers onacceptabel, dat staat buiten kijf. Maar is het niet één van onze valkuilen om primair te reageren en de hakken in het zand te zetten? Natuurlijk, we staan daarbij volledig in ons recht. Maar kost ons dat niet soms onnodig veel tijd en energie? En is het niet soms oké om overstag te gaan, zolang het binnen proporties blijft? Zoals een van mijn redactieleden al zei: we doen sowieso veel overdiagnostiek. Het verschil is dat we ons hierbij gepasseerd en ook wat gekrenkt voelen, maar als het een héél vervelend gesprek en een verstoorde behandelrelatie kan voorkomen, dan is dat het die prijs soms wel waard. ■

Een vitale vakgroep

Problemen voorkomen of genezen?

TEKST: HEMMO HUIJSMANS • BEELD: 123RF

In elke relatie is wel eens gedoe. Zo ook in vakgroepen van medisch specialisten. Wanneer het echt uit de hand loopt zijn de gevolgen vaak groot: reputatieschade voor individuele dokters, de hele vakgroep of soms zelfs het gehele ziekenhuis, persoonlijke stress, verdriet, financiële schade en soms zelfs schade voor de kwaliteit van zorg. Hemmo Huijsmans, partner en adviseur bij dev-organisatieadviseurs, begeleidt jaarlijks veel van zulke vakgroepen.

Wat voor conflicten komen er (het meest) voor in vakgroepen en waar ontstaan ze door?

‘Dat is uiteenlopend. In elk ziekenhuis zou je een normaalverdeling kunnen maken met in de staart twee tot drie probleemvakgroepen. Wat maakt nu dat het in sommige groepen goed gaat en in andere mis? In de kern is dat eigenlijk heel simpel. Het gaat om het vermogen van een groep om met verschillen om te gaan. Dit kunnen belangenverschillen zijn, karakterverschillen of verschillen in visie, normen en waarden. Deze verschillen, indien niet goed gehanteerd of overbrugd, leiden tot wrijving. Het begint bij discussie en kan verder escaleren tot botsingen, beeldvorming, stereotypering, strijd enzovoort.’

Zie je een toename in het aantal conflicten of is dat een stabiel gegeven?

‘Dat is moeilijk te zeggen. Wij zien wel een duidelijke ontwikkeling dat vakgroepen steeds beter georganiseerd zijn. Men heeft inmiddels wel door dat je goede samenwerking niet aan het toeval kunt overlaten, maar dat je daarin moet investeren. Vakgroepen worden steeds groter, met steeds meer subspecialisatie. De omgevingseisen nemen toe;

kwaliteitseisen, multidisciplinaire samenwerking, druk op productiviteit en functiedifferentiatie richting PA's en NP's. Deze ontwikkelingen kunnen de verhoudingen binnen de vakgroep op scherp zetten, met conflicten als gevolg. Anderzijds professionaliseren vakgroepen zich en ontwikkelen zij zich in de benodigde samenwerkingscompetenties.’

Wat zijn dan die samenwerkingscompetenties van een vakgroep?

‘Je kunt een grof onderscheid maken tussen ‘harde en zachte’ aspecten in de samenwerking. Harde structuren en systemen zijn het bestuur, de taakverdeling, de vergaderstructuur en de besluitvorming. Dit zijn essentiële zaken die op orde moeten zijn. Daarbij is een actueel beleidsplan, waarin staat wat je met elkaar wilt bereiken en waar de prioriteiten liggen, helpend om richting te geven aan de energie binnen de vakgroep om alledaagse keuzes te maken en beslissingen te nemen. Aan de zachte kant zijn basale samenwerkingscompetenties van belang, zoals efficiënt vergaderen, goed (geweldloos) communiceren, het omgaan met karakterverschillen, het omgaan met belangenverschillen en feedback geven en ontvangen. Die harde en zachte kanten

hangen overigens samen. Als de structuren, systemen en beleid in de vakgroep niet op orde zijn, leidt dat tot meer gedoe en legt dat een grotere druk op de zachte competenties. Omgekeerd zijn die zachte competenties nodig om met elkaar tot goede afspraken te komen over structuren, systemen en beleid. Je zult dus aan beide kanten voldoende aandacht moeten besteden.’

Is er een relatie met het vrijgevestigd zijn (oftewel: geen baas hebben, geen hiërarchie) of komen conflicten ook voor in vakgroepen met specialisten in loondienst?

‘In essentie zie ik daar eigenlijk geen verschil. Hiërarchie lost zelden iets op. De leidinggevende, meestal de RvB, staat op grote afstand, en vakgroepen met dienstverbanders functioneren meestal ook als een egalitair democratisch systeem. Voor een goed functionerende vakgroep is dat dan ook een essentieel onderdeel, het goed inregelen van de democratische besturing; een gemandateerd vakgroepbestuur, een efficiënte vergadering en goede besluitvorming. In ultieme situaties kan een machtsingreep een oplossing bieden. Deze kan van de RvB komen (bij dienstverband) of van het MSB-bestuur (bij vrije vestiging).’

Zijn er specifieke kenmerken aan conflicten in de medische sector?

‘Medische vakgroepen zijn niet wezenlijk anders dan andere vakgroepen van professionals, zoals accountants, notarissen, ingenieurs



en dergelijke. Ze hebben ook één ding gemeen, namelijk dat zij zeer hooggeschoold zijn in hun vakgebied, maar niet per definitie in het samenwerken in teams of vakgroepen. Wat overigens wel verschilt is de context waarbinnen medische vakgroepen functioneren, namelijk de complexiteit en afhankelijkheid van het ziekenhuis en andere medische vakgroepen. Dat kan de druk op een vakgroep, en daarmee ook op de onderlinge samenwerking, opvoeren, met negatieve consequenties tot gevolg. Anderzijds zie je dat vakgroepen daardoor ook meer en bewuster investeren in het verbeteren van de samenwerking en het voorkomen van conflicten.'

Kun je daar iets over zeggen; hoe kun je conflicten voorkomen?

'Ik vergelijk het wel eens met een auto. Je kunt doorrijden tot hij een

keer stilvalt, of je kunt periodiek een onderhoudsbeurt uitvoeren. Dat onderhoud is gericht op het servicen van de essentiële en slijtagegevoelige onderdelen. Onderhoud is bedoeld om eventuele komende problemen vroegtijdig te signaleren en op voorhand te verhelpen. Heel praktisch betekent het dat je als vakgroep periodiek met elkaar stil staat bij de samenwerking en de vakgroeporganisatie. De vakgroep-quickscan kan daarbij dienen als vertrekpunt. In feite heb je hiermee een snelle diagnose van waar het goed gaat en waar verbetering wenselijk is. Een deskundige gespreksleider kan helpen om het juiste klimaat te creëren en tot goede verbeteracties te komen. Ook andere (persoonlijke) feedbackinstrumenten om zaken bespreekbaar te maken kunnen helpen om de samenwerking gezond te houden. Het maakt niet uit hoe je het doet,

als je maar periodiek met elkaar kunt spreken over hoe het gaat binnen de vakgroep. Liefst op een moment dat er nog geen echte problemen zijn. Het aloude spreekwoord 'beter voorkomen dan genezen' doet wat mij betreft zeker opgeld.'

En als het wel mis gaat; wat zijn dan de interventies van een extern adviseur of mediator?

'Het type interventie hangt natuurlijk af van de aard van het conflict. Een goede diagnose is daarom van groot belang. Waar ligt de bron van het conflict? Wie zijn betrokken? Hoe ver is het geëscaleerd? Wat is er al gedaan? Met welk effect? Wat is het verander- en leervermogen van betrokkenen? De passende aanpak kan verschillende vormen kennen. Meestal wordt gestart met procesbegeleiding om de betrokkenen in staat te stellen met elkaar het probleem (alsnog) op te lossen. Lukt dat niet, dan is bemiddeling een optie en uiteindelijk een machtsingreep van buitenaf (MSB, ziekenhuis of rechter). Het spreekt voor zich dat een goede, valide diagnose essentieel is om de juiste therapie te kiezen en onnodige schade te voorkomen. Overigens spreken wij vrijwel nooit over *mediation*. Mediation is namelijk

'Er moet **bereidheid zijn om te leren**, en dus ook **dingen af te leren**'



een specifieke vorm van bemiddeling, omgeven door een scala aan formele afspraken. Daarmee krijgt het een zware lading met een juridisch tintje. Soms is dat nodig maar vaak kan het belemmerend zijn om de juiste dingen te doen.'

Hoe ziet zo'n diagnose er uit?

'We starten natuurlijk met een intake met het vakgroepbestuur om een eerste indruk te krijgen van de vraagstelling en om de aanpak te bespreken. Meestal is de volgende stap dat we alle vakgroepleden vragen de eerdergenoemde vakgroep quickscan (VQS) in te vullen. Hiermee krijgen we al een goed beeld op vijf velden van het vakgroepfunctioneren. Als er echt iets aan de hand is vragen we alle vakgroepleden ook een korte vragenlijst in te vullen, eventueel nog gevolgd door een persoonlijk gesprek. Voor specifieke problemen zoals een functioneringskwestie of een conflict tussen twee of enkele vakgroepleden, kan overigens een meer gerichte intake en diagnose worden gevolgd.

Op basis van deze input hebben we een startbijeenkomst met de betrokken vakgroepleden waarin wij het beeld en onze diagnose terugkoppelen, met daarbij een voorstel voor

een verbeteraanpak. Op dat moment is het van groot belang of de diagnose herkend wordt en er voldoende draagvlak is voor de aanpak. Een succesvol verbetertraject vraagt van alle betrokken vakgroepleden actieve betrokkenheid en inzet. Er moet bereidheid zijn om te leren, en dus ook dingen af te leren, en daarbij ook zelfkritisch te zijn.'

Hoe ga je er mee om als een collega minder of niet goed functioneert?

Wat kan je hier dan aan doen?

'Hier zijn volgens mij drie dingen van belang. Als eerste een heldere en zorgvuldige procedure hoe je hier als vakgroep mee om gaat. Ten tweede dat je als groep helder hebt vastgesteld wat de norm is; wat is nog wel acceptabel en wat niet? En ten slotte is het natuurlijk van belang met betreffende collega in gesprek te gaan en hem/haar in de gelegenheid te stellen te verbeteren. Wat is er aan de hand? Is helder wat er verwacht wordt? Wat kan (moet) hij/zij veranderen? Wat heeft hij nodig? Hoe kunnen we eventueel helpen? Mocht onverhoopt op enig moment blijken dat de situatie niet verbetert en partijen afscheid moeten nemen, dan spelen bovenstaande zaken een belangrijke rol in het 'dossier.'

En wat als het conflict niet op te lossen is, maar je wel tot elkaar 'veroordeeld' bent?

'De eerste vraag is natuurlijk hoe je succes definieert. Soms is het mogelijk het conflict op te lossen, waardoor ook de onderlinge verhoudingen weer sterk verbeteren. Soms is een zakelijk werkbare samenwerking het hoogst haalbare. Sommige conflicten hoeven niet (volledig) opgelost te worden: *agree to disagree*, maar sommige zijn essentieel voor de kwaliteit van zorg of de kwaliteit van samenwerking. Het is aan de vakgroep zelf, aan het MSB-bestuur en/of aan de ziekenhuisdirectie om te bepalen wat de minimale opbrengst moet zijn.

Een belangrijke les uit de praktijk is daarbij dat hoe verder een conflict is geëscaleerd, en hoe langer het voortduurt, hoe lastiger het meestal is om er nog op een goede manier uit te komen. Maar de ervaring leert ook dat niets onmogelijk is. Met de juiste interventies is over het algemeen wel weer een werkbare uitgangssituatie te creëren en met de juiste begeleiding kan dan het vertrouwen weer groeien. Dat laatste is essentieel voor duurzame oplossingen, maar de eerlijkheid gebiedt te zeggen dat dit soms een langdurig en kwetsbaar proces kan zijn.' ■

Behandelbeperkingen en religie

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: JOOST PISTORIUS

Tussen de westerse geneeskunde en de islamitische cultuur kan op verschillende momenten een spanningsveld ontstaan. In deze korte serie een nadere beschouwing van de dilemma's die dat op kan leveren. Dit is deel 1, over ziekte, sterven en de dood in de islamitische cultuur. En over het effect van religie op het bespreken en uitvoeren van behandelbeperkingen.

We willen het beste voor de patiënt, zowel lichamelijk als geestelijk. Altijd. Behandelbeperkingen horen hierbij en zijn zelfs noodzakelijk om de beste medische zorg te leveren. Er komt immers altijd een einde aan ons medisch kunnen. Voor de clinicus levert het zelden dilemma's op om behandelbeperkingen te bespreken, de actieve behandeling te starten of te starten met morfine en/of midazolam ter bestrijding van symptomen tijdens de stervensfase. Voor een patiënt en familie met een islamitische achtergrond zijn de dilemma's echter immens. Soms lijken de verschillen zelfs niet te overbruggen.

Een drijfzand van onbegrip

Hoe gesprekken over deze existentiële onderwerpen verlopen, hangt

onder meer af van de ervaring van de zorgverlener, het tijdstip waarop de gesprekken gevoerd moeten worden en de setting waarin dit gebeurt (meestal in een acute situatie). Deze gesprekken leveren niet zelden een groot spanningsveld op tussen zorgverlener enerzijds en patiënt en familie anderzijds. Nuances in verbale (woordkeuze) en non-verbale communicatie kunnen bepalend zijn om nader tot elkaar te komen. Maar ook dan is niet altijd te voorkomen dat het gesprek ontspooit in een drijfzand van onbegrip. Met alle gevolgen van dien: verlies van tijd en energie, boosheid, verdriet, en niet in de laatste plaats een onterecht wantrouwen in de behandelaar. Hoe komt dit? We willen toch allemaal het beste voor de patiënt?

Inzicht in het geloof

Een gesprek over behandelbeperkingen binnen de islamitische cultuur kan je als behandelaar een gevoel van onbehagen geven; alsof je op eieren moet lopen. Om te begrijpen hoe dit ontstaat, kan enige kennis van het islamitische geloof helpen. Ik sprak hierover met Mustafa Bulut, geestelijk verzorger met een islamitische achtergrond in het Elizabeth-TweeSteden Ziekenhuis en het Jeroen Bosch ziekenhuis. Volgens Bulut kan veel gewonnen worden op dit gebied. Voor het welzijn van patiënt en naasten én dat van de dokter en verpleegkundigen. Uiteindelijk zullen patiënt en zijn familie erin moeten berusten dat de eindigheid van het leven in zicht komt. En de eindigheid van de behandeling.

Lichaam en ziel in de islam

Volgens de islam wordt 120 dagen na de bevruchting de ziel in het lichaam van de foetus geblazen door een door God gezonden engel. Een andere overlevering spreekt van 40 dagen na de bevruchting. De ongeboren vrucht is, volgens de islamitische wet, vanaf dat moment een volwaardig mens. Al voor je geboorte bepaalt God welke ontberingen je moet doorstaan, welke ziektes je krijgt en op welk moment, en of je zult genezen. Wat hij ook bepaalt is het moment van sterven. Hoe je levensloop is en of je goede of slechte dingen doet, bepaalt de vrije wil.

Tijdens het sterven zal de ziel worden opgehaald door de aartsengel Azra'il (Azraël in de christelijke en joodse overlevering, Malak al-Mawt in de Koran), om vervolgens te wachten op de Dag des Oordeels. Op die dag zal de aartsengel Israfil (Rafäel) twee keer op zijn bazuin blazen ter aankondiging van het einde der



Mustafa Bulut

tijden op aarde. De ziel keert terug in het lichaam en God zal de goeden van de slechten scheiden. De goeden – en degenen die vergiffenis krijgen voor hun zonden – zullen in het paradijs (Djanna) worden opgenomen en de slechten komen in de hel (Jahannam) terecht. Dit is in het kort de reis van lichaam en ziel volgens de Koran en de overleveringen.

Doorkruising van Gods plan

Waarom is het belangrijk om dit te weten? Welnu, de essentie zit hem hierin: in de islam bepaalt God het moment van sterven, en niet de dokter. Het zal duidelijk zijn dat hieruit volgt dat euthanasie, hulp bij zelfdoding en suïcide verboden zijn. Het grote spanningsveld tussen de islamitische wetten en gebruiken en de westerse geneeskunde ontstaat als curatie niet meer mogelijk is en er van actieve behandeling moet worden afgezien. En als het moment van sterven nabij is, kunnen de minuten, uren of dagen die daaraan voorafgaan een lijdensweg zijn. Als we die lijdensweg onze patiënten willen besparen, gaan we over tot palliatie (Lat. pallium, mantel): morfine bij pijn en kortademigheid, midazolam bij angst en onrust. We behandelen niet de ziekte, maar bestrijden de klachten en willen de patiënt op een waardige manier laten sterven. Binnen de islam kan een gesprek over behandelbeperkingen echter geïnterpreteerd worden als het ingrijpen in Gods plan van levensloop, ziekte en dood, waarbij het zielenheil van de stervende op het spel staat.

Moeilijke momenten

De onderwerpen die de meeste spanningen opleveren tussen behandelbaar en de patiënt en zijn/haar familie, zijn:

- de diagnose en het slechtnieuwsgesprek;
- het bespreken van behandelbeperkingen;
- het staken van de curatieve behandeling;
- de wens voor een tweede mening (en soms een derde of volgende);
- de palliatieve behandeling tijdens de stervensfase;
- het informeren van de patiënt bij een infauste prognose
- het starten van palliatie.

Onwenselijke interventie

Het staken van de actieve/curatieve behandeling staat voor een moslim gelijk aan ingrijpen in het beloop van de ziekte. Dit komt neer op de menselijke tussenkomst in het ziekteproces en dus in het moment van sterven. Of het medisch zinloos handelen is, is voor patiënt en familie dan niet van belang. Ook het bespreken van behandelbeperkingen of het starten van een palliatieve behandeling wordt door menig moslim gezien als een ‘onwenselijke’ interventie in Gods beschikking over leven en dood. Het bespreken van de diagnose, het slechtnieuwsgesprek, de wens voor een *second opinion* en het informeren van de patiënt over diens toestand kan ook tot hevige emoties leiden, maar is meer cultureel bepaald en heeft minder een religieuze basis.

Geloofsbelijdenis

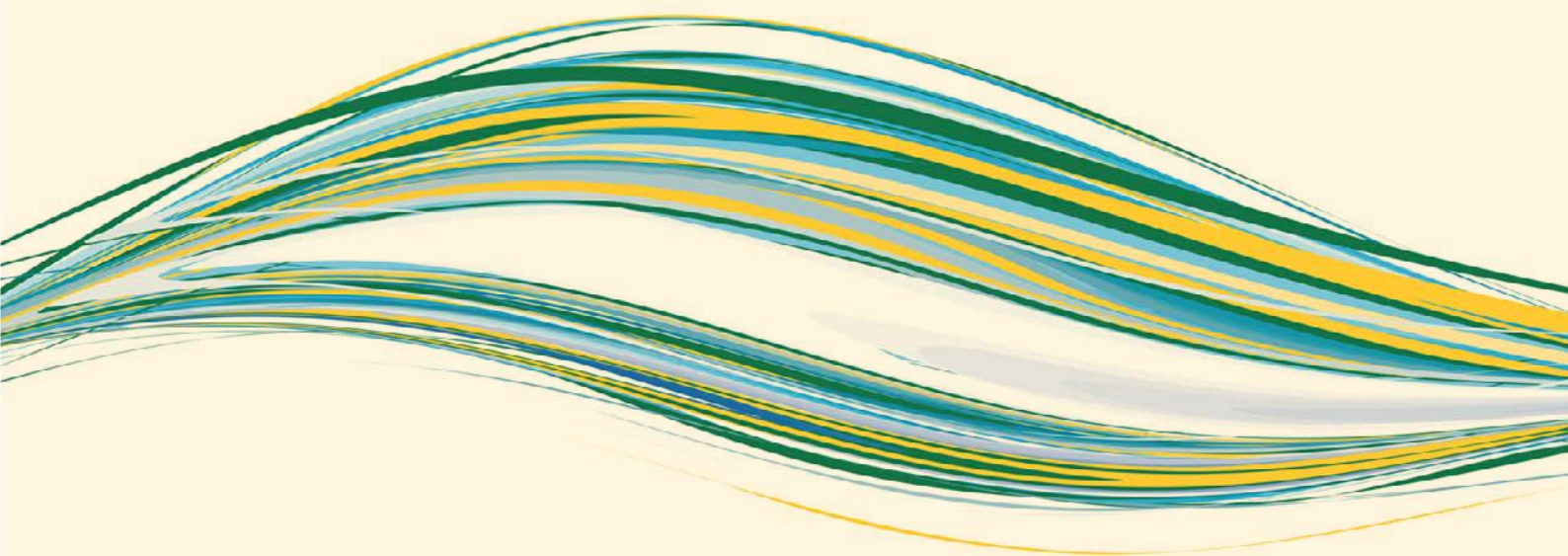
De geloofsbelijdenis (shâhada; ‘Er is geen godheid dan God en Mohammed is Zijn Boodschapper’) is één van de vijf zuilen van de islam. De andere vier zijn de rituele gebeden, het geven van aalmoezen, het vasten tijdens de Ramadan en de pelgrimstocht naar Mekka. Aan het begin van het leven wordt de shâhada door de vader in het oor

van de nieuwgeborene gefluisterd. Tijdens het leven wordt de moslim geacht de shâhada bij ieder gebed uit te spreken. Zoals het leven van een vroom moslim begint met de shâhada, zo moet het ook eindigen. Dit is het belangrijkste ritueel op – of eigenlijk: juist vóór – het moment van sterven. Als de stervende niet in de mogelijkheid is om de shâhada zelf uit te spreken, dan kan de getuigenis ook in het oor gefluisterd worden door een naaste. Het uitspreken van de geloofsbelijdenis is voor het zielenheil van de moslim van fundamenteel belang: het is een belangrijke stap om in het paradijs te komen.

De islam in seculier Nederland

In de laatste helft van de twintigste eeuw is Nederland in toenemende mate seculier geworden. De bovenstaande dilemma’s bestaan ook nog in de streng christelijke gemeenschappen – en natuurlijk in andere religies en bij niet-religieuzen, maar we maken dat steeds minder vaak mee. In het spoor van de secularisatie van christelijk Nederland krijgen we echter steeds vaker te maken met patiënten met een islamitische achtergrond. Geloofsovertuigingen spelen bij deze patiënten en hun naasten een grote rol in het gehele zorgproces, tot en met de dood, en tot na de dood. En binnen de islam zijn er ook weer verschillende stromingen die er elk weer anders over denken. Het geloof is echter niet altijd de belangrijkste factor die het bespreken van de bovengenoemde beladen onderwerpen zo lastig maakt. Ook de universele eigenschappen en reacties van de mens kunnen de drijvende krachten zijn die toenadering bemoeilijken en soms blokkeren: gevoelens van onmacht, angsten, verdriet enzovoort. De intensiteit in beleving en uiting hiervan is vaak cultureel bepaald. We zullen steeds vaker met deze religieuze en culturele aspecten te maken krijgen. We zullen met deze aspecten moeten leren omgaan, zonder dat we onze eigen medisch-ethische grenzen hoeven te overschrijden. ■

‘In de islam bepaalt God het moment van sterven, niet de dokter’



Nieuws vanuit de deelspecialistische verenigingen

Protocollen functietesten

De Nederlandse Vereniging voor Endocrinologie (NVE) is gestart met het project Landelijke Harmonisatie van Endocriene Functietesten. Inmiddels zijn 14 protocollen voor functietesten geharmoniseerd en online beschikbaar op www.nve.nl/functietesten.

Endocriene functietesten zijn cruciaal voor het stellen van de diagnose van diverse endocriene ziekten. Ze worden in bijna alle ziekenhuizen uitgevoerd, maar de uitvoering en de laboratoriumbepalingen verschillen per locatie. Dit kan leiden tot ongewenste praktijkvariatie, overdiagnostiek en onnodige verwijzingen, waardoor de juiste zorg niet altijd op de juiste plek aangeboden wordt.

Doel van het project van de NVE is om die praktijkvariatie te minimaliseren. Dit door standaardisatie en harmonisatie van uitvoering, laboratoriumanalyses en interpretatie van de testuitslagen. Het project wordt ondersteund door een SKMS-subsidie.

In samenwerking met klinisch chemici en kinderartsen zijn er inmiddels 14 protocollen voor functietesten gereed, waaronder bijvoorbeeld de

veelgebruikte ACTH stimulatietest. De volgende – essentiële – stap is implementatie van deze protocollen in alle Nederlandse ziekenhuizen. De protocollen die definitief zijn goedgekeurd door een expertpanel en NVE-leden zijn voor iedereen online beschikbaar op de website van de NVE. U vindt hier ook de bijbehorende folders met patiënteninformatie. Kijk op www.nve.nl/functietesten.

*Heeft u vragen of bent u geïnteresseerd om actief mee te werken aan dit project? U kunt ons bereiken via **functietesten@nve.nl**.*

A portrait of Suzanne Geerlings, a woman with shoulder-length wavy blonde hair, smiling. She is wearing a blue top and a dark grey patterned blazer. The background is blurred, showing some red and white elements.

Dappere Dokters willen andere organisatie van de zorg

TEKST: KEES VERMEER • BEELD: NICOLE ROMIJN

Het initiatief Dappere Dokters wil de zorg anders gaan organiseren. Minder administratie, minder marktwerking, meer centrale sturing en meer investeringen in zorgpersoneel en wetenschap. De coronacrisis heeft het belang van deze veranderingen nog eens onderstreept, vertelt internist prof. Suzanne Geerlings van het Amsterdam UMC.

Minder administratieve last en daardoor meer tijd voor de patiënt. Artsen pleiten daar al langere tijd voor. Die wens werd concreter met een rapport uit 2012 van voormalig minister van gezondheidszorg Ab Klink. Daarin stelde hij een nieuwe manier van werken voor die zou kunnen leiden tot betere zorg en lagere kosten. Vervolgens pakte de huisartsenkring Amsterdam het stokje op, samen met Klink, Henriëtte van der Horst (hoogleraar huisartsgeneeskunde VU) en Marcel Levi (toen bestuursvoorzitter AMC). Zij brachten dokters uit de eerste- en tweedelijns, bestuurders en een verzekeraar bijeen om te praten over betere en goedkopere zorg. Optimale zorg in plaats van maximale zorg. Vanuit dezelfde gedachte ontstond ook vanuit huisartsen de beweging 'Het roer moet om': zij publiceerden in 2015 het *Manifest van de bezorgde huisarts*. Uit al deze ontwikkelingen is ook het initiatief Dappere Dokters voortgekomen. Inmiddels hebben zich tientallen huisartsen en medisch specialisten zich daarbij aangesloten.

Groot knelpunt

Suzanne Geerlings kwam enkele jaren geleden in contact met huisarts Bart Meijman, die actief was binnen Dappere Dokters. Hij vroeg haar om ook mee te doen. 'Mijn leerstoel Kwaliteit van Zorg raakt erg aan het thema. Daarom sloot ik me er graag bij aan.' In juni 2017 vond een bijeenkomst plaats met onder andere beroepsorganisaties, bestuurders, zorgverzekeraars, de Inspectie en ambtenaren van het ministerie van VWS. Belangenvereniging VvAA hield een enquête onder zorgverleners, waaruit bleek dat zij gemiddeld 40% van hun tijd kwijt waren

aan administratie. Meer dan de helft daarvan vonden zij niet eens nuttig en bovendien ging deze tijd ten koste van het directe patiëntencontact. 'Dat is een groot knelpunt, want artsen hebben verantwoordelijkheid naar de individuele patiënt en ook naar de maatschappij, bijvoorbeeld wat betreft de toegankelijkheid van de zorg', zegt Geerlings.

Dappere Dokters roept de politiek op om keuzes te maken wat betreft personele en financiële schaarste, waardering en professionele autonomie in de zorg. De rol van de overheid in het zorgstelsel moet opnieuw worden bepaald, vindt de organisatie. 'De oproep is verwoord in een manifest dat iedereen op de website kan ondertekenen', vertelt Geerlings. 'Een afvaardiging van de huisartsen heeft afgelopen zomer gesproken met een aantal volksvertegenwoordigers. Enkele punten zijn daarna letterlijk in verkiezingsprogramma's van verschillende partijen overgenomen. Dus ook de politiek voelt de noodzaak tot veranderingen in de zorg.'

Lessen uit coronacrisis

De coronacrisis toonde nog eens de noodzaak om het roer in de zorg om te gooien. Dappere Dokters heeft begin 2021 in meerdere regio's bijeenkomsten georganiseerd om lessen uit de crisis te bespreken. Die werden bezocht door vele artsen uit verschillende geledingen. De aanbevelingen daaruit worden op dit moment uitgewerkt.

In de coronacrisis bleek onder meer dat alleen marktwerving niet werkt in de zorg. Er is meer centrale sturing nodig. Tachtig procent van de ziekenhuisopnames binnen de interne geneeskunde is acuut. 'Zo'n patiënt is allang blij als er ergens in de buurt plek is', aldus Geerlings. 'Die heeft niet de luxe om het beste ziekenhuis te gaan zoeken. En zelfs

FINANCIERING ANDERS ORGANISEREN

Ook samenwerking is een leerpunt uit de coronacrisis. Alleen door samen te werken, konden ziekenhuizen bijvoorbeeld de druk op de zorg aan. Helaas staat de financiering van de zorg zulke samenwerking nog in de weg. 'Ziekenhuizen verdienen voor een belangrijk deel aan ingrepen', legt prof. Suzanne Geerlings uit. 'Maar in de crisis zijn veel operaties uitgesteld en werden bedden gebruikt voor coronapatiënten, terwijl de financiering daarvan nog niet apart geregeld is. Financieel gezien is dat slecht voor een ziekenhuis. Na de eerste golf zagen we dat coronapatiënten werden uitgeplaatst om bijvoorbeeld hartoperaties weer te kunnen opstarten. Inmiddels zijn daarover regionaal afspraken gemaakt. Misschien moet financiering ook meer regionaal gebeuren. Er is gelukkig al een heel goede samenwerking met huisartsen en verpleeghuizen. Coronapatiënten kunnen met zuurstof naar huis worden verplaatst, waardoor in ziekenhuizen bedden vrijkomen voor bijvoorbeeld acuut benauwde patiënten thuis.'

als een patiënt daar wel tijd voor heeft, is het niet eenvoudig om ziekenhuizen te vergelijken. Want wat zijn de criteria voor goede kwaliteit van zorg? Zulke criteria zijn er wel, maar het meten ervan kost tijd. Dat leidt weer tot administratieve last waar iedereen juist vanaf wil. Dat is een vicieuze cirkel.'

Maar ook als kwaliteit van zorg goed is te meten, blijft het lastig om ziekenhuizen te vergelijken. Een chirurg zelf kan erg goed zijn, maar die heeft wel een heel team om zich heen. 'En overigens kijken patiënten ook naar heel andere criteria', zegt Geerlings. 'Bijvoorbeeld of er voldoende parkeerplaatsen zijn bij het ziekenhuis. Marktwerving zou de zorgkosten verlagen, maar die zijn alleen maar gestegen. We moeten heel kritisch nagaan waarvoor we marktwerving willen inzetten. Dat lijkt vooral voor planbare, hoogvolume- en laagcomplex zorg. Maar dan nog kiezen veel patiënten voor het bekende ziekenhuis in de buurt.'

Belang van de wetenschap

Een andere belangrijke les uit de coronacrisis is het grote belang van wetenschap. Zonder wetenschap zou er geen PCR-test zijn, geen duidelijkheid over behandelingen, geen modellen voor de besmettingsgraad en geen vaccin. Ook is opnieuw

gebleken dat wetenschappelijk onderzoek degelijk en *peer reviewed* moet zijn. 'Veel onderzoek kwam snel online en werd al vertaald naar beleid terwijl reviewers er nog niet naar hadden gekeken. Soms moest later het beleid weer worden teruggedraaid omdat het wetenschappelijk bewijs toch onvoldoende was', weet Geerlings. 'Het is dus belangrijk om te blijven investeren in wetenschappelijk onderzoek.'

De crisis heeft ook de noodzaak laten zien van voldoende verpleegkundig personeel. Geerlings: 'Er is een groot tekort aan verpleegkundigen. Met name op de IC, maar ook op verpleegafdelingen. Er wordt nu weliswaar veel personeel opgeleid, maar veel verpleegkundigen stoppen al na een jaar. De uitstroom is een heel groot probleem. We moeten zuinig zijn op de verpleging en het beroep aantrekkelijker maken. Bijvoorbeeld door werktijden meer flexibel te maken, zodat werkende ouders werk en privé beter kunnen afstemmen.'

De coronacrisis heeft ook laten zien dat mensen die bijvoorbeeld overgewicht hebben of roken extra kwetsbaar zijn. Opnieuw blijkt dus dat er veel meer aandacht moet komen voor leefstijlfactoren en preventie, besluit Geerlings. 'Dat is makkelijker en sneller dan een heel nieuw zorgsysteem bedenken. Maar dat is een politieke keuze. Gelukkig zagen we ook dit punt terugkomen in verschillende verkiezingsprogramma's. Dat geeft ons het gevoel dat de politiek af en toe wel luistert.' ■

NOOT

Zie ook www.optimalezorg-dapperedokters.nl.

'Ook de politiek voelt de noodzaak tot **veranderingen in de zorg**'

Internist op de ic tijdens covid-19

‘Een heftige, maar ook inspirerende tijd’

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Internist-intensivisten Arthur van Zanten (Ziekenhuis Gelderse Vallei) en Arend-Jan Meinders (St. Antonius Ziekenhuis) waren in de eerste fase van de coronacrisis regelmatig in de media. Ze gaven uitleg over de gevolgen van deze crisis voor de IC's en voor de ziekenhuiszorg in het algemeen. Het droeg bij aan het publieke begrip voor het verplaatsen van patiënten en het afschalen van reguliere zorg. Maar hoe hebben ze zelf deze periode ervaren? Ze blikken terug, en kijken vooruit naar wat deze crisis moet betekenen voor het Nederlandse IC-aanbod.



Arthur van Zanten

‘Heel druk’, is de eerste reactie van zowel Van Zanten als Meinders op de vraag hoe ze de eerste fase van de coronacrisis hebben beleefd. ‘Ik heb er wel eens wakker van gelegen’, zegt Meinders, ‘vanwege de vraag of iedereen in het ziekenhuis het wel zou volhouden en of we wel alle patiënten konden helpen. Gelukkig hebben we gezien dat we als afdeling en met de andere professionals in het ziekenhuis echt dicht bij elkaar zijn gekomen. Alle aspecten van interne geneeskunde kwamen samen en leidden tot snelle kennisontwikkeling en -deling. Grenzen tussen vakgebieden verdwenen. De balans opmakend heb ik dus toch geen negatieve gevoelens aan die periode overgehouden. Ik ben niet moe of ‘er klaar mee’ en die geluiden hoor ik op de afdeling evenmin.’

Van Zanten zegt de eerste tijd wel als stressvol te hebben ervaren. ‘Als afdelingshoofd was ik betrokken bij het opschalen van de IC-capaciteit’, vertelt hij. ‘Ik heb weken van honderd uur gemaakt. We gingen van

17 naar 29 bedden en die hebben ook echt allemaal vol gelegen. Daar kwam nog regelmatig overleg bij de Nederlandse Internisten Vereniging bij, want als voorzitter van de sectie IC was ik ook betrokken bij de discussie over het afschalen van de reguliere zorg.’

Leerzame tijd

Tegelijkertijd ziet Van Zanten net als Meinders ook de andere kant. ‘Het was natuurlijk toch ook wel bijzonder om op het hoogtepunt van zo’n crisis een actieve bijdrage te kunnen leveren’, zegt Van Zanten, ‘en om in zo’n korte tijd zó veel te leren over een totaal nieuw ziektebeeld. Heel interessant ook in relatie tot mijn functie als buitengewoon hoogleraar (rol van voeding bij herstel van metabole stress) aan Wageningen Universiteit, want we hebben veel ervaring kunnen opdoen over voeding in buikligging. Ook over de rol van visceraal vet trouwens, want we hebben uit onderzoek vastgesteld dat er geen relatie bestaat tussen de hoeveelheid daarvan en het beloop van de ziekte. Sterker nog, mensen met overgewicht doen het veelal juist iets beter op de IC. Verder hebben we zelfs patiënten geïncludeerd voor een studie naar de toepassing van tocilizumab. Dingen waar je normaal maanden over doet, konden

nu in *no time* worden geregeld. Dat gold ook voor de ontwikkeling van een uniform beademingsbeleid voor covid-19-patiënten.’

Meinders herkent zichzelf in dit beeld. ‘In medisch perspectief is dit een inspirerende tijd’, zegt hij. ‘Hoe vaak maak je nu zo’n nieuwe ziekte mee in zo’n volume, dat is heel bijzonder. Je staat echt even midden in de geschiedenis.’

Code zwart voorkomen

Tegelijkertijd was er ook de angst. ‘Vooral de angst dat we het niet gingen redden’, zegt Van Zanten. ‘Gelukkig daalde het aantal IC-opnamen net op het moment dat we dachten het niet meer te zullen aankunnen.’ Meinders: ‘Wij hebben gezegd: dat zwarte scenario gaan we ten koste van alles zien te voorkomen. Er hing echt een sfeer van ‘we gaan dit met elkaar rooien’, bij de verpleegkundigen net zo goed als bij de artsen. Het laatste wat je wilt is immers dat iemand op de gang overlijdt. Die gedrevenheid werkt beter dan welke vorm van teambuilding ook: onder druk heb je elkaar gewoon nodig en heb je geen tijd meer om alle deelbelangen af te wegen.’

Die motivatie herkent Van Zanten heel goed. ‘Die hielp enorm om het als team vol te houden’, zegt hij. ‘Wat hierbij goed was, waren intervisiebijeenkomsten waarbij ook psychologen betrokken waren. Vooral de beeldbelafspraken met familieleden van op de IC-opgenomen patiënten heeft iedereen als erg emotioneel belastend ervaren.’

Uitleg via de media

Beiden zijn diverse malen in de media geweest om het IC-beleid uit te leggen. ‘Ik denk wel dat dat heeft geholpen om mensen te laten beseffen wat er nu echt gaande was’, zegt Van Zanten. ‘In een uitzending

van omroep Max heb ik persoonlijke beschermingsmiddelen meegebracht en de toepassing daarvan uitgelegd. Dat soort basale kennis is belangrijk. Al blijf ik het heel moeilijk vinden om om te gaan met de corona-ontkenners.’

Ook Meinders ziet het belang van uitleg in de media scherp. ‘De samenleving had de sleutel in handen om te voorkomen dat de zorg overbelast werd’, zegt hij. ‘Er is geen directe relatie tussen je niet aan de coronaregels houden en op de IC belanden, dus dat vraagt goede uitleg op publieksniveau. Het is een lastig concept.’

Ook de noodzaak tot het afschalen van reguliere zorg was moeilijk uit te leggen. Beiden zijn het er over eens dat het in de eerste fase van de crisis niet anders kon, omdat volstrekt onduidelijk was wat er op de ziekenhuiszorg af kwam. ‘Ik ben trots op hoe de Nederlandse overheid hierin heeft gehandeld’, zegt Meinders. Van Zanten is het met – zoals hij het zegt – ‘de kennis van toen’ eens met de stelling dat in de eerste fase van de coronacrisis niet anders kon worden gehandeld. ‘In retrospectie denk ik echter toch wel dat we er een andere balans in hadden moeten kunnen vinden’, nuanceert hij. ‘Maar het was natuurlijk een periode van grote onzekerheid.’

Flexibele schil

Is nu de les die uit de coronacrisis moet worden getrokken dat de IC-capaciteit structureel moet worden vergroot? Daarover blijken beiden toch van mening te verschillen. ‘Nee dat denk ik niet’, zegt Meinders. ‘Het is af en toe best zwaar geweest, maar we hebben het toch maar mooi gerooid. Schaarste leidt ook tot efficiency en doelmatigheid.’ Terwijl Van Zanten juist zegt: ‘Ja, dat vind ik wel.’



Arend-Jan Meinders

Toch blijken hun opvattingen over wat nu moet gebeuren om in de toekomst beter voorbereid te kunnen zijn op pandemieën die de IC's zwaar kunnen belasten dichter bij elkaar te liggen dan deze tegenstrijdige antwoorden doen vermoeden. Meinders stelt voor de capaciteit voor covid-19-zorg of andere pandemieën te concentreren in een beperkt aantal ziekenhuizen. ‘In het verlengde hiervan ligt het voorstel een soort reservisten-capaciteit van artsen en verpleegkundigen te ontwikkelen’, zegt hij.

En dat sluit mooi aan bij wat Van Zanten voorstelt, want die zegt: ‘We moeten toewerken naar een flexibele schil van verpleegkundigen voor acute zorg die breed inzetbaar zijn en die dus beschikbaar zijn voor inzet op de IC als de situatie erom vraagt. Maar nu direct sterk opschalen in personeel vind ik geen goed idee. Je wilt tenslotte geen verpleegkundigen en artsen op de bank hebben zitten.’ ■

‘Het laatste wat je wilt is dat iemand **op de gang overlijdt**’

Goedkeuring coronavaccins: grote snelheid, grote zorgvuldigheid

TEKST: FRANK VAN WIJCK

Olaf Dekkers, hoogleraar interne geneeskunde (LUMC) en internist-infectioloog-acuut geneeskundige Kees van Nieuwkoop (HagaZiekenhuis) zijn beiden collegelid van het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). In die functie zijn ze allebei betrokken bij de beoordeling van de coronavaccins. Een uiterst zorgvuldig proces, stellen ze, tijdsdruk of niet.

In de kern was de beoordeling van de coronavaccins voor de beoordelingscommissies die daarover gaan – ondanks de bijzondere omstandigheden – *business as usual*. Dekkers:

werking van het geneesmiddel en wat zijn de bijwerkingen? En vervolgens: wegen de voordelen van de werking op tegen de mogelijke bijwerkingen? Dat was bij de beoordeling van de coronavaccins dus precies zo. Daarnaast kijken we natuurlijk ook naar de indicatiestelling. Is een middel ook geschikt voor toediening aan ouderen? Moeten bepaalde groepen – denk aan kinderen, zwangere vrouwen, mensen met onderliggende ziekten – in eerste instantie worden uitgesloten van toediening?’ Van Nieuwkoop vult aan: ‘Als het om een vaccin gaat, kijken we ook naar specifieke bijwerkingen die kunnen optreden zoals zogenaamde *vaccine associated enhanced disease*; gelukkig zijn hier bij de coronavaccins geen aanwijzingen voor.’

Beoordelen en bewaken

Dekkers is net als Van Nieuwkoop collegelid van het CBG. Het CBG beoordeelt en bewaakt de kwaliteit, werking en veiligheid van een medicijn, en stimuleert het juiste gebruik door de juiste patiënt. Het College bestaat uit maximaal zeven leden. Zij brengen elk hun eigen expertise in vanuit verschillende invalshoeken, zoals de farmacologie, klinische praktijk en methodologie. Via het CBG is Nederland,

net als alle andere landen van de Europese Unie, vertegenwoordigd in het besluitvormingsorgaan van de European Medicines Agency (EMA). Na alle voorwerk vanuit de aangesloten landen komt de documentatie over een voor goedkeuring te beoordelen nieuw geneesmiddel binnen bij de EMA. Daar komt het uiteindelijk bij de *Committee for Human Medicinal Products* (CHMP), die in de centrale procedure een cruciale rol speelt in de autorisatie voor geneesmiddelen in de Europese Unie.

Snel én zorgvuldig

Zo ook bij de coronavaccins. Wat dat betreft dus inderdaad volledig *business as usual*. ‘Alleen was hierbij het tijdpad wel wat anders dan hoe we normaal gewend zijn om te werken’, zegt Van Nieuwkoop. ‘Bij deze beoordelingsprocedures is extra menskracht betrokken om tijdlijnen in elkaar te kunnen schuiven. Er is in kort tijdsbestek enorm veel werk verzet door de medewerkers van het CBG die het beoordelingswerk doen en door het college dat de directe contacten met de EMA onderhoudt.’ Van Nieuwkoop wil hierbij graag gezegd hebben dat het soms in de media geschetste beeld, als zouden de registratieorganen en de goedkeuringsprocedure voor de coronavaccins nodeloos traag zijn, niet strookt met de feiten. ‘Ik weet nog dat een rapport van Moderna op nieuwjaarsnacht om drie uur bij ons binnenkwam’, zegt hij, ‘en dat dit voor ons reden was om op 1 januari die stukken te lezen en direct



Olaf Dekkers

op zaterdag 2 januari een extra collegevergadering in te plannen. Dat gebeurde vaker, met alle medewerkers van het CBG die daarin een rol spelen, en op de meest onmogelijke uren en dagen. Met merkbaar plezier zelfs, want het is natuurlijk bijzonder om mee te maken dat je al inzage in data over zo'n belangrijk onderwerp krijgt, voordat die gepubliceerd zijn. Het is ook een enorme prestatie geweest van de farmaceutische industrie en het zorgsysteem om midden in die coronapandemie de vaccinonderzoeken op te zetten en data te registreren.'

Geen concessies

Het soms in de media geschetste beeld dat de snelheid waarmee de coronavaccins zijn ontwikkeld tot concessies aan de veiligheid of effectiviteit moet hebben geleid, kunnen beiden op basis van hun kennis van binnenuit tegenspreken. 'Ik heb op geen enkel moment het idee gehad dat we concessies hebben gedaan', zegt Dekkers.

Iedereen die bij het proces betrokken was, voelde aan dat het maatschappelijk belang in dit geval verder reikend was dan anders, stelt Van Nieuwkoop. 'Een geneesmiddel voor een zeldzame vorm van kanker is ook belangrijk, maar toch echt wat anders dan een nieuw vaccin dat aan de hele volwassen samenleving wordt aangeboden', zegt hij, 'en bovendien aan gezonde mensen. Kijk maar naar de twijfels die mensen hebben geuit over de vraag of ze zich wel wilden laten vaccineren en naar de complottheorieën over vaccins. We wilden écht zeker zijn dat we alles goed deden.'

Bewaking na goedkeuring

De bewaking van de veiligheid en effectiviteit strekt zich ook uit tot

over de stappen die de farmaceutische industrie na goedkeuring van een vaccin zet voor opschaling van de productie. Dekkers legt uit: 'De goedkeuring vindt plaats op basis van zowel de samenstelling van het vaccin als ook het productieproces. Zet het bedrijf vervolgens een nieuwe productiefaciliteit op, dan moet 100% zeker zijn dat ook daar de samenstelling en het productieproces exact hetzelfde zijn als in de productiefaciliteit op basis waarvan de goedkeuring is verleend.' Van Nieuwkoop vult aan: 'Het belang hiervan kan niet worden overschat. Stel dat in die nieuwe productiefaciliteit een vaccin wordt ontwikkeld dat afwijkt en dus niet doet wat ervan wordt verwacht. Dat brengt risico's met zich mee en kan bovendien het vertrouwen in het vaccinatieproces schaden.'

Mutaties

De discussie over mutaties van het virus speelde nog niet op het moment dat de eerste vaccins werden beoordeeld. Van Nieuwkoop: 'Dat was heel anders bij het laatste vaccin dat is beoordeeld, van Janssen. In de tijd dat dit vaccin werd getest, waren ook Zuid-Afrika en Brazilië bij de studies betrokken, waar toen al die varianten circuleerden. Daaraan zagen we dat dit vaccin daartegen ook een heel goede werking heeft. Dat was natuurlijk goed nieuws. Ook de *real world evidence* met de al eerder goedgekeurde vaccins laat positieve data zien. Kijk bijvoorbeeld naar het Verenigd Koninkrijk: daar bestaat natuurlijk nog een lockdown dus we moeten voorzichtig zijn met al te vergaande conclusies, maar feit is wel dat een paar maanden geleden nog de ziekenhuizen vol lagen en dat zich nu bijna geen nieuwe besmettingen meer voordoen.'



Kees van Nieuwkoop

Blijven monitoren

De *real world evidence* blijft volgens Dekkers ook in een ander perspectief van essentieel belang. 'We blijven natuurlijk de veiligheid van de vaccins monitoren', vertelt hij. 'In de praktijk kunnen zich immers nog altijd bijwerkingen voordoen die te zeldzaam waren om in de studies al uit de data te kunnen halen.' Zelf zijn beiden al aan de beurt gekomen voor de vaccinatie. 'Een kans waarvan ik zonder enige twijfel gebruik heb gemaakt', zegt Van Nieuwkoop. Dekkers: 'Dat geldt voor mij ook. Net als Kees heb ik in mijn werk met patiënten te maken. Die wil ik niet besmetten, dat was mijn belangrijkste reden. Veel meer dan dat ik voor mezelf heel bang was dat ik na eventuele besmetting ernstig ziek zou worden.' ■

'Het was **business as usual**, alleen het tijdpad was wel wat anders'

Enquête werkgelegenheid onder jonge klare internisten 2021

TEKST: OSCAR SMEEKES & ANJA VAN GUCHT

In 2015 en 2019 hield de JNIV een enquête onder jonge klare internisten om een beeld te krijgen van de werkgelegenheid. Met de signalen van een toenemend aantal jonge klare internisten dat moeite heeft om een (vaste) plek op de arbeidsmarkt te bemachtigen, was er behoefte aan een nieuwe peiling. Tijd voor een nieuwe enquête.

De uitbreiding van het aantal beschikbare plekken voor medisch specialisten, onder andere jonge klare internisten, is beperkt. Immers, vanwege het hoofdlijnenakkoord medisch-specialistische zorg, moet de groei van de uitgaven in de medisch-specialistische zorg in 2022 uiteindelijk afgeremd worden naar 0%. Is de uitstroom van jonge klare internisten enigszins gelijk aan het aantal beschikbare plekken in Nederland? Na hoeveel tijd en/of tijdelijke aanstellingen krijgen zij uiteindelijk een vast contract? En hoe is het vooruitzicht op de banenmarkt voor onze jonge collega's? Met een nieuwe enquête proberen we dit inzichtelijk te maken.

Methode

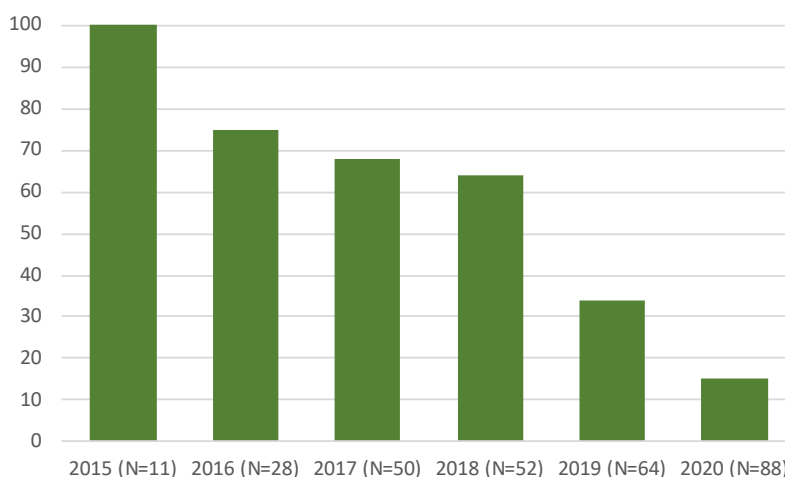
De enquête is samengesteld door het JNIV-bestuur, met de input van vertegenwoordigers vanuit de juniorsectie. De enquête is verzonden naar internisten die hun opleiding in de afgelopen vijf jaar (2015–2020)

hebben afgerond en geregistreerd zijn als internist, en naar de aios die binnen 6 maanden (tot en met juni 2021) hun opleiding verwachten af te ronden. Respondenten die hebben aangegeven met meer dan één differentiatie in het register te zijn ingeschreven, zijn voor de verwerking

van de resultaten samengevoegd tot de groep 'meerdere differentiaties'. De respondenten die aangegeven hebben een meervoudig profiel (MVP) te hebben, zijn apart gecategoriseerd.

Resultaten

In totaal werden 729 uitnodigingen voor de enquête verstuurd: 605 naar jonge klaren en 124 naar aios ('bijna jonge klaren'). Van de aangeschreven jonge klaren heeft 59% de enquête ingevuld, waarmee een



Tabel 1. Percentage vaste contracten per uitstroomjaar

Jonge klaren 2021

Response rate

59%



28%



72%



37

jaar



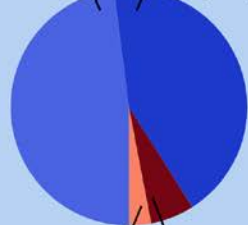
63%

promotie

48%
internist met
vast contract

43%
internist met
tijdelijk contract

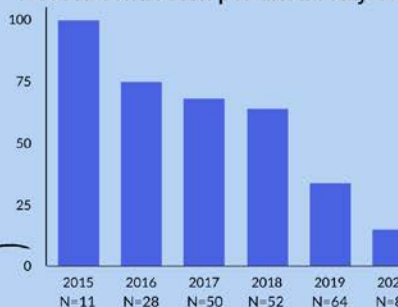
91%
werkt als
internist



3%
werkloos

6%
niet werkzaam
als internist

%vaste contracten per uitstroomjaar



Na 3 jaar heeft 1 op 3 geen vast contract

Jonge klaren 2019

RESPONSE RATE

56%



35%



65%



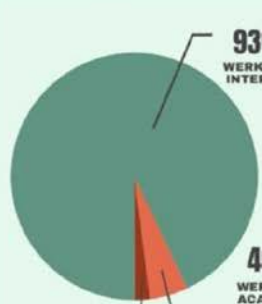
37

JAAR



56%

PROMOTIE



93%

WERKT ALS
INTERNIST



40%

WERKT IN
ACADEMIE

2%

WERKLOOS

5%

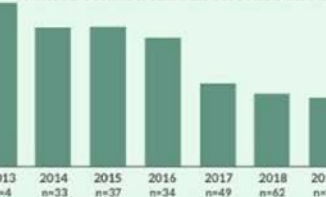
WERKT NIET
ALS INTERNIST



63%

VAST
CONTRACT

% VASTE CONTRACTEN PER UITSTROOMJAAR



2%

WERKLOOS

50%
SOLICITEERT NIET
VERDER

5%

WERKT NIET
ALS INTERNIST

FELLOW

ONDERWIJS /
ONDERZOEK

ZWANGERSCHAPS
VERLOF

BEDRIJFS-
LEVEN

‘1 op de 11 jonge klaren
is **niet werkzaam als
internist**’

representatieve steekproef is bereikt.
Van de 124 aangeschreven aios heeft
54% de enquête ingevuld (zie kader).

Respondenten

Van de geënquêteerde jonge klaren is 72,4% vrouw. De gemiddelde leeftijd is 37 jaar en meer dan de helft is gepromoveerd (63,1%). Er is een goede verdeling van respondenten over de verschillende opleidingscentra, uitstroomjaren en differentiaties.

Werkzaam als internist?

Van de responderende jonge klaren is 91% werkzaam als internist. In 2019 was dit 93%. Van de geënquêteerden die niet werken als internist doet 60% dat omdat ze geen baan als internist kunnen krijgen. In 2019 was 40% van hen werkloos, in 2021 is dit gestegen tot 50%. Het overige deel doet wetenschappelijk onderzoek (al dan niet in een promotietraject), werkt als GGD-arts, of heeft een andere betrekking, met het doel – en de hoop – om uiteindelijk als internist aan het werk te kunnen gaan.

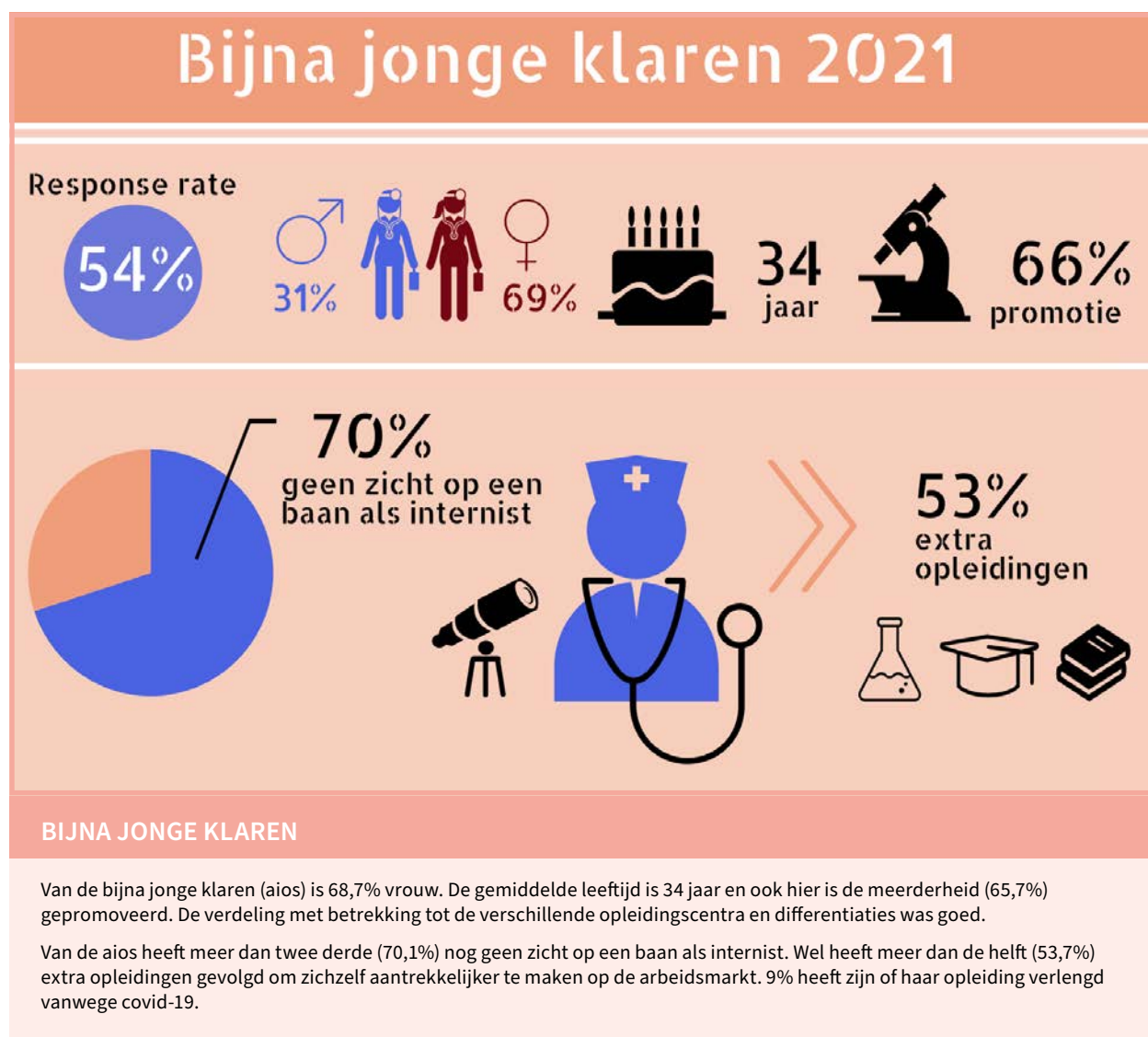
Met uitzondering van één respondent, solliciteert deze groep actief om een betrekking als internist te krijgen. Op twee personen na geven allen aan te solliciteren buiten hun regio. De respondenten die nu bewust afzien van een baan als internist, geven aan dat dit komt door de werkdruk en de banenmarkt. 29% van de jonge klaren die nu niet werkt als internist overweegt om voor een baan als internist te emigreren.

Werkzaam als internist met een vast contract

52% van de jonge klaren die werkt als internist heeft een vast contract. In de enquête van 2019 was dit 63%. In tabel 1 is het aantal vaste contracten per uitstroomjaar te zien. In vergelijking met de enquête van 2019 is over alle uitstroomjaren, uitgezonderd 2015, het percentage vaste aanstellingen gedaald. Bij de jonge klaren die in 2020 hun opleiding afronden is dit percentage het laagst. Hier is het aantal vaste contracten met meer dan de helft afgenomen



Tabel 2. Werkgelegenheid respondenten per differentiatie



‘18% van de jonge klaren met een tijdelijke aanstelling als internist heeft duidelijk **uitzicht op een vast contract**’

naar 15%. Na 3 jaar heeft 32% van de jonge klaren geen vast contract. Over het uitstroomcohort 2015 en eerdere jaren kan geen betrouwbare uitspraak worden gedaan gezien het lage N getal.

Van de responderende jonge klaren met een vaste aanstelling als internist werkt 36% in een academisch centrum, 34% in een STZ-ziekenhuis en 30% in een algemeen ziekenhuis of een ZBC. 21% werkt niet in de regio van keuze. Een op de drie is verhuisd voor zijn/haar aanstelling. 96% is tevreden met het aantal fte waarvoor zij/hij is aangenomen. Wat betreft het inhoudelijke werk wordt vaak genoemd dat er behoefte is aan meer administratieve ondersteuning en meer tijd voor onderwijs en onderzoek.

Werkzaam als internist met een tijdelijke aanstelling

Van de jonge klaren die een baan hebben als internist, is dit in 48% van de gevallen op tijdelijke basis. In vergelijking met de enquête van 2019 is dit een stijging van 10%. 18% van de internisten in deze groep heeft zicht op een vaste aanstelling. Voor 31% is er een mogelijkheid op een vaste aanstelling, maar is dit niet zeker. 50% van de tijdelijke aanstellingen zal niet worden omgezet in een vast contract. Gemiddeld hebben de internisten in deze groep twee tijdelijke aanstellingen gehad, met een spreiding van 0 tot 11. 58% geeft aan zijn/haar tijdelijke functie niet via een openbare vacature te hebben verkregen. Het merendeel van deze groep kreeg de functie via een open sollicitatie of via hun eigen netwerk. Tijdelijke contracten variëren van

4 maanden tot maximaal 3 jaar onder respondenten.

Differentiaties

In tabel 2 is de werkgelegenheid van de respondenten uitgesplitst per differentiatie. Hierin is goed het gemiddelde en de spreiding per differentiatie te zien. Het percentage respondenten dat aangeeft werkloos te zijn is relatief het hoogst bij het meervoudig profiel (MVP) (10%) en binnen de oncologie (8%). Geënquêteerden binnen het MVP (20%) en de acute geneeskunde (15%) geven het vaakst aan niet werkzaam te zijn als internist. Het aantal gerapporteerde tijdelijke contracten is onder infectiologen (63%) en in de categorie MVP (60%) het hoogst. Bij de differentiaties intensive care (75%) en allergologie & immunologie (100%) is het percentage vaste contracten het hoogst.

Persoonlijke verhalen

Veel respondenten hebben in de open tekstvelden van de enquête hun verhaal verteld. Hiervoor willen wij hen danken. Deze verhalen schetsen de ervaringen achter de getallen. De verhalen zijn niet bijgevoegd, omdat ze buiten de scope van

de enquête vallen, maar ze zijn wel van groot belang. Daarom zullen ze geanonimiseerd worden verwerkt en gedeeld.

Conclusie

Uit de enquête m.b.t. de werkgelegenheid onder jonge klare internisten blijkt dat 91% van de respondenten werkzaam is als internist, waarvan 52% met een vaste aanstelling. 9% van de responderende jonge klaren is niet werkzaam als internist, ondanks de grote inspanningen die hiervoor geleverd worden. Ten opzichte van de eerdere enquêtes is het aantal vaste aanstellingen onder jonge klaren met gemiddeld 10% gedaald en het aantal tijdelijke contracten met 10% gestegen. In het meest extreme geval heeft een jonge klare elf tijdelijke contracten gehad voor er een vaste aanstelling werd bereikt.

De uitkomsten van de enquête onderschrijven de signalen van een toenemend aantal jonge collega's dat moeite heeft om een (vaste) plek op de arbeidsmarkt te bemachtigen. De persoonlijke verhalen versterken dit gevoel. Dit gaat de NIV en JNIV aan het hart. Wij zullen ons samen inzetten om tot concrete en structurele oplossingen te komen. Er is een taskforce werkgelegenheid gestart om dit op landelijk niveau richting te geven. In deze taskforce hebben zowel (J)NIV-leden als jonge klaren zitting. Daarnaast willen wij instellingen oproepen actief hierover mee te denken en actie te ondernemen. Bijvoorbeeld door zich vaker te committeren aan jonge klaren en hen een vaste aanstelling aan te bieden, in plaats van opeenvolgende tijdelijke krachten aan te nemen. ■

CENTRAAL INFORMATIEPUNT

Een centraal informatiepunt is binnenkort beschikbaar op onze site voor meer informatie over de enquête, evenals persoonlijke verhalen en inspiratie voor innovatieve oplossingen om lokaal te bespreken.

Bij vragen, informatie of indien je mogelijke ideeën hebt om in jouw centrum of regio dan wel landelijk mee aan de slag te gaan, neem contact op met jniv@internisten.nl. Wij zijn graag de verbindende factor tussen verschillende groepen en nodigen iedereen uit om contact op te nemen zodat wij hier samen over na kunnen denken.

Jij moet je bek houden!

Omgaan met boze burgers, ouders, klanten en patiënten

TEKST: CHARLOTTE KROL

Ik hoef het eigenlijk niet te benoemen, want je leest het overal: wij krijgen als professionals in de zorg steeds vaker te maken met conflicten. Dat is de prijs die we moeten betalen voor het internet als onuitputtelijke bron van informatie, en voor het feit dat we in een consumptiemaatschappij leven. Conflicten kunnen we niet altijd voorkomen. Wat we wél kunnen, is er mee leren omgaan. Het boek *Jij moet je bek houden!* van Caroline Koetsenruijter reikt ons hiervoor handvatten aan.

Patiënten en hun naasten zijn mondiger geworden en stellen steeds hogere eisen aan onze dienstverlening. Kortom: de patiënt is steeds meer consument geworden en een consument verwacht een goed product voor de zorgpremie die betaald is. En door de individualisering in de maatschappij lopen we het risico dat de relatie met de zorgverlener er steeds minder toe doet. Gewapend met dokter Google vraagt – of eist in sommige gevallen – de patiënt een onderzoek of behandeling, waardoor we geen partner meer zijn in het zorgproces, maar als een soort loket dienen om iets voor elkaar te krijgen. Deze *patient decision making* komt weinig voor, maar is wel van grote invloed op het geneesplezier. En ook de medisch specialist individualiseert. Daar waar veel werknemers namens hun bedrijf het werk uitvoeren, is dat in de gezondheidszorg anders. De medisch specialist is werkgever en werknemer tegelijk, niet in strikte zin, maar het komt er wel op neer. Binnen onze spreekkamer zijn we alleen, met onze kennis, normen en waarden – en met onze patiënt. Conflicten komen wellicht daardoor ook dichterbij en kunnen grote impact hebben. Als we te weinig houvast hebben in een conflictsituatie bestaat er een kans om primair te reageren.

Conflicten hakken er flink in bij de zorgverlener, dat is duidelijk merkbaar op de werkvloer. Ze beïnvloeden ons werkplezier en kosten veel tijd en energie, zeker als de klachtenfunctionaris, of erger, het tuchtcollege, erbij betrokken raakt.

Koetsenruijter traint al jaren professionals in conflicthantering, en dat is merkbaar in haar prettig leesbare boek. Ze wisselt theorie af met sprekende praktijkvoorbeelden en praktische tips, waardoor het geen moment saai wordt. Zo leer je over de stadia van een conflict (van meningsverschil tot 'oorlog') en beschrijft ze verschillende soorten conflictgedrag met (heel handig) bijpassende communicatiestrategieën. Bij een conflict met iemand met rationeel gedrag kun je bijvoorbeeld een heel eind komen

met een goed gesprek. Maar bij een conflict met iemand met volstrekt onredelijk gedrag is het belangrijker om je grenzen aan te geven, waarbij er zelfs een moment kan komen om het gesprek af te kappen. Dit zijn wellicht open deuren en de meesten van ons kunnen, op de automatische piloot, conflicten goed hanteren en richting een goed einde sturen. Maar het helpt om je bewust te zijn van wat er gebeurt in een conflictsituatie. Wat voor gedrag vertoont iemand en hoe kun je hier gericht mee omgaan? Zo realiseerde ik me, al lezend over de evolutionair aangelegde *fight or flight*-respons bij 'gevaar', dat wij ons niet altijd meer bewust zijn van deze primaire reactie. Door hierop te letten kunnen we conflicten in de kiem smoren. Maar de belangrijkste boodschap in haar boek is: wees vriendelijk en duidelijk. Zorg dat je echt aanwezig bent in het gesprek en luister aandachtig naar wat de patiënt zegt. Wees geduldig, in plaats van in de startblokken te staan om te reageren. En als je er alles aan gedaan hebt om tot een goed gesprek te komen en het gedrag van de patiënt of familie is onredelijk of agressief (verbaal en non-verbaal), dan mogen we ook onze grenzen stellen. Ik vermoed dat wij dat laatste maar zelden doen.

Kortom, een heel prettig en leesbaar boek dat je aan het denken zet, met veel bruikbare tips voor in de praktijk. Na het lezen van dit boek heb ik zin in een training bij mevrouw Koetsenruijter. Waar kan ik me aanmelden? ■

Waardering:  (5/5)





Arthur Conan Doyle

De geestelijk vader van Sherlock Holmes en de speurtocht naar gene zijde

TEKST: HANS ABLIJ • BEELD: 123RF

Waarschijnlijk waren Sir Arthur Conan Doyle en Sherlock Holmes in het echt nooit goede vrienden geworden. Holmes, die bij zijn speurwerk naar de feiten op zoek was en streefde naar waarheidsvinding, zou niks moeten hebben gehad van het spiritisme waar Conan Doyle zich de laatste twintig jaar van zijn leven met groot fanatisme op toelagde. Conan Doyle was zelf helemaal niet zo blij dat hij tegenpool Holmes ooit in het leven had geroepen – behalve dat de verhalen geld in het laatje brachten. Toen hij de detective van een klif te pletter liet vallen, om van hem verlost te zijn, werd hem dat niet in dank afgenomen. Dat laatste was een van de redenen dat Holmes enkele jaren later wonderbaarlijk uit de dood herrees.

Geneeskunde, de doodlopende weg

Arthur Conan Doyle werd in 1859 in Edinburgh geboren. Op negenjarige leeftijd ging hij naar het Jezuïetencollege, met als belangrijkste resultaat dat hij vier jaar later het katholicisme en elke andere vorm van religie afzwoer. De reden dat hij geneeskunde ging studeren had te maken met Doctor Bryan Charles Waller. Waller was arts en

patholoog aan de universiteit van Edinburgh en huurde enkele jaren een kamer bij de Doyles. Hij was van grote invloed op de jonge Arthur en motiveerde hem om arts te worden.

Dat geneeskunde vervolgens niet Doyles grote liefde was, bleek wel uit de vele honderden geschriften die hij sinds zijn vroege jeugd produceerde. De artikelen met een geneeskundige inhoud waren precies op een hand te

tellen. Zijn eerste geneeskundige publicatie was in 1879. Er volgde een case report in de *Lancet* en in 1885 zijn promotie op een neurologisch onderwerp. Daarna waren er nog enkele oprispingen in de krant over verplichte vaccinatie als reactie op de antivaxer-beweging, en een artikel over Robert Koch en zijn pionierswerk op het gebied van de pokkenvaccinatie. Toen hij in 1876 aan de studie begon had hij al enkele korte verhalen geschreven en in 1879 verscheen zijn eerste verhaal in druk: *The mystery of Sasassa Valley*.

In 1881 studeerde hij af. Nadat hij enkele maanden als scheepsarts had gewerkt, begon hij later dat jaar een praktijk. Over deze periode is alleen vermeldenswaardig dat hij in 1885 trouwde met Louisa Hawkins, de zus van een van zijn schaarse patiënten.

Sherlock Holmes

Conan Doyle's beroemdste personage hebben we echter wel te danken aan zijn medicijnenstudie. Zijn grote voorbeeld op de universiteit was namelijk de chirurg Joseph Bell, die beroemd was om zijn observaties bij het stellen van diagnoses. Bell had een belangrijke bijdrage geleverd aan de forensische geneeskunde (o.a. in de onopgeloste Londense zaak van Jack the Ripper). En zo stond de chirurg model voor Sherlock Holmes. *A study in scarlet*, het eerste Sherlock Holmes-verhaal, verscheen in 1887. Nadat eerdere uitgevers er geen brood in zagen, was *Beeton's Christmas Annual* bereid de detective te plaatsen. Het verhaal bleef bij het grote publiek vrijwel onopgemerkt en Sherlock Holmes leek een eendagsvlieg te worden. Ruim twee jaar later werd Conan Doyle voor een diner uitgenodigd door Joseph Stoddart, redacteur van het Amerikaanse literaire blad *Lippincott's Monthly Magazine*. Hij had ook een andere Engelse schrijver uitgenodigd: Oscar Wilde. Stoddart wilde een Engelse versie van het magazine opstarten en vroeg beide schrijvers om een bijdrage te leveren aan de eerste edities. Zo ontstond *The Sign of Four*, het tweede verhaal van Sherlock Holmes. In hetzelfde jaar verscheen *The picture of Dorian Gray* van Wilde.

In deze periode raakte de geneeskunde steeds meer op de achtergrond. Nadat Doyle zich in Wenen in een paar maanden liet scholen in de oogheelkunde ging hij in Londen aan de slag als oogarts. Ook dit avontuur was echter niet van lange duur. In augustus van datzelfde jaar besloot hij om het vak vaarwel te zeggen, zodat hij zich geheel kon wijden aan het schrijven. Acht jaar later zou Conan Doyle echter nog één keer kortstondig terugkeren in de geneeskunde en wel in Bloemfontein, de hoofdstad van de onafhankelijke Zuid-Afrikaanse republiek Oranje Vrijstaat.

Oorlog in Zuid-Afrika

In 1900 meldde hij zich aan om als vrijwilliger in het Engelse leger te dienen. Nadat de Transvaal Republiek (officieel Zuid-Afrikaanse Republiek) en Oranje Vrijstaat tijdens de Eerste Boerenoorlog (First Boer War, 1880-1881) hun soevereiniteit hadden terugveroverd van de Engelsen, liepen de spanningen weer hoog op. De

expansiedrift onder aanvoering van opruier Cecil Rhodes (de stichter van Rhodesië, *'I would annex the planets if I could'*) deed het bij minister van Koloniën Chamberlain en het Engelse parlement goed. Deze imperialistische oorlogszucht werd wel anders verpakt. Transvaal had de grootste goudvoorraad ter wereld. Dit had zo veel Engelsen en Schotten uit De Kaapkolonie aangetrokken, dat hun populatie de oorspronkelijke bewoners - de Boers - in aantal ver overtrof. Volgens Rhodes moesten deze landgenoten beschermd en bevrijd worden van het puriteinse bewind onder president Paul Kruger en moest Transvaal - en Oranje Vrijstaat - geannexeerd worden. Uiteindelijk ging deze 'bevrijding' om imperialistische expansiedrift, treinverbindingen, goud en diamanten. Conan Doyle was ervan overtuigd dat de oorlog *a just cause* was. Hij werd echter ongeschikt geacht voor het leger, omdat hij te oud was (40 jaar) en te zwaar. Om toch een bijdrage te leveren aan de oorlog schreef hij zich in als medicus bij het Royal Army Medical Corps, dat speciaal opgericht was om de gewonden en zieken (vooral door tyfus) tijdens deze oorlog te behandelen. In Bloemfontein (Oranje Vrijstaat was eerder in 1900 al grotendeels veroverd door de Engelsen) gaf hij leiding aan een medisch team in het provisorisch opgezette Langman's Field Hospital. Na zes maanden keerde Conan Doyle terug en schreef hij het geschiedkundig zesdelig werk *The Great Boer War*. Een jaar later volgde het pamflet *The War in South Africa: its Cause and Conduct*. Voor het pamflet, waarin hij de Engelse veroveringsoorlog op de Boers verdedigde, werd hij in 1902 geridderd en ging daarna door het leven als Sir.

Het 'probleem Holmes' en de wederopstanding

In 1893 had Conan Doyle na 25 afleveringen (23 korte avonturen en twee novelles) van Sherlock Holmes schoon genoeg van zijn personage. De vraag naar de detective bleef echter groeien en nam daardoor veel tijd in beslag. Doyle wilde echter gezien worden als serieus schrijver van onder andere geschiedkundige werken, en de detective was hiervoor een sta-in-de-weg. In oktober 1893 dacht hij de weg vrij te hebben gemaakt om zijn ambities te verwezenlijken: in *The Adventure of the Final Problem* liet hij Holmes en professor Moriarty, het archetype van de kwade genius, tijdens een handgemeen in Zwitserland van een klif storten. Einde Sherlock Holmes, Conan Doyle bevrijd, Engeland in rouw.

Echter, na jarenlange druk van uitgevers en bewonderaars - en zijn moeder - keerde de detective in 1901 terug. Direct na terugkomst uit Zuid-Afrika schreef hij *The hound of the Baskervilles*, het derde Sherlock Holmes-verhaal. Het luidde zijn internationale doorbraak in. De vraag naar zijn detectiveverhalen groeide en wereldwijd volgden vertalingen. Hij verdiende al een klein fortuin aan een contract voor een serie van 13 nieuwe verhalen, maar dat viel in het niet bij de revenuen die hij daarna ontving. De schrijver accepteerde dat hij nooit meer van Holmes afkwam en dat hij de detective beter dankbaar kon zijn voor het lucratieve inkomen dat hij genereerde.

Eerste Wereldoorlog

Na het uitbreken van de Eerste Wereldoorlog meldde patriot Conan Doyle zich direct aan als vrijwilliger. Ondanks zijn motivatie (*'I am fifty-five but I am very strong and hardy, and can make my voice audible at great distance, which is useful for drill.'*) werd hij als soldaat wederom ongeschikt geacht. Net zoals tijdens The Boer War, was hij niet van zins zich hierbij neer te leggen. Nadat hij als soldaat tweede klasse werd ingelijfd in een vrijwilligers-compagnie, gebruikte hij zijn tijd vooral om verslag te doen van de Engelse inbreng in de Grote Oorlog. Voor Conan Doyle was het belangrijkste oorlogsslachtoffer Kingsley, zijn zoon bij zijn eerste vrouw. Hij raakte gewond bij de Slag aan de Somme en overleed in 1918 aan de Spaanse Griep. Verteerd door verdriet om het verlies van zijn oudste zoon, sloeg Doyle een nog niet begane weg in om deze leemte te vullen.

De weg naar het spiritisme

Conan DoYLES interesse in spiritisme was al tijdens zijn studie gewekt en altijd op de achtergrond aanwezig gebleven. Na de Eerste Wereldoorlog begon deze latente interesse om te slaan in een diep geloof dat er gecommuniceerd kon worden met de geesten van overledenen. Het waren de decennia van de ontwikkeling van de kwantumfysica - en de theoretische mogelijkheid van parallelle universums - en van de psychotherapie van Sigmund Freud, waarbij het onstoffelijke onbewuste centraal stond. Het was ook het tijdperk van toenemende secularisatie en het idee dat lichaam en geest één waren en dat er na de dood niets meer was. Door de miljoenen oorlogsslachtoffers was er behoefte aan een alternatief. En dat alternatief was spiritisme: communiceren met de doden, maar dan wel via een medium, want direct met de overledene communiceren was niet mogelijk. Voor de voor het occulte gevoelige schrijver ontbrak alleen nog het medium. Dat medium werd zijn tweede vrouw, Jean Leckie, met wie hij in 1907 was getrouwd nadat Louise een jaar eerder was overleden aan tuberculose.

De Houdini-act

Toen Conan Doyle in 1920 Harry Houdini ontmoette, was de ontsnappingsspecialist al wereldberoemd. Houdini was ook geïnteresseerd in spiritisme, maar niet zoals Conan Doyle. Houdini moest er hoegenaamd niets van hebben, maar uit respect voor de grote schrijver schreeuwde hij dat niet van de daken. Stilletjes probeerde hij Doyle ervan te overtuigen dat alles list en bedrog was. Conan Doyle wilde zijn goede vriend juist van het tegenovergestelde overtuigen. Houdini's moeder, zijn 'engel op aarde' en 'baken die mij door het leven gidst', overleed in 1873 en sloeg een enorm gat in zijn bestaan. Conan Doyle wist van de intense band die zoon en moeder hadden gehad en was overtuigd dat hij contact met haar kon krijgen. Hij haalde Houdini over om hiervoor een seance te houden bij de schrijver thuis. Hij had via zijn echtgenote al zes keer contact gehad met Kingsley. Jean zou als medium ook de moeder van Houdini kunnen bereiken. Aldus geschiedde

en gedrieën zaten aan tafel, Jean met pen en papier bij de hand om het gesprek met gene zijde te notuleren. Wat volgde was verbijsterend. Op elke pagina tekende Jean een kruis en schreef in het Engels op wat in haar hoofd binnenkwam. Maar er was een onoverkoombaar probleem, voor Houdini dan, want zijn moeder was een Duitse en sprak geen woord Engels; althans niet tijdens haar leven. Bovendien was ze Joods en niet christelijk, dus waar dat kruis vandaan kwam was ook een raadsel. De verbijstering bij Houdini werd door Conan Doyle geïnterpreteerd als was hij geschokt door de ontdekking dat spiritisme toch bestond en dat de geest van zijn moeder nog op aarde rondwaarde. Houdini was echter ontzet door het bedrog. Het leidde tot een definitieve breuk tussen de twee, waarbij het debat aan het eind grotendeels in het openbaar werd gevoerd in de dagbladen. Opmerkelijk was dat Conan Doyle bleef volharden dat de ontsnappingsacts van Houdini ook het werk waren van een bovennatuurlijke kracht en niet van trucs, ondanks dat de boeienkoning keer op keer het tegenovergesteld beweerde. Ook Houdini's boek, *A Magician among Spirits* (1924), waarin hij een scala aan oplichters ontmaskerde, bracht Conan Doyle niet op andere gedachten.

Schrijver en paranormaal tot in de dood

Het oeuvre van Conan Doyle is groot en gevarieerd. Naast de 62 avonturen van Sherlock Holmes, publiceerde hij bijna 200 andere verhalen, meer dan 100 gedichten en 23 toneelstukken. Daarnaast schreef hij meer dan 1000 essays en artikelen over de meest uiteenlopende onderwerpen, zowel actueel als geschiedkundig: oorlog- en reisverslagen, opiniërende stukken, ingezonden brieven, artikelen over ethiek en religie, over gerechtelijke dwalingen, vaccinatie en de Olympische Spelen enzovoort. Het is te veel om op te noemen, want hij had overal wel een mening, of op zijn minst ideeën over. Hij bleef tot zijn laatste adem - letterlijk - fervent voorvechter van spiritisme. In de laatste tien jaar van zijn leven was hij bijna met niets anders meer bezig. Hij hield over de hele wereld lezingen, alsof de duivel op zijn hielen zat. In plaats van lid te zijn van literaire, geneeskundige of geschiedkundige clubs, stond hij ingeschreven bij de *Ghost Club* en de *Society of Psychical Research*, waar Charles Dickens, Alfred Russel Wallace en W.B. Yeats ook lid van waren. Conan Doyle bereikte een klein dieptepunt in zijn literaire leven in 1922, met de publicatie van *The Coming of the Fairies*. Nadat hij enkele foto's onder ogen kreeg waarop bevalige jonge dames zich in de natuur bezighielden met rondvliegende elfjes, was hij, na 'grondig onderzoek van de foto's', ervan overtuigd dat de zwart-wit kiekjes oorspronkelijk waren. Feeën bestaan! Gelukkig was dat niet zijn laatste werk. Dat was namelijk het laatste Sherlock Holmesverhaal, *The Adventure of Shoscombe Old Place*, gepubliceerd in 1927. Sir Arthur Conan Doyle overleed op 7 juli 1930 aan een hartaanval, naar men zei uitgeput van de vele reizen en lezingen die hij hield ter glorie van het spiritisme. Zijn tweede echtgenote overleefde hem 10 jaar. Ze heeft naar mijn weten nooit meer contact gezocht met haar overleden goedgelovige echtgenoot. ■

Tineke Westerveld

25 februari 1959 - 16 december 2020

Open (de) deuren

'Time and tide wait for no (wo)man' (Chaucer, 1343). Dit werd december 2020 weer eens pijnlijk duidelijk toen wij hoorden van het plotselinge overlijden van 'onze' Tineke Westerveld, hoogle-
raar medisch onderwijs aan de Utrechtse faculteit.

Tineke heeft veel betekend voor het medisch onderwijs in Nederland en in Utrecht in het bijzonder. Een belangrijke parel aan haar kroon is de SUMMA-opleiding (Selective Utrecht Medical MAster), een vierjarige opleiding tot arts na een bachelor in een andere studie (bijvoorbeeld medische biologie), de University College of een andere relevante vooropleiding. De Utrechtse SUMMA-opleiding werd aan het eind van de vorige eeuw bedacht en ontworpen door onder anderen prof. dr. D.W. Erkelens en prof. dr. G. Croiset.

SUMMA duurt vier jaar en heeft een aantal lijnen: kennis, klinisch denken, klinisch handelen, wetenschap en professionele ontwikkeling. De vier jaar zijn gesplitst in twee basisjaren in het UMC Utrecht, gevolgd door twee jaar in de Gelre ziekenhuizen in Apeldoorn, om de klinische expertise verder uit te bouwen.

De eerste twee jaar in Utrecht is er voor de studenten een strak schema van kennis- en collegeblokken, wetenschappelijke vorming, sessies klinisch denken, *clinical skills & encounters* en studenten-poliklinieken. Dit geïntegreerde programma schoolt de aankomende arts niet alleen in kennis en in *practical skills* in het contact met patiënten, maar ook in de organisatorische en maatschappelijke rol in de professionele jaren na de studie. Wat betreft de laatstgenoemde rol levert de huidige coronapandemie voldoende discussiestof op voor de komende jaren. Met deze bagage vertrekken de studenten daarna naar de Gelre ziekenhuizen om daar in de praktijk verder te leren.

De tand des tijds spaarde de SUMMA-opleiding in de academie niet. Zo behoefden de *patient encounters* in de eerste twee jaren constant onderhoud, omdat door superspecialisatie in een academisch ziekenhuis meer patiënten met bijzondere ziektebeelden opgenomen worden en minder patiënten met 'gewonere' aandoeningen. En soms is de patiënt al ontslagen voordat het



studentengroepje op bezoek komt. Een grote kracht van Tineke was dat zij in staat was, als ware zij een dokter, ook in de onderwijssetting een probleem snel en logisch te doorgronden en een oplossingsgerichte beweging te maken. Altijd ter ondersteuning van 'haar' studenten.

Maar er was meer. Zo initieerde Tineke, met als voorbeeld het Karolinska ziekenhuis in Stockholm, de IPL-stage (interprofessionele leeromgeving). IPL betekent dat op de verpleegafdeling een deel van de patiënten 'gerund' werd door een groep studenten van verschillende oorsprong: medisch studenten, verpleegkundestudenten, maar ook een student fysiotherapie. Het geheel is meer dan de som der deelnemers.

In december 2019 hield Tineke haar oratie, getiteld: *Open Deuren: De opleiding geneeskunde in het perspectief van ontwikkelingen in de gezondheidszorg*. In de opleiding van studenten moet het (ook) gaan over interprofessionele en interdisciplinaire samenwerking, stelde zij. Niet als iets uitzonderlijks, maar als de normale situatie. Door de toename van kennis en behandel-mogelijkheden, door taakherschikking en door verplaatsing van zorg van binnen het ziekenhuis naar zorg op afstand (nog voor de corona-epidemie!), is er veel behoefte aan complementaire deskundigheid van en samenwerking tussen verschillende zorg-professionals. Kortom, Tineke had visie.

Tineke Westerveld overleed onverwacht op 16 december 2020. Zij wordt enorm gemist.

Tekst: Harold de Valk & Vigfus Sigurdsson

Hora est!

TEKST: HANS ABLIJ

In *Medisch Contact* van 18 februari jl. kwam het onderwerp promoveren in de geneeskunde aan de orde in de nieuwe rubriek De Kwestie. Hierin stelde studente geneeskunde Linda Jolink dat een dissertatie 'een nutteloze pelgrimage' is voor de medisch specialist. Het is dapper om zo vroeg in je carrière deze stelling te verdedigen in een blad dat door vrijwel elke medicus in het land gelezen wordt. Er kwamen nogal wat reacties los. Des te belangrijker is het om het over de inhoud te hebben.

Een tijd geleden werd er in het *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* ook al eens aandacht besteed aan dit onderwerp, in de vorm van een pro-contra-discussie. Dat er over het wel of niet promoveren in de geneeskunde controverse is, zegt al genoeg, want die hoort er natuurlijk niet te zijn. Promoveren is wetenschappelijk onderzoek doen en wetenschappelijk onderzoek doe je vanuit een intrinsieke ambitie met de drijfveer om de zaak tot op de bodem uit te zoeken. Je móet niet promoveren, je wilt promoveren. Wetenschappelijke ambities zijn bij de meeste studenten geneeskunde niet aanwezig bij de start van hun studie. Bij sommigen worden deze in de loop van hun studie alsnog aangewakkerd, maar de meesten willen na het behalen van hun artsenbul zo snel mogelijk aan de slag als dokter en worden opgeleid in een vak dat ze tot hun pensioen uitoefenen. Maar een opleidingsplek bemachtigen is een behoorlijke hindernis om te nemen. De vraag naar opleidingsplekken is groter dan het aanbod en dus zal de (geneeskunde)student

zich moeten onderscheiden. Dit kan op verschillende manieren en het doen van wetenschappelijk onderzoek is hier één van.

In de discussie rondom het wetenschappelijk onderzoek doen of promoveren komen enkele aspecten steeds naar voren. Ten eerste de vraag wat de toegevoegde waarde is van een promotietraject op het functioneren van de dokter. Of scherper: wordt de kwaliteit van de zorg in de dagelijkse praktijk hoger als de dokter gepromoveerd is? En voor de patiënt minstens even belangrijk: is de dokter aardiger en communicatief beter na een dissertatie? Ten tweede heerst het idee dat een opleidingsplek gemakkelijker te verkrijgen is als je gepromoveerd bent, of als je gaat promoveren. Niet zelden is er een constructie dat een opleidingsplek wordt gekoppeld aan een promotietraject.

Er is naar mijn weten nog nooit aangetoond dat gepromoveerde dokters beter zijn dan niet gepromoveerde dokters. De vraag is wat een goede

of betere dokter is. Voor de patiënt geldt dat een goede dokter een aardige dokter is, die de patiënt het gevoel geeft dat hij of zij in goede handen is. Een medicus hoort ook kundig in zijn vak te zijn, een eigenschap die vaak met de jaren van praktiseren toeneemt. Wat minstens zo belangrijk is, is dat je als professional je eigen beperkingen kent. Laten dit de drie belangrijkste randvoorwaarden zijn om de zorg te leveren met de beste uitkomst voor de patiënt, zowel medisch-inhoudelijk, alsook in de arts-patiëntrelatie. Dat deze randvoorwaarden zich tijdens een promotietraject beter ontwikkelen, of tot volle wasdom komen, betwijfel ik zeer.

Dat een promotietraject algemeen vormend is voor een toekomstige dokter zal niemand ontkennen. De intense periode van drie tot vier jaar die uiteindelijk resulteert in een promotie zal zeker een bepaalde waarde hebben voor je ontwikkeling. Diepe dalen, hoge toppen, teleurstellingen en eureka's wisselen elkaar af. En dat met een luide *hora est* het monnikenwerk tot een goed einde is gekomen is een prestatie van formaat. Een terechte triomf. Maar iets succesvol afronden is altijd een triomf, in welk vak of waarin dan ook. In die zin is het algemeen vormend. Maar als er geen intrinsieke ambitie of drijfveer is om wetenschappelijk onderzoek

te doen is het een behoorlijk langdurige en kostbare onderneming. De meerderheid van de promovendi die de kliniek in gaat keert nooit meer terug naar de wetenschap.

En dan het tweede, wat meer gevoelige aspect in de discussie: de druk die bij studenten en afgestudeerden wordt gevoeld om te moeten promoveren om een opleidingsplek te bemachtigen. Die druk is er namelijk wel degelijk. Niet dat je zonder promotietraject niet in opleiding komt, maar de kansen worden nog steeds aanzienlijk groter als je 'wetenschappelijke ambities' hebt. Soms wordt dat niet eens met zoveel woorden gezegd, maar de ervaren noodzaak om bij een sollicitatie te zeggen dat je wetenschap wilt beoefenen, was er en wordt nog steeds gevoeld.

Het zal ook te maken hebben met het vak zelf. Het zijn vaak langlopende onderzoeksprojecten waar de beginnende promovendus instapt. Fundamenteel onderzoek, meerdere

klinische fases, statistische analyses van bergen data, het werk moet allemaal gedaan worden voordat het resultaat in de spreekkamer terechtkomt. En daarna volgen nog jarenlange analyses van de positieve en negatieve effecten van behandelingen. Nederland telt acht academische ziekenhuizen, elk met een heel aantal vakgebieden, die elk weer een heel aantal onderzoekslijnen hebben. Het succes van wetenschappelijk onderzoek hangt af van de output van het aantal publicaties en het aantal promovendi. En natuurlijk de kwaliteit. Onze gezondheid is een groot goed en wetenschap levert hier een immense bijdrage aan. En wetenschappelijk onderzoek in de geneeskunde kan niet zonder de clinicus. En toch wringt het ergens. Er wordt nergens zoveel gepubliceerd als in de geneeskunde. En er wordt nergens zo weinig gelezen als in de geneeskunde, want het is eenvoudigweg niet bij te houden. Het aantal publicaties en tijdschriften is niet te overzien. Je kunt je afvragen of er niet te veel

onderzoek gedaan wordt. Is de massa die zich onder het water bevindt niet te groot in vergelijking met hetgeen erboven uitsteekt, het onderzoek dat er echt toe doet? Dit ijsbergfenomeen is er in elk wetenschappelijk vak, maar in de geneeskunde lijken de verhoudingen toch wat zoek.

Dat de helft van de opleidingsplekken wordt bezet door (aspirant) gepromoveerden is wat mij betreft aan de forse kant. Het zou me verbazen dat als er een enquête wordt gehouden onder geneeskundestudenten met de vraag of ze een vierjarig promotietraject willen laten voorafgaan aan hun opleiding, dat de helft of meer de vraag gemotiveerd en volmondig met een ja beantwoorden. Of de dreiging van de wetenschappelijke inflatie in de geneeskunde oplosbaar is weet ik niet, maar het onder ogen zien hiervan zal de wetenschap niet schaden. Ik ben zelf niet gepromoveerd, dus misschien heb ik geen recht van spreken. Dan zie ik de reacties wel tegemoet. ■

Cartoon

Dr Punthoofd...

Mengt zich graag in de discussie

Zeg...
WAS JIJ HIER NIET
OP GE-PROMOVEERD?



M van Delft

Yvo Smulders



Diverse gedachten over diversiteit

De LOIG-dag in april ging over diversiteit. Diversiteit is in, en niet zo'n beetje ook. Ik ZOOMde er met gemengde gevoelens doorheen. We hebben te weinig aiós met een migratieachtergrond, opende Rotterdam de dag. We moesten sollicitatiebrieven anonimiseren, hoorde ik in een werkgroep. De impliciete-associatietest kwam natuurlijk ook langs en een hoogleraar diversiteit opperde aan het einde dat we bij een sollicitatiegesprek iedereen dezelfde standaardvragen zouden kunnen stellen, omdat onderzoek uitwijst dat we bij een migratieachtergrond ándere vragen stellen. Waarom dan geen *blind auditions*, vroeg ik me af. Dan keren we ze de rug toe en slaan op een knop als het ons bevalt.

Een tijdje geleden namen we een kandidaat met een migratieachtergrond aan voor de opleiding. Vroom islamitisch en, ja, ze droeg een hijab. Aan het eind van die middag mijmerde ik nog wat over wie er langs waren gekomen. Zou zij het gehaald hebben ondanks haar achtergrond, dankzij, of had dat geen enkele invloed gehad?

Wat vind ik nou zo moeilijk aan dit onderwerp? Nou, best veel. Ten eerste merk ik dat een normaal gesprek hierover moeilijk is. Met 'normaal' bedoel ik dat je verschillende standpunten kunt laten passeren en daar de goede en slechte kanten van kunt bespreken. Er is in dit debat maar 1 goed. Wie de nuance zelfs maar durft te verkennen is verdacht. Ten tweede is er zoveel dat de revue niet passeert. *Explicit bias*, zou je kunnen zeggen. Er is bijvoorbeeld onderzoek dat laat zien dat anoniem solliciteren een averechts effect heeft, vooral bij organisaties die diversiteit juist willen verhógen. Om die reden zijn bijvoorbeeld meerdere Nederlandse gemeenten gestopt met anoniem solliciteren. Ook is er behoorlijk wat onderzoek over wat de impliciete-associatietest zegt over de mate waarin iemand discrimineert. Antwoord: (bijna) niets. Waarom zegt iedereen dan 'je moet die test maar eens doen', als ik over dit onderwerp spreek? Ten slotte heb ik er echt een hekel aan als mensen, onder verwijzing naar sociologisch en psychologisch onderzoek, beweren iemands gedrag en intenties te kunnen duiden zonder er met die persoon over te praten. Natuurlijk is ook deze witte man niet ongevoelig voor onderstromen. Ik wil er ook heus over praten, maar met wie mijn gedrag en intenties al denkt te kunnen duiden zonder dat gesprek te voeren kan ik geen soep koken. Terug naar de rol van haar achtergrond bij het aannemen van de sollicitante voor de opleiding. Ik denk dat het weinig heeft uitgemaakt, maar *if anything* een beetje heeft geholpen. Grosso modo wordt het mensen met een migratieachtergrond, waaronder zichtbaar-islamitische mensen, in Nederland niet makkelijker gemaakt. Als je ondanks een keten van verminderde kansen zo'n prachtig CV en staat van dienst hebt dan krijg je toch een paar bonuspunten. Stelde ik standaardvragen? Geenszins. Gelijkheid is niet hetzelfde als hetzelfde en bereik je niet door het negeren, maar door het omarmen van verschillen. Ik hou niet van The Voice of Holland. We spraken uitvoerig over haar levensgeschiedenis, haar voor- en tegenspoed en hoe haar verhaal een rol speelde in haar ambities. Allemaal heel persoonlijke vragen, een mooi gesprek en een topscore aan het einde van de middag.